PACOTE DE SERVIÇO INICIAL MÍNIMO

PSIM

WOMEN'S REFUGEE COMMISSION

IAWG
INTER-AGENCY WORKING GROUP ON REPRODUCTIVE HEALTH IN CRISES

PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (SSR) EM SITUAÇÕES DE CRISE: UM MÓDULO DE APRENDIZAGEM À DISTÂNCIA



Agradecimentos

O atual Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) é baseado na revisão de 2018 do Grupo de Trabalho Interagências (IAWG) sobre Saúde Reprodutiva (SR) no Manual de Campo Interagência de Crises sobre Saúde Reprodutiva em contextos humanitários, “Capítulo 3: Pacote de serviço inicial mínimo”. Esta versão do módulo de ensino à distância, liderada pela Comissão para Mulheres Refugiadas e IAWG sobre SR em Crises, foi revisada por Heather Lorenzen, uma consultora independente, e projetada pelo Little Man Project. Uma equipe de trabalho voluntária também forneceu guias e orientações gerais. Os membros da equipe de trabalho incluem Raya Alchukr (Fundo de Populações das Nações Unidas [UNFPA]), Melissa Garcia (Consórcio Internacional para Contracepção de Emergência / Ciências de Gestão para a Saúde), Alison Greer (IAWG Secretariado de SR em crises/ Comissão de Mulheres Refugiadas), Virginie Jouanicot (Save the Children), Sandra Krause (Comissão de Mulheres Refugiadas) e Chelsea L. Ricker (consultor independente). A equipe de trabalho agradece a Luna Mehrain da Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), Danielle Jurman e Nadine Cornier do UNFPA e Sarah Rich, Hilary Wartinger e Lily Jacobi da Comissão para Mulheres Refugiadas por suas contribuições. Também os seguintes subgrupos de trabalho IAWG sobre SR em Crises contribuiu para a revisão e finalização deste módulo: SSR do Adolescente, Violência Baseada em Gênero, Suprimentos, Saúde Materna e Neonatal, PSIM para SSR, Atenção ao Aborto Seguro e Contracepção Voluntária.

O PSIM original de 2007 para o módulo de ensino à distância SSR foi desenvolvido principalmente por Julia Matthews, ex-membro da Comissão de Mulheres Refugiadas; Sandra Krause da Comissão de Mulheres Refugiadas; e Sarah Chynoweth da IPPF. Diana Quick da Comissão para Mulheres Refugiadas forneceu a supervisão do projeto e editorial. A revisão de 2011 do módulo foi atualizada para refletir o Manual de Campo Interagência revisado de 2010 sobre saúde reprodutiva em contextos humanitários de Sandra Krause e Sarah Chynoweth e foi editado por Diana Quick com agradecimentos aos seguintes colegas do IAWG sobre SR em crises: Ribka Amsalu, Wilma Doedens, Brad Kerner, Cecile Mazzacurati, Chen Reis, Marian Schilperoord e Mihoko Tanabe.

O módulo original de ensino à distância PSIM para SSR foi possível graças ao generoso apoio da Fundação Bill & Melinda Gates. A revisão de 2011 foi possível graças ao apoio generoso do UNFPA, da Iniciativa de Serviços de Informação de Acesso à Saúde Reprodutiva em Emergências (RAISE) e do Programa de Ajuda Externa do governo australiano. A revisão atual foi possível graças ao apoio generoso de um doador anônimo.

Sobre a Comissão para Mulheres Refugiadas e sobre o IAWG na Saúde Reprodutiva em Crises

A Comissão para Mulheres Refugiadas melhora as vidas e protege os direitos das mulheres, crianças e jovens deslocados devido a conflitos e crises. Pesquisamos suas necessidades, identificamos soluções e defendemos programas e políticas para fortalecer sua resiliência e promover mudanças na prática humanitária. Desde nossa fundação em 1989, temos sido os principais especialistas em atender às necessidades de mulheres e crianças refugiadas e nas políticas que podem protegê-las e empoderá-las. A Comissão para Mulheres Refugiadas é a anfitriã do IAWG sobre SR em Crises.

O IAWG sobre SR em Crises é uma coalizão de base ampla e altamente colaborativa que trabalha para expandir e fortalecer o acesso a serviços de SSR de qualidade para pessoas afetadas por conflitos e desastres naturais. Formada em 1995 assim como o Grupo de Trabalho Interagência sobre SR em Situações de Refugiados, a coalizão trabalha para documentar lacunas, realizações e lições aprendidas; avaliar o estado de SSR no campo; estabelecer padrões técnicos para a prestação de serviços de SSR; construir e disseminar evidências para formuladores de políticas, gestores e profissionais; e defender a inclusão de pessoas afetadas por crises no desenvolvimento global e nas agendas humanitárias. O IAWG sobre SR em Crises é liderado por um Comitê Diretor de 19 membros que inclui agências das Nações Unidas e organizações não governamentais humanitárias, de desenvolvimento, pesquisa e defesa e teve mais de 2.800 membros individuais de 450 agências em 2018.

Data de Publicação setembro de 2006
Revisado em novembro de 2007
Revisado em fevereiro de 2011
Revisado em junho de 2019

ÍNDICE

Sobre o PSIM para o módulo de aprendizagem à distância de SSR.....1

Introdução.....5

Unidade 1: Qual é o PSIM para SSR? 8

Unidade 2: Garantir que o setor/grupo da saúde identifique uma organização para liderar a implementação do psim 22

Unidade 3: Prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes.....38

Unidade 4: Evitar a transmissão e reduzir a morbidade e a mortalidade devido ao HIV e outras IST 63

Unidade 5: Evite o excesso de morbidade, de mortalidade materna e de recém-nascidos 84

Unidade 6: Evitar gravidezes não planejadas 107

Unidade 7: Plano para integrar serviços SSR abrangentes em cuidados de saúde primária 120

Unidade 8: Outras prioridades de saúde sexual e reprodutiva para o PSIM.....134

Unidade 9: A encomenda de kits de saúde reprodutiva de emergência interagência.....147

Pós-teste do PSIM para módulo SSR 160

Apêndice A: Quais os objetivos do PSIM para SSR? 165

Apêndice B: Lista de verificação do monitoramento do PSIM para SSR.....168

Apêndice C: Calculadora PSIM para SSR 174

Apêndice D: Exemplo de proposta de projeto.....178

Apêndice E: Folha para defesa do PSIM para SSR.....182

Apêndice F: Sinopse do PSIM para SSR.....183

Apêndice G: Lista de verificação amigável para adolescentes.....185

Apêndice H: Respostas dos testes 187

LISTA DOS ACRÔNIMOS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
BEmONC	Cuidados obstétricos e neonatais básicos de emergência
CBR	Taxa bruta de natalidade
CEmONC	Atendimento de emergência abrangente obstétrico e recém-nascido
CERF	Fundo Central de Resposta a Emergências
CE	Contracepção de emergência
EmONC	Emergências obstétricas e cuidados neonatais
GBV	Violência baseada no gênero
HeRAMS	Sistema de monitoramento de disponibilidade de recursos de saúde
HIV	Vírus de imunodeficiência humana
HPV	Papiloma vírus humano
IAFM	Manual de campo interagências
IARH	Saúde reprodutiva de emergência interagências (Kits)
IASC	Comitê Permanente Interagências
IAWG	Grupo de Trabalho Interagências (sobre Saúde Reprodutiva)
IEHK	Kit de saúde de emergência interagências
IPPF	Federação Internacional de Paternidade Planejada
IST	Infecção sexualmente transmissível
IUD	Dispositivo intrauterino
LGBTQIA	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais e Assexuados
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
PAC	Cuidado pós-aborto
PAM	Programa Mundial de Alimentos
PEP	Profilaxia pós-exposição
PMTCT	Prevenção de transmissão vertical de mãe para filho (de HIV)
PSIM	Pacote de serviço inicial mínimo (para Saúde Sexual e Reprodutiva)
SAC	Assistência ao aborto seguro
SitRep	Relatório de situação
SPRINT	Programa de saúde sexual e reprodutiva em situações de crise e pós-crise
SR	Saúde Reprodutiva
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/ AIDS
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNOCHA	Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários

SOBRE O PSIM PARA O MÓDULO DE APRENDIZAGEM À DISTÂNCIA DE SSR

O módulo de aprendizagem à distância Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM ou Minimum Initial Service Package - MISP) para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) visa aumentar o conhecimento dos atores humanitários e das partes interessadas sobre os serviços prioritários de SSR que devem ser iniciados no início de uma crise humanitária e ampliados para cobertura idônea durante as crises prolongadas. Isso inclui o planejamento e a implementação de serviços abrangentes de SSR o mais rápido possível após uma crise.

O PSIM para SSR foi articulado pela primeira vez em 1996 na versão de teste de campo da *Saúde Reprodutiva em Situações de Refugiados: Um Manual de Campo Interagência*, um recurso desenvolvido pelo Grupo de Trabalho Interagências (IAWG) sobre Saúde Reprodutiva (SR) em Crises. *O Manual de Campo Interagências* (IAFM) foi finalizado em 1999 e amplamente disseminado.[1] O PSIM para SSR foi então atualizado e revisado no *Manual de Campo Interagências sobre Saúde Reprodutiva em Contextos Humanitários*: Revisão de 2010 para Revisão de Campo e novamente no Manual de Campo Interagências sobre Saúde Reprodutiva em Contextos Humanitários, 2018. A versão 2018 do IAFM representa o consenso de representantes de agências que trabalham em SSR no setor humanitário e reflete as melhores evidências disponíveis sobre a prática clínica e implementação de programas no final de 2017 O processo de revisão foi liderado pela Força-Tarefa de Revisão do IAFM, um órgão composto por mais de 50 indivíduos de 21 agências das Nações Unidas, organizações não governamentais internacionais e instituições acadêmicas, orientadas por um consultor com experiência no assunto.

A menos que uma referência específica seja fornecida, as informações fornecidas neste módulo de aprendizagem são baseadas na revisão de 2018 do the *Manual de Campo em Ambiente de Interagências sobre Saúde Reprodutiva em Contextos Humanitários.*

1. *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual* (Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 1999).

O que há de novo na versão 2018 do PSIM para SSR?

Na última revisão do PSIM para SSR, um novo objetivo sobre a prevenção da gravidez não intencional foi adicionado, que inclui as seguintes atividades prioritárias:

- Garantir a disponibilidade de uma variedade de métodos contraceptivos de ação prolongada, reversíveis e de ação curta (incluindo preservativos masculinos e femininos - quando já usados pela população antes da crise - e contracepção de emergência) nas unidades de atenção primária à saúde para atender à demanda.
- Fornecimento de informações, incluindo informações existentes, materiais educativos e de comunicação, além de aconselhamento anticoncepcional que enfatize a escolha e consentimento informado, a eficácia, a privacidade e a confidencialidade do cliente, assim como a equidade e a não discriminação.
- Garantir que a comunidade esteja ciente da disponibilidade de contraceptivos para mulheres, adolescentes e homens.

Outra mudança no capítulo do PSIM para SSR envolve referências explícitas à atenção ao aborto seguro conforme a lei. Além de incorporar o aconselhamento sobre as opções de gravidez e sobre o fornecimento ou encaminhamento de serviços de aborto no atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual, a atenção ao aborto seguro conforme a lei agora está incluída no PSIM para SSR, nomeado como uma "outra atividade prioritária" independente. Por último, foram fortalecidas as orientações sobre cuidados maternos e neonatais, prevenção e tratamento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), cuidados clínicos para sobreviventes de violência sexual e sobre o planejamento de serviços abrangentes de SSR.

A quem se destina o módulo de ensino à distância PSIM para SSR?

O módulo incorpora um conjunto multissetorial de atividades a serem implementadas por trabalhadores humanitários que operam na saúde, no planejamento e gestão dos campos, na logística, nos serviços comunitários, na proteção e em outros setores. O módulo é particularmente importante para membros de equipes de resposta a emergências e outros operadores humanitários, pois se concentra nas populações afetadas por crises, como conflitos armados e desastres naturais. No entanto, também pode ser referenciado como parte dos esforços de preparação para emergências e para expandir os serviços, buscando garantir uma cobertura mais abrangente e equitativa em crises prolongadas e durante a sua recuperação

Quanto tempo leva para concluir o módulo?

O módulo levará aproximadamente 5 a 7 horas para ser concluído.

No final do módulo de aprendizado à distância PSIM para SSR, os particpantes devem ser capazes de:

- definir e compreender cada componente do PSIM para SSR;
- explicar a importância e os aspectos vitais da implementação do PSIM para SSR em contextos humanitários;
- explicar a importância de abordar a SSR como uma parte central da resposta geral da saúde, coordenação do setor/grupo de saúde e coordenação com outros setores, como o setor/grupo de proteção;
- listar o papel e as funções da agência/coordenador líder de SSR no setor/cluster da saúde;
- explicar as ações mais importantes que o setor/grupo de saúde deve realizar em uma crise humanitária para prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes;
- descrever as intervenções prioritárias para prevenir a transmissão e reduzir a morbidade e a mortalidade devido ao HIV e a outras IST na fase inicial das situações de crise;
- explicar as intervenções prioritárias para reduzir a morbidade e a mortalidade materna e neonatal evitável no início de uma emergência;
- listar as intervenções prioritárias para prevenir a gravidez não intencional;
- descrever como planejar serviços abrangentes de programação de SSR integrados à atenção primária à saúde assim que a situação permitir;
- explicar como garantir o acesso à atenção ao aborto seguro conforme a lei; e
- descrever como solicitar suprimentos PSIM para SSR internacionalmente ou como obtê-los localmente.

Como deve ser feito o módulo de ensino à distância PSIM para SSR?

O módulo é uma proposta de aprendizagem autoinstrucional. Deve ser lido na ordem das unidades de aprendizagem e pode ser usado posteriormente como referência. O aluno lê cada unidade, responde aos questionários da unidade e faz o pós-teste que inclui perguntas de todas as unidades. **A versão online do módulo de ensino a distância é interativa; inclui exercícios de e-learning para reforçar o material das unidades e links para recursos adicionais baseados na web.**[2] Estudos de caso e lições aprendidas de respostas humanitárias anteriores realizadas por membros do IAWG sobre SR em crises são incorporados nesta versão do módulo.

Mais orientações e informações: Os alunos devem consultar o *Manual de Campo Interagência de 2018 sobre Saúde Reprodutiva em Contextos Humanitários*, que pode ser acessado em www.iawg.net/iafm.

2 O site Web do Grupo de Trabalho Interagência sobre Saúde Reprodutiva em Crises está disponível em http://www.iawg.net.

Por favor considerem...

Ao longo do treinamento, você verá referências aos Kits Saúde reprodutiva de emergência interagências (IARH). Os Kits IARH revisados em 2019 estarão disponíveis para aquisição no início de 2020. Se você estiver fazendo este módulo de ensino à distância **antes dos Kits IARH de 2019,** consulte as informações sobre os Kits IARH atualmente disponíveis nos *Kits Interinstitucionais de Saúde Reprodutiva para Situações de Crise* (5th ed., 2011).[3]

Em quais formatos e idiomas o módulo PSIM para SSR está disponível?

O módulo está disponível online no site do IAWG sobre SR em Crises (www.iawg.net) e no site da Comissão para Mulheres Refugiadas (www.womensrefugeecommission.org). Cópias impressas podem ser solicitadas por e-mail info@wrcommission.org ou info.iawg@wrcommission.org. Esta versão do módulo PSIM para SSR está disponível em inglês, francês, árabe e espanhol.

Disclaimer: Please note that the MISP for SRH distance learning module is available free of charge. There is no guarantee of employment with any humanitarian agency upon completion of the MISP for SRH module.

Existem maneiras de oferecer feedbacks para melhorar ou fazer perguntas sobre o módulo PSIM para SSR?

Sim, envie um e-mail para informações info.iawg@wrcommission.org.

Existe uma maneira de certificar a conclusão do módulo PSIM para SSR?

Os participantes que concluíram o pós-teste online com uma pontuação de pelo menos 80% irão receber automaticamente um certificado de conclusão que pode ser impresso e salvo.

3 A versão online deste recurso pode ser acessada visitando iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011.

INTRODUÇÃO

O Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) é um conjunto de atividades prioritárias para salvar vidas a serem implementadas desde o início de uma crise. estes serviços devem ser ampliados e mantidos para garantir uma cobertura equitativa durante crises prolongadas e durante sua recuperação, enquanto se planeja integrar a SSR abrangente aos cuidados primários de saúde o mais rápido possível.

A morbidade e a mortalidade relacionadas à SSR são questões significativas, e mulheres e meninas em emergências humanitárias sofrem desproporcionalmente com condições de risco de vida devido ao aumento das barreiras aos serviços de saúde.[4] Negligenciar as necessidades de SSR em ambientes humanitários tem consequências graves, incluindo morbidade e mortalidade materna e neonatal evitáveis; consequências evitáveis de gravidez não intencional, como aborto inseguro; e casos evitáveis de violência sexual e suas consequências, incluindo gravidez não intencional, aumento da aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST), aumento da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e problemas de saúde mental em crescimento, incluindo depressão.

O PSIM define quais serviços de SSR são mais importantes na prevenção da morbidade e mortalidade, ao mesmo tempo em que protege o direito à vida com dignidade em contextos humanitários. É um padrão para atores humanitários e é apoiado pelas obrigações legais internacionais dos Estados de respeitar e garantir os direitos humanos básicos, incluindo SSR. Todas as pessoas, incluindo aquelas afetadas por crises, têm um direito humano fundamental à SSR. Para exercer este direito, as populações afetadas devem ter um ambiente propício, acesso a informações e a serviços de SSR para que possam fazer escolhas livres e informadas. O PSIM para os serviços de SSR prestados durante uma emergência humanitária deve ser baseado nas necessidades das populações afetadas pela crise, deve respeitar seus valores religiosos, éticos e suas origens culturais, além de estar em conformidade com os direitos humanos internacionais e com os padrões humanitários.

Apesar de ser um padrão reconhecido internacionalmente, as avaliações realizadas pela Comissão para Mulheres Refugiadas e parceiros em 2003[5,6], 2004[7], e 2005[8] mostraram que

---

4 *Maternal Mortality in Humanitarian Crises and Fragile Settings* (United Fundo das Nações Unidas para a População, novembro de 2015), *https: //www.unfpa. org / resources / materno-mortalidade-humanitária-crises-e-configurações-frágeis.*

5 Ainda em necessidade: Cuidados de saúde reprodutiva para refugiados afegãos no Paquistão (Comissão de Mulheres Refugiadas, outubro de 2003), *https: // www.womensrefugeecommission.org/resources/document/359-still-in-need-reproductive-health-care- para-afegãos-refugiados-no-Paquistão*.

6 Displaced and Desperate: Assessment of Reproductive Health for Colombia's Internally Displaced Persons, Marie Stopes International and Women's Refugee Commission, (Consórcio de Resposta de Saúde Reprodutiva em Crises, fevereiro de 2003), *https:// www.womensrefugeecommission.org/srh-2016/resources/72-displaced-and-desperate-assessment-of-reproductive-health-for-colombia-s-internally-displaced*.

7 Lifesaving Reproductive Health Care: Ignored and Neglected, Assessment of the Minimum Initial Service Package (PSIM) for Reproductive Health for Sudanese Refugees in Chad (Comissão para Mulheres Refugiadas e Fundo de População das Nações Unidas, agosto de 2004), *https://www.womensrefugeecommission.org/resources/photo-essays/60-our-fuel-and-firewood-team-in-kenya;*

8 Reproductive Health Priorities in an Emergency: Assessment of the Minimum Initial Service Package in Tsunami-Affected Areas in Indonesia (Comissão para Mulheres Refugiadas, fevereiro de 2005) https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/id_PSIM_eng.pdf.

a implementação do PSIM para SSR era frequentemente negligenciada durante emergências e poucos trabalhadores humanitários estavam familiarizados com seus objetivos e atividades. Desde então, houve progresso no aumento da conscientização sobre o PSIM para SSR. Em setembro de 2009, o Acordo de Granada foi estipulado por meio de uma consulta interagência convocada pelo Fundo das Nações Unidas para a População, pela Organização Mundial da Saúde e pela Escola Andaluza de Saúde Pública, estabelecendo um novo compromisso e estrutura de ação. Um componente importante do Acordo de Granada foi aumentar a cobertura equitativa do PSIM para SSR, além de sustentar estes serviços em crises prolongadas e durante a recuperação, integrando serviços abrangentes de SSR por meio do fortalecimento dos sistemas de saúde.[9] Avaliações interagências em 2007 e 2010 demonstraram uma maior conscientização dos serviços prioritários de SSR do PSIM para SSR que devem ser implementados; no entanto, os serviços não estavam disponíveis sistematicamente.[10]

Em 2013 e 2015, as avaliações interagências de cenários de crise encontraram disponibilidade consistente de PSIM para serviços de SSR e alta conscientização do PSIM para SSR como um padrão entre os respondentes.[11] Um PSIM interagências para avaliação de SSR na Jordânia em 2013, seguindo o influxo de refugiados sírios, demonstrou maior reconhecimento e apoio do PSIM para SSR por meio de forte liderança do Ministério da Saúde, agências das Nações Unidas e organizações não governamentais. A coordenação era apropriada nos níveis nacional e de campo, mas insuficiente nas áreas urbanas, onde a participação dos beneficiários e o conhecimento dos serviços eram deficientes.[12] Dois anos depois, na avaliação de 2015 no Nepal após o terremoto, avanços consideráveis ocorreram; o grupo de trabalho de SSR (subconjunto de SSR) foi estabelecido poucos dias após o terremoto, o financiamento e os suprimentos foram suficientes, e havia forte consciência do PSIM para SSR entre os profissionais humanitários. Compromissos e investimentos em SSR antes da crise, a existência do PSIM para SSR nas atividades de preparação e o pré-posicionamento de Kits de Saúde Reprodutiva de Emergência Interinstitucionais foram fatores-chave para o sucesso. As principais limitações do PSIM do Nepal para a resposta de SSR incluíram uma ativação mais lenta da coordenação em nível distrital e uma falta de conhecimento da comunidade sobre questões de SSR, incluindo os benefícios de procurar atendimento e os locais dos serviços para violência sexual, IST e HIV.

---

9 *Sexual and Reproductive Health During Protracted Crises and Recovery: Report on an Expert Consultation Held in Granada, Spain, 28–30 September 2009,* Preliminary Publication (World Health Organization, 2010).

10 *Four Months On: A Snapshot of Priority Reproductive Health Activities in Haiti: An Inter-Agency MISP Assessment Conducted by CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children and the Women's Refugee Commission May 17–21, 2010* (Women's Refugee Commission, October 2010).*; Reproductive Health Coordination Gap, Services Ad Hoc: Minimum Initial Service Package (MISP) Assessment in Kenya* (Women's Commission for Refugee Women and Children, September 2008), https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/ken_PSIM.pdf.

11 Sandra K. Krause, Sarah K. Chynoweth, and Mihoko Tanabe, "Sea-Change in Reproductive Health in Emergencies: How Systemic Improvements to Address the MISP Were Achieved," *Reproductive Health Matters, 25, no. 51,* (December 13, 2017): 7–17, DOI: 10.1080/09688080.2017.1401894.

12 Sandra Krause, Holly Williams, Monica A Onyango, Samira Sami, Wilma Doedens, Noreen Giga, Erin Stone and Barbara Tomczyk, "Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Services Package," *Conflict and Health 9,* Suppl 1 (February 2, 2015): S4, http://www.conflictandhealth.com/content/9/S1/S4.

Após a avaliação, o Plano Nacional de Implementação de Planejamento Familiar do Nepal (2015–2020) foi estabelecido, e os treinamentos de SSR em nível central e distrital foram realizados para integrar o PSIM para SSR nos planos distritais de preparação e resposta a desastres.[13]

Estes são alguns exemplos das conquistas feitas ao longo dos anos para garantir a disponibilidade do PSIM para SSR no início das respostas humanitárias. Embora muito progresso tenha sido feito, mais esforços são necessários para garantir sua implementação universal em crises agudas. A Comissão para Mulheres Refugiadas e o IAWG sobre SR em Pacote de Crises para Serviço Inicial Mínimo para Saúde Sexual e Reprodutiva em Situações de Crise: Um Módulo de Aprendizagem à Distância é um recurso e ferramenta que fornece orientação sobre a implementação de PSIM de qualidade para serviços de SSR e aumenta a conscientização sobre a importância de abordar os serviços prioritários de SSR em ambientes de crise.



13 Anna Myers, Samira Sami, Monica Adhiambo Onyango, Hari Karki, Rosilawati Anggraini, and Sandra Krause "Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package (MISP) For Reproductive Health in Nepal Post-Earthquake," *Conflict and Health* 12, no. 35 (August 15, 2018), https://doi.org/10.1186/s13031-018-0170-0.



UNIDADE 1: QUAL É O PSIM PARA SSR?

O Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) é um conjunto coordenado de atividades e serviços prioritários de SSR para salvar vidas a ser implementado no início (dentro de 48 horas sempre que possível) de cada emergência humanitária.

O objetivo do PSIM para SSR é prevenir a morbidade e mortalidade relacionada à SSR e ao mesmo tempo proteger o direito da comunidade afetada à vida com dignidade. Seus objetivos são garantir a identificação de uma organização para liderar a implementação do PSIM para SSR, prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes, além de prevenir a transmissão e reduzir a morbidade e mortalidade devido ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções transmitidas sexualmente (IST), prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal, prevenir gravidez não intencional e planejar serviços abrangentes de SSR integrados à atenção primária à saúde o mais rápido possível. Outras atividades prioritárias do PSIM para SSR incluem o acesso à atenção ao aborto seguro (SAC) em toda a extensão da lei.

Este conjunto de atividades prioritárias deve ser implementado no início de uma crise de forma coordenada por pessoal treinado. O PSIM para SSR pode ser implementado sem uma avaliação aprofundada das necessidades de SSR porque as evidências documentadas já justificam seu uso. No entanto, algumas informações iniciais situacionais, demográficas e de saúde sobre a população afetada pela crise devem ser determinadas com o mecanismo de coordenação de saúde para a entrega ideal de PSIM para atividades de SSR e advocacy. É importante observar que tais atividades constituem um requisito mínimo e espera-se que sejam sustentadas, aprimoradas em qualidade e ampliadas com outros serviços e programas abrangentes de SSR, assim que a situação permitir.

No final da unidade, os particpantes serão capazes de:

- listar os objetivos e prioridades do PSIM para SSR;
- explicar porque o PSIM para SSR é uma prioridade em emergências humanitárias;
- explicar a importância de envolver as populações afetadas pela crise no planejamento e na implementação de PSIM para serviços de SSR; e
- explicar como monitorar e obter financiamento para o PSIM para SSR.

PSIM para objetivos e atividades de SSR

Existem seis PSIM para objetivos de SSR e outra prioridade. Estes incluem:

Certificar-se de que o setor/grupo da saúde identifique uma organização para liderar a implementação do PSIM. A organização líder da SSR:[14]

- nomear um Coordenador de SSR para fornecer suporte técnico e operacional a todas as agências que prestam serviços de saúde;
- organizar reuniões regulares com todas as partes interessadas relevantes para facilitar a ação coordenada para garantir a implementação do PSIM para SSR;
- reportar de volta ao setor/grupo de saúde, ao sub-setor/grupo da violência baseada no gênero (VBG) e/ou em reuniões de coordenação nacional de HIV sobre quaisquer questões relacionadas à implementação do PSIM; em conjunto com os mecanismos de coordenação de saúde GBV/HIV, garantindo o mapeamento e a análise dos serviços existentes de SSR;
- compartilhar informações sobre a disponibilidade de serviços e produtos de SSR em coordenação com os setores/grupos de saúde e logística; e
- garantir que a comunidade esteja ciente da disponibilidade e localização dos serviços de SSR.

Previnir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes:

- trabalhando com outros agrupamentos, especialmente o agrupamento de proteção e o subsetor de VBG, para implementar medidas preventivas em nível comunitário, local e distrital, incluindo unidades de saúde, para proteger as populações afetadas, especialmente mulheres e meninas, da violência sexual;
- disponibilizando atendimento clínico e encaminhamento a outros serviços de apoio para sobreviventes de violência sexual; e
- criando espaços confidenciais e seguros dentro das unidades de saúde para receber e fornecer às sobreviventes de violência sexual encaminhamento e atendimento clínico adequado.



14 *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revisão 2018* (Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2018), http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf.

Previnir a transmissão e reduzir a morbidade e mortalidade devido ao HIV e outras IST:

- estabelecendo o uso seguro e racional da transfusão de sangue;
- garantindo a aplicação das precauções padrão;
- garantindo a disponibilidade de preservativos masculinos lubrificados e gratuitos e, quando aplicável (por exemplo, já usados pela população antes da crise), garantir o fornecimento de preservativos femininos;
- apoiando o fornecimento de anti-retrovirais (ARVs) para continuar o tratamento para pessoas que estavam inscritas em um programa de terapia anti-retroviral (ART) antes da emergência, incluindo mulheres que estavam inscritas em programas de prevenção da transmissão de mãe para filho (PMTCT);
- fornecendo profilaxia pós-exposição (PEP) para sobreviventes de violência sexual conforme apropriado e para exposição ocupacional;
- apoiando o fornecimento de profilaxia com cotrimoxazol para infecções oportunistas para pacientes com HIV ou já diagnosticados com HIV; e
- garantindo a disponibilidade nas unidades de saúde de diagnóstico sindrômico e tratamento de IST.

Prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal:

- garantindo a disponibilidade e acessibilidade de partos limpos e seguros, cuidados essenciais ao recém-nascido e serviços obstétricos de emergência, além de cuidados neonatais que salvam vidas (EmONC), incluindo:
  - no nível do hospital de referência: equipe médica qualificada e suprimentos para o fornecimento de atendimento obstétrico de emergência abrangente e assistência ao recém-nascido (CEmONC);
  - no nível das unidades de saúde: parteiras qualificadas e materiais para partos vaginais, assim como prestação de Cuidados obstétricos e neonatais básicos de emergência (BEmONC);
  - no nível da comunidade: fornecimento de informações à comunidade sobre a disponibilidade de partos seguros e serviços EmONC e sobre a importância de procurar cuidados nas unidades de saúde; kits de parto limpo devem ser fornecidos a mulheres visivelmente grávidas e a parteiras, para promover partos domiciliares limpos quando o acesso a uma unidade de saúde não for possível;
- estabelecendo um sistema de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana para facilitar o transporte e a comunicação da comunidade para o centro de saúde e para o hospital;
- garantindo a disponibilidade de cuidados pós-aborto que salvam vidas em centros de saúde e hospitais; e
- garantindo a disponibilidade de suprimentos e produtos para partos limpos e cuidados imediatos ao recém-nascido, onde o acesso a uma unidade de saúde não é possível ou não é confiável.

Previnir a gravidez não intencional:

- assegurando a disponibilidade de uma variedade de métodos contraceptivos de ação prolongada, reversíveis e de ação curta (incluindo preservativos masculinos e femininos - quando já usados pela população - e contraceptivos de emergência [CE]) nas unidades de atenção primária à saúde para atender à demanda;
- fornecendo e incluindo informações existentes, educação e materiais de comunicação e aconselhamento anticoncepcional que enfatizem a escolha e consentimento informado, a eficácia, a privacidade e a confidencialidade do cliente, além da equidade e da não discriminação; e
- assegurando que a comunidade esteja ciente da disponibilidade de contraceptivos para mulheres, adolescentes e homens.

Planejamento para serviços abrangentes de SSR integrados à atenção primária à saúde o mais rápido possível.

- Trabalhar com os parceiros do setor/grupo da saúde para abordar os seis blocos de construção do sistema de saúde: prestação de serviços, força de trabalho em saúde, sistema de informação em saúde, insumos de saúde, financiamento e

Outra prioridade

- ITambém é importante garantir que a atenção ao aborto seguro esteja disponível, conforme a lei, nos centros de saúde e hospitais.

O que é saúde sexual e reprodutiva (SSR)?

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento definiu SSR como “um estado de completo de bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo, suas funções e seus processos”.[15]

Esta definição implica que mulheres, homens e adolescentes, incluindo aqueles que vivem em ambientes humanitários, têm o direito de:

- uma vida sexual satisfatória e segura;
- liberdade para decidir se, quando e com que frequência reproduzir;
- informações e acesso a métodos contraceptivos de qualidade, seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de sua escolha;
- serviços de saúde adequados que possibilitem gestações e partos seguros e que protejam a saúde de seus bebês;
- informações sobre prevenção e tratamento de HIV e IST; e
- intervenções e estratégias para regular a fertilidade conforme a lei.

15 United Nations, *“Programme of Action”* (adotado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5–13 setembro1994), paragraph 7.2, https://unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf.

Por que o PSIM para SSR é uma prioridade?

Os componentes do PSIM para SSR representam ações de saúde essenciais, que salvam vidas e que devem ser implementadas simultaneamente com outras atividades de salvamento. O PSIM para SSR é essencial para reduzir mortes, doenças e incapacidades enquanto protege o direito à vida com dignidade. As comunidades afetadas pela crise têm o direito de acessar esses serviços e o direito a informações abrangentes sobre SSR para que possam fazer escolhas livres e informadas.



Se o PSIM para SSR for ignorado ou não priorizado em uma resposta humanitária, use esses pontos em sua defesa junto às Nações Unidas (ONU), formuladores de políticas nacionais, organizações não governamentais (ONGs) e outros.

O PSIM para SSR é:

- um padrão mínimo universal e internacionalmente reconhecido de resposta a desastres;
- um critério mínimo de salvamento de vidas do Fundo Central de Resposta de Emergência (CERF) elegível para financiamento do CERF;
- integrado na orientação do grupo de saúde global; e
- integrado na revisão de 2018 dos padrões mínimos de esfera em resposta a desastres SSR e padrões de HIV.

Quais são as possíveis consequências de ignorar o PSIM para SSR em um ambiente de emergência?

As vidas das pessoas afetadas por crises são colocadas em risco quando o PSIM para SSR não é implementado. Por exemplo, mulheres e meninas podem correr o risco de violência sexual ao tentarem ter acesso a alimentos, lenha, água e latrinas. Seu abrigo pode não ser adequado para protegê-las de intrusos, ou elas podem ser colocadas em uma situação de moradia que as prive de sua privacidade. Quem está no poder pode explorar indivíduos vulneráveis, especialmente mulheres e meninas, negando o acesso a bens essenciais em troca de sexo.

Se o PSIM para SSR for ignorado, as unidades de saúde podem não ter serviços disponíveis para oferecer tratamento clínico para sobreviventes de violência sexual. Além disso, não observar as precauções padrão em um ambiente de saúde pode permitir a transmissão do HIV e outras infecções para pacientes ou profissionais de saúde. Não garantir medicamentos para prevenção e tratamento do HIV (PEP e ART) e tratamento para IST pode aumentar o índice de transmissão. Além disso, a falta de métodos contraceptivos pode levar à gravidez não intencional e, sem um sistema de referência para transferir pacientes que precisam de serviços básicos ou abrangentes de EmONC em uma unidade de saúde equipada, mulheres e recém-nascidos podem morrer ou sofrer lesões de longo prazo (por exemplo, fístula obstétrica) ou doenças.

O PSIM para SSR fornece um esboço das etapas básicas a serem tomadas para salvar vidas, preservar a saúde e evitar essas e outras consequências negativas.

Quem é responsável pela implementação do PSIM para SSR?

O setor/grupo da saúde e o Ministério da Saúde são responsáveis por garantir que o PSIM para as atividades prioritárias de SSR sejam implementadas. No entanto, nem todas as atividades de PSIM para SSR estão limitadas ao setor/grupo da saúde. Por exemplo, as atividades para prevenir e responder à violência sexual abrangem os setores/grupos de proteção, alimentação/nutrição, educação, água, saneamento e higiene e abrigo. O papel crítico que deve ser desempenhado pelo setor/grupo de saúde na implementação do PSIM para SSR é refletido nas ferramentas e orientações do grupo de saúde do Comitê Permanente Interagências (IASC).[16]

Quais são os princípios fundamentais da programação de SSR em contextos humanitários?

Os princípios são valores desenvolvidos por meio de consultas às partes interessadas nos setores humanitário e de SSR e devem ser usados para ajudar a orientar a ação. Estes incluem:

- trabalhar em parceria respeitosa com pessoas que recebem cuidados, provedores e parceiros locais e internacionais;
- garantir a igualdade atendendo às diversas necessidades de SSR das pessoas e garantindo que os serviços e suprimentos sejam baratos ou gratuitos, acessíveis a todos e de alta qualidade
- oferecer opções sobre suprimentos e serviços e informações abrangentes, acessíveis e baseadas em evidências;
- garantir a escolha de serviços e produtos, a participação efetiva e significativa das pessoas em causa e os cuidados centrados nas pessoas que reconhecem o poder de tomada de decisão autônoma dos pacientes ;
- garantir privacidade e confidencialidade para todos e tratar as pessoas com dignidade e respeito;
- promoção da equidade com relação à idade, sexo, gênero e identidade de gênero, estado civil, orientação sexual, localização (por exemplo, rural/urbana), deficiência, raça, cor, idioma, religião, opinião política ou outra, nacionalidade, etnia ou origem social, propriedade, nascimento ou outras características;
- reconhecer e abordar as dinâmicas de gênero e poder nas unidades de saúde para garantir que as pessoas não sofram coerção, discriminação ou violência / maus-tratos / desrespeito / abuso ao receber ou oferecer serviços de saúde;
- engajar e mobilizar a comunidade, incluindo populações frequentemente marginalizadas, como adolescentes, na divulgação para informar a comunidade sobre a disponibilidade e localização dos serviços e produtos do PSIM; e
- monitorar serviços e suprimentos e compartilhar informações e resultados com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento.

---

16 Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation of the Health Cluster (*Inter-Agency Standing Committee, 2009*), *https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/*.

Como as populações e comunidades afetadas pela crise estão envolvidas?

Embora possa ser difícil nos primeiros dias de uma crise, todos os esforços devem ser feitos para garantir que as populações afetadas pela crise, incluindo mulheres, adolescentes e homens, estejam envolvidas no planejamento do programa e na implementação do PSIM para os serviços de SSR desde o início de uma emergência. Para garantir que todos os membros da população estejam envolvidos, é importante chegar a grupos com vulnerabilidades específicas, incluindo lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais e assexuais (LGBTQIA) e pessoas com deficiência, tendo o cuidado de salvaguardar sua proteção. No mínimo, as comunidades afetadas devem ser informadas sobre os benefícios de buscar serviços - como atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual, contracepção e EmONC - e como e onde acessar esses serviços.

Para melhorar e aumentar o acesso e a equidade da comunidade e para apoiar serviços inclusivos, as organizações podem examinar os dados do programa para entender a utilização do serviço e fazer parceria com grupos locais para fornecer educação e informações para grupos sub-representados. Ao encorajar o envolvimento de diversos grupos comunitários, parcerias respeitosas podem desenvolver e melhorar a cobertura e a qualidade dos serviços de SSR.

LGBTQIA Definições

Lésbica	Uma mulher que tem atração emocional, romântica ou sexual por outras mulheres.
Gay	Uma pessoa que tem atração emocional, romântica ou sexual por membros do mesmo sexo.
Bissexual	Uma pessoa que tem atração emocional, romântica ou sexual por mais de um sexo, gênero ou identidade de gênero, embora não necessariamente simultaneamente, da mesma forma, ou no mesmo grau.
Transgênero	Um termo genérico para pessoas cuja identidade de gênero e / ou expressão é diferente das expectativas culturais com base no sexo que lhes foi atribuído no nascimento. Ser transgênero não implica em nenhuma orientação sexual específica. Portanto, pessoas trans podem se identificar como heterossexuais, gay, lésbica, bissexual, etc.
Queer	Um termo frequentemente usado para expressar identidades e orientações fluidas.
Questioning	Um termo frequentemente usado para descrever pessoas que estão em processo de exploração.
Intersexo	Um termo genérico frequentemente usado para descrever uma ampla gama de variações corporais naturais. Em alguns casos, esses traços são visíveis no nascimento e, em outros, não são aparentes até a puberdade. Algumas variações cromossômicas de este tipo pode não ser fisicamente aparente
Assexual	The lack of a sexual attraction or desire for other people.

Fonte: “Glossary of Terms,” Human Rights Campaign, acessado em 8 de abril de, 2019, https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms.

Quais ferramentas estão disponíveis para apoiar os provedores de serviços na entrega de informações às comunidades sobre o PSIM para SSR?

A Comissão para Mulheres Refugiadas desenvolveu os *Modelos Universais e Adaptáveis de Informação, Educação e Comunicação sobre o PSIM para SSR* fpara populações afetadas por crises sobre a importância de buscar atendimento após violência sexual e acesso a atendimento para complicações obstétricas, bem como Informação de *Planejamento Familiar, Educação e Modelos de Comunicação* para apoiar os provedores de serviços no fornecimento de informações aos clientes.[17] Esses modelos falam a três PSIM para objetivos de SSR e têm como objetivo ajudar os provedores de serviços em seus esforços para informar as comunidades em diversos cenários de crise sobre os serviços disponíveis e os benefícios de buscar cuidado.

Onde posso encontrar esses e outros recursos para PSIM para implementação de SSR?

Na página de recursos "PSIM para SSR Área de Foco" do site do IAWG sobre SR em Crises, você encontrará materiais e recursos para implementação, incluindo informação, educação e materiais de comunicação, PSIM para ferramentas de avaliação do processo de SSR, listas de verificação, o PSIM para SSR calculadora - que calcula as estatísticas de SSR necessárias para defesa, programação e arrecadação de fundos (consulte o Apêndice C) - e mais.

Por que é importante garantir que as necessidades e capacidades dos adolescentes sejam atendidas?

Imediatamente após uma crise, a desestruturação de famílias e comunidades, juntamente com a perda de oportunidades educacionais, empregos e outras atividades significativas, são desafios comuns para os adolescentes e podem afetar muito sua capacidade de proteção. Como resultado do deslocamento, eles podem ter perdido o acesso à família, redes de pares, instituições religiosas, suportes sociais e serviços de saúde, o que pode levar a ambientes violentos ou insalubres. Com a quebra da lei e da ordem, os adolescentes, especialmente meninas, são especialmente vulneráveis à coerção sexual, exploração e violência, e a casamentos precoces e forçados, o que aumenta ainda mais os riscos de gravidez não intencional, complicações durante a gravidez e parto, abortos inseguros e IST, incluindo HIV.

A resiliência e a desenvoltura dos adolescentes podem ajudá-los a lidar com suas circunstâncias e a apoiar suas comunidades. Eles devem ter oportunidades de participar da concepção, coordenação e implementação de PSIM acessíveis, aceitáveis e apropriados

17 Baixe os modelos de informação, educação e comunicação em http://iawg.net/resource/universal-adaptable-information- education-communication-iec-templates-PSIM e os modelos de planejamento familiar em http://iawg.net/resource/universal-and-adaptable-information-education-and-communication-templates-on-family-planning/.

para serviços de SSR para ajudar a garantir que suas necessidades sejam consideradas e atendidas desde o início da emergência.[18]

Por que é importante considerar as populações urbanas, populações móveis e a programação remota para PSIM para implementação de SSR?

Em cada uma dessas situações, fornecer serviços de saúde pode ser desafiador devido a desafios de segurança, logística ou comunicação.

Urbano: O mundo está passando por um rápido processo de urbanização global. Hoje, 55% da população mundial vive em áreas urbanas e prevê-se que até 2050, 68% da população global estará vivendo em áreas urbanas.[19] Aproximadamente 60% de todos os refugiados e 80% dos deslocados internos vivem em áreas urbanas onde as oportunidades, como emprego, são mais acessíveis.[20] No entanto, os sistemas de saúde em ambientes urbanos já estão sobrecarregados e podem não ser capazes de suportar um influxo de pessoas afetadas pela crise.

Populações móveis: Nos últimos anos, vimos um aumento nas populações móveis e na migração. Algumas barreiras que impedem os migrantes de acessar os serviços de saúde incluem a falta de informação, idioma, custos e medo de prisão ou deportação.[21]

Programação remota: As características mutantes das crises levaram a desafios logísticos e de segurança que podem restringir a capacidade das organizações humanitárias de oferecer alívio com segurança e eficácia a algumas populações afetadas por conflitos e desastres.[22] A programação remota tornou-se mais comum em casos prolongados, frágeis e em ambientes afetados por conflitos onde o acesso é severamente restrito.

Para mulheres e adolescentes afetados por crises, a obtenção de serviços de saúde e outros serviços costuma ser um desafio nesses ambientes devido às barreiras culturais, sociais, econômicas e de segurança. Além disso, eles podem não ter informações sobre quais serviços existem e onde se encontram. Estudos descobriram que mulheres grávidas que vivem em áreas afetadas por conflitos ou que se deslocam, têm taxas mais altas de complicações relacionadas à gravidez, levando a taxas mais altas de morte materna e neonatal, muitas vezes devido ao acesso reduzido e a padrões mais baixos de atendimento.[23]

---

18 Save the Children ae Fundo de População das Nações Unidas, Kit de Ferramentas de Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente para Ambientes Humanitários: Um Complemento para o Manual de Campo Interagência sobre Saúde Reprodutiva em Ambientes Humanitários (UNFPA, 2010), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_english.pdf.

19 *World Urbanization Prospects: The 2018 Revision (Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População 2018), https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf.*

20 *Hans Park, "The Power of Cities," The UN Refugee Agency, 25 de novembro de, 2016, https://www.unhcr.org/innovation/the-power-of-cities.*

21 *New Walled Order: How Barriers to Basic Services Turn Migration into a Humanitarian Crisis* (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, July 2018), http://media.ifrc.org/wpcontent/uploads/sites/5/2018/07/Migration-policy-Report-Final-LR.pdf.

22 Simran Chaudhri, Kristina Cordes, and Nathan Miller, *Humanitarian Programming and Monitoring in Inaccessible Conflict Settings: A Literature Review* (WHO, February 2017), https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/remote-lit-review.pdf.

23 Olivia Tulloch, Fortunate Machingura, and Claire Melamed, *Health, Migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development* (Overseas Development Institute, July 2016), https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/10761.pdf; A.D. Akol, S. Caluwaerts, and A.D. Weeks, "Pregnant Women in War Zones," BMJ (April 20, 2016), 353, https://doi.org/10.1136/bmj.i2037.

Todos os atores devem trabalhar juntos para enfrentar esses desafios e proteger a segurança e o bem-estar das pessoas que vivem nesses contextos.[24] Uma vez que a prestação de cuidados de saúde difere por país e situação, uma abordagem recomendada é realizar um mapeamento rápido da saúde disponível considerando instalações e sistemas, incluindo o Ministério da Saúde, ONGs e serviços religiosos. No caso de populações móveis, os serviços devem ser mapeados na localização dos grupos/setores e em outras áreas/países ao longo das rotas de migração comuns. Fornecer informações precisas para mulheres, adolescentes e outros grupos com vulnerabilidades específicas sobre como e onde acessar os serviços de que podem precisar quando há uma lista abrangente para consultar. Outra abordagem é estabelecer parcerias com organizações locais que fazem parte de uma estrutura comunitária e que são mais capazes de encontrar soluções locais para garantir que ninguém seja deixado para trás e que todos aqueles que são afetados pela crise e precisam de serviços sejam alcançados.

Como o PSIM para a implementação de SSR pode ser monitorado?

A Lista de Verificação do PSIM para SSR (ver Apêndice B) pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em cada emergência humanitária. Isso pode ser feito por meio de relatórios verbais dos Coordenadores de SSR e/ou por meio de visitas de observação. No início da resposta humanitária, o monitoramento semanal deve ser implementado. Uma vez que os serviços estejam totalmente estabelecidos e acordados, monitoramento e avaliação de rotina devem ser conduzidos para determinar o progresso em direção ao PSIM de qualidade e serviços abrangentes de SSR.

O Sistema de Monitoramento de Disponibilidade de Recursos de Saúde (HeRAMS) é outra ferramenta para monitorar o PSIM para a implementação de SSR e apoiar a coordenação e a tomada de decisão entre os atores da saúde.[25] HeRAMS é um sistema de informação baseado em software desenvolvido para apoiar o monitoramento e a avaliação do estado de saúde, instalações e disponibilidade de serviços e recursos de saúde em diferentes áreas afetadas por emergências, de acordo com o tipo de serviço e nível de atendimento. As quatro áreas monitoradas pelo HeRAMS são unidades de saúde, recursos para serviços de saúde, serviços prestados (incluindo aqueles específicos para o PSIM para SSR) e razões pelas quais os serviços não estão disponíveis.

O Kit de Ferramentas do Sistema de Informação de Emergência em Saúde, desenvolvido pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), inclui indicadores-chave de SSR para informar a coleta de dados no nível das unidades de saúde a serem

24 Informações adicionais sobre programação remota e populações móveis e migrantes incluem: *To Stay and Deliver, Good practice for humanitarians in complex security environments* (OCHA, 2011), https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Stay_and_Deliver.pdf. *HUMANITARIAN PROGRAMMING AND MONITORING IN INACCESSIBLE CONFLICT SETTINGS*: *A Literature Review* (WHO Global Health Cluster, February 2017), http://www.who.int/health-cluster/resources/publications/remote-lit-review.pdf. Antonio Donini e Daniel Maxwell, "From face-to-face to face-to-screen: remote management, effectiveness and accountability of humanitarian action in insecure environments," International Review of the Red Cross, 95, pp 383-413 doi:*10.1017/S1816383114000265.* Peta Sandison, *Limited Access Humanitarian Programming Operational Guidance for Managing Programme Quality* Version 1 (Oxfam, January 2017), https://www.medbox.org/limited-access-humanitarian-programming/download.pdf. *Health of refugees and migrants: Practices in addressing the health needs of refugees and migrants* (WHO African Region, 2018), www.who.int/migrants/publications/AFRO-Practices.pdf.

25 Mais informações sobre o HeRAMS podem ser acessadas em https://www.who.int/hac/herams/en/.

coletados desde o início de uma emergência.[26] Esses dados podem ser usados para discutir lacunas e sobreposições na cobertura de serviços dentro dos mecanismos de coordenação do setor/grupo da saúde e para encontrar e implementar soluções.

Como uma agência pode obter financiamento para apoiar o PSIM para atividades de SSR?

Uma vez que o PSIM para SSR atende aos critérios de salvamento do CERF,[27] ONGs podem acessar os fundos do CERF das Nações Unidas submetendo propostas de projetos que fazem parte do planejamento humanitário e do processo de apelação. Os Fundos Conjuntos com base nos países fornecem outra opção de financiamento, assim como os Planos de Resposta Humanitária. As propostas devem descrever as atividades prioritárias de SSR como os primeiros componentes de SSR a serem tratados, seguido por uma expansão da programação de SSR assim que a situação permitir, conforme delineado no PSIM.

As organizações que respondem a uma crise também devem incluir financiamento para PSIM para atividades de SSR em propostas para doadores, como o Departamento Australiano de Relações Exteriores e Comércio (DFAT), Escritório dos Estados Unidos (EUA) para População, Refugiados e Migração (BPRM), Global Assuntos do Canadá (GAC), Departamento de Desenvolvimento Internacional (DFID) do Reino Unido, Proteção Civil Europeia e Operações de Ajuda Humanitária (ECHO), Ministério das Relações Exteriores da Dinamarca, Ministério das Relações Exteriores da Holanda, Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento, Escritório da Assistência a Desastres Estrangeiros dos EUA (OFDA), Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (Sida), ACNUR, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e doadores privados que podem apoiar atividades de resposta a emergências (consulte o Apêndice D para uma amostra de uma proposta de financiamento)".[28]

Nas propostas pode ser útil citar os padrões de SSR e HIV do Sphere. Na edição de 2018 do The Sphere Handbook, as atividades prioritárias do PSIM para SSR estão incluídas nos padrões de saúde sexual e reprodutiva: "Padrão 2.3.1 Cuidados de saúde reprodutiva materna e neonatal", "Padrão 2.3.2 Violência sexual e gestão clínica de estupro" e "Padrão 2.3.3 HIV ".[29]

Quais suprimentos são necessários para implementar o PSIM para SSR, e onde encontrar uma agência para obtê-los?

Medicamentos essenciais, equipamentos e suprimentos para implementar o PSIM

26 "Health Information System Toolkit," UNHCR, acessado em 8 de abril de, 2019, https://www.unhcr.org/protection/health/4a3374408/health-information-system-toolkit.htm/.

27 *Lifesaving Criteria and Sectoral Activities* (Central Emergency Response Fund, 2010) https://cerf.un.org/.

28 "Guidelines for Proposals," USAID, accessado em 8 de abril, 2019, https://www.usaid.gov/what-we-do/working-crises-and-conflict/crisis-response/resources/guidelines-proposals; "Funding Opportunities," US Department of State, accessado em 8 de abril, 2019, https://www.state.gov/j/prm/funding; "Funding for Humanitarian Aid," European Civil Protection And Humanitarian Aid Operations, accessado em 8 de abril, 2019, http://ec.europa.eu/echo/funding-evaluations/funding-humanitarian-aid_en; Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade (website), accessado em 8 de abril, 2019, https://dfat.gov.au.

29 *The Sphere Handbook 2018* (Sphere, 2018), https://www.spherestandards.org/handbook/.

para SSR foram agrupados em kits pré-embalados especialmente projetados: Kits Saúde reprodutiva de emergência interagências (IARH). Esses kits, gerenciados pelo UNFPA em nome do IAWG em SR em Crises, são projetados para serem globalmente aplicáveis na fase inicial de qualquer emergência aguda. Alguns dos medicamentos e dispositivos médicos contidos nos kits, entretanto, podem não ser adequados para todas as configurações. Isso é inevitável, pois são kits de emergência padronizados, projetados para uso em todo o mundo, pré-embalados e mantidos prontos para envio imediato. Nem todos os locais podem precisar de todos os kits, dependendo da disponibilidade de suprimentos no local antes da crise e da capacidade das unidades de saúde. Além disso, alguns produtos essenciais não estão incluídos nos kits da IARH, mas podem ser solicitados como produtos complementares em circunstâncias específicas para complementar os kits principais. Os suprimentos devem ser discutidos nas reuniões do setor/grupo da saúde e/ou do subsetor/grupo de trabalho de SSR e na fase de preparação para emergências.

Para evitar a interrupção dos suprimentos de SSR que salvam vidas durante emergências, os atores humanitários devem ter em mente que o fortalecimento das cadeias de abastecimento localmente sustentáveis é fundamental não apenas durante a expansão dos serviços em direção a uma programação abrangente de SSR, mas também na fase aguda de uma emergência, quando o PSIM para SSR está sendo implementado. Dado que os problemas logísticos são comuns em cenários de crise, particularmente para suprimentos de saúde, os parceiros no subsetor/grupo de trabalho de SSR e no setor/grupo de saúde devem trabalhar em estreita colaboração com o setor/grupo de logística e outros parceiros da saúde. Os atores humanitários relevantes devem trabalhar para garantir a integração dos suprimentos de saúde humanitária no planejamento logístico e rapidamente identificar e garantir que os suprimentos de SSR baseados nas necessidades sejam incluídos na aquisição geral de suprimentos médicos para evitar escassez e falta de estoque.



Para obter mais informações sobre suprimentos e logística, consultar a Unidade 9, Capítulo 4 do IAFM 2018 e o Manual do Kit da IARH (2019) e os materiais que os acompanham.

O PSIM para SSR é apenas para emergências agudas?

O PSIM para SSR não se aplica apenas a crises agudas. O Consenso de Granada sobre Saúde Sexual e Reprodutiva em Crises Prolongadas e Estrutura de Recuperação inclui a garantia dos componentes clínicos do PSIM para SSR, alcançando cobertura equitativa e serviços sustentados à medida que são integrados em uma programação abrangente de SSR em crises prolongadas e durante a recuperação.[30] É importante observar que em alguns cenários prolongados e pós-crise, os serviços clínicos prioritários do PSIM para SSR ainda não estão em vigor. Neste caso, a programação existente de SSR não deve ser suspensa ou reduzida, mas imediatamente ampliada para incluir todos os serviços prioritários do PSIM para SSR.

30 *Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery* (Andalusian School of Public Health, UNFPA, and WHO), accessado em abril 8, 2019, https://www.who.int/hac/techguidance/pht/reproductive_health_protracted_crises_and_recovery.pdf.

O que pode ser feito para se preparar para uma emergência em países propensos a desastres e conflitos?

As comunidades locais, os representantes distritais e estaduais e as agências humanitárias, de desastres e de desenvolvimento devem priorizar a SSR nas políticas de gestão de emergências de saúde, incluindo preparação para emergências e planos de contingência. Esses planos podem incluir o treinamento de trabalhadores de saúde nacionais, locais e comunitários no PSIM para SSR; identificar um sistema para mapear os serviços disponíveis antes e no início de uma emergência; identificar estratégias de coordenação e comunicação; planejamento de recursos humanos de emergência; e desenvolver planos de logística para estocar, gerenciar, solicitar e disseminar o PSIM para suprimentos de SSR. Aqui estão dois exemplos de recursos para apoiar esses esforços de preparação:

A Iniciativa do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva em Situações de Crise e Pós-Crise (SPRINT) no Leste e Sudeste Asiático e no Pacífico foi desenvolvida com financiamento do governo australiano após a nona reunião do IAWG sobre SR em crises em outubro de 2006, realizada em Sydney, Austrália. O objetivo da iniciativa é melhorar o acesso aos serviços e informações de SSR para as populações que vivem em ambientes humanitários. Agora está em sua terceira fase e se concentra no Sul e Sudeste Asiático e no Pacífico, com os objetivos de garantir que:

- a política e o ambiente de financiamento apoiem cada vez mais a SSR e os direitos em ambientes humanitários;
- haja maior capacidade nacional para coordenar a implementação do PSIM para SSR em crises; e
- o PSIM para SSR seja implementado em tempo hábil em crises.

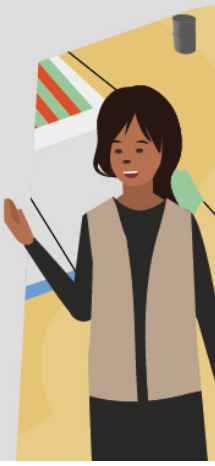
A Iniciativa SPRINT é administrada pela International Planned Parenthood Federation (IPPF) e trabalha em estreita colaboração com parceiros como o UNFPA, a Comissão para Mulheres Refugiadas e outros membros do IAWG sobre SR em Crises. Para obter mais informações sobre a Iniciativa SPRINT e o trabalho humanitário da IPPF, visitar www.ippf.org/our-priorities/humanitarian.

O IAWG sobre SR na Iniciativa de parceria para treinamento em crises foi formado em 2006 para abordar lacunas de serviço clínico na implementação de PSIM para SSR. A Iniciativa de Parceria de Treinamento do IAWG concentra-se em uma abordagem integrada, inclusiva e abrangente para aumentar a capacidade regional, nacional e local para coordenar e oferecer serviços de SSR de qualidade desde o início de uma emergência e para conduzir um planejamento eficaz, além da implementação de uma abordagem abrangente integrada Serviços SSR. Para obter mais informações sobre a IAWG Training Partnership Initiative, visitar iawg.net.

Unidade 1: Pontos-chave

- Os seis objetivos do PSIM para SSR incluem: garantir a identificação de uma organização para liderar a implementação do PSIM para SSR, prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes, prevenir a transmissão e reduzir a morbidade e mortalidade devido ao HIV e outras IST, prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal, prevenir a gravidez não intencional e planejar uma SSR abrangente integrada à atenção primária à saúde o mais rápido possível. Outras atividades prioritárias do PSIM para SSR incluem o acesso à atenção ao aborto seguro conforme a lei.
- O PSIM para SSR é essencial para reduzir mortes, doenças e deficiências enquanto protege o direito à vida com dignidade.
- Todo esforço deve ser feito para garantir que as populações afetadas pela crise, incluindo mulheres, adolescentes e homens, estejam envolvidas no planejamento do programa e na implementação do PSIM para serviços de SSR desde o início de uma emergência. No mínimo, as comunidades afetadas devem ser informadas sobre os benefícios de buscar serviços - como atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual, contracepção e EmONC – além de como e onde acessar esses serviços.
- A Lista de Verificação do PSIM para SSR pode ser usada para monitorar a prestação e coordenação de serviços de SSR em emergências humanitárias.
- As organizações que respondem a uma crise devem incluir financiamento para PSIM para atividades de SSR nas propostas aos doadores.

UNIDADE 2: GARANTIR QUE O SETOR/GRUPO DA SAÚDE IDENTIFIQUE UMA ORGANIZAÇÃO PARA LIDERAR A IMPLEMENTAÇÃO DO PSIM



A coordenação do Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para atividades de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) como parte da resposta do setor/grupo de saúde geral é essencial em vários níveis, incluindo dentro de cada agência que responde à emergência, bem como em sub-níveis nacional e internacional. A coordenação dentro e entre esses vários níveis e setores é crucial para garantir a eficácia da resposta de SSR. Isso ocorre porque a coordenação ajuda a identificar e preencher lacunas na prestação de serviços, a evitar a sobreposição de programas, a fortalecer a defesa de direitos e a apoiar a aplicação de padrões e responsabilidade para garantir o acesso das populações afetadas por crises a serviços de SSR que salvam vidas.

Desde o início da resposta em cada cenário humanitário, o setor/grupo de saúde deve identificar uma organização líder de SSR para garantir a coordenação. Pode ser o Ministério da Saúde, uma agência das Nações Unidas e/ou uma organização não governamental (ONG) nacional ou internacional. A organização indicada, que é identificada como tendo a maior capacidade para cumprir esta função, imediatamente dedica um Coordenador de SSR em tempo integral por um período mínimo de três a seis meses. O Coordenador de SSR fornece suporte operacional e técnico aos parceiros de saúde e facilita o planejamento coordenado para garantir a priorização de SSR e o fornecimento eficaz de PSIM para serviços de SSR. É importante que esse indivíduo tenha conhecimento técnico suficiente de todos os componentes do PSIM para SSR e habilidades de coordenação para oferecer este suporte.

No final da unidade, os participantes serão capazes de:

- descrever a importância de ter uma agência líder de SSR e um coordenador de SSR e
- identificar os papéis e funções do Coordenador de SSR.



PSIM para objetivos e atividades de SSR

ASSEGURAR QUE O SETOR/GRUPO DA SAÚDE IDENTIFIQUE UMA ORGANIZAÇÃO PARA LIDERAR A IMPLEMENTAÇÃO DO PSIM. A ORGANIZAÇÃO LÍDER DE SSR:

- nomeia um Coordenador de SSR para fornecer suporte técnico e operacional a todas as agências que prestam serviços de saúde;
- organiza reuniões regulares com todas as partes interessadas relevantes para facilitar a ação coordenada para garantir a implementação do PSIM;
- faz relatórios ao grupo de saúde, ao sub-setor/agrupamento da violência baseada em gênero (GBV) e/ou reuniões de coordenação nacional do vírus da imunodeficiência humana (HIV) sobre quaisquer questões relacionadas à implementação do PSIM;
- em conjunto com os mecanismos de coordenação de saúde/GBV/HIV, garante o mapeamento e a análise dos serviços existentes de SSR;
- compartilha informações sobre a disponibilidade de serviços e produtos de SSR em coordenação com os setores/grupos de saúde e logística; e
- garante que a comunidade esteja ciente da disponibilidade e localização dos serviços de SSR.

Quais são as atividades do Coordenador de SSR?

No início de uma resposta humanitária, o setor/grupo de saúde deve identificar uma organização líder de SSR. A organização líder de SSR deve então destacar um Coordenador de SSR que atue dentro do setor/grupo de saúde. A seguir estão os termos gerais de referência a serem realizados pelo Coordenador de SSR.

A seguir estão os termos gerais de referência a serem realizados pelo Coordenador de SSR:

Coordenador de SSR: Termos de Referência

O Coordenador de SSR é responsável por apoiar os parceiros do setor/grupo de saúde para implementar o PSIM para SSR e planejar a provisão de serviços abrangentes de SSR. A função do Coordenador de SSR é:

- coordenar, comunicar e colaborar com a saúde, GBV e setor/grupo/ tores de HIV e participar ativamente na saúde e em outras reuniões de coordenação intersetorial, fornecendo informações, além de levantar questões e preocupações estratégicas e técnicas;
- realizar reuniões regulares de coordenação de SSR em níveis nacionais, subnacionais/regionais e locais relevantes com todos os principais interessados, incluindo o Ministério da Saúde, ONGs locais e internacionais (incluindo organizações de desenvolvimento que trabalham em SSR), agências relevantes das Nações Unidas, grupos da sociedade civil, representantes intersetoriais (proteção, VBG e HIV) e representantes da comunidade de populações frequentemente marginalizadas, como adolescentes, pessoas com deficiência,

lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais e assexuais (LGBTQIA) para facilitar a implementação do PSIM para SSR;

- compilar informações demográficas e de SSR básicas das populações afetadas para apoiar o PSIM para defesa, implementação e planejamento de SSR para a prestação de serviços abrangentes de SSR;
- identificar, compreender e fornecer informações sobre os elementos das políticas, protocolos, regulamentos e leis consuetudinárias nacionais e do país anfitrião que:
  - apoiar os serviços de SSR para a população afetada e
  - criar barreiras e restringir o acesso aos serviços de SSR;
- com mecanismos de coordenação de saúde, VBG e HIV, apoiar um exercício de mapeamento/análise da situação dos serviços de SSR existentes (incluindo prestadores de serviços locais especializados que já estão trabalhando com subpopulações, como indivíduos LGBTQIA e aqueles envolvidos no trabalho sexual); identificar as necessidades, capacidades e lacunas do programa de SSR; e conduzir um exercício de planejamento em coordenação com todas as partes interessadas relevantes para serviços de SSR eficazes, eficientes e sustentáveis;
- apoiar os parceiros de saúde na busca de financiamento de SSR por meio de processos e apelos de planejamento humanitário, incluindo o processo de apelos instantâneos (Fundo Central de Alívio de Emergência [CERF] e Fundos Conjuntos baseados no país) e o Plano de Resposta Humanitária, em coordenação com o setor/grupo de saúde;
- fornecer orientação técnica e operacional sobre PSIM para implementação de SSR, bem como orientação para parceiros de saúde sobre PSIM para SSR, Kits Saúde reprodutiva de emergência interagências (IARH)[31] e outros recursos; e
- apoiar a aquisição e distribuição coordenada de Kits e suprimentos da IARH, apoiar os parceiros na coleta de dados básicos sobre o consumo de suprimentos e planejar sistemas de aquisição e distribuição de SSR estáveis e de longo prazo.

O Coordenador de SSR trabalha dentro do contexto do mecanismo geral de coordenação setor/grupo de saúde para obter e usar informações para:

- garantir que o PSIM para os serviços de SSR sejam monitorados para facilitar a qualidade e a sustentabilidade; utilizar a Lista de Verificação do PSIM para SSR (consulte o Apêndice B) para monitorar os serviços;
- assegurar comunicação regular entre todos os níveis e relatar as principais conclusões e desafios que requerem resolução para o mecanismo geral de coordenação de saúde;
- coletar e aplicar dados de entrega de serviço, analisar descobertas, identificar soluções para atender às lacunas e planejar a provisão de serviços abrangentes de SSR;
- facilitar reuniões de planejamento com todas as partes interessadas para identificar sinergias, necessidades, lacunas e oportunidades; e
- apoiar o estabelecimento de serviços abrangentes de SSR centrados no cliente o mais rápido possível e dentro de três a seis meses do início da emergência.

31 Ver Unidade 9 para mais informações sobre Kits do IARH.

Adolescentes

O PSIM para SSR pode não atender a todas as necessidades dos adolescentes e pode não ser possível incorporar todos os princípios de SSR do adolescente ao implementar o PSIM para SSR. Dada esta situação, o Coordenador de SSR deve envolver significativamente os adolescentes na coordenação, elaboração de projetos e implementação de SSR e deve apoiar a provisão de serviços de SSR adequados para adolescentes. Um recurso útil para consultar é o Kit de Ferramentas de SSR do Adolescente para Configurações Humanitárias desenvolvido por Save the Children e o UNFPA para orientação adicional sobre o estabelecimento e provisão de PSIM para adolescentes para serviços de SSR.[32] Ver o Apêndice E para uma versão atualizada do adolescente - lista de verificação de serviço SSR amigável do kit de ferramentas.

Porque ter um Coordenador de SSR no local é uma prioridade?

As evidências mostram que, sem o conhecimento técnico e coordenação adequados para apoiar a resposta de SSR, os serviços essenciais do PSIM para SSR são freqüentemente ignorados, despriorizados ou isolados em sua implementação.

Quem deve participar das reuniões do grupo de trabalho de SSR?

Organizar regularmente reuniões de coordenação de SSR é uma das responsabilidades do Coordenador de SSR. Atores relevantes na resposta à saúde humanitária devem participar dessas reuniões, incluindo:

- o Ministério da Saúde e quaisquer outros ministérios relevantes;
- desenvolvimento local e internacional, organizações humanitárias e da sociedade civil e atores do setor privado com conhecimento e experiência em SSR;
- doadores;
- o grupo de trabalho de proteção ou grupo e sua Área de Responsabilidade de VBG;
- representantes das comunidades afetadas; e
- Agências das Nações Unidas, como o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Internacional para as Migrações (IOM), Escritório das Nações Unidas para a Coordenação do Trabalho Humanitário Assuntos (UNOCHA) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Como parceiros no mecanismo de coordenação, as agências são responsáveis por levantar questões relacionadas a SSR para discussão nas reuniões do setor/grupos de saúde em geral.

32 *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* (Save the Children and UNFPA, September 2009), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_english.pdf.

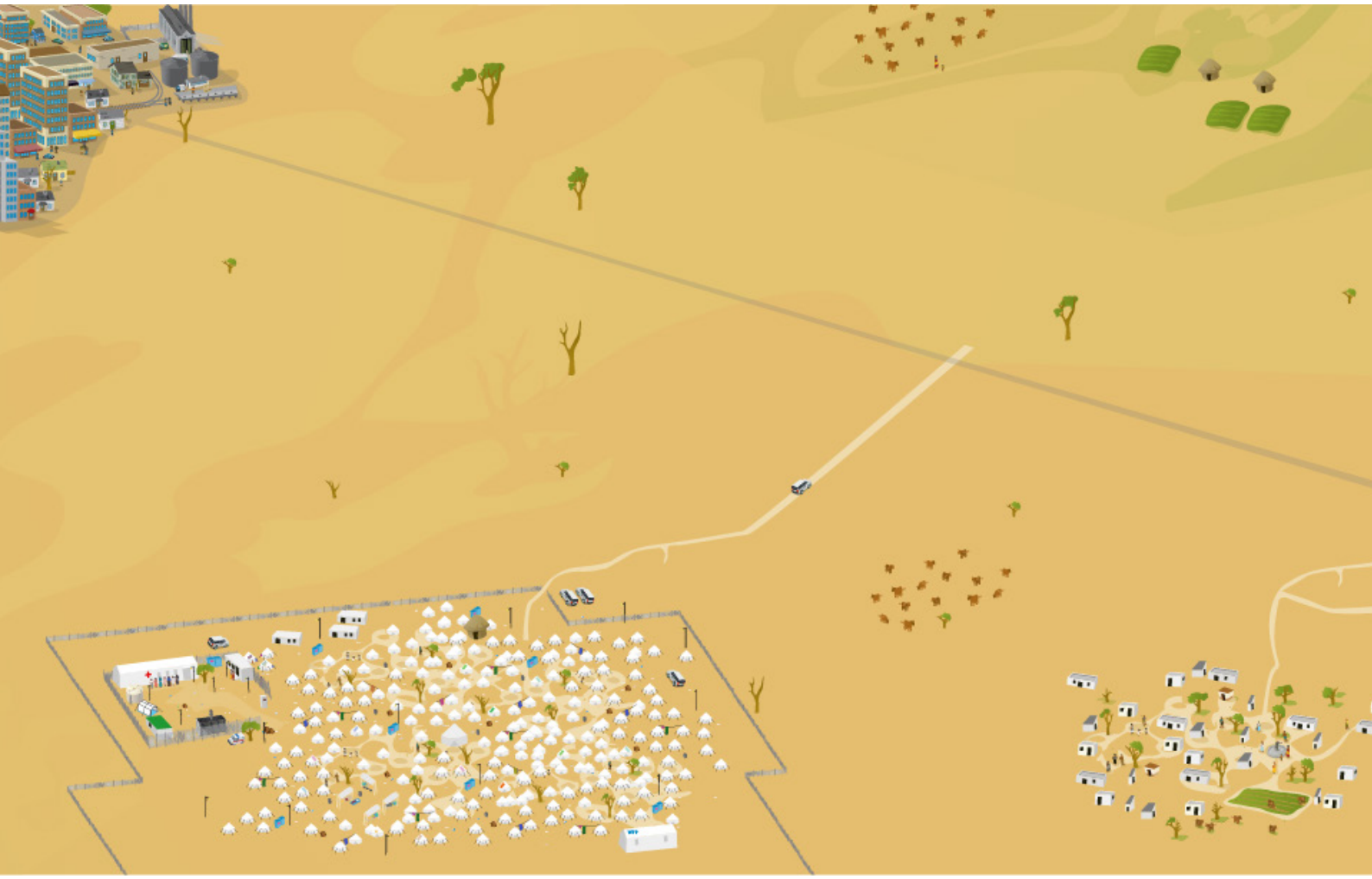
Coordenação de SSR nos níveis nacional e subnacional

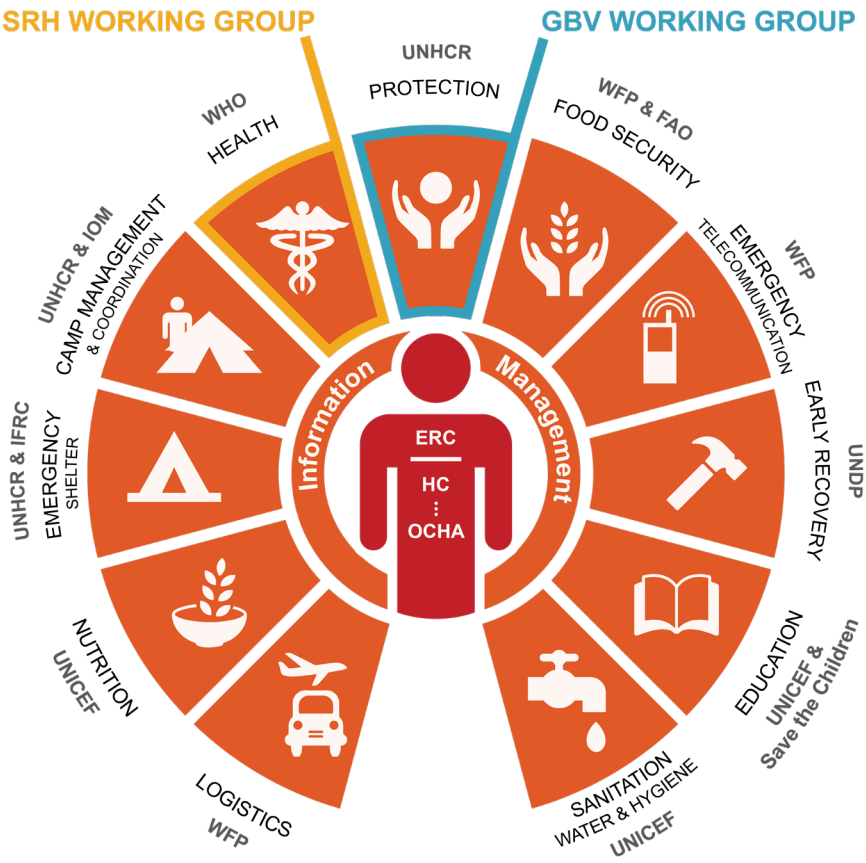
Para entender a coordenação de SSR em nível nacional e subnacional, é importante lembrar que os mecanismos de coordenação em um ambiente de refugiados são diferentes daqueles em um ambiente de populações deslocadas internamente.

- Se você estiver operando em um **ambiente de refugiados**, o ACNUR é responsável pela coordenação geral da resposta.
- Se você estiver operando em uma configuração de deslocamento interno, o UNOCHA é responsável pela coordenação geral usando a 'Abordagem de Grupo' (descrito na página 26).

Embora essas estruturas de coordenação difiram operacionalmente, é importante lembrar que as obrigações dos parceiros de garantir a implementação do PSIM para SSR no início de cada emergência permanecem as mesmas.

Para obter mais informações sobre as diferenças entre os mecanismos de coordenação das respostas dos refugiados e das populações deslocadas internamente, consultar o treinamento Building A Better Response sobre coordenação humanitária (https://www.buildingabetterresponse.org) ou acessar os sites do UNOCHA e do ACNUR.





Fonte: "What Is the Cluster Approach?" Humanitarian Response, accessado em 8 de abril de 2019 https://www.humanitarianresponse.info/en/about-clusters/what-is-the-cluster-approach.

Acrônimos dos líderes do grupo global

FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
IFRC	Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
IOM	Organização Internacional para Migração
OCHA	Escritório das Nações Unidas de Coordenação de Assuntos Humanitários
UNAID	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNDP	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
UNEP	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PAM	Programa Alimentar Mundial
OMS	Organização Mundial de Saúde

Observe que, em nível nacional, a responsabilidade pela liderança e coordenação pode ser colocada com agências diferentes que têm mais competências no terreno.

De que apoio o Coordenador de SSR precisa?

O Coordenador de SSR deve ser apoiado pelo pessoal de administração, comunicação e logística para:

- ajudar a organizar reuniões de coordenação de SSR;
- identificar e garantir a inclusão significativa de grupos locais da sociedade civil, incluindo redes e organizações que representam mulheres, adolescentes, indivíduos LGBTQIA, pessoas portadoras de deficiência e outros membros da comunidade afetados por crises;
- manter e publicar as atas das reuniões;
- compartilhar atualizações situacionais, treinamentos e recursos relacionados; e
- trabalhar com os setores/grupos de saúde e logística para fazer pedidos, estocar e distribuir suprimentos de SSR.

PSIM útil para recursos relacionados a SSR para o Coordenador de SSR e outros podem ser encontrados em iawg.net.

Quais são alguns dos atributos de reuniões de coordenação ou grupos de trabalho fortes e bem-sucedidos de SSR?

Reuniões de coordenação de SSR fortes e bem-sucedidas ou grupos de trabalho:

- ter acordado os termos de referência (focado na implementação e construção do PSIM para SSR);
- são bem facilitados e usados para planejamento estratégico e solução de problemas para garantir a cobertura de serviço do PSIM para SSR;
- ter envolvimento ativo do Ministério da Saúde na liderança ou co-liderança do esforço de coordenação;
- sejam anunciados a todas as partes interessadas e abertos a todas as agências relevantes e membros das comunidades afetadas - incluindo representação de populações frequentemente marginalizadas (por exemplo, adolescentes, pessoas com deficiência, indivíduos LGBTQIA);
- são mantidos em um local acessível e hospedados regularmente - geralmente uma vez por semana no início de uma emergência; e
- são eficientes em termos de tempo e baseados em uma agenda orientada para a ação para garantir equidade e cobertura abrangente de PSIM para atividades de SSR.

A facilitação das reuniões deve:

- apoiar a participação igual, escuta eficaz e anotações;
- ser reforçada através da distribuição de atas pós-reunião; as atas da reunião também devem ser publicadas no site de Resposta Humanitária (resposta humanitária. info), e o Coordenador de SSR deve garantir que os pontos-chave sejam incluídos nos

relatórios de situação do grupo de saúde (sitreps) e comunicados ao UNOCHA para seus relatórios sitreps como parte da saúde contribuição do setor/grupo;

- acomodar novas agências e a rotação de funcionários revisando o PSIM para SSR e o plano de ação para o grupo de trabalho no início de cada reunião; diferentes organizações poderiam assumir a liderança no início da reunião para distribuir e revisar a sinopse e a folha de advocacia do PSIM para SSR (também chamada de "folha de cola") (Apêndices E e F).

Como a coordenação de SSR pode ser mantida durante crises pós-agudas/prolongadas?

Os coordenadores internacionais de SSR devem, no início de seu trabalho, envolver ativamente o Ministério da Saúde ou identificar uma contraparte local para liderar ou co-liderar o esforço de coordenação. Isso garantirá uma transição suave durante qualquer mudança de pessoal que ocorra enquanto se pretende que o Ministério da Saúde assuma a coordenação da SSR.

Nepal pós-terremoto (s): Preparação e coordenação do PSIM para SSR

Antes do (s) terremoto (s) de 2015 no Nepal, o Governo e os parceiros firmaram compromissos e investimentos em SSR, e o PSIM para SSR foi incluído nas atividades de preparação, incluindo a coordenação e pré-posicionamento dos Kits IARH. Dois dias depois do terremoto devastador, um mecanismo de coordenação de SSR foi iniciado no grupo de saúde em Katmandu.[33] Esse esforço foi liderado pelo Departamento de Serviços de Saúde, Divisão de Saúde da Família e UNFPA.

A liderança e a colaboração entre os parceiros ocorreram imediatamente para garantir com sucesso o apoio dos doadores e alcançar as comunidades afetadas. Em nível nacional, o Nepal designou seu grupo de trabalho de SSR como um subconjunto de SR. As reuniões em Katmandu tiveram um início rápido. As principais partes interessadas, incluindo o Departamento de Serviços de Saúde, agências das Nações Unidas, ONGs locais e internacionais e adolescentes, estiveram envolvidas nas reuniões de coordenação do subconjunto de SR. Nas áreas rurais, o Escritório Distrital de Saúde Pública liderou os esforços de resposta, incluindo o estabelecimento de hospitais temporários, acampamentos de SR móveis e mecanismos de distribuição de suprimentos, o que permitiu que o PSIM para SSR fosse integrado aos esforços para alcançar comunidades mais rurais e remotas.

33 Myers, et al., "Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package."

Quais mecanismos globais oferecem políticas e suporte técnico para o PSIM para SSR?

Grupo Global da Saúde: O Grupo Global da Saúde, liderado pela OMS, compreende aproximadamente 700 parceiros em nível de país, 55 dos quais atuam estrategicamente em nível global. estas organizações trabalham em colaboração para garantir ações de saúde previsíveis e responsáveis, inclusive para SSR em ambientes de crise.[34] Para crises de refugiados, o ACNUR é a agência coordenadora líder, inclusive para SSR.

IAWG sobre SR em Crises: O IAWG sobre SR em Crises é uma coalizão de base ampla e altamente colaborativa que trabalha para expandir e fortalecer o acesso a serviços de SSR de qualidade para pessoas afetadas por conflitos e desastres naturais. O grupo é liderado por um Comitê Diretor de 19 membros composto por agências das Nações Unidas e organizações não-governamentais humanitárias, de desenvolvimento, pesquisa e defesa. Com mais de 2.800 membros individuais de 450 agências, em 2018, o grupo colabora com os membros por meio de reuniões bienais (a partir de 2017) onde parceiros locais e internacionais compartilham atividades e recursos, iniciam esforços colaborativos e analisam questões no campo a serem abordadas.[35] O IAWG sobre SR em Crises tem 12 subgrupos de trabalho ativos por meio dos quais os membros abordam tópicos críticos de SSR. Os subgrupos de trabalho desenvolvem seus próprios termos de referência, que são atualizados anualmente. O subgrupo de trabalho do PSIM para SSR se reúne regularmente por teleconferência para tratar de seus termos de referência, compartilhar descobertas e identificar áreas para melhoria. As conclusões dessas reuniões e ações implementadas a partir dos termos de referência apoiam um PSIM mais coordenado e eficaz para a resposta de SSR em novas emergências. Este é um exemplo de como a ação em nível global pode apoiar as atividades no campo. Para obter mais detalhes sobre como ingressar no IAWG sobre SR em crises, visitar iawg.net.

Grupo Logística: O Grupo Logística, liderado pelo Programa Mundial de Alimentos (PMA), fornece coordenação e gestão de informações para apoiar a tomada de decisões operacionais e melhorar a previsibilidade, oportunidade e eficiência da resposta humanitária de emergência. Quando necessário, o Grupo de logística também facilita o acesso a serviços de logística comuns.

Área de responsabilidade da GBV (O GBV AoR): A área de responsabilidade da GBV, liderada pelo UNFPA, reúne ONGs, agências das Nações Unidas, acadêmicos e outros com o objetivo comum de garantir a prevenção de GBV salva vidas, previsível, responsável e eficaz com mitigação de risco e resposta em contextos humanitários. Também trabalha para fortalecer a preparação de todo o sistema e a capacidade técnica para responder a emergências humanitárias. A área de responsabilidade de GBV está dentro do Grupo de Proteção Global.[36]

34 O Sito web do Global Health Cluster pode ser encontrado em http://www.who.int/hac/global_health_cluster.

35 Mais informações sobre as reuniões do IAWG podem ser encontradas em http://iawg.net/event_type/annual-meeting.

36 “What we do” Gender-Based Violence AoR (website), accessado em 19 de junho de 2019, http://gbvaor.net.

A realidade da implementação do PSIM para SSR na Jordânia

Em março de 2011, a agitação civil na Síria levou a um êxodo em massa de sírios para os países vizinhos, incluindo a Jordânia.[37] Agências de socorro garantiram que as necessidades de SSR dos refugiados fossem levadas em consideração na resposta humanitária, contando com as diretrizes do Ministério da Saúde da Jordânia para mães e recém-nascidos e atenção pós-aborto; prevenção e tratamento do HIV; e planejamento familiar.

Em 2013, uma avaliação conjunta do PSIM para os serviços de SSR foi conduzida pela Comissão de Mulheres Refugiadas, UNFPA e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças para determinar o status da implementação do PSIM para refugiados sírios no campo de refugiados de Zaatari e na área urbana de Irbid, Jordânia, como parte de uma avaliação global de SR em ambientes afetados por crises. Os resultados revelaram que as principais agências de saúde abordaram o PSIM garantindo financiamento, suprimentos e estabelecendo pontos focais de SR, além de serviços e mecanismos de coordenação.

O UNFPA realizou reuniões semanais de coordenação em Zaatari, que se concentraram especificamente nos refugiados dentro do campo, e reuniões mensais em Amã, Jordânia, que se concentraram no influxo de refugiados e na crise como um todo. No entanto, faltou coordenação em Irbid e outras áreas urbanas, que tinham um número maior de refugiados. Os serviços de saúde materna e neonatal, incluindo transfusões de sangue seguras, funcionavam nas áreas urbanas. Isso foi possivelmente devido ao nível pré-existente de cuidados maternos e neonatais na Jordânia.

O desafio era que os refugiados hospedados nas áreas urbanas não eram tão visíveis quanto os do campo de Zaatari, o que os tornava mais vulneráveis. Por exemplo, faltava informação sobre os tipos e localizações dos serviços que lhes eram disponibilizados. Em Zaatari, os parceiros regionais ofereceram cuidados maternos e neonatais avançados, mas havia lacunas na prevenção da violência sexual e na prestação de cuidados clínicos aos sobreviventes. Acredita-se que isso se deva à falta de atenção dos profissionais de saúde em prevenir e responder à violência sexual.

No geral, esta avaliação revelou que houve uma maior conscientização do PSIM para SSR na resposta no nível de campo. Também destacou os desafios de trabalhar em um contexto urbano e a importância de garantir que todas as pessoas afetadas pela crise tenham conhecimento e acesso aos serviços.

37 Krause, et al., “Reproductive Health Services for Syrian Refugees.”

Unidade 2: Pontos chaves

- É importante ter uma agência líder de SSR e um Coordenador de SSR porque sem conhecimento técnico apropriado e coordenação das partes interessadas para apoiar a resposta de SSR, os serviços essenciais e vitais do PSIM para SSR são freqüentemente ignorados e as intervenções são isoladas ou despriorizadas. Isso pode levar a consequências fatais para as populações afetadas.
- O papel do Coordenador de SSR, com o apoio da agência líder de SSR, é fornecer suporte operacional e técnico, organizar reuniões regulares com todas as partes interessadas relevantes, compartilhar informações sobre a disponibilidade de serviços e produtos de SSR, garantir que a comunidade esteja ciente sobre os serviços de SSR, trabalhar com os setores/grupos de saúde e logística para suprimentos e com os mecanismos de coordenação de saúde/GBV/HIV que garantem um mapeamento e uma análise dos serviços existentes de SSR, além de lacunas e desafios relacionados ao PSIM para a implementação da SSR.
- Todos os atores relevantes na resposta humanitária de saúde devem participar nas reuniões de coordenação de SSR (Ministério da Saúde, ONGs internacionais, organizações da sociedade civil, o setor privado trabalhando em SSR, doadores, o grupo/setor de trabalho de proteção - incluindo a Área de Responsabilidade da VBG - representantes das comunidades afetadas e agências das Nações Unidas).



Desafios e Soluções

Desafios	Soluções
Às vezes, a falta de compreensão e/ou priorização da SSR por atores humanitários pode tornar difícil a implementação do PSIM para SSR dentro da resposta geral de saúde. Como garantir que a SSR e o PSIM para SSR sejam priorizados e integrados de forma adequada?	Enfatizar que o PSIM para SSR é um padrão mínimo internacional aceito refletido no The Sphere Handbook, nos critérios de salvamento do CERF, no *Manual de Campo Interagência sobre Saúde Reprodutiva em Ambientes Humanitários e no Health Cluster Guide.* Incentivar todos os funcionários técnicos e de gestão envolvidos na resposta humanitária a preencher o módulo de aprendizagem à distância PSIM para SSR e compartilhar recursos relevantes, como o PSIM para advocacy SSR e folhas de sinopse (Apêndices C e). Realizar treinamentos sobre os serviços de SSR que salvam vidas do PSIM para SSR como parte dos esforços de preparação e colaborar com o Ministério da Saúde e outras organizações governamentais relevantes antes de uma emergência, se possível. Realizar um PSIM para avaliação de preparação para emergências de SSR.
No início de uma emergência, o UNFPA e outras agências especializadas em SSR podem ainda não estar operacionais no campo. A segurança pode ser ruim e a capacidade da equipe pode ser fraca. Em tal cenário, o que uma agência pode fazer para resolver SSR?	Se a sua agência estiver envolvida na resposta à saúde, ela deve garantir que o PSIM para SSR seja incluído em sua programação. Sua agência ou outra agência poderia se voluntariar nos encontros do setor/grupo de saúde para liderar a SSR e estabelecer reuniões regulares do grupo de trabalho em SSR para facilitar a implementação do PSIM para SSR. Se a sua agência não puder oferecer todos os PSIM para as atividades recomendadas de SSR, avaliar a capacidade de serviço de outros atores de saúde/SSR e estabelecer um sistema de referência eficaz para os serviços que sua agência não pode oferecer.

Como pode uma contraparte local ser identificada para liderar ou co-liderar o esforço de coordenação de SSR??	Se houver capacidade, o Ministério da Saúde deve liderar ou co-liderar o esforço de coordenação. O Ministério da Saúde pode aconselhar sobre as organizações locais existentes e suas capacidades. Realizar um mapeamento dos atores locais existentes que implementam a programação de SSR para identificar candidatos para liderar ou co-liderar o esforço de coordenação.
Como as populações marginalizadas podem ser incluídas nas iniciativas de coordenação?	Com o grupo de trabalho SSR, identificar representantes de adolescentes locais, mulheres, pessoas com deficiência e LGBTQIA, e outros grupos frequentemente marginalizados entre as populações afetadas pela crise. Estender um convite para representação nas reuniões do grupo de trabalho de SSR para estes líderes.
O que pode ser feito com os membros do grupo de trabalho de SSR que nunca ouviram falar do PSIM para SSR?	Nas primeiras semanas e meses das reuniões do grupo de trabalho de SSR, deve-se começar com uma breve orientação ao PSIM para SSR. Compartilhar a Sinopse do PSIM para SSR (também conhecido como “cheat sheet”) e explicar que o objetivo geral do grupo de trabalho de SSR é trabalhar em colaboração para garantir que o PSIM completo para SSR seja acessível a todas as populações afetadas pela crise. Se houver uma alta rotação de funcionários e novas agências se juntando às reuniões do grupo de trabalho de SSR, revisar o PSIM para SSR e o plano de ação para o grupo de trabalho no início de cada encontro.

LISTA DE VERIFICAÇÃO PSIM PARA MONITORAMENTO DE SSR: COORDENAÇÃO

A Lista de Verificação do PSIM para Monitoramento de SSR abaixo, pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em ambientes humanitários.

1. Agência Líder de SSR e Coordenador de SSR			
		Sim	Não
1.1	Agência líder de SSR identificada e Coordenador de SSR atuando na área de saúde setor / grupo		
	Agência líder		
	Coordenador de SSR		
1.2	Reuniões das partes interessadas de SSR estabelecidas e realizadas regularmente[38]	Sim	Não
	Nacional (MENSAL)		
	Subnacional/distrital (BISEMANAL)		
	Local (SEMANALMENTE)		
1.3	As partes interessadas relevantes lideram / participam nas reuniões do grupo de trabalho de SSR	Sim	Não
	Ministério da Saúde		
	UNFPA e outras agências relevantes das Nações Unidas		
	ONGs internacionais		
	ONGs locais		
	Proteção / GBV		
	HIV		
	Organizações da sociedade civil, incluindo marginalizadas (adolescentes, pessoas com deficiência, pessoas LGBTQIA)		
1.4	Com contribuições de saúde/proteção/GBV/setores/grupos e programas nacionais de HIV, garantir o mapeamento e verificação dos serviços de SSR existentes		
2. Demografia			
2.1	População total		
2.2	Número de mulheres em idade reprodutiva (idades 15-49, estimado em 25% da população)		
2.3	Número de homens sexualmente ativos (estimado em 20% da população)		
2.4	Taxa bruta de natalidade (nacional e/ou população afetada, estimada em 4% da população)		

38 As reuniões são mais frequentes no início imediato de uma crise

MATERIAIS E SUPRIMENTOS

Quais suprimentos são necessários para coordenar a implementação do PSIM para SSR?

Kits IARH (2019)

Observação: os kits da IARH não são específicos ou abrangentes para o contexto. As organizações não devem depender apenas dos kits da IARH e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso não apenas garantirá a sustentabilidade dos suprimentos, mas também permitirá a expansão dos serviços de SSR do PSIM para a assistência integral.

Produtos complementares

O primeiro objetivo do PSIM não é associado a um Kit IARH. No entanto, existe um kit complementar de administração e treinamento disponível que só deve ser adquirido quando o material administrativo não puder ser adquirido no país.

Os produtos complementares podem ser solicitados de acordo com o ambiente favorável e as capacidades dos prestadores de cuidados de saúde. Os produtos complementares estarão disponíveis no UNFPA em 2020.

Serviço de entrega	Item	Para Complementar
Coordenação	0 Kit Administração e treinamento	Todos os Kits

Questionário da Unidade 2: Coordenação do PSIM para SSR

1. A agência líder de SSR deve dedicar imediatamente um Coordenador de SSR em tempo integral por um período mínimo de um ano para oferecer suporte operacional e técnico aos parceiros de saúde e facilitar o planejamento coordenado para garantir a priorização de SSR e fornecimento eficaz de PSIM para serviços de SSR.

   Verdadeiro ou **Falso**

2. No PSIM para SSR, a organização líder de SSR é responsável por todos os itens abaixo, **exceto**:

   a. Organizar reuniões regulares com todas as partes interessadas relevantes
   b. Mapeamento dos serviços de SSR existentes sozinhos e separados dos mecanismos de coordenação de saúde / GBV / HIV
   c. Nomear um Coordenador de SSR
   d. Compartilhar informações sobre a disponibilidade de serviços e bens de SSR
   e. Garantir que a comunidade esteja ciente da disponibilidade e localização dos serviços de SSR

3. Quem deve participar das reuniões do grupo de trabalho de SSR?

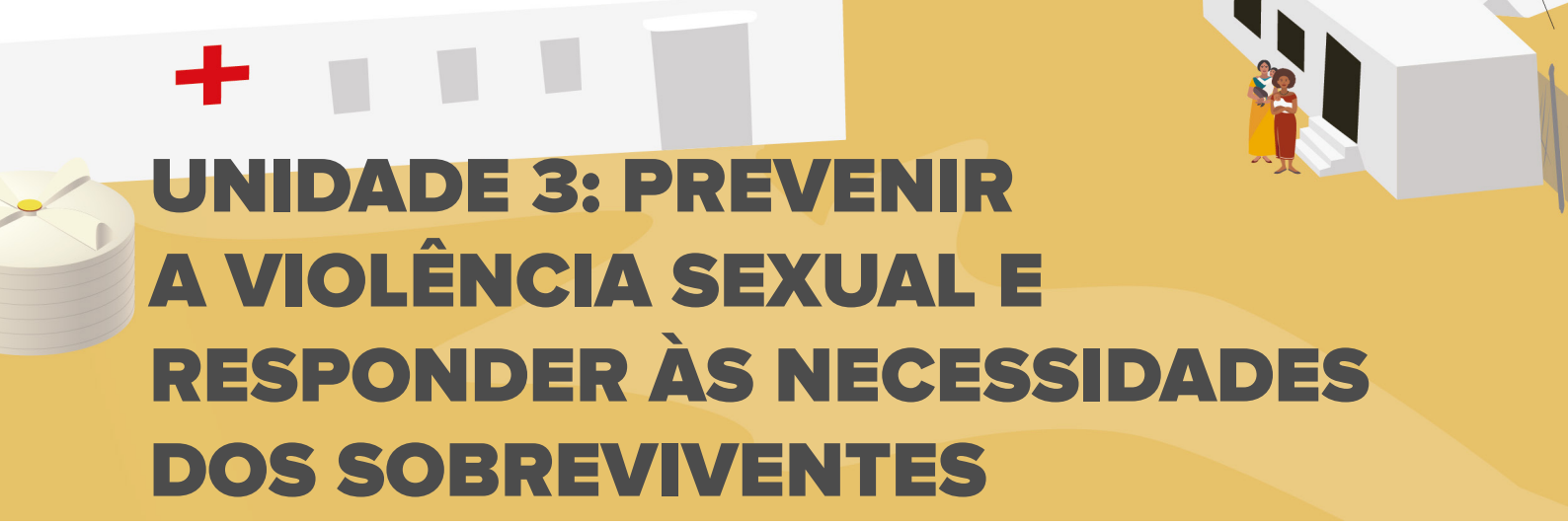
   a. Representantes da comunidade afetada
   b. ONGs
   c. Organizações da sociedade civil
   d. Coordenador GBV
   e. Todos elencados acima

4. Os componentes da coordenação de SSR bem-sucedida incluem todos **exceto:**

   a. Ter termos de referência acordados
   b. Envolver o Ministério da Saúde na liderança ou co-liderança do esforço de coordenação
   c. Ter suporte administrativo, de comunicação e logístico adequado
   d. Reunião mensal ou bimestral no início de uma emergência

5. A Lista de Controle do PSIM para SSR pode ser usada para monitorar a provisão e coordenação de serviços de SSR em emergências humanitárias

   Verdadeiro ou **Falso**



UNIDADE 3: PREVENIR A VIOLÊNCIA SEXUAL E RESPONDER ÀS NECESSIDADES DOS SOBREVIVENTES

A violência sexual está entre as formas de violência mais difundidas e é um grande problema de saúde pública. É agravado em situações de conflito, migração forçada e desastres naturais, com cerca de uma em cada cinco mulheres e meninas sofrendo violência sexual em ambientes humanitários complexos.[39] Qualquer pessoa pode sofrer violência sexual, incluindo mulheres, homens, adolescentes, pessoas com deficiência, crianças pequenas, idosos, lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais e assexuais (LGBTQIA), minorias étnicas e religiosas e profissionais do sexo, entre outros. Todos os atores que respondem em uma emergência devem estar cientes dos riscos de violência sexual e coordenar atividades multissetoriais para prevenir e proteger as populações afetadas - especialmente mulheres, meninas e outras populações em risco.

Exemplos de medidas de proteção incluem:

- acesso seguro às instalações de saúde;
- latrinas com segregação por sexo e instalações de banho com fechaduras no interior;
- iluminação adequada ao redor do acampamento e nas unidades de saúde; e
- casas divididas ou tendas familiares individuais para permitir a privacidade.

Os atores humanitários também devem garantir que mulheres, meninas, homens e meninos, em toda a sua diversidade, que sofreram violência sexual, recebam atendimento clínico e psicossocial, proteção e outros serviços de apoio o mais rápido possível após o incidente. A violência sexual é uma experiência traumática que pode ter uma variedade de consequências físicas, psicológicas, pessoais e sociais graves e negativas de curto e longo prazo para os sobreviventes. A violência sexual diminui a capacidade de mulheres e meninas, junto com outras populações em risco, de participar de forma significativa no desenvolvimento, na manutenção da paz, em oportunidades educacionais e em atividades econômicas. Famílias e comunidades inteiras sofrem profundamente devido aos impactos multifacetados da violência sexual.

Um recurso importante que descreve o conjunto de intervenções multissetoriais mínimas para prevenir e responder à violência sexual em ambientes de emergência são as Diretrizes do Comitê Permanente Interagências (IASC) para Integrar Intervenções de Violência Baseada em Gênero na Ação Humanitária.[40] Estas diretrizes fornecem intervenções

39 Alexander Vu, Atif Adam, Andrea Wirtz, Kiemanh Pham, Leonard Rubenstein, Nancy Glass, Chris Beyrer, and Sonal Singh "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis," PLOS Currents Disasters, março 18, 2014, DOI: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.

40 Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action (website), acessado em 8 de abril de 2019, https:// gbvguidelines.org.

recomendadas para todas as áreas do setor antes de uma emergência, durante a fase aguda de uma emergência e depois que a crise imediata passar. Uma matriz de referência dessas diretrizes também está disponível.

No final da unidade, os particpantes serão capazes de:

- explicar o que é e por que prevenir a violência sexual e atender às necessidades dos sobreviventes é uma prioridade;
- listar quais ações devem ser tomadas para prevenir a violência sexual;
- descrever os componentes da assistência clínica para sobreviventes de violência sexual;
- explicar quem é responsável pela prevenção e gestão de incidentes de violência sexual;
- descrever as razões pelas quais a violência sexual não é denunciada; e
- compreender o que é um Código de Conduta e um mecanismo de reclamações.

PSIM para objetivos e atividades de SSR:

PARA PREVENIR A VIOLÊNCIA SEXUAL E RESPONDER ÀS NECESSIDADES DOS SOBREVIVENTES.

Para prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes desde o início de uma emergência, o Coordenador de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), gestores de programa e prestadores de serviços devem colaborar com o setor/grupo de saúde para:

- trabalhar com outros grupos, especialmente o grupo de proteção e o subgrupo de violência baseada em gênero (VBG), para implementar medidas preventivas em nível comunitário, local e distrital, incluindo unidades de saúde para proteger as populações afetadas, especialmente mulheres e meninas, da violência sexual;
- disponibilizar atendimento clínico e encaminhamento a outros serviços de apoio para sobreviventes de violência sexual; e
- garantir espaços confidenciais e seguros dentro das unidades de saúde para receber e fornecer às sobreviventes de violência sexual atendimento clínico adequado e encaminhamento.

O que é violência sexual?

A violência sexual é uma violação dos direitos humanos fundamentais e assume várias formas, incluindo estupro, assédio sexual, gravidez/aborto forçado, exploração sexual e tráfico sexual. É definido como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou avanços sexuais indesejados ou atos para traficar uma pessoa sexualmente, usando coerção, ameaças de dano ou força física, por qualquer pessoa, independentemente do relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não se limitando, a casa e trabalho. O Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para SSR aborda principalmente as seguintes três áreas de violência sexual:

Estupro / tentativa de estupro: o estupro é um ato de relação sexual não consensual. Isso pode incluir a invasão de qualquer parte do corpo com um órgão sexual e/ou a invasão da abertura genital ou anal com qualquer objeto ou parte do corpo. O estupro e a tentativa de estupro envolvem o uso de força, ameaça de força e/ou coerção. Esforços para estuprar alguém que não resultem em penetração são considerados tentativa de estupro.

Abuso sexual: intrusão física real ou ameaçada de natureza sexual, seja pela força ou sob condições desiguais ou coercitivas.

Exploração sexual: qualquer abuso real ou tentativa de abuso de uma posição de vulnerabilidade, poder diferencial ou confiança para fins sexuais, incluindo, mas não se limitando a, lucrar monetariamente, socialmente ou politicamente com a exploração sexual de outra pessoa.

Por que prevenir a violência sexual e atender às necessidades dos sobreviventes é uma prioridade?

Durante emergências como conflitos ou desastres naturais, o risco de violência, exploração e abuso aumenta, e as desigualdades pré-existentes de gênero e outras sociais podem ser exacerbadas. Os indivíduos podem sofrer perda de moradia segura, oportunidades econômicas limitadas e instabilidade, levando à violência sexual oportunista por indivíduos conhecidos e desconhecidos. Em alguns cenários de conflito ou pós-conflito, a violência sexual é usada como uma tática de guerra. Além disso, os sistemas nacionais e as redes de apoio comunitário e social podem ser enfraquecidos e, em um ambiente de impunidade, os perpetradores podem não ser responsabilizados.

Sobreviventes de violência sexual podem sofrer de depressão e ansiedade, tentar suícidio ou suicídio completo, contrair o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), engravidar, ser excluidos ou até mortos, uma prática que às vezes é chamada de um “crime de honra”, por suas famílias ou membros de suas comunidades. Além disso, o impacto da violência sexual é multifacetado: impacta a saúde física e mental do sobrevivente e o bem-estar social, tendo possíveis consequências para a família do sobrevivente e a comunidade em geral. O risco elevado e o medo da violência sexual também podem levar a aumentos de práticas prejudiciais destinadas a 'proteger' mulheres e meninas, como casamento precoce e/ou forçado, aumento de incidentes de violência doméstica e íntima do parceiro e perda de mobilidade para mulheres e meninas.

Uma vez que a situação se estabilize e todos os componentes do PSIM para SSR tenham sido implementados, pode-se dar atenção para abordar a ampla gama de questões de VBG, incluindo violência doméstica, violência íntima do parceiro, casamento precoce e/ou forçado, mutilação/corte genital feminino, esterilização forçada ou gravidez forçada, prostituição forçada ou coagida e tráfico de mulheres, meninas e meninos.

Quem é mais afetado pela violência sexual?

Pessoas de qualquer sexo, gênero, idade ou habilidade podem sofrer violência sexual. A maioria dos casos relatados de violência sexual entre comunidades afetadas por crises - e na maioria dos ambientes ao redor do mundo - envolve perpetradores do sexo masculino que cometem atos violentos contra mulheres e meninas.[41] Os perpetradores costumam ser parceiros íntimos (incluindo conjuges) ou outras pessoas conhecidas do indivíduo (parentes, amigos ou membros da comunidade). No entanto, homens e meninos também correm risco de violência sexual, particularmente em ambientes de conflito e quando são submetidos a detenção ou tortura.[42] Meninas adolescentes, pessoas com deficiência (especialmente deficiência intelectual), e os indivíduos LGBTQIA são excepcionalmente vulneráveis porque muitas vezes são alvos de exploração sexual e estupro, enquanto a proteção social está enfraquecida.[43]

É importante reconhecer que qualquer pessoa pode sofrer violência sexual e garantir que serviços abrangentes e de qualidade estejam disponíveis e acessíveis a todos.

Quando ocorre a violência sexual durante as crises?

A violência sexual pode acontecer a qualquer momento durante o deslocamento, incluindo antes de fugir de casa, durante o voo, enquanto no país de asilo, durante a repatriação e reintegração e em abrigos temporários para populações deslocadas internamente. Pode ocorrer em comunidades afetadas por crises após um desastre natural ou conflito, mesmo entre aqueles que não foram deslocados de suas casas.

Quem é responsável por prevenir e responder a incidentes de violência sexual?

Todos os atores humanitários são responsáveis por prevenir a exploração sexual, denunciar abusos e garantir que a assistência humanitária seja fornecida de forma imparcial, sem preconceito ou discriminação com base na idade, sexo, gênero ou identidade de gênero, estado civil, orientação sexual, localização (por exemplo, rural / urbano), deficiência, raça, cor, idioma, política ou outra opinião, religião, nacionalidade, origem étnica ou social, propriedade, nascimento ou outras características. Os atores humanitários também são responsáveis por garantir que os sobreviventes tenham acesso a cuidados clínicos e outros serviços de apoio.

É necessária uma abordagem multissetorial e multinível para proteger a população afetada pela crise e responder de forma adequada à violência sexual. O grupo de proteção global, sob a liderança do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), é responsável por garantir que a proteção seja integrada e incorporada a outros setores e que o apoio seja fornecido conforme solicitado ao grupo de proteção em nível nacional. O grupo de trabalho do grupo de proteção é subdividido em cinco áreas de responsabilidade adicionais, incluindo a proteção da criança, sob a liderança do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e VBG, sob a liderança do Fundo de População das Nações

41 "Violence Against Women," , 29 de novembro de 2017, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women.

42 Sarah Chynoweth, *Sexual Violence Against Men and Boys* in the Syria Crisis (UNHCR, outubro 2017), https://data2.unhcr.org/en/documents/download/60864.

43 *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence* (Women's Refugee Commission, February 2016), https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1455.

Unidas (UNFPA). O objetivo abrangente declarado da Área de Responsabilidade da VBG é "desenvolver mecanismos de proteção eficazes e inclusivos que promovam uma abordagem coerente, abrangente e coordenada à VBG no nível de campo, incluindo em relação à prevenção, cuidado, apoio, recuperação e trabalhos responsáveis a serem realizados."[44]

No nível de campo, a coordenação para lidar com a violência sexual deve abranger todos os setores técnicos (por exemplo, proteção; saúde; educação; logística; água, saneamento e higiene [WASH]; serviços comunitários; segurança/polícia; planejamento do local; etc.) e todos áreas geográficas afetadas por crises. O atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual está sob a alçada e responsabilidade do setor/grupo de saúde com a agência líder de SSR designada.[45] O Coordenador de SSR, grupo de trabalho de SSR e o setor/grupo de saúde devem trabalhar com a agência líder da Área de Responsabilidade de VBG para apoiar um processo para identificar uma divisão clara de funções e responsabilidades entre os parceiros da saúde e entre todos os programas setoriais/agrupados em resposta às necessidades dos sobreviventes. Isso inclui serviços jurídicos/legais, de proteção, segurança, psicossociais e comunitários. Representantes da comunidade afetada, parceiros das Nações Unidas, organizações não governamentais (ONGs) e autoridades governamentais devem informar e/ou participar deste processo e das reuniões de coordenação do setor/grupo.

Além disso, para garantir um mecanismo de referência coordenado, centrado no sobrevivente e confidencial para os sobreviventes, deve haver vínculos com grupos de autoajuda da comunidade, incluindo aqueles formados por adolescentes, pessoas com deficiência, populações LGBTQIA e profissionais do sexo.

O PSIM para atividade SSR:

Implementar medidas preventivas em nível comunitário, local e distrital para proteger as populações afetadas pela violência sexual

Quais são as situações que colocam mulheres e meninas em risco de violência sexual?

Mulheres e meninas deslocadas ou que estão vivendo em conflitos ou outros ambientes de emergência podem correr um risco maior de violência sexual nas seguintes situações:

- Se não tiver documentação pessoal para arrecadação de rações, assistência ou serviços essenciais e se depender de homens para sua sobrevivência diária;
- Quando os homens (outras pessoas afetadas, membros das comunidades anfitriãs ou atores humanitárias) são os únicos responsáveis pela distribuição de alimentos e outros bens essenciais;
- Se tiverem que viajar para pontos remotos de distribuição de alimentos, lenha para cozinhar, e água sem segurança ou outra proteção;

44 Mais informações sobre GBV AoR can be found at http://gbvaor.net.

45 Inter-Agency Standing Committee, Humanitarian Response, https://www.humanitarianresponse.info/en.

- Se os dormitórios estiverem destrancados e desprotegidos ou a iluminação for fraca; e
- Se as latrinas masculinas e femininas e os lavabos não forem separados, se não tiverem fechaduras internas ou se estiverem localizados em áreas inseguras de um acampamento ou assentamento.

A falta de proteção policial e a ilegalidade também podem contribuir para o aumento da violência sexual. Policiais, militares, trabalhadores humanitários, administradores de campos ou outros oficiais do governo podem estar envolvidos em forçar mulheres e meninas a se envolverem em atividades sexuais para fins de segurança, serviços ou outro tipo de apoio. Se não houver organizações independentes, como o ACNUR ou ONGs internacionais, para ajudar a garantir a segurança pessoal dentro de um campo, o número de incidentes geralmente aumenta. Oficiais de proteção feminina devem ser contratados e disponíveis porque mulheres e meninas geralmente se sentem mais confortáveis em relatar questões de proteção e incidentes de violência a outra mulher.

Quais são as principais ações que devem ser tomadas para prevenir a violência sexual?

As reuniões de coordenação de saúde e proteção devem consistentemente abordar a violência sexual para garantir a coordenação na resposta entre o Coordenador de SSR e outros atores setoriais. Procedimentos operacionais e de coordenação confidenciais devem ser acordados e implementados para avaliar e responder a situações de risco ou para mitigação de risco.[46]

Como parte do trabalho do mecanismo geral do setor/grupo de saúde, o Coordenador de SSR e a equipe do programa de SSR devem garantir que o setor/grupo de saúde humanitária e os atores da saúde façam o seguinte:

- Garantir acesso seguro a serviços básicos de saúde, incluindo serviços de SSR, para mulheres, homens, adolescentes e crianças.
- Projetar e localizar instalações de saúde para aumentar a segurança física e a proteção e para serem acessíveis às pessoas com deficiência, em consulta com a população, em particular, mulheres, adolescentes, pessoas com deficiência e outras populações marginalizadas.
- Consultar prestadores de serviços e clientes sobre questões de segurança e proteção relacionadas ao acesso às instalações de saúde.
- Assegurar-se de que as instalações de saúde estejam em locais seguros e tenham iluminação de caminho adequada à noite.
- Garantir que as unidades de saúde tenham espaços confidenciais, profissionais de saúde treinados e os suprimentos essenciais para oferecer atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual.
- Considerar a necessidade de pessoal de segurança nas entradas das instalações.

46 Veja a Rede de Responders GBV em https://gbvresponders.org/resources para ferramentas e recursos existentes para facilitar a operacionalização.

- Identificar latrinas masculinas e femininas separadas e áreas de lavagem na unidade de saúde e assegurar-se de que as portas fechem por dentro.[47]
- Contratar e capacitar mulheres prestadoras de serviços, agentes comunitários de saúde, funcionários do programa, e intérpretes.[48]
- Assegurar-se de que todos os idiomas do subgrupo étnico sejam representados entre os provedores de serviços ou que intérpretes estejam disponíveis.
- Informar os prestadores de serviços e todos os demais funcionários das instalações sobre a importância de manter a confidencialidade, incluindo a proteção de informações e dados dos sobreviventes.
- Certificar-se de que os profissionais de saúde e todos os outros funcionários das instalações assinem e cumpram um Código de conduta contra a exploração e abuso sexual.
- Garantir que o Código de Conduta e os mecanismos de denúncia sobre exploração e abuso sexual (que garantem a proteção do denunciante) estejam em vigor, bem como medidas investigativas relevantes para fazer cumprir os códigos de conduta.

O PSIM para atividade SSR:

Disponibilizar atendimento clínico e encaminhamento para outros serviços de suporte para sobreviventes

Princípios orientadores para responder às necessidades de sobreviventes de violência sexual

Os seguintes princípios orientadores devem ser respeitados em todos os momentos por todos os atores humanitários que estão respondendo às necessidades dos sobreviventes:

- Segurança
- Confidencialidade
- Respeito
- Não descriminação

Por que lidar com a violência sexual é uma preocupação crítica para os profissionais de saúde?

Os serviços de saúde costumam ser o primeiro - e às vezes o único - ponto de contato para sobreviventes de violência sexual. A qualidade do atendimento prestado pode ter impactos de curto e longo prazo no bem-estar do sobrevivente e na disposição do sobrevivente de relatar o incidente. Portanto, todos os provedores de saúde (mesmo aqueles que não trabalham em um estabelecimento que oferece atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual) devem estar preparados para fornecer a primeira linha de apoio psicossocial.

47 *WASH, Protection and Accountability: Briefing Paper* (UNHCR, 2017), http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability.

48 Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook (WHO, setembro 2014), http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?sequence=1.

O apoio psicossocial de primeira linha inclui:

- escuta empática e validação;
- identificar necessidades emocionais, psicológicas e físicas imediatas;
- atender à segurança (proteção) e saúde imediata e contínua do sobrevivente, incluindo necessidades de saúde mental por meio de encaminhamento para apoio psicossocial;
- reassegurar ao sobrevivente de que ele não é o culpado ou culpada;
- indagar sobre as necessidades e preocupações do sobrevivente
- identificar e oferecer informações sobre outros serviços de suporte; e
- apoiar as decisões do sobrevivente.

O que é uma abordagem centrada no sobrevivente?

Uma abordagem centrada no sobrevivente significa que os direitos, necessidades e desejos dos sobreviventes são priorizados. esta abordagem pode orientar os profissionais de saúde em seu envolvimento com pessoas que sofreram violência sexual. Tem como objetivo criar um ambiente de apoio no qual os direitos do sobrevivente são respeitados, a segurança é garantida e o sobrevivente é tratado com dignidade e respeito.

Quais são as principais ações que devem ser oferecidas nos serviços clínicos?

Todos os atores humanitários devem respeitar os direitos de uma sobrevivente de violência sexual à vida, autodeterminação, cuidados de saúde de boa qualidade, não discriminação, privacidade, confidencialidade, informação e respeito. Os sobreviventes devem ter acesso a cuidados clínicos, incluindo aconselhamento psicossocial de apoio, bem como anticoncepção de emergência e profilaxia pós-exposição (PEP) para o HIV, o mais rápido possível após o incidente.

Para garantir que os serviços de saúde possam oferecer estes cuidados no início de uma resposta humanitária, os coordenadores de SSR e a equipe do programa devem:

- estabelecer uma área de consulta privada não estigmatizante com um arquivo que possa ser trancado;
- implementar protocolos claros e uma lista de direitos do paciente nos idiomas dos provedores e pacientes;
- ter suprimentos e equipamentos suficientes disponíveis;
- contratar prestadores de serviços do sexo masculino e feminino fluentes nos idiomas locais e capacitar homens e mulheres acompanhantes, além de intérpretes femininas;
- envolver mulheres, meninas e meninos adolescentes e outras populações de risco, como pessoas com deficiência e grupos LGBTQIA, nas decisões sobre acessibilidade e aceitabilidade dos serviços;

- com o líder do grupo de saúde, certificar-se de que os serviços e um mecanismo de encaminhamento, incluindo transporte para um hospital em caso de complicações com risco de vida, estejam disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana.

O que pode ser feito para informar a comunidade sobre os serviços disponíveis?

Uma vez que os serviços são estabelecidos, os coordenadores de SSR e a equipe do programa devem informar a comunidade sobre:

- to horário e a localização dos serviços;
- a importância de buscar atendimento médico imediato após a violência sexual no máximo 72 horas para prevenção do HIV e 120 horas para prevenção da gravidez - quanto mais cedo, mais eficaz para ambos; e
- quais serviços de saúde são oferecidos aos sobreviventes que não podem buscar atendimento imediato.

Para garantir a acessibilidade, vários formatos e idiomas devem ser usados (por exemplo, Braille, linguagem de sinais, formatos pictóricos) e distribuídos por meio de extensão liderada pela comunidade (grupos de mulheres, jovens, LGBTQIA e pessoas com deficiência) e outros canais de comunicação apropriados (por exemplo, escolas, parteiras, agentes comunitários de saúde, líderes comunitários, mensagens de rádio ou folhetos informativos em banheiros femininos).

Quais são as principais ações que devem ser efetivadas para garantir que os provedores de serviços sejam qualificados e capazes de fornecer serviços não discriminatórios, imparciais e centrados no sobrevivente?

Quando necessário e viável, o Coordenador de SSR, com o grupo de trabalho de SSR e o setor/grupo de saúde, deve organizar sessões de informação ou pequenos treinamentos de atualização sobre atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual.

Quais são os componentes do atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual?

Comunicação de apoio: Certificar-se de que os prestadores de serviços possam estender o apoio compassivo e confidencial ao sobrevivente por meio de uma comunicação precisa, clara e sem julgamento e que envolva escuta ativa e empática, sem pressionar o sobrevivente a responder. Eles devem informar ao sobrevivente sobre as opções de cuidados disponíveis, encorajar e responder às perguntas e preocupações e obter consentimento por escrito ou verbal para todos os aspectos dos cuidados. Os provedores de serviços devem tomar cuidado para não fazer promessas ou declarações falsas (principalmente em relação à segurança) que não possam ser garantidas

Histórico e exame:[49] O objetivo principal do histórico e do exame é determinar os cuidados clínicos necessários. Durante este processo, a saúde e o bem-estar do sobrevivente são a principal prioridade. Permita que o sobrevivente escolha uma pessoa de confiança para estar presente no exame, se assim o desejar. Para as crianças, este pode ser o seu tutor (não infrator) ou, onde não estiverem disponíveis, uma pessoa de apoio treinada. O sobrevivente deve sempre poder escolher o sexo da pessoa de apoio; isso é obrigatório para crianças. Um histórico e um exame médico completo (evitando procedimentos invasivos tanto quanto possível de acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde [OMS][50] são realizados. Os provedores devem garantir que o sobrevivente compreenda e aceite cada etapa. O preenchimento do histórico inclui:

- perguntas sobre a agressão limitadas ao que é necessário para atendimento médico e, quando apropriado (existe capacidade para testar e usar as evidências), a coleta de amostras para evidências forenses;
- informações médicas gerais;
- histórico médico e ginecológico para mulheres e meninas; e
- uma avaliação do estado mental, perguntando como o sobrevivente está se sentindo e observando as emoções do sobrevivente durante o exame.

Manter um registro cuidadosamente escrito de todas as ações e encaminhamentos (médico, psicossocial, de segurança, legal, apoio comunitário) para facilitar o acompanhamento. Certificar-se de que a documentação esteja disponível para processo caso o sobrevivente decida persegui-la.

Durante este processo, os sobreviventes devem ter certeza de que estão no controle, não precisam falar sobre nada com que se sintam desconfortáveis e podem interromper o processo a qualquer momento. É direito do sobrevivente decidir se deseja ser examinado e de recusar qualquer parte do exame. Todos os aspectos do exame devem ser explicados e o consentimento obtido antes de tocar o sobrevivente. Permitir que o sobrevivente faça perguntas e concordar ou recusar qualquer aspecto do exame e tratamento a qualquer momento.

O sistema médico-legal e a coleta de evidências forenses,[51] onde viável e quando necessário:

- O Coordenador de SSR, juntamente com o líder da Área de Responsabilidade de VBG e especialistas legais, deve determinar a situação do sistema médico-legal nacional, incluindo as leis e políticas relevantes sobre violência sexual, e compartilhar estas informações com as partes interessadas.
- A coleta de evidências forenses, quando viável e quando pode ser usada, deve ser coletada, armazenada, analisada e usada somente se o sobrevivente consentir após uma explicação completa de cada procedimento. O manejo clínico de sobreviventes de violência sexual tem prioridade sobre o processo médico-legal.

---

49 An example of a history and exam form can be found on p. 44–47 of the *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (WHO, 2004), http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf.

50 Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons (WHO, 2004), http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf

51 Mais informações sobre coleta forense podem ser encontradas no *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings, 2018 (IAWG, novembro 2018),* p.27, http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf

Tratamento e aconselhamento compassivo e confidencial: O tratamento clínico para sobreviventes de violência sexual pode ser iniciado sem exame, se esta for a escolha do sobrevivente. Isso será explorado em mais detalhes nesta seção, mas incluirá:

1. **Contracepção de emergência;**
2. **Teste de gravidez, informações sobre opções de gravidez e atenção ao aborto seguro / encaminhamento para atenção ao aborto seguro conforme a lei;**
3. **Tratamento presuntivo de IST;**
4. **PEP para prevenir a transmissão do HIV;**
5. **Prevenção da Hepatite B e Papilomavírus humano (HPV);**
6. **Cuidado de feridas e prevenção do tétano;**
7. **Encaminhamento para outros serviços, como outros serviços de saúde, psicológicos e sociais; e**
8. **Cuidados de acompanhamento.**

Tratar primeiro as complicações com risco de vida e encaminha-las para unidades de saúde de nível superior, se apropriado. Um recurso útil que fornece orientação aos prestadores de cuidados de saúde para o tratamento médico após o estupro de mulheres, homens e crianças é o Manejo Clínico de Sobreviventes de Estupro de 2004 Um Guia para o Desenvolvimento de Protocolos para Uso em Refugiados e Pessoas Deslocadas Internamente.[52]
Além disso, a OMS, o ACNUR e o UNFPA têm um programa de e-learning para profissionais de saúde sobre o manejo clínico de sobreviventes de estupro, que está disponível online em inglês e francês.[53]

1. Contracepção de emergência

A contracepção de emergência pode prevenir a gravidez não intencional e deve ser fornecida aos sobreviventes o mais rápido possível e dentro de 120 horas após sofrer violência sexual.[54]

Métodos contraceptivos de emergência comuns

Pílulas contraceptivas de emergência (CE) só de progestógeno: são a forma de CE mais amplamente disponível e contêm 1,5 mg de levonorgestrel.

Prazo: as pílulas CE podem ser usadas até 120 horas (5 dias) após o sexo desprotegido, mas são mais eficazes quanto mais cedo forem tomadas.

Segurança: as pílulas CE só de progestógeno são seguras para todas as mulheres, meninas e adolescentes em idade reprodutiva, mesmo para aqueles que são aconselhados a não usar contraceptivos orais combinados para contracepção contínua, pois a dose de hormônios é relativamente pequena e as pílulas são usadas por pouco tempo.

52 *Clinical Management of Rape Survivors: A Guide to the Development of Protocols for Use in Refugee and Internally Displaced Persons* (WHO, 2004), https://www.unhcr.org/protection/health/403a0b7f4/clinical-management-rape-survivors-developing-protocols-use-refugees-internally.html.

53 "Clinical Management of Rape Survivors," WHO, acessado em 8 de abril de 2019, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en.

54 Mais informações sobre anticoncepção de emergência e elegibilidade médica podem ser encontradas no site do International Consortium for Emergency Contraception: http://www.ec-ec.org/ecmethod.

Triagem clínica: Nenhum exame clínico ou teste (incluindo um teste de gravidez) é necessário antes de fornecer pílulas de CE só de progestógeno.

Forma de atuação: as pílulas de CE retardam ou previnem a ovulação. Um mecanismo adicional postulado é que eles podem impedir que o óvulo e o espermatozoide se encontrem. As pílulas de CE não têm nenhum efeito após a fertilização e não podem interromper ou interferir com uma gravidez estabelecida. Em outras palavras, o CE só de progestógeno não induz o aborto.

Efeitos colaterais: as pílulas de CE são seguras e não há situação em que os riscos de usá-las superem os benefícios. Os efeitos colaterais são menores e podem incluir padrões alterados de sangramento, náusea, dor de cabeça, dor abdominal, sensibilidade mamária, tontura e fadiga. Se ocorrer vômito (raro) dentro de duas horas após a administração de uma dose, a dose deve ser repetida e, se disponível, um antiemético pode ser administrado.

Aconselhamento: Há uma pequena chance de que os comprimidos não funcionem. Informe à cliente que a menstruação deve ocorrer próximo à data em que normalmente seria esperado, mas pode ocorrer até uma semana antes ou depois. Se ela não tiver menstruado dentro de uma semana após o previsto, ela deve retornar para um teste de gravidez e/ou discutir opções em caso de gravidez.[55]

Uso repetido: as pílulas CE permanecem seguras e eficazes na prevenção da gravidez se forem tomadas mais de uma vez, mesmo em um mesmo ciclo menstrual, e não há limites no número de vezes que uma mulher pode tomar comprimidos de CE só de progestógeno. No entanto, o uso de um método contraceptivo contínuo é recomendado como a forma mais eficaz de prevenir a gravidez.

Dispositivos intra-uterinos de cobre (DIU) também podem ser inseridos em mulheres clinicamente elegíveis até cinco dias após o sexo desprotegido, incluindo em casos de violência sexual. Esta é uma forma altamente eficaz de contracepção pós-coito e irá prevenir mais de 99% das gravidezes esperadas. Como o risco de ovulação é baixo até o sétimo dia do ciclo menstrual, uma mulher pode colocar um DIU contendo cobre além de cinco dias após a ocorrência da violência sexual, quando a ovulação pode ser estimada, e desde que a inserção não ocorra mais de cinco dias após a ovulação.

Os profissionais de saúde devem oferecer aos sobreviventes informações completas e aconselhamento sobre este serviço (tomando cuidado para evitar agravamento do trauma), para que possam tomar uma decisão voluntária e informada sobre o uso de comprimidos de CE ou a inserção de um DIU. O aconselhamento deve incluir informações sobre riscos, benefícios, efeitos colaterais e complicações. Somente um profissional qualificado deve inserir o DIU e somente após a realização de um exame pélvico.

ISe um DIU for inserido, certificar-se de dar um tratamento completo para IST, incluindo antibióticos para tratar empiricamente possíveis IST e/ou doença inflamatória pélvica. O DIU pode ser removido no momento do próximo período menstrual da mulher ou deixado no local como contracepção contínua.

55 How to Be Reasonably Certain a Client Is Not Pregnant (lista de verificação)," FHI360, 2015, https://www.fhi360.org/resource/how-be-reasonably-sure-client-not-pregnant-checklists.

Se as pílulas de CE só de progestógeno não estiverem disponíveis no país, podem ser usados, **contraceptivos orais hormonais combinados** can be used (o método de Yuzpe).

- Duas doses de Pílulas contraceptivas orais combinadas são necessárias. As Pílulas contraceptivas orais combinadas contêm diferentes dosagens; o provedor deve fazer cálculos para garantir que cada dose contenha estrogênio (100-120 mcg de etinilestradiol) e progestina (0,50-0,60 mg de levonorgestrel ou 1,0-1,2 mg de norgestrel).
- A primeira dose deve ser tomada o mais rápido possível após a relação sexual desprotegida (de preferência dentro de 72 horas, mas até 120 horas ou 5 dias), e a segunda dose deve ser tomada 12 horas depois.
- Se ocorrer vômito dentro de duas horas após a administração da dose, a dose deve ser repetida.
- As pílulas de CE hormonais combinadas são menos eficazes e têm mais efeitos colaterais do que pílulas de CE só de progestágeno e acetato de ulipristal.

2. Teste de gravidez, informações sobre opções de gravidez e atenção ao aborto seguro/encaminhamento para o aborto seguro conforme a lei

Fornecer teste de gravidez no momento da apresentação inicial, mas não negar o CE se não estiver disponível. Fornecer testes de gravidez adicionais nas visitas de acompanhamento de duas semanas e um mês. Fornecer informações precisas sobre as opções de gravidez, incluindo a continuação da gravidez e dos pais, a continuação da gravidez e a colocação da criança para adoção e a realização de um aborto, conforme aplicável, e aconselhamento imparcial para facilitar a tomada de decisão informada. Se a sobrevivente estiver grávida em decorrência de violência sexual e for desejado um aborto, fornecer atendimento ao aborto seguro ou um encaminhamento para este atendimento conforme a lei.

3. Tratamento presuntivo de IST

Fornecer antibióticos aos sobreviventes para tratar presuntivamente a gonorreia, infecção por clamídia e sífilis, conforme garantido e se desejado.[56]Se outras IST forem prevalentes na área (por exemplo, tricomoníase ou cancróide), dar tratamento presuntivo para estas infecções também.

4. Profilaxia pós-exposição para prevenir a transmissão do HIV

A probabilidade de transmissão do HIV após a violência sexual pode ser reduzida através da administração imediata de profilaxia pós-exposição (PEP).[57] A PEP deve ser oferecida e iniciada o mais rápido possível (no máximo 72 horas após a exposição e continuada por 28 dias) por todos os indivíduos com exposição com potencial de transmissão do HIV. A gravidez não é uma contra-indicação (condição para a qual o tratamento não deve ser fornecido) para a PEP.

56 *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, p. 30–31

57 *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, p. 32–33

5. Prevenção de Hepatite B e HPV

Fornecer uma vacina contra Hepatite B em até 14 dias após a agressão, a menos que o sobrevivente esteja totalmente vacinado. Considerar fornecer a vacina contra o HPV para qualquer pessoa com 26 anos ou menos, a menos que o sobrevivente tenha sido totalmente vacinado.

6. Cuidados com feridas e prevenção do tétano

Limpar quaisquer rasgos, cortes e escoriações e limpe as feridas com sutura em 24 horas. Administrar profilaxia antitetânica se houver rachaduras na pele ou mucosa e se o sobrevivente não tiver sido vacinado contra o tétano ou se o estado de vacinação for incerto.

7. Encaminhamento para outras intervenções em crises

Com o consentimento do sobrevivente ou mediante solicitação, oferecer encaminhamento para:

- um hospital em caso de complicações com risco de vida ou complicações que não podem ser tratadas no nível da unidade de saúde;
- proteção ou serviços sociais se o sobrevivente não tiver um lugar seguro para onde ir ao deixar a unidade de saúde; e
- serviços de saúde psicossocial ou mental, quando disponíveis; estabelecer ligação com a VBG e pontos focais de proteção para identificar os serviços psicossociais no ambiente. Isso pode incluir serviços oferecidos pelas populações afetadas, centros para mulheres e outros grupos de apoio.

8. Cuidados de acompanhamento

- Se possível, o acompanhamento pós-estupro é recomendado em duas semanas, um mês, três meses e seis meses após o incidente.
- Continuar com o apoio e cuidados de primeira linha, monitorar as necessidades de saúde mental e encaminhar para apoio psicossocial e/ou de saúde mental conforme necessário.
- Oferecer teste de gravidez duas e quatro semanas após o incidente.
- Monitorar as feridas para cicatrização e acompanhar o esquema de vacinação contra o tétano, conforme necessário.
- Quando relevante, discutir a adesão à profilaxia ou tratamento de IST, incluindo PEP e vacinação contra Hepatite B (doses adicionais em um mês e seis meses), teste de HIV em três meses e seis meses, e estado de gravidez e opções

A realidade da implementação do PSIM para SSR na Jordânia

A avaliação do PSIM para SSR de 2013 da Comissão para Mulheres Refugiadas na Jordânia mostrou que o planejamento para responder à violência sexual era inadequado tanto em campos quanto em ambientes urbanos.[58] Os desafios estavam relacionados a um baixo número de provedores treinados, a falta de um protocolo nacional de gestão clínica de estupro e desafios em torno do uso de CE e PEP. Também era tabu falar sobre violência sexual na comunidade e muitas pessoas não sabiam quais serviços estavam disponíveis. Esses fatores e o medo de retribuição dificultaram que os sobreviventes fizessem uma escolha informada sobre a busca por atendimento.

Nota: Prevenindo e Gerenciando as Consequências da Violência Sexual em Cox's Bazar, Bangladesh

- Na fase inicial da emergência, as organizações usaram incentivos, como vales-transporte, para promover o uso e a localização dos serviços baseados nas instalações. O lançamento antecipado de um programa de voluntariado comunitário também ajudou a informar as comunidades sobre a disponibilidade e localização de serviços para sobreviventes de violência sexual.[59]
- Houve uma forte coordenação entre o subconjunto de SSR e o grupo/subsetor de proteção de VBG, o que ajudou a implementar rapidamente medidas para proteger as populações afetadas, especialmente mulheres e meninas, da violência sexual.
- A gestão clínica de sobreviventes de sessões de treinamento de violência sexual foi co-facilitada pelo subgrupo de SSR e por especialistas do subsetor de VBG no início da resposta.
- Espaços seguros para mulheres foram imediatamente estabelecidos perto das unidades de saúde, o que proporcionou uma ligação estreita e permitiu encaminhamentos rápidos e fáceis.

58 Krause, et al., "Reproductive Health Services for Syrian Refugees."

59 Site visit, Women's Refugee Commission, February 2018.

Considerações especiais para populações específicas

Crianças	O Coordenador de SSR deve compreender e divulgar informações sobre as leis específicas do país no que diz respeito à idade de consentimento para o tratamento, o profissional que pode dar consentimento legal para cuidados clínicos se um pai ou tutor for o suspeito do crime (por exemplo, um representante do polícia, serviços comunitários ou o tribunal) e requisitos e procedimentos de notificação obrigatórios quando os prestadores de serviços suspeitarem ou forem informados de um caso de abuso infantil. Exames digitais ou com espéculo vaginal ou anal não devem ser realizados em crianças, a menos que seja absolutamente necessário. Nesses casos, as crianças devem ser encaminhadas a um especialista. Os protocolos que mostram as dosagens adequadas dos medicamentos devem ser publicados ou facilmente disponibilizados aos prestadores de serviços.
Sobreviventes masculinos	Os sobreviventes do sexo masculino têm menos probabilidade de relatar um incidente por causa da vergonha, da criminalização das relações do mesmo sexo, de atitudes negativas ou desdenhosas do provedor e da falta de reconhecimento quanto à extensão do problema. Os sobreviventes do sexo masculino sofrem traumas físicos e psicológicos e devem ter acesso a serviços confidenciais, respeitosos e não discriminatórios que ofereçam atendimento integral.
Pessoas com deficiência (intelectual e física)	Pessoas com deficiência, incluindo mulheres, meninas, meninos e homens com deficiência, correm um risco maior de violência sexual e muitas vezes enfrentam extrema discriminação por parte dos prestadores de serviços. Cuidadores (geralmente mulheres ou meninas) de pessoas com deficiência também podem ser vulneráveis à violência e exploração devido ao isolamento, o que pode limitar seu acesso a apoio social, econômico e material. Organizações de pessoas com deficiência dentro da comunidade anfitriã geralmente têm informações que os profissionais de saúde podem usar para garantir que o atendimento clínico seja fornecido a esta população frequentemente oculta.
Individuos LGBTQIA	Os indivíduos LGBTQIA enfrentam uma variedade de fatores de risco diferentes para a violência sexual e é importante reconhecer que cada população tem necessidades distintas e enfrenta riscos diferentes. Indivíduos LGBTQIA podem enfrentar discriminação por parte dos provedores de saúde, o que os impede de buscar serviços de SSR. Envolver-se com LGBTQIA ou grupos de direitos humanos e tornar as unidades de saúde mais respeitadoras da diversidade permitiria que serviços de saúde essenciais se tornassem mais acessíveis a estas populações.
Pessoas que se envolvem em trabalho sexual	Pessoas que participam do trabalho sexual muitas vezes enfrentam estigmatização e discriminação por parte dos profissionais de saúde, que podem ser menos propensos a considerar a violência sexual contra esta população uma preocupação séria. Os atores humanitários devem se envolver com esta população para desenvolver programas de atenção à SSR.
Minorias étnicas e religiosas	As minorias étnicas e religiosas enfrentam níveis de estigma e discriminação que as tornam mais vulneráveis à violência sexual, incluindo opressão e assédio. É importante capacitar cuidadores, provedores de saúde e outros responsáveis pelas práticas não discriminatórias relacionadas à prestação de serviços de SSR.

Por que os incidentes de violência sexual muitas vezes não são relatados?

Mesmo em ambientes sem crise, a violência sexual muitas vezes não é relatada devido a uma série de fatores, incluindo medo de retaliação, vergonha, estigma, impotência, falta de conhecimento sobre os benefícios de buscar serviços e apoio, a falta de confiança na saúde pública e outros serviços, falta de confiança nos serviços e falta de sigilo. Todas estas circunstâncias são exacerbadas em ambientes humanitários, aumentando a probabilidade de que incidentes de violência sexual na população não sejam relatados. Embora garantir o manejo clínico da violência sexual e outros serviços seja uma parte essencial da resposta, o tratamento da violência sexual também deve incluir um ambiente onde as mulheres sejam protegidas, apoiadas e possam ter acesso a estes cuidados.

Mesmo na ausência de casos relatados, os serviços devem ser disponibilizados. Todo o pessoal humanitário tem a responsabilidade de assumir que a violência sexual está ocorrendo, tratá-la como um problema de proteção grave e com risco de vida e tomar as medidas descritas para minimizar os riscos de violência sexual por meio de suas intervenções setoriais, independentemente da presença ou ausência de evidências concretas.

Quais são alguns mecanismos para lidar com a violência sexual por agências?

Código de conduta

Um Código de Conduta contra a exploração e o abuso sexual é um conjunto de diretrizes da agência que promove o respeito por seus funcionários pelos direitos humanos fundamentais, justiça social, dignidade humana e os direitos das mulheres, homens e crianças. Informa também aos funcionários que a obrigação de mostrar esse respeito é uma condição para a contratação. Um Código de Conduta aplicável é um componente crítico da responsabilidade humanitária para com os beneficiários. Todas as agências humanitárias, incluindo aquelas envolvidas no PSIM para a implementação da SSR, devem ter um Código de Conduta e políticas para prevenir a exploração e o abuso sexual. As agências devem garantir que todos os funcionários estejam comprometidos em cumprir as diretrizes e sejam orientados sobre suas responsabilidades. Um bom recurso para as agências desenvolverem essas diretrizes é o Manual de referência rápida de implementação de proteção contra exploração sexual e abuso da Core Humanitarian Standards Alliance.[60] Um recurso adicional é o campeão do IASC sobre exploração sexual e abuso e assédio sexual.[61]

Um Código de Conduta é relevante para todos os funcionários - internacionais e locais.

60 Corinne Davey and Lucy Heaven Taylor, *PSEA Implementation Quick Reference Handbook* (Core Humanitarian Standards Alliance, julho 2017), http://www.pseataskforce.org/uploads/tools/1499958998.pdf.

61 IASC Champion on Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment, https://interagencystandingcommittee.org/iasc-champion-sexual-exploitation-and-abuse-and-sexual-harassment.

As agências devem garantir que todos os funcionários contratados de organizações locais ou pessoas contratadas da comunidade local assinem e recebam orientações e oportunidades de discussão sobre o Código de Conduta. Os beneficiários e as comunidades afetadas também devem ser informados e se familiarizar com as regras e os sistemas relevantes específicos do local para que possam usá-los em caso de violação. O Coordenador da SSR deve apoiar o desenvolvimento de um sistema de denúncias confidenciais e acompanhamento de exploração e abuso sexual.

Os Seis Princípios da Força-Tarefa da IASC sobre Proteção contra Exploração e Abuso Sexual para a Inclusão nas Nações Unidas e no Código de Conduta de ONGs

- A exploração sexual e o abuso por parte de trabalhadores humanitários constituem atos de má conduta grave e, portanto, são motivos para rescisão do contrato de trabalho.
- A atividade sexual com crianças (menores de 18 anos) é proibida, independentemente da idade da maioridade ou da idade de consentimento local. A crença equivocada quanto à idade de uma criança não é uma defesa.
- É proibida a troca de dinheiro, emprego, bens ou serviços por sexo, incluindo favores sexuais ou outras formas de comportamento humilhante, degradante ou explorador. Isso inclui a troca de assistência que é devida aos beneficiários.
- É proibida qualquer relação sexual entre aqueles que prestam assistência e proteção humanitária e uma pessoa que se beneficia dessa assistência e proteção humanitária que envolva o uso impróprio de posição ou posição. estas relações minam a credibilidade e a integridade do trabalho de ajuda humanitária.
- Quando os trabalhadores humanitários desenvolverem preocupações ou suspeitas em relação ao abuso ou exploração sexual por um colega de trabalho, seja, na mesma agência ou não, eles devem relatar tais preocupações por meio de mecanismos de denúncia estabelecidos pela agência.
- Os trabalhadores humanitários são obrigados a criar e manter um ambiente que evite a exploração e o abuso sexual e promova a implementação de seu Código de Conduta. Os gestores em todos os níveis têm responsabilidades específicas para apoiar e desenvolver sistemas que mantenham este ambiente.[62]

Mecanismo de Denúncias

As queixas de exploração e abuso sexual devem ser levadas muito a sério. As agências devem desenvolver um sistema de resposta para lidar corretamente com quaisquer denúncias que sejam levadas ao conhecimento da agência. Estes mecanismos devem ser seguros, confidenciais, transparentes e acessíveis. Eles incluem o seguinte:

62 Cited in *Protection from Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) Inter-Agency Cooperation in Community-Based Complaint Mechanisms: Global Standard Operating Procedures* (IASC, May 2016), https://fscluster.org/document/iasc-psea-Inter-Agency-cooperation.

- **Procedimentos de denúncia interna clara e oficializada** para que a equipe, as comunidades e as pessoas afetadas pela crise saibam como e quando relatar confidencialmente casos de exploração sexual e abuso. Isso é particularmente importante se sua agência for a única organização que presta serviços na comunidade. Os beneficiários / pessoas afetadas pela crise devem fazer parte do processo de desenvolvimento de um sistema seguro e acessível a todos.
- **Uma cultura de local de trabalho que incentive a discussão e o questionamento no tocante ao comportamento adequado em relação à proteção dos beneficiários, contra a exploração e o abuso sexual.** Tal cultura permite que a equipe traga um comportamento problemático à atenção de um supervisor.
- **Alusão rápida e adequada de denúncias de exploração e abuso sexual para investigação.** As agências podem se certificar de que estão preparadas para fornecer investigações sólidas e comprometidas quando os casos são relatados. Elas devem responder rapidamente para fornecer ajuda aos sobreviventes desses casos.[63]
- **Disciplina adequada e penalização de atos de exploração e abuso sexual**, que pode incluir rescisão de contrato, rebaixamento, multa e suspensão sem remuneração. Se constituir uma infração penal, pode ser encaminhado para as autoridades responsáveis pela aplicação da lei.[64]
- **Um acordo de que o escritório da agência manterá todos os documentos originais das alegações nos arquivos apropriados para o registro**.Os documentos devem ser mantidos confidenciais e acessíveis apenas ao pessoal apropriado.

!

Se você conhece alguém que foi explorado ou abusado sexualmente, relate o incidente de maneira confidencial a uma autoridade competente, conforme predeterminado no mecanismo de denúncias estabelecido.

Unidade 3: Pontos-chave

- A violência sexual é definida como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou avanços sexuais indesejados, ou atos para trafico sexual de uma pessoa, usando coerção, ameaças que causem dano ou usando a força física, por qualquer pessoa, independentemente do relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não se limitando, a casa e ao trabalho. O PSIM para SSR trata principalmente de estupro/tentativa de estupro, abuso sexual e exploração sexual. Uma vez que a situação se estabilizar e todos os componentes do PSIM para SSR tenham sido implementados, pode-se dar atenção ao tratamento de uma gama mais ampla de questões de VBG.
- A violência sexual é uma violação dos direitos humanos que afeta a saúde física e mental do sobrevivente além do bem-estar social, ao mesmo tempo que tem possíveis consequências para a família do sobrevivente e para a comunidade em geral.

63 Por exemplo de formulários de incidentes, ver Anexo 4 em *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide* (Inter-Agency Standing Committee, 2016), https://interagencystandingcommittee.org/accountability-affected-populations-including-protection-sexual-exploitation-and-abuse/documents-50.

64 *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide.*

- Durante emergências, como conflitos ou desastres naturais, o risco de violência, a exploração e o abuso aumentam, especial ente para mulheres e meninas.

- Meninas adolescentes, pessoas com deficiência (especialmente deficiência intelectual) e populações LGBTQIA são excepcionalmente vulneráveis à violência sexual porque muitas vezes são alvos de exploração sexual e estupro.

- Todos os atores humanitários são responsáveis por prevenir, denunciar a exploração e o abuso sexual e garantir que a assistência humanitária seja fornecida de forma imparcial, sem preconceito ou discriminação com base na idade, sexo, gênero e identidade de gênero, estado civil, orientação sexual, localização (por exemplo, rural/urbano), deficiência, raça, cor, idioma, opinião política ou outra, religião, origem nacional, étnica ou social, patrimônio, nascimento ou outras características.

- Uma abordagem multissetorial seguindo um procedimento operacional padrão em cada ambiente é necessária para prevenir e proteger a população afetada e para responder de forma adequada à violência sexual.

- Os princípios orientadores para responder às necessidades de sobreviventes de violência sexual incluem segurança, confidencialidade, respeito e não discriminação.

- A abordagem centrada no sobrevivente significa que os direitos, necessidades e desejos dos sobreviventes são priorizados.

- Os componentes do atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual incluem comunicação de apoio; histórico e exame; sistema médico-legal e coleta de evidências forenses quando viável e quando necessário; tratamento e aconselhamento compassivo e confidencial, incluindo PDS, teste de gravidez, informações sobre opções de gravidez e atenção ao abortamento legal seguro/ encaminhamento para cuidado ao abortamento legal seguro conforme a lei, tratamento presuntivo para IST, PEP, prevenção de Hepatite B e HPV, cuidados de feridas e prevenção do Tétano e encaminhamento para outros serviços, como outros serviços de saúde, psicológicos e sociais.

- O Coordenador de SSR e a equipe do programa devem informar a comunidade sobre a importância de buscar atendimento médico imediato após a violência sexual e sobre o tipo, local e horário dos serviços disponíveis para sobreviventes da violência sexual.

- As razões pelas quais a violência sexual muitas vezes não é relatada incluem medo de ser castigado, vergonha, estigma, impotência, falta de conhecimento sobre os benefícios de buscar atendimento e apoio, a insegurança em relação a saúde pública e outros serviços, falta de confiança nos serviços e falta de confidencialidade.

- Todas as agências humanitárias, incluindo aquelas envolvidas no PSIM para a implementação da SSR, devem ter um Código de Conduta e políticas para lidar com a exploração e abuso sexual estabelecido.

- As agências devem desenvolver um mecanismo de resposta seguro, confidencial, transparente e acessível para lidar corretamente com quaisquer denúncias de exploração e abuso sexual que sejam levadas ao conhecimento da agência.

Desafios e Soluções

Desafios	Soluções
E se os membros da equipe tiverem baixa capacidade e não tiverem as habilidades básicas para fornecer serviços psicossociais?	O pessoal local provavelmente será capaz de ajudar a identificar as pessoas locais mais adequadas, com atitudes de apoio, não julgadoras e com boas habilidades de comunicação para esta função. É crucial que todos os funcionários que entram em contato com um sobrevivente respeitem os desejos deste e garantam que todas as informações médicas e de estado de saúde sejam mantidas confidenciais e privadas, incluindo dos familiares do sobrevivente. Os membros da equipe precisam se comunicar com o sobrevivente de uma forma que garanta o compartilhamento preciso de informações e que demonstre uma atitude atenciosa e sem julgamentos. Programas de treinamento em apoio psicossocial podem ser estabelecidos uma vez que a situação esteja estável. Programas de treinamento em serviço podem ser fornecidos durante a fase crítica de uma emergência, conforme necessário. Realizar este treinamento como parte da preparação para emergências também seria útil. Os recursos recomendados que enfocam estratégias de engajamento para trabalhar com sobreviventes de violência sexual incluem: • *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*[65] • *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings (1st ed.)*[66]

65 IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (IASC, junho 2007), http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf. Outras ferramentas podem ser achadas na página web da IASC "Mental Health and Psychosocial Support," https://interagencystandingcommittee.org/product-categories/mental-health-and-psychosocial-support.

66 *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings* (IRC and UNICEF, 2012), http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2012/10/Caring-for-Child-Survivors-of-Sexual-Abuse-Guidelines-for-Health-and-psychosocial-service-providers-in-Humanitarian-settings-IRC-UNICEF-2012-ENGLISH.pdf.

	• *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*[67] • *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action*[68] • *Establishing GBV Standard Operating Procedures Guide*[69]
O que pode ser feito em ambientes onde falar sobre violência sexual é tabu e/ou onde há forte resistência por trabalhadores de saúde locais e membros da comunidade em abordar a violência sexual?	Mesmo em locais onde discutir a violência sexual é fortemente desencorajado, é importante encontrar maneiras inovadoras de abordá-la. Por exemplo, uma ONG local que trabalha com uma população de refugiados extremamente conservadora organizou workshops de "saúde da família" para mulheres refugiadas que cobriram uma ampla variedade de questões de saúde, incluindo violência sexual. Dessa forma, a comunidade ganhou conhecimento sobre a violência sexual, incluindo por que, onde e quando procurar atendimento médico se ela ou alguém que conhece é agredido.
E se a equipe não tiver sido treinada em atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual?	É importante que as organizações implantem funcionários de SSR treinados na gerencia clínica de sobreviventes de violência sexual. Trabalhar com as capacidades existentes da equipe local e planejar treinamentos em atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual o mais rápido possível. Também é útil incluir treinamento sobre atendimento clínico de sobreviventes de violência sexual como um componente de preparação para emergências.

67 *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines* (WHO, 2017), http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1.

68 *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery* (IASC, 2015), https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/10/2015_IASC_Gender-based_Violence_Guidelines_full-res.pdf.

69 *Gender-Based Violence Resource Tools: Establishing Gender-Based Violence Standard Operating Procedures* (IASC Sub-Working Group on Gender and Humanitarian Action, May 2008), https://www.k4health.org/toolkits/igwg-gender/establishing-gbv-standard-operating-procedures-sops.

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL E RESPONDER ÀS NECESSIDADES DOS SOBREVIVENTES

A lista de verificação do PSIM para monitoramento de SSR, abaixo, pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em ambientes humanitários.

3. Prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes			
		Sim	Não
3.1	Mecanismos coordenados multissetoriais para prevenir a violência sexual estão estabelecidos		
3.2	Acesso seguro às instalações de saúde		
	Porcentagem de instalações de saúde com medidas de segurança (latrinas segregadas por sexo com fechaduras; iluminação ao redor da unidade de saúde; sistema para controlar quem está entrando ou saindo da unidade, como guardas ou recepção)		%
3.3	Serviços de saúde confidenciais para conduzir sobreviventes de violência sexual	Sim	Não
	Porcentagem de unidades de saúde que oferecem tratamento clínico a sobreviventes de violência sexual: (número de unidades de saúde que oferecem atendimento/todas as unidades de saúde) x 100		%
	Contracepção de emergência (PDS)		
	Teste de gravidez (não é necessário para acessar PDS ou profilaxia pós-exposição [PEP])		
	Gravidez		
	PEP		
	Antibióticos para prevenir e tratar IST		
	Toxóide tetânico / imunoglobulina tetânica		
	Vacina contra Hepatite B		
	Atenção ao abortamento legal seguro (SAC)		
	Encaminhamento para serviços de saúde		
	Encaminhamento para serviços de aborto seguro		
	Encaminhamento para serviços de apoio psicológico e social		
3.4	Número de incidentes de violência sexual relatados aos serviços de saúde		
	Porcentagem de sobreviventes elegíveis de violência sexual que recebem PEP dentro de 72 horas de um incidente: (número de sobreviventes elegíveis que recebem PEP dentro de 72 horas de um incidente/número total de sobreviventes qualificados para receber PEP) x 100		%
3.5	Informações sobre os benefícios e locais de atendimento para sobreviventes de violência sexual		

MATERIAIS E SUPRIMENTOS

Quais suprimentos são necessários ou quais kits da IARH podem ser solicitados para oferecer atendimento clínico a sobreviventes de violência sexual?

Kits IARH (2019)

Os kits IARH são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde. Os kits são projetados para uso por um período de três meses para um tamanho específico da população-alvo.[70]

Nota: Os kits da IARH não são específicos ao contexto ou abrangentes. As organizações não devem depender apenas dos kits da IARH e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso não só garantirá a sustentabilidade dos suprimentos, mas também permitirá a expansão dos serviços de SSR do PSIM para a atenção integral.

Nível de atenção à saúde	Número do kit	Nome do kit
Comunidade/unidade de saúde	Kit 3	Tratamento Pós-Estupro
Comunidade/unidade de saúde	Kit 5	Tratamento de IST
Comunidade/unidade de saúde	Kit 8	Tratamento de complicações de aborto espontâneo ou de aborto
Comunidade/unidade de saúde	Kit 9	Reparo do colo do útero e de lagrimas vaginais

Produtos complementares

Os produtos complementares podem ser solicitados de acordo com a capacidade do ambiente e conforme as capacidades dos prestadores de cuidados de saúde. Os produtos complementares estarão disponíveis no UNFPA em 2020.

Nível de serviço de entrega	Item	To Complement
Comunidade/unidade de saúde	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Unidade de saúde primária (BEmONC))	Mifepristone	Kit 8

**O misoprostol também pode ser adquirido para complementar os kits 6A e 8 para o nível de unidade de saúde primária.*

Sempre que possível, é importante pré-registrar Kits e produtos da IARH antes de uma crise e evitar a aquisição de medicamentos que não sejam registrados ou permitidos em um país durante uma emergência humanitária.

70 Os Kits IARH 2019 estarão disponíveis para aquisição no início de 2020. Verifique com o UNFPA (https://www.unfpa.org) or IAWG (http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011) para verificar se os kits revisados estão disponíveis. Para obter informações sobre os kits disponíveis antes de 2020, consulte *Kits de saúde reprodutiva interinstitucionais para situações de crise* (5ª ed., 2011) en http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011.

Questionário da unidade 3: Prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes

1. Se um sobrevivente não se sentir confortável com um exame e se recusar a fazê-lo, o provedor de saúde deve explicar que o tratamento e a medicação só podem ser fornecidos após um exame.

   Verdadeiro ou **Falso**

2. Os cuidados clínicos para sobreviventes de violência sexual incluem todos os itens, **exceto**:

   a. Histórico e exame
   b. Comunicação de apoio
   c. Tratamento presuntivo de IST
   d. Teste de gravidez e, se negativo, dê PEP
   e. Contracepção de emergência o mais rápido possível e dentro de 120 horas após o estupro
   f. Informações sobre opções de gravidez e atenção ao abortamento legal seguro/ encaminhamento para atenção ao abortamento legal seguro conforme a lei

3. Sobreviventes do sexo masculino são mais propensos a relatar um incidente de violência sexual.

   Verdadeiro ou **Falso**

4. Os autores de violência sexual são frequentemente parceiros íntimos ou outros sobreviventes.

   Verdadeiro ou **Falso**

5. O que você deve fazer se suspeitar que um membro da equipe está violando a proteção contra a exploração sexual e os princípios fundamentais contra o abuso?

   a. Investigar para ver se o membro da equipe está transgredindo as regras
   b. Falar com o membro da equipe e dizer-lhe para parar
   c. Denunciar o membro da equipe ao seu supervisor ou ao ponto focal para proteção contra
   d. exploração sexual e abuso
   e. Não fazer nada

UNIDADE 4: EVITAR A TRANSMISSÃO E REDUZIR A MORBIDADE E A MORTALIDADE DEVIDO AO HIV E OUTRAS IST



1,6 milhão de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foram afetadas por emergências humanitárias em 2013, das quais 68% não tinham acesso a tratamento.[71] A relação entre a transmissão do HIV em contextos humanitários é complexa e dependente da interação dinâmica de uma variedade de fatores, que incluem:

- Prevalência do HIV e a vulnerabilidade de alguns grupos da população na região de origem e da população anfitriã;
- o nível de interação entre as populações deslocadas e as vizinhas;
- a duração do deslocamento; e
- a localização e a extensão do isolamento da população deslocada (por exemplo, refugiados urbanos versus campos de refugiados).

As infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV, têm o potencial de prosperar em condições de crise onde o acesso aos meios de prevenção, tratamento e cuidados são limitados. No entanto, as conclusões acerca de cenários de conflito também mostram que em algumas circunstâncias, onde as pessoas deslocadas foram isoladas e são menos móveis, a prevalência do HIV é menor do que em países vizinhos.[72] Um recurso importante que descreve o conjunto de intervenções multissetoriais mínimas para prevenir e responder o HIV em contextos humanitários são as *Diretrizes do Comitê Permanente Interagências para Abordar o HIV em contextos humanitários.*[73]

No final da unidade, os particpantes serão capazes de:

- explicar o que é o uso seguro e racional da transfusão de sangue e como disponibilizá-lo;
- descrever o que são precauções padrão, por que são importantes e como garantir que sejam usadas;
- explicar a importância de garantir a disponibilidade de preservativos lubrificados gratuitos;
- explicar a importância de continuar com os anti-retrovirais e fornecer profilaxia com cotrimoxazol para infecções oportunistas;
- identificar pessoas que devem receber profilaxia pós-exposição (PEP); e
- descrever a gestão sindrômica de IST.

71 *HIV in Humanitarian Emergencies* (UNAIDS, 2015), https://www.unhcr.org/566961609.pdf.

72 Brady W. Bennett, Brandon D. L. Marshall, Annie Gjelsvik, Stephen T. McGarvey, and Mark N. Lurie, "HIV Incidence Prior To, During, and After Violent Conflict in 36 Sub-Saharan African Nations, 1990–2012: An Ecological Study," *PLoS One* 10, no. 11 (12 de novembro de 2015), https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0142343.

73 *IASC Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings, 2010* (IASC, 2 de setembro de 2010), https://interagencystandingcommittee.org/hiv-humanitarian-situations/documents-public/iasc-guidelines-addressing-hiv-humanitarian-settings.

PSIM para objetivos e atividades de SSR

PARA EVITAR A TRANSMISSÃO E REDUZIR A MORBIDADE E A MORTALIDADE DEVIDO AO HIV E OUTRAS IST.

Para prevenir a transmissão do HIV e outras IST, o Coordenador de SSR, os gerentes de programas e os provedores de serviços devem trabalhar com o setor/grupo de saúde para:

- estabelecer o uso seguro e racional da transfusão de sangue;
- garantir a aplicação das precauções padrão;
- garantir a disponibilidade de preservativos masculinos lubrificados e gratuitos e, quando aplicável (por exemplo, já aceitos pela população), assegurar o fornecimento de preservativos femininos;
- apoiar o fornecimento de anti-retrovirais para continuar o tratamento para pessoas inscritas em um programa de terapia anti-retroviral antes da emergência, incluindo mulheres inscritas em programas de prevenção da transmissão de mãe para filho (PVT);
- fornecer PEP a sobreviventes de violência sexual conforme apropriado e para a exposição ocupacional;
- apoiar o fornecimento de profilaxia com cotrimoxazol para infecções oportunistas a pacientes que acreditam ter HIV ou já diagnosticados com HIV;
- garantir a disponibilização nas unidades de saúde de diagnóstico sindrômico e tratamento de IST.

Why is preventing the transmission of and reducing morbidity and mortality due to HIV and other STIs a priority?

STIs cause a large proportion of the global burden of ill health. Addressing HIV remains an ongoing challenge, particularly in humanitarian contexts, despite the significant progress made over the last three decades in response to the HIV epidemic globally. Although a significant proportion of people affected by humanitarian emergencies are people at risk of or living with HIV, access to HIV prevention, treatment, and care may not often be prioritized during emergencies. The characteristics that define a complex emergency, such as conflict, mass displacement, loss of livelihood, food insecurity, social instability, lack of employment, infrastructural stress, and environmental destruction and powerlessness, can increase affected populations' vulnerability and risk to HIV. It is necessary to do everything possible to contribute to the efforts to stop new infections and provide treatment to those in need.

Quais são alguns fatores de risco para a propagação do HIV em ambientes afetados por crises?

IST, incluindo infecções por HIV, se não forem tratadas ou verificadas, podem aumentar entre populações afetadas por crises devido a muitos motivos:[74,75,76]

- Pode haver redução do acesso à prevenção, tratamento e serviços de assistência ao HIV devido à falha na infrCEstrutura de saúde (por exemplo, falta de equipamento de proteção individual, agulhas/seringas limpas, etc.).
- Os funcionários podem achar que estão ocupados demais para aderir ou podem não estar cientes da importância das precauções padrão.
- O colapso das estruturas sociais e comunitárias pode aumentar a incidência de estupro, da exploração sexual e do sexo transacional para atender às necessidades de sobrevivência e a ruptura das normas sociais que governam o comportamento sexual.
- As desigualdades, a estigmatização e a marginalização existentes nas populações-chave em risco de HIV e daqueles que vivem com HIV podem ser exacerbadas.
- A população pode mudar para uma área de maior prevalência de HIV.
- Há um acesso limitado ou nenhum acesso aos preservativos, ou há uma falta de priorização dos preservativos como parte da resposta de emergência.
- Pessoas afetadas por crises têm uma vulnerabilidade aumentada às IST por muitas razões, incluindo pobreza, insegurança alimentar, falta de acesso a serviços de saúde, mobilidade precária e falta de proteção contra a violência e/ou exploração pelos militares, por forças de manutenção da paz e outros.
- Os adolescentes podem começar as relações sexuais mais cedo.
- As pessoas podem estar mais propensas a correr riscos sexuais, como ter relações sexuais sem preservativos.

É importante notar, entretanto, que a transmissão do HIV entre as populações afetadas pela crise é complexa. A suposição comum de que o aumento da vulnerabilidade dessas populações necessariamente se traduz em mais infecções por HIV não é sustentada por dados. Vários fatores concorrentes e interativos afetam a transmissão do HIV durante o conflito e durante a mudança.[77]

Transmissão de HIV

O HIV é transmitido por quatro fluidos corporais: sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno. As principais rotas de transmissão do HIV são através da entrada de fluidos infectados na corrente sanguínea de um indivíduo não infectado, mais comumente por meio de sexo desprotegido, sangue infectado e por meio da transmissão de mãe para filho. Embora a maioria das infecções seja geralmente resultado de sexo desprotegido, a proporção de rotas de transmissão varia de acordo com o ambiente.

74 *IASC Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings, 2010.*

75 *Strategies to Support the HIV-Related Needs of Refugees and Host Populations* (UNAIDS and UNHCR, outubro 2005) http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1157-refugees_en.pdf.

76 *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings* (IASC, 2004), https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/guidelines-hiv-emergencies.pdf.

77 Bennett, et al., "HIV Incidence … in 36 Sub-Saharan African Nations, 1990–2012."

O PSIM para atividade SSR:

Uso seguro e racional da transfusão de sangue

O uso racional e seguro do sangue é essencial para prevenir a transmissão do HIV e de outras infecções transmissíveis por transfusão, como Hepatite B e C, Malária e Sífilis. Sangue mal ou não testado e o uso incorreto de sangue e derivados sanguíneos aumentam o risco de transmissão do HIV e outras infecções aos receptores. Se sangue contaminado com HIV é transfundido, a chance de transmissão do HIV ao receptor é de quase 100%. As transfusões de sangue não devem ser realizadas se não houver instalações, suprimentos e pessoal devidamente qualificado. Se conduzida de maneira adequada, a transfusão de sangue pode salvar vidas. No entanto, diminuir o número de transfusões de sangue desnecessárias também é fundamental para evitar o risco de infecção e prevenir a escassez de sangue. A transfusão desnecessária pode ser reduzida garantindo o uso clínico adequado do sangue, evitando a necessidade de transfusão e utilizando alternativas à transfusão de sangue.

Usar os critérios padrão para transfusões de sangue, conforme descrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS):[78]

A transfusão de sangue racional inclui o seguinte:

- Transfundir sangue apenas em circunstâncias de risco de vida e quando não houver outra alternativa.
- Uso de medicamentos para prevenir ou reduzir o sangramento ativo (por exemplo, oxitocina e misoprostol).
- Usar substitutos do sangue para repor o volume perdido, como substitutos à base de cristaloides (lactato de Ringer, solução salina normal) sempre que possível.

A transfusão de sangue segura inclui o seguinte:

- Triagem de todo o sangue para transfusão para pelo menos HIV 1 e 2, Hepatite B e C e Sífilis, usando os testes mais apropriados. Um teste de rastreamento de HIV não é suficiente para determinar o status do HIV. Embora os serviços de doação de sangue não devam ser vistos como uma forma de as pessoas acessarem o teste de HIV, se alguém doando sangue tiver um resultado de teste reativo, isso deve ser comunicado a ela. Eles devem ser encorajados a vincular-se aos serviços clínicos para testes adicionais para confirmar seu status de HIV e, se confirmado, deve ser vinculado aos serviços apropriados.
- Coletar sangue apenas de doadores de sangue voluntários e não remunerados, com baixo risco de adquirir infecções transmissíveis por transfusão e desenvolver critérios de seleção de doadores de sangue rigorosos.
- Vincular os serviços de transfusão de sangue aos serviços de aconselhamento e teste de HIV assim que estes forem estabelecidos como parte da resposta abrangente e, além disto, encaminhar doadores para aconselhamento e teste de HIV antes da triagem de sangue.
- Realização de agrupamento ABO e tipagem Rhesus D e, se o tempo permitir, correspondência cruzada.
- Apenas transfundir sangue para mulheres em idade reprodutiva com sangue do tipo Rhesus apropriado.

78 A página da OMS sobre segurança de transfusões de sangue pode ser encontrada em http://www.who.int/bloodsafety/en.

- Garantir a prática segura de transfusão ao lado do leito e o descarte seguro de bolsas de sangue, agulhas e seringas.[79]

O que o coordenador de SSR e o gerente do programa devem fazer para disponibilizar a transfusão de sangue racional e segura?

O Coordenador de SSR e o gerente do programa devem trabalhar com o setor/grupo de parceiros da saúde para garantir que:

- Hospitais de referência tenham suprimentos suficientes para uma transfusão de sangue segura e racional.
- Os funcionários têm conhecimento adequado sobre as práticas seguras de transfusão de sangue e têm acesso a suprimentos para reduzir a necessidade de transfusão de sangue.
- Doadores seguros são recrutados. Os doadores seguros podem ser selecionados por meio de um questionário de doadores e dando informações claras a eles sobre os requisitos para a segurança do sangue. Recrutar doadores voluntários e não solicitar que a equipe doe sangue.
- Procedimentos operacionais padrão para transfusão de sangue estão estabelecidos. estes são componentes essenciais de um sistema de qualidade em qualquer organização e são usados para garantir a consistência na execução de uma atividade. O uso de procedimentos operacionais padrão é obrigatório para todos os funcionários que realizam transfusões de sangue. Guardar cópias em todos os idiomas locais em um local central e coloque-las em um local onde cada procedimento é realizado, de forma que estejam disponíveis para consulta de fácil acesso.
- A responsabilidade pela decisão de transfundir é atribuída e a equipe médica é responsabilizada.
- Os funcionários são informados sobre os protocolos e seguem os procedimentos em todos os momentos para garantir a segurança prática de transfusão de sangue à beira do leito .
- Produtos residuais, como bolsas de sangue, agulhas e seringas, são descartados com segurança.
- Os locais onde o sangue é examinado e onde a transfusão é realizada têm fontes de luz confiáveis. Para minimizar o risco de erros, evite transfusões de sangue à noite tanto quanto possível, a menos que haja iluminação suficiente disponível.[80]

O PSIM para atividade SSR

Garantir a aplicação de precauções padrão

É importante que o Coordenador de SSR enfatize a importância das precauções padrão durante as primeiras reuniões de coordenação de saúde e SSR. Lembrar-se especialmente de que a equipe do serviço de limpeza e outros funcionários de apoio, que geralmente são recrutados recentemente, podem não ter trabalhado em ambientes de saúde antes e, portanto, podem não ter recebido treinamento adequado.

79 Para obter mais informações sobre como selecionar doadores seguros, visite http://www.who.int/bloodsafety/voluntary_donation/en.

80 Para mais informações sobre segurança do sangue, visite http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en.

O que são precauções padrão?

Precauções padrão são medidas de controle de infecção que reduzem o risco de transmissão de sangue e outros patógenos (por exemplo, HIV e Hepatite B e C) por meio da exposição a sangue ou fluidos corporais entre pacientes e profissionais de saúde. De acordo com o princípio de "precauções padrão", o sangue e fluidos corporais, incluindo sêmen, secreções vaginais e leite materno, de todas as pessoas, devem ser considerados como infectados com HIV, independentemente do estado conhecido ou suspeito da pessoa.

Por que as precauções padrão são particularmente importantes em ambientes humanitários?

Em contextos humanitários, pode haver falta de suprimentos de saúde ou de infrCEstrutura e uma carga de trabalho maior. Os profissionais da área da saúde podem recorrer a atalhos nos procedimentos, o que põe em risco a segurança dos doentes e dos funcionários. Portanto, é essencial que as precauções padrão sejam respeitadas. A supervisão regular pode ajudar a reduzir o risco de exposição ocupacional no local de trabalho.

Quais são os requisitos mínimos para o controle de infecção?

As precauções padrão são os requisitos mínimos para o controle de infecções. É fundamental garantir que toda a equipe (médica e de suporte) em ambientes de saúde, compreendam as precauções padrão.[81]

A seguir estão as precauções padrão:

- Lavagem frequente das mãos:
  - Lavar as mãos com água e sabão antes e depois de todo contato com o paciente.
  - Disponibilizar instalações e suprimentos para lavagem das mãos para todos os prestadores de serviços.
- Uso de luvas:
  - Usar luvas descartáveis não estéreis para todos os procedimentos em que haja contato com sangue ou outros fluidos corporais potencialmente infecciosos.
  - Lavar as mãos antes de colocar e depois de retirar as luvas. Descartar as luvas imediatamente após o uso. Exigir que a equipe que lida com materiais e objetos pontiagudos use luvas resistentes e que cubra quaisquer cortes e abrasões com um curativo à prova d'água. Garantir que suprimentos suficientes estejam disponíveis.

81 Para obter mais informações sobre prevenção de infecções, consulte o OMS “Evidence, Guidelines and Publications” at http://www.who.int/infection-prevention/publications and EngenderHealth’s Infection Prevention: *A Reference Booklet for Health Care Providers* at https://www.engenderhealth.org/pubs/quality/infection-prevention.php.

- **Nota:** Garantir a disponibilidade de um estoque adequado e sustentável de luvas para a realização de todas as atividades. Nunca reutilize ou reesterilize as luvas descartáveis; elas se tornam porosas.

- Uso de roupas de proteção:
  - Batas ou aventais impermeáveis devem ser usados onde houver sangue ou outros fluidos corporais que possam espirrar.
  - Exigir que a equipe use máscaras e protetores para os olhos onde houver possível exposição a grandes quantidades de sangue.
- Manuseio seguro de objetos pontiagudos:
  - Minimizar a necessidade de manusear agulhas e seringas.
  - Usar uma seringa e uma agulha estéril e descartável para cada injeção.
  - Montar a área de trabalho de injeções para reduzir o risco de lesões.
  - Usar frascos de dose única em vez de frascos multidose. Se frascos multidose forem usados, evitar de deixar a agulha na tampa. Depois de abertos, guardar os frascos multidose no frigorífico.
  - Não voltar a usar as agulhas.
  - Posicionar e informar os pacientes corretamente para a aplicação das injeções.
  - Descartar agulhas e objetos cortantes em caixas de segurança à prova de perfurações e líquidos. Certifique-se de que os recipientes resistentes a perfurações, para descarte de perfurocortantes, estejam prontamente disponíveis, próximos e fora do alcance de crianças. Objetos pontiagudos nunca devem ser jogados em latas de lixo ou sacos comuns.
- Eliminação de resíduos:
  - Queimar todos os resíduos médicos em uma área separada, de preferência dentro das instalações de saúde.
  - Enterrar os itens que ainda representam uma ameaça, como objetos pontiagudos, em um fosso coberto a pelo menos 10 metros de uma fonte de água.
- Tratamento de instrumento usado (na seguinte ordem):
  1. Descontaminar os instrumentos para matar os vírus (HIV e Hepatite B) e tornar os itens mais seguros de manusear.
  2. Limpar os instrumentos para remover detritos antes da esterilização ou desinfecção de alto nível.
  3. Esterilizar (eliminar todos os patógenos) os instrumentos para minimizar o risco de infecções durante os procedimentos. A autoclavagem a vapor é recomendada. A desinfecção de alto nível (através da fervura ou imersão em uma solução de cloro) pode não eliminar os esporos
  4. Usar ou armazenar adequadamente os itens imediatamente após a esterilização.
- Serviço de limpeza:
  - Limpar prontamente e com cuidado derramamentos de sangue ou outros fluidos corporais usando um Solução de cloro a 0,5%.

O que os coordenadores de SSR devem fazer para apoiar as políticas do setor/grupo de saúde de trabalho quando ocorre a exposição ocupacional?

Apesar das precauções padrão serem postas em prática e seguidas, a exposição ocupacional ao HIV pode ocorrer. Os coordenadores de SSR devem defender e fornecer assistência dentro do setor/grupo de saúde para garantir que as políticas de local de trabalho para exposição ocupacional sejam estabelecidas e implementadas, incluindo:

- Manter a confidencialidade do trabalhador de saúde exposto e da pessoa que é afonte de exposição em todos os momentos.
- Avaliar o risco de transmissão de HIV em caso de exposição ocupacional: o tipo de exposição (lesão percutânea, respingo de membrana mucosa, etc.), o tipo de material exposto (sangue, outros fluidos corporais, etc.) e a probabilidade de infecção por HIV do paciente fonte.
- Aconselhar o paciente fonte sobre o teste de HIV e conduzir um teste de HIV se o consentimento for obtido.
- Fornecer aconselhamento para o trabalhador exposto sobre as implicações da exposição, a necessidade de PEP, como tomá-la e o que fazer em caso de efeitos colaterais.
- Somente após receber o consentimento informado, fazer um histórico médico e conduzir um exame do trabalhador exposto, recomendar o aconselhamento e teste voluntários para HIV e fornecer PEP quando apropriado. Não é necessário um teste de HIV (nem para o paciente-fonte nem para o profissional de saúde) antes de prescrever PEP, e ninguém deve ser testado à força.
- Educar sobre a redução de riscos por meio de uma revisão da sequência de eventos.
- Aconselhar o trabalhador exposto a usar preservativos para prevenir a transmissão secundária durante os próximos três meses.
- Fornecer aconselhamento e teste voluntários de HIV três e seis meses após a exposição, independentemente de o trabalhador exposto ter recebido PEP ou não.
- Preencher um relatório de incidente.

Como os coordenadores de SSR podem trabalhar com o setor/grupo de saúde do agrupamento para garantir a aplicação das precauções padrão?

- Assegurar-se de que os protocolos de precauções padrão sejam publicados em cada unidade de saúde em todos os idiomas locais e que os supervisores garantam a adesão a eles.
- Certificar-se de que os suprimentos estejam disponíveis para implementar protocolos de precauções padrão em todos os níveis de prestação de serviços de saúde.
- Organizar sessões de orientação em serviço sobre precauções padrão para trabalhadores e pessoal auxiliar da saúde, quando necessário.
- Estabelecer sistemas de supervisão, como listas de verificação simples para garantir a conformidade com os protocolos.
- Garantir que as medidas de primeiros socorros em caso de exposição ocupacional sejam publicadas em todas as línguas locais e que os funcionários sejam informados e saibam onde relatar e obter PEP confidencialmente se necessário.

- Revisar relatórios de incidentes de exposição ocupacional regularmente para determinar quando e como a exposição ocorre e para identificar questões de segurança e possíveis medidas preventivas.

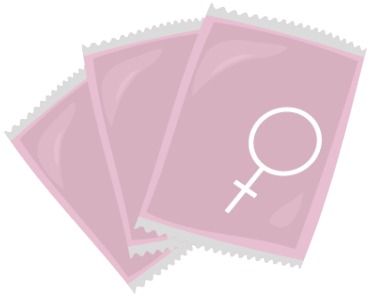
O PSIM para atividade SSR:

Garantir a disponibilidade de preservativos externos masculinos lubrificados e gratuitos e, quando aplicável (por exemplo, já aceitos pela população), garantir o fornecimento de preservativos internos femininos

Os preservativos são um método fundamental de proteção para a prevenção do HIV, outras IST e gravidez não intencional. Garantir preservativos externos (conhecidos como masculinos) lubrificados e, quando aplicável (por exemplo, já aceitos pela população antes da crise), disponibilizar preservativos femininos em áreas acessíveis e privadas, e promovê-los desde os primeiros dias de uma resposta humanitária. Suprimentos suficientes de preservativos de boa qualidade devem ser pedidos imediatamente. (Veja o quadro abaixo sobre como calcular o número correto de preservativos masculinos a serem pedidos.)

Preservativos Femininos

Os preservativos femininos fornecem às mulheres e meninas um método iniciado por mulheres para se protegerem contra o HIV e outras IST, bem como contra gravidez não intencional. Isso é especialmente importante porque muitas mulheres e meninas não conseguem negociar o uso do preservativo masculino com seus parceiros devido à falta de poder em seu relacionamento. Os preservativos femininos são normalmente mais caros e geralmente não são tão conhecidos como os masculinos pela população. Na maioria dos locais, os preservativos femininos não devem ser adquiridos no início de uma crise de emergência. No entanto, os preservativos femininos podem ser adquiridos no início de uma emergência se, antes da emergência, a comunidade afetada for conhecida por usar preservativos femininos. Ao planejar serviços de SSR abrangentes, deve-se explorar se é possível garantir um suprimento estável de preservativos femininos, se a comunidade afetada não estiver familiarizada com eles. Uma vez alcançada uma fase estável da emergência, forneça informações à população sobre este método e forneça treinamento para mulheres, meninas, homens e meninos sobre o uso correto.



Calcular um suprimento de preservativos externos masculinos de 3 meses para uma população de 10.000	
população masculina sexualmente ativa = 20%	10,000 x 0.2 = **2,000 homens**
porcentagem de homens sexualmente ativos que usam preservativos = 20%*	2,000 x 0.2 = **400 usuários**
preservativos usados no mês por pessoa = 12	400 x 12 = **4,800 preservativos**
desperdício ou perda = 20%	4,800 x 0.2 = **960 preservativos**
preservativos usados por mês + desperdício ou perda	4,800 + 960 = **5,760 preservativos**
calcular para um suprimento de 3 meses **	5,760 x 3 = **17,280 preservativos**

** Vinte por cento é uma estimativa geral que pode ser modificada se informações adicionais de pesquisas ou estudos anteriores indicarem um valor superior ou menor de taxa de uso de preservativos.*
*** Os preservativos geralmente vêm em caixas de 144.*
Este é o conteúdo de um Kit 1A da IARH

Onde a equipe humanitária pode solicitar preservativos?

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) pode enviar rapidamente grandes quantidades de preservativos de boa qualidade para o campo, como parte dos Kits Saúde reprodutiva de emergência interagências (IARH). Os preservativos externos estão disponíveis no IARH Kit 1 e os internos, conhecidos como femininos, estão no IARH Produtos Complementares Kit 1B (começando em 2020). Estes kits da IARH contêm suprimentos suficientes para cobrir as necessidades de uma população de 10.000 pessoas por três meses (consultar os cálculos acima). Folhetos explicando o uso apropriado de preservativos externos e internos também estão incluídos. Para obter informações detalhadas sobre como solicitar Kits IARH, consultar a Unidade 9.

Se uma organização deseja adquirir preservativos em grandes quantidades, garantir a qualidade dos preservativos externos e internos é essencial. Existem muitas marcas de preservativos no mercado. Assegurar-se de que o escritório de compras responsável pelas compras de grandes quantidades para emergências forneça apenas preservativos aprovados pela OMS e UNFPA e que adicione um certificado no idioma relevante a todas as remessas declarando que a qualidade dos preservativos foi testada lote por lote por um laboratório independente. Agências com experiência limitada na aquisição de preservativos podem adquiri-los em grande quantidade por meio do UNFPA.[82]

82 As informações de contato estão disponíveis em https://www.unfpaprocurement.org/home.

Adolescentes

Sem acesso a informações e serviços adequados, os adolescentes têm maior probabilidade de serem expostos a práticas sexuais inseguras que podem resultar em gravidez não intencional, aborto inseguro, IST e HIV. Fornecer informações discretas e acesso a preservativos gratuitos em pontos de distribuição identificados por adolescentes. Além disso, certificar-se de que os serviços de saúde adequados para os adolescentes estejam disponíveis e que os profissionais de saúde forneçam preservativos aos que se apresentam nas instalações.

Como os preservativos devem ser disponibilizados?

Além de fornecer preservativos mediante solicitação nas unidades de saúde, a equipe humanitária deve garantir que os preservativos sejam disponibilizados em áreas acessíveis e privadas da comunidade. Os preservativos podem ser colocados nas unidades de saúde, bem como em vários outros locais, como balcões de registro, pontos de distribuição de alimentos ou não alimentos, escritórios de serviços comunitários e juvenis e em qualquer lugar onde as pessoas se reúnam ou venham para ter acesso a serviços ou suprimentos. Pode ser uma boa ideia disponibilizar preservativos em locais privados, como latrinas, e fornecer a hotéis, cafés e bares. Os preservativos também devem ser disponibilizados para a comunidade ao redor, funcionários de agências de assistência, funcionários em serviços uniformizados, motoristas de caminhão de entrega e outros, juntamente com mensagens culturalmente apropriadas e informações sobre o uso e descarte correto.

É útil discutir a distribuição de preservativos com líderes e membros da comunidade afetada pela crise para que eles entendam a necessidade e a importância do uso de preservativos e também para garantir que a distribuição ocorra de maneira culturalmente apropriada para aumentar a aceitação de preservativos pela comunidade. Outra opção é consultar a equipe local sobre como os preservativos podem ser disponibilizados de maneira culturalmente sensível, especialmente para adolescentes e populações-chave, como profissionais do sexo e seus clientes, homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas injetáveis e pessoas trans. Populações-chave e adolescentes são úteis na identificação de locais onde seus pares se reúnem, e estes voluntários podem ser recrutados para distribuir preservativos a seus iguais.

Nota: Disponibilizando preservativos

Quando questionado por um membro da equipe nacional por que havia preservativos na área do banheiro, um representante de uma organização internacional explicou: “A agência X é uma organização internacional e, onde quer que trabalhemos no mundo, disponibilizamos preservativos para prevenir a transmissão do HIV na região que estamos trabalhando.” O funcionário ficou satisfeito com a resposta e os preservativos começaram lentamente a ser retirados da cesta de preservativos no banheiro dos funcionários.

O PSIM para atividade SSR:

Apoiar o fornecimento de anti-retrovirais para continuar o tratamento

Os medicamentos antirretrovirais reduzem a transmissão do HIV e o excesso de mortalidade e morbidade de infecções oportunistas e doenças que definem a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Por que a continuação dos anti-retrovirais é uma prioridade?

A continuação dos anti-retrovirais para aqueles que já estão em tratamento antes da emergência é uma prioridade porque uma interrupção repentina do tratamento pode causar deterioração da saúde de um indivíduo (permitindo infecções oportunistas e progressão da imunodeficiência), transmissão potencial (devido ao rebote viral), e desenvolvimento de resistência anti-retroviral. Os anti-retrovirais devem ser continuados para as pessoas inscritas em um programa antes da emergência, incluindo mulheres inscritas em programas de PTV do HIV e Sífilis.

Como pode ser determinado quem está em tratamento e que regime eles estão tomando?

Para determinar quem esteve em tratamento, examinar os registros de saúde ou cartões do paciente, garantindo que a confidencialidade seja protegida. Sempre que possível, as redes existentes de pessoas vivendo com HIV podem ser úteis para disseminar informações sobre a disponibilidade de terapia anti-retroviral para a continuação do tratamento.

Para determinar o regime, usar os cartões de tratamento dos pacientes, quando disponíveis. Em termos gerais, o tratamento de primeira linha será suficiente. No entanto, quando o regime exato (por exemplo, regime de segunda linha) não estiver disponível, o regime deve ser combinado com medicamentos equivalentes disponíveis de primeira linha, tendo em mente as diretrizes nacionais e os protocolos da OMS para a troca de regimes.[83] De acordo com as recomendações da OMS, as pessoas que já estão tomando antirretrovirais não devem ser testadas novamente para HIV. As pessoas em terapia antirretroviral também devem receber preservativos.

Qual é o papel do Coordenador de SSR no apoio ao fornecimento de anti-retrovirais?

O Coordenador de SSR deve trabalhar com o Coordenador de HIV (se houver) ou o representante nacional de HIV para apoiar o setor/grupo de saúde para, rapidamente:

83 *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach* (WHO, junho 2016), http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en.

1. Compreender o sistema de coordenação de atendimento de pessoas vivendo com HIV no país. Geralmente é feito por meio de mecanismos liderados pelo programa nacional de HIV, UNAIDS, pela equipe de coordenação institucional de atencao às questões de HIV da ONU e organizações da sociedade civil.

2. Garantir que a população afetada seja incluída no programa nacional de HIV, incluindo o programa nacional de terapia anti-retroviral.

3. Informar o programa nacional de HIV sobre a necessidade urgente de ajustar seu antirretroviral e planos de distribuição de cotrimoxazol para atender às necessidades da população afetada pela crise.

4. Quantificar as necessidades usando estimativas aproximadas da população total e estatísticas pré-crise sobre prevalência e taxas de tratamento (a calculadora PSIM para SSR pode apoiar isso, consultar o Apêndice C).

5. Certificar-se de que os pontos focais sejam identificados (principalmente prestadores de cuidados de saúde ou redes de pessoas que vivem com HIV) e que a comunidade seja informada sobre como chegar aos pontos focais que os ajudarão a obter o seu tratamento e cuidados.

6. Facilitar a continuidade do tratamento de mulheres e bebês inscritas no programa de PTV do HIV e Sífilis antes da crise.

7. Garantir que o HIV seja incluído nas avaliações de necessidades para informar a expansão dos serviços de HIV assim que a situação se estabilizar.

O Coordenador de SSR não deve assumir a responsabilidade pela:

- aquisição de anti-retrovirais para tratamento de primeira ou segunda linha e co-trimoxazol;
- identificação ativa de casos e gestão de casos; ou
- criação do sistema nacional de monitoramento.

Essas responsabilidades estão sob a alçada do Programa Nacional de HIV, UNAIDS e da equipe de Coordenação de HIV das Nações Unidas.

O PSIM para atividade SSR:

Fornecer PEP para sobreviventes de violência sexual e para exposição ocupacional

Fornecer PEP a sobreviventes de violência sexual faz parte de fornecer tratamento e aconselhamento compassivo e confidencial, conforme descrito na Unidade 3.[84] Os protocolos de tratamento PEP para exposição ocupacional são os mesmos para sobreviventes de violência sexual.

84 Mais informações sobre PEP podem ser encontradas no *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings 2018,* p. 32–33.

O PSIM para atividade SSR:

Apoiar o fornecimento de profilaxia com cotrimoxazol para infecções oportunistas

Por que é importante dar profilaxia com cotrimoxazol para pessoas que vivem com HIV?

A profilaxia com cotrimoxazol é um antibiótico usado para prevenir Pneumonia Pneumocística e Toxoplasmose, bem como outras doenças infecciosas e parasitárias em pessoas que vivem com HIV. É uma intervenção que salva vidas, simples, bem tolerada e econômica e deve ser implementada como um componente integral do pacote de cuidados crônicos do HIV e como um elemento-chave da terapia pré-anti-retroviral. A profilaxia com cotrimoxazol deve continuar após o início da terapia antirretroviral até que haja evidências de recuperação imunológica.

A quem se recomenda a profilaxia com cotrimoxazol?

A profilaxia com cotrimoxazol é recomendada para adultos (incluindo mulheres grávidas) com doença clínica por HIV grave ou avançada e/ou com contagem de CD4 ≤350 células/mm3. Em locais onde a Malária e/ou infecções bacterianas graves são altamente prevalentes, a profilaxia com cotrimoxazol deve ser iniciada independentemente da contagem de células CD4 ou da gravidade clínica da doença. A profilaxia com cotrimoxazol é recomendada para bebês, crianças e adolescentes com HIV, independentemente das condições clínicas e imunológicas.[85]

O PSIM para atividade SSR:

Garantir a disponibilidade de diagnóstico sindrômico e tratamento de IST

?Qual é a gestão sindrômica das IST?

O gerenciamento sindrômico de IST é um método construído a partir de algoritmos (árvores de decisão) baseados em síndromes (sintomas e sinais clínicos do paciente) para chegar a decisões de tratamento em uma única visita, usando protocolos de tratamento padronizados. As diretrizes e algoritmos foram desenvolvidos pela OMS e podem ser encontrados nas Diretrizes da OMS para o Manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis.[86] Os antibióticos recomendados pela OMS para o tratamento sindrômico de IST estão disponíveis nos kits da IARH.

85 *Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for HIV and the Use of Co-Trimoxazole Prophylaxis for HIV-Related Infections Among Adults, Adolescents and Children: Recommendations for a Public Health Approach* (WHO, dezembro 2014) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145719/9789241508193_eng.pdf?sequence=1.

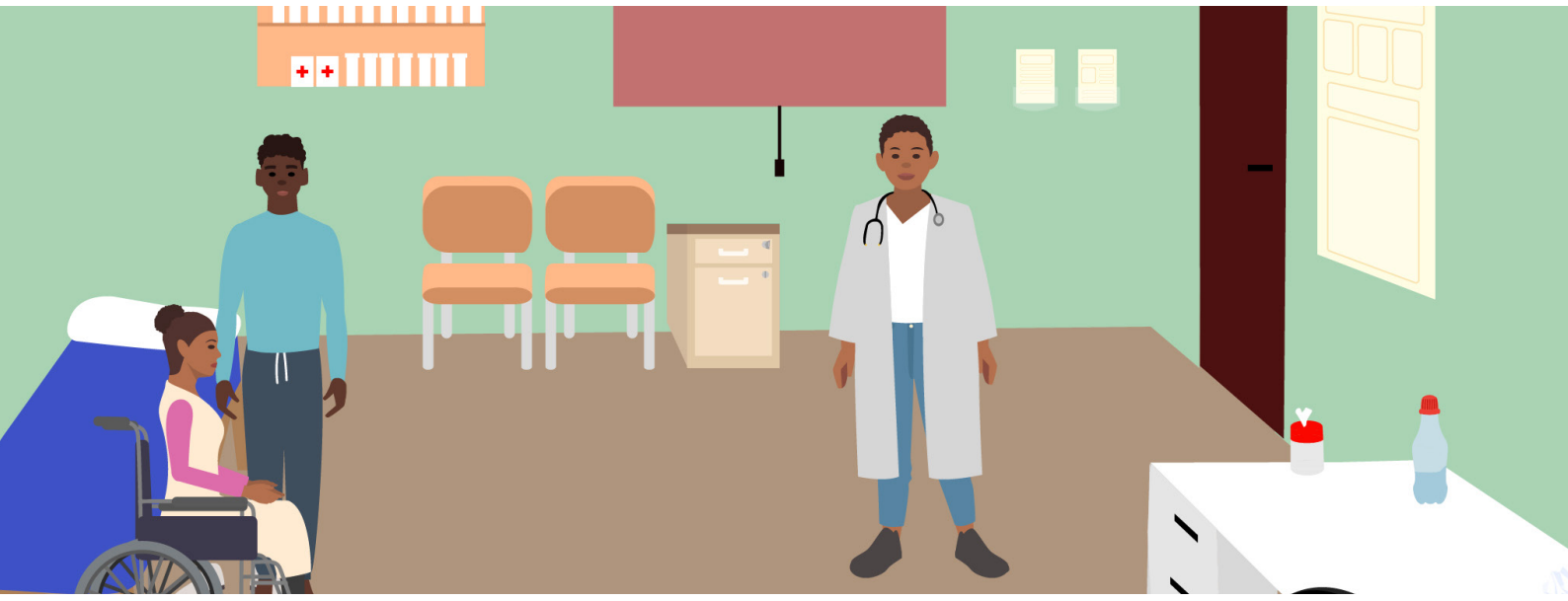
86 *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections* (WHO, fevereiro 2004), http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2942e.

Por que o manejo sindrômico e o tratamento das IST são uma prioridade?

A transmissão do HIV e IST estão intimamente ligadas. Certas IST facilitam a transmissão do HIV, e o enfraquecimento do sistema imunológico das pessoas que vivem com o HIV pode torná-las mais suscetíveis às IST. O manejo sindrômico é previsível, econômico, satisfatório para os pacientes e tem uma forte base e impacto na saúde pública. esta abordagem é particularmente relevante no início de uma crise, onde as pessoas têm menos probabilidade de vir para consultas de acompanhamento e onde o acesso aos laboratórios pode ser difícil, impossível ou caro.

Nota: Prevenindo a Transmissão e Reduzindo a Morbidade e Mortalidade Devido ao HIV e Outras IST na Jordânia

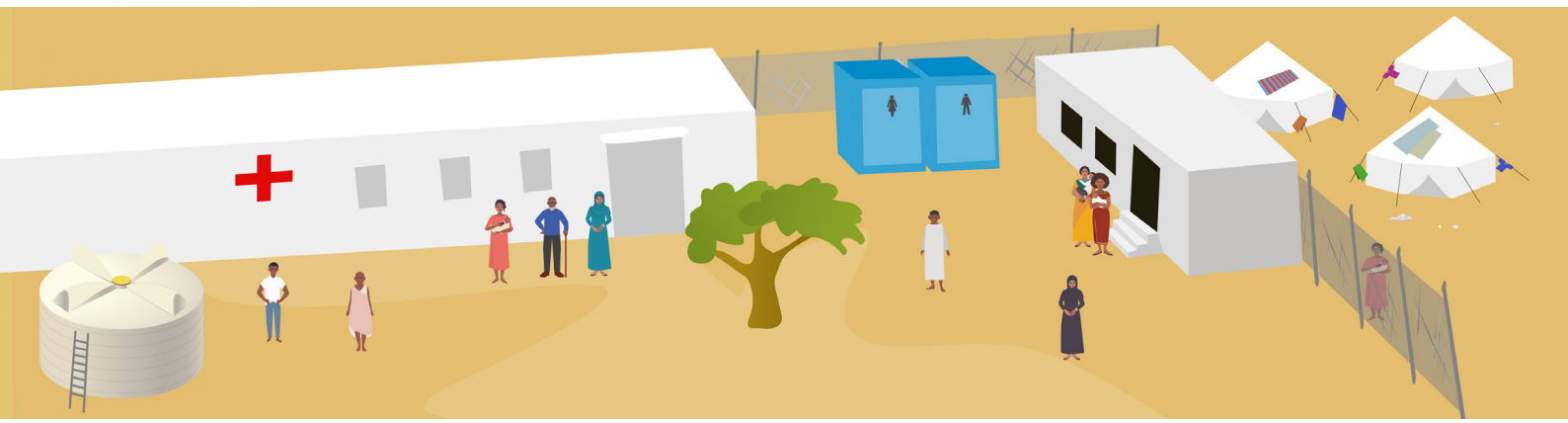
- Havia uma política de HIV existente na Jordânia antes da crise, bem como bancos de sangue acessíveis e estocados.[87]
- Sangue seguro de um banco de sangue estava disponível para transfusão tanto no campo de Zaatari quanto em Irbid.
- A maioria das instalações impõe precauções padrão, incluindo o uso de agulhas e seringas descartáveis e caixas de descarte de objetos cortantes.
- No caso de exposição ocupacional de um trabalhador de saúde ao HIV, o tratamento pós-exposição ocupacional estava disponível em Amã, embora fosse limitado.
- No campo de Zaatari, preservativos masculinos estavam disponíveis em clínicas e em lugares femininos seguros.



87 Krause, et al., “Reproductive Health Services for Syrian Refugees.” Conflict and Health, February 2, 2015.

Unidade 4: Pontos Chave

- As IST, incluindo infecções por HIV, se não tratadas ou verificadas, podem aumentar entre as populações afetadas por crises, onde o acesso aos meios de prevenção, tratamento e cuidados são limitados.
- O Coordenador de SSR e os gerentes do programa devem garantir que o uso racional e seguro do sangue esteja disponível para prevenir a transmissão do HIV e outras infecções transmissíveis por transfusão, como hepatite B e C e Sífilis.
- A importância das precauções padrão (lavagem frequente das mãos, uso de luvas e roupas de proteção, manuseio seguro de objetos pontiagudos, descarte de materiais residuais, processamento de instrumentos e limpeza de derramamentos) deve ser enfatizada e respeitada.
- Devem ser estabelecidas e implementadas políticas no local de trabalho para lidar com a exposição ocupacional.
- Preservativos masculinos lubrificados e, quando aplicável (por exemplo, já aceitos pela população antes da crise), preservativos femininos devem estar disponíveis em áreas acessíveis e privadas nas unidades de saúde e na comunidade, sendo promovidos desde os primeiros dias de uma resposta humanitária.
- Os anti-retrovirais devem ser continuados para as pessoas que foram inscritas em um programa antes da emergência, incluindo mulheres que foram inscritas em programas de PTV para HIV e Sífilis.
- É importante dar profilaxia com cotrimoxazol a pessoas que vivem com HIV, para prevenir Pneumonia por Pneumociste e Toxoplasmose, bem como outras doenças infecciosas e parasitárias.
- A PEP deve ser fornecida a sobreviventes de violência sexual e exposição ocupacional. Não é necessário um teste de HIV (nem para o paciente-fonte nem para o profissional de saúde) antes de prescrever PEP, e ninguém deve ser testado à força.
- O manejo sindrômico das IST é um protocolo de tratamento padronizado baseado em síndromes (sintomas e sinais clínicos do paciente) que permite decisões de tratamento em uma única consulta.



Desafios e Soluções

Desafios	Soluções
E se as unidades de saúde não tiverem capacidade para fazer o rastreio do HIV de doadores?	Não administre sangue que não tenha sido testado. Defenda fortemente o Ministério da Saúde, as agências das Nações Unidas, como a OMS e o UNFPA, e/ou uma organização humanitária, como o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, para estabelecer os serviços de exames de sangue.
E se a cultura da população afetada pela crise fizer objeções aos preservativos?	É importante garantir a disponibilidade de preservativos. Trabalhadores humanitários às vezes presumem que tornar os preservativos amplamente disponíveis pode ser visto com reprovação por algumas culturas. Como tal suposição pode não ser verdadeira ou não ser verdadeira para todas as pessoas da população, às vezes os preservativos não ficam visíveis e disponíveis. Existem maneiras criativas de fornecer preservativos para aqueles que desejam se proteger ou proteger outras pessoas da transmissão do HIV, como colocar preservativos em áreas menos públicas, mas ainda acessíveis. Por exemplo, percebendo que as pessoas estavam relutantes em pedir preservativos, os médicos de um hospital no Sudão do Sul colocaram uma cesta de preservativos em um local de fácil acesso no hospital (debaixo de uma árvore) para onde poderiam ser levados sem pedir a um provedor de saúde. Os médicos informaram à comunidade onde a cesta estava localizada. Depois de algum tempo, as pessoas começaram a vir buscar os preservativos, e agora a cesta precisa ser reabastecida semanalmente.
E se os registros de saúde ou cartões de tratamento de pacientes para pessoas que vivem com HIV não estiverem disponíveis ou tiverem sido destruídos?	Geralmente, o tratamento de primeira linha é suficiente para pessoas que vivem com HIV e cujo tratamento é desconhecido. Quando o regime exato (por exemplo, regime de segunda linha) não estiver disponível, o regime prescrito deve ser combinado com os medicamentos equivalentes disponíveis de primeira linha, tendo em mente as diretrizes nacionais e os protocolos da OMS para regimes de troca.[88]

88 *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections.* (WHO, fevereiro 2004), http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2942e/.

E se parecer que ninguém está lidando com o HIV?	Fale com o Coordenador de SSR para averiguar diretamente ou perguntar na próxima reunião do setor de saúde/grupo sobre quem é o representante nacional e o que está sendo feito para apoiar a disponibilidade de antirretrovirais e cotrimoxazol para pessoas que vivem com HIV na população afetada pela crise. Se os serviços não estiverem disponíveis atualmente, defenda junto ao setor/grupo de saúde o apoio ao Ministério da Saúde e outros para estabelecer os serviços. Solicite informações sobre como o grupo de trabalho de SSR pode apoiar quaisquer esforços existentes ou novos para informar a comunidade sobre a disponibilidade e localização de serviços para pessoas vivendo com HIV. Contactar a ONUSIDA ou o programa nacional de HIV para garantir a inclusão da população-alvo nos serviços de HIV.



LISTA DE VERIFICAÇÃO PSIM PARA MONITORAMENTO DE SSR: EVITAR A TRANSMISSÃO E REDUZIR A MORBIDADE E A MORTALIDADE DEVIDO AO HIV

A lista abaixo de verificação do PSIM para monitoramento de SSR, pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em ambientes humanitários.

4. Prevenir e responder ao HIV			
4.1	Protocolos de transfusão de sangue seguros e racionais em vigor	Sim	Não
4.2	Unidades de sangue testadas/todas as unidades de sangue doadas x 100		%
4.3	As unidades de saúde têm materiais suficientes para garantir as precauções padrão estabelecidas	Sim	Não
4.4	Preservativos lubrificados disponíveis gratuitamente	Sim	Não
	Instalações de Saúde		
	Nível comunitário		
	Adolescentes		
	LGBTQIA		
	Pessoas com deficiências		
	Profissionais do sexo		
4.5	Número aproximado de preservativos usados neste período		
4.6	Número de preservativos reabastecidos nos locais de distribuição neste períod Especifique os locais:		
4.7	Antirretrovirais disponíveis para continuar o tratamento de pessoas que estavam inscritas em terapia antirretroviral antes da emergência, incluindo PTV		
4.8	PEP disponível para sobreviventes de violência sexual; PEP disponível para exposição ocupacional		
4.9	Profilaxia com cotrimoxazol para infecções oportunistas		
4.10	Diagnóstico sindrômico e tratamento para IST disponíveis nas unidades de saúde		

MATERIAIS E SUPRIMENTOS

Quais suprimentos são necessários ou quais kits da IARH podem ser solicitados para prevenir a transmissão e fornecer tratamento para HIV e outras IST?

Kits IARH (2019)

Os kits IARH são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde. Os kits são projetados para uso por um período de três meses para um tamanho específico da população-alvo.[89,90]

Nota: Os kits da IARH não são específicos ao contexto ou abrangentes. As organizações não devem depender apenas dos kits da IARH e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso não apenas garantirá a sustentabilidade dos suprimentos, mas também permitirá a expansão dos serviços de SSR do PSIM para a atenção integral.

Antirretrovirais para continuar o tratamento para pessoas que estavam inscritas em um programa de terapia antirretroviral antes da emergência, incluindo mulheres que estavam inscritas em programas de PTV, **não estão incluídos nos kits IARH.** Siga o programa vertical de HIV/AIDS e/ou entre em contato com o UNAIDS para obter uma fonte sustentável de suprimentos.

Nível de atenção à Saúde	Número do Kit	Nome do Kit*
Community/health post	Kit 1	Male Condoms
Community/health post	Kit 3	Post-Rape Treatment
Community/health post	Kit 5	Treatment of STIs
Referral hospital (CEmONC)	Kit 12	Blood Transfusion

**Os suprimentos adicionais de precauções padrão estão nos kits 2, 4, 6, 8, 9, and 11*

Produtos Complementares

Os produtos complementares podem ser solicitados de acordo com a capacidade do ambiente e conforme as capacidades dos prestadores de cuidados de saúde. Os produtos complementares estarão disponíveis no UNFPA em 2020.

Nível de entrega de serviço	Item	Para Complementar
Comunidade / unidade de saúde	Kit 1B, preservativos internos (femininos)	Kit1

89 A maioria dos kits inclui suprimentos para garantir precauções padrão universais. Além disso, o Pacote de Referência e Treinamento, uma biblioteca de materiais de recursos, está incluído em cada pedido de kit. O livreto do kit IARH Interagência está disponível em https://www.unfpa.org/resources/emergency-reproductive-health-kits.

90 Os Kits da IARH de 2019 estarão disponíveis para aquisição no início de 2020. Verifique com o UNFPA (https://www.unfpa.org) ou IAWG (http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011) para verificar se os kits revisados estão disponíveis. Para obter informações sobre os kits disponíveis antes de 2020, consulte Kits interinstitucionais de saúde reprodutiva para situações de crise (5ª ed., 2011) em http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011.

Questionário da Unidade 4: Impedir a Transmissão e Reduzir Morbidade e mortalidade devido ao HIV e outras IST

1. O manejo sindrômico de IST é um método usado para tratar IST com base em várias visitas à clínica usando protocolos de tratamento padronizados.

   Verdadeiro ou **Falso**

2. Qual é o papel do provedor de saúde em um cenário de emergência quando uma pessoa se apresenta para continuar o tratamento anti-retroviral? Selecione tudo que se aplica:

   a. Garanta confidencialidade
   b. Forneça preservativos
   c. Forneça co-trimoxazole, como recomendado
   d. Forneça anti-retrovirais
   e. Aconselhe a pessoa a retornar para o tratamento em alguns meses, quando a fase de emergência terminar

3. Quais das seguintes opções são requisitos mínimos para o controle de infecção (também conhecido como precauções padrão?

   a. Manuseio seguro de objetos pontiagudos
   b. Uso de roupas de proteção
   c. Eliminação adequada de resíduos
   d. Lavagem frequente das mãos
   e. Todas as opções acima

4. Os preservativos podem ser disponibilizados em:

   a. Instalações de saúde
   b. Pontos de distribuição de alimentos e não alimentos
   c. Banheiros
   d. Bares ou cafés populares em áreas urbanas
   e. Todas as opções acima

5. O Coordenador de SSR não deve se responsabilizar pela aquisição de anti-retrovirais.

   Verdadeiro ou **Falso**

UNIDADE 5: EVITE O EXCESSO DE MORBIDADE, DE MORTALIDADE MATERNA E DE RECÉM-NASCIDOS



Dois terços das mortes maternas evitáveis e 45% das mortes de recém-nascidos ocorrem em países afetados por conflitos recentes, desastres naturais ou ambos.[91] Condições de vida estressantes e acesso limitado a provedores de saúde qualificados e instalações de saúde agrava a vulnerabilidade das mulheres afetadas pela crise e aumenta o risco de morbidade e mortalidade devido a complicações relacionadas à gravidez.

Existem vários recursos úteis que fornecem abordagens passo a passo para integrar cuidados obstétricos de emergência e recém-nascidos (EmONC) na programação humanitária, incluindo o *IManual de campo Interagência sobre Saúde Reprodutiva em Contextos Humanitários, Gerenciando Complicações na Gravidez e no Parto: Um Guia para Parteiras e Médicos,* e o Grupo de Trabalho Interagências (IAWG) sobre Saúde Reprodutiva (SR) através de Iniciativas de Parcerias de Treinamento em Crises da série de treinamentos de atualização de extensão clínica.[92] Recursos úteis para fornecer e melhorar as estratégias e programas nacionais de atendimento ao recém-nascido *incluem Saúde do recém-nascido em ambientes humanitários: Guia de campo e Diretrizes operacionais para melhorar a saúde do recém-nascido em operações de refugiados.*[93]

No final da unidade, os aprendizes serão capazes de:

- explicar por que a prevenção da morbidade e mortalidade materna e neonatal é uma prioridade;
- explicar quais partos limpos e seguros, cuidados essenciais ao recém-nascido e serviços básicos e abrangentes de EmONC devem ser disponibilizados e acessíveis em crises;
- definir os requisitos para um sistema de referência eficaz;
- listar maneiras de garantir que a atenção pós-aborto esteja disponível e o que fazer se uma mulher se apresentar para receber cuidados; e
- explicar como disponibilizar suprimentos e produtos para entrega limpa e para atendimento imediato ao recém-nascido, se o acesso a uma unidade de saúde não for possível.

91 Sarah Zeid, Flavia Bustreo, Maha Taysir Barakat, Peter Maurer, and Kate Gilmore, "For Every Woman, Every Child, Everywhere: A Universal Agenda for the Health of Women, Children, and Adolescents," *The Lancet* maio 16, 2015, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60766-8.

92 *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. Assisted Vaginal Delivery via Vacuum Extraction — Refresher Training; Uterine Evacuation in Crisis Settings Using MVA — Refresher Training; and BEmONC in Humanitarian Settings: Select Signal Functions ,* IAWG, accessed abril 8, 2019, http://iawg.net/tpi-home/resources.
Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. (WHO, UNFPA, and UNICEF, 2017), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1.

93 *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide (*Save the Children, WHO, and UNICEF, janeiro 1, 2018). http://iawg.net/resource/newborn-health-humanitarian-settings; Operational Guidelines on Improving Newborn Health in Refugee Operations (UNHCR, 2015), http://www.unhcr.org/protection/health/54bd0dc49/operational-guidelines-improving-newborn-health-refugee-operations.html.

PSIM para objetivos e atividades de SSR

PREVINIR O EXCESSO DE MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNA E DE RECÉM-NASCIDOS.

Para prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal desde o início de uma emergência, o Coordenador de SSR, gerentes de programa e prestadores de serviços devem trabalhar com o setor/grupo de saúde para:

- garantir a disponibilidade e acessibilidade de partos limpos e seguros, cuidados essenciais ao recém-nascido e serviços EmONC que salvam vidas;
- estabelecer um sistema de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana para facilitar o transporte e a comunicação da comunidade para o centro de saúde e hospital;
- garantir a disponibilidade de atenção pós-aborto em centros de saúde e hospitais; e
- garantir a disponibilidade de suprimentos e produtos para partos limpos e cuidados imediatos ao recém-nascido, onde o acesso a uma unidade de saúde não for possível ou não for confiável.

Por que a prevenção da morbidade e mortalidade materna e neonatal é uma prioridade?

Em qualquer população afetada pela crise, aproximadamente 4% da população total estará grávida a qualquer momento. Dessas mulheres grávidas, aproximadamente 15% terão complicações obstétricas, como trabalho de parto obstruído ou prolongado, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, infecção ou sangramento grave. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 9% a 15% dos recém-nascidos precisarão de cuidados de emergência que salvam vidas.[94] A maioria das mortes maternas e neonatais ocorre na época do trabalho de parto, parto e período pós-parto imediato. O primeiro dia de vida é o de maior risco para os recém-nascidos. Em contextos humanitários, o colapso dos sistemas de saúde pode causar aumentos nas mortes maternas e neonatais devido a complicações não tratadas que podem ser evitadas em situações estáveis (por exemplo, trabalho de parto obstruído). Este aspecto aborda as principais causas da mortalidade e morbidade materna e neonatal, além das intervenções que salvam vidas e que devem estar disponíveis em qualquer crise humanitária.

O que faz com que as mulheres morram de complicações na gravidez?

As causas comuns de mortalidade materna são hemorragia (anteparto e pós-parto), sepse pós-parto, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, complicações de aborto, gravidez ectópica e trabalho de parto prolongado ou obstruído. Atrasos no acesso a cuidados essenciais, que podem ser causados por muitos fatores, podem custar a vida das mulheres. Os atrasos que contribuem para a probabilidade de morte materna podem ser agrupados usando um modelo simples chamado de Três Atrasos:

- **Atraso 1:** Atraso na decisão de procurar atendimento;
- **Atraso 2:** Atraso no atendimento (impossibilidade de transporte, más condições das estradas, insegurança, postos de controle, toque de recolher, etc.); e

94 *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.*

- **Atraso 3:** Atraso no recebimento de cuidados de qualidade (ausência ou falta de pessoal qualificado, falta de equipamentos/insumos, altos custos de tratamento, necessidade de pagamento inicial antes de receber atendimento, etc.).

A equipe de emergência precisa se certificar de que os serviços básicos e abrangentes de EmONC estejam disponíveis e que haja um foco imediato na prevenção de atrasos no acesso a serviços de qualidade para mulheres durante o trabalho de parto e parto e no período pós-parto imediato.

Quais são algumas maneiras de lidar com complicações intraparto?

A OMS estima que, em qualquer população, 5% a 15% de todos os partos podem exigir uma cesariana. Se o percentual for alto, pode significar que há uso de cesarianas não indicadas. Se for baixo, o fornecimento de EmONC pode não ser adequado para a população. Mulheres com emergências obstétricas e aquelas que requerem transfusão de sangue e cirurgia deverão ser encaminhadas a um hospital que ofereça CEmONC.

Onde a mutilação genital feminina Tipo III é comum, os coordenadores de SSR e gerentes de programas de saúde devem garantir que os prestadores de serviços de SSR sejam treinados em desinfibulação conforme necessário para o parto ou que um sistema de referência seja estabelecido para provedores treinados. Os provedores devem garantir que mulheres e meninas tenham informações sobre todos os aspectos do procedimento e obtenham consentimento.

Estimativas de cesarianas necessárias com base em uma população de 150.000 com uma taxa bruta de natalidade (TBN) de 4%		
número esperado de nascidos vivos em um período de 3 meses	150,000 x 0.04 (CBR) x.25	**1500 Nascimentos**
número de partos que requerem uma cesariana em um período de 3 meses	1500 x 0.05	**75 Partos**

Garantindo cuidados maternos e neonatais em ambientes urbanos e instáveis

Trabalhar dentro do setor/grupo de saúde para identificar e apoiar as unidades de saúde, com suprimentos médicos e recursos humanos para garantir a prestação de cuidados para partos normais, EmONC básico e abrangente, cuidados essenciais para recém-nascidos e um sistema de referência de emergência 24 horas por dia, 7 dias por semana. Em circunstâncias em que uma "taxa de usuário" é uma barreira para os serviços de saúde, defenda junto aos governos, quando viável, e às agências das Nações Unidas, como a OMS, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para acesso gratuito a serviços de saúde materna e neonatal, incluindo serviços EmONC.

As mulheres e as comunidades também precisam ser informadas sobre os sinais de perigo da gravidez e onde procurar atendimento imediato. Para as populações instáveis e em ambientes urbanos, é improvável que as populações afetadas pela crise saibam onde as mulheres podem ir para obter cuidados durante o parto ou para complicações do parto. Garantir que informações explícitas estejam disponíveis para informar as mulheres grávidas e a comunidade afetada pela crise quando e onde as mulheres podem ter acesso aos cuidados. Além disso, identificar como as comunidades estão atualmente obtendo informações, se é que as obtêm, como por exemplo, por meio de rádio, telefones celulares ou outros meios de comunicação. Para informar as comunidades, considerar usar estes métodos e os modelos adaptáveis de informação, educação e comunicação disponíveis em iawg.net/resource/universal-adaptable-information-education-communication-iec-templates-misp.

O PSIM para atividade SSR:

Garantir a disponibilidade e acessibilidade de partos limpos e seguros, cuidados essenciais para recém-nascidos e serviços EmONC

Onde os partos limpos e seguros, os cuidados essenciais ao recém-nascido e os serviços EmONC devem estar acessíveis?

A experiência anterior mostrou que, no início de uma emergência, pode haver um aumento nos partos que ocorrerão fora da unidade de saúde, sem a assistência de profissionais de saúde treinados. Como as complicações do parto são difíceis de prever, a OMS recomenda que **todos os nascimentos** sejam atendidos por profissionais de saúde qualificados e que sejam realizados em instituições de saúde equipadas e com pessoal para tratar complicações

O que precisa ser implementado nos diferentes níveis de saúde para prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal?

Os provedores de saúde devem promover o atendimento qualificado a todos os partos em uma unidade de saúde para prevenir a morbidade e mortalidade materna e neonatal, quando possível. Eles também devem garantir que um número suficiente de atendentes qualificados, equipamentos e suprimentos (especialmente medicamentos que salvam vidas) estejam disponíveis e as mulheres sejam informadas da localização das unidades de saúde.

No nível da comunidade, informações devem ser fornecidas à comunidade sobre a disponibilidade de partos seguros e serviços de EmONC e sobre a importância de buscar atendimento nas unidades de saúde. Kits de parto limpo devem ser dados a mulheres visivelmente grávidas e parteiras para promover partos em casa limpos quando o acesso a uma unidade de saúde não for possível. Ao distribuir kits de parto limpos, lembrar às mulheres que ainda é importante para elas dar à luz em uma unidade de saúde, se possível.

Instalações de cuidados de saúde primários devem fornecer atendentes de parto qualificadas (incluindo parteiras) e suprimentos para partos vaginais, cuidados essenciais ao recém-nascido e fornecimento de EmONC (BEmONC) básico.

Hospitais de referência devem fornecer todas as atividades da unidade de saúde acima, bem como equipe médica qualificada e suprimentos para o fornecimento de EmONC abrangente (CEmONC)
.

Adolescentes

Identificar adolescentes grávidas na comunidade e conecta-las às unidades de saúde para incentivar os partos nas unidades.



Funções de sinal do EmONC básico e abrangente*

Assegurar o EmONC básico em todos os centros de saúde. Isso significa que a equipe é qualificada e que tem os recursos para fazer o seguinte:

1. Administre antibióticos parenterais para o tratamento da Sepse materna.
2. Administrar drogas anticonvulsivantes parenterais (por exemplo, sulfato de magnésio) para controlar pré-eclâmpsia e eclâmpsia grave.
3. Realizar parto vaginal assistido (por exemplo, extração a vácuo).
4. Remover manualmente a placenta.
5. Remover os produtos da concepção retidos após o parto ou após um aborto incompleto.
6. Realizar a ressuscitação neonatal básica (por exemplo, com bolsa e máscara).
7. Administrar drogas uterotônicas (por exemplo, oxitocina parenteral ou comprimidos de misoprostol) para o tratamento de hemorragia pós-parto e administrar ácido tranexâmico intravenoso, além do tratamento padrão para mulheres com hemorragia pós-parto clinicamente diagnosticada.

Garantir EmONC abrangente em hospitais. Isso significa que a equipe é qualificada e que tem os recursos para apoiar todas as intervenções 1–7 acima, mais:

8. Fazer uma cirurgia (por exemplo, cesariana).
9. Realize uma transfusão de sangue segura, observando as precauções universais de prevenção de infecções.

**As funções de sinal são intervenções médicas essenciais usadas para tratar as complicações obstétricas diretas que causam a grande maioria das mortes maternas em todo o mundo.*

EmONC Básico

Os Cuidados obstétricos e neonatais básicos de emergência (BEmONC) devem ser fornecidos no nível do centro de saúde para abordar as principais complicações do parto, incluindo complicações neonatais. Embora o atendimento especializado em todos os partos em uma unidade de saúde seja ideal porque pode ajudar a reduzir a morbidade e mortalidade associadas à gravidez e ao parto, pode não ser viável no início da resposta humanitária. No entanto, no mínimo, certificar-se de que as intervenções BEmONC e a capacidade de encaminhar ao hospital para EmONC abrangentes estejam disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana em cada centro de saúde.

EmONC Compreensivo

Cuidados obstétricos e neonatais de emergência abrangentes (CEmONC) devem ser fornecidos em hospitais de referência para tratar de complicações obstétricas. Sempre que possível, deve-se apoiar os hospitais do país anfitrião com pessoal qualificado, infrCEstrutura

e insumos de saúde, incluindo medicamentos e equipamento cirúrgico, conforme necessário para fornecer CEmONC. Se isso não for viável devido à localização do hospital ou à incapacidade de atender ao aumento da demanda, o Coordenador de SSR deve trabalhar com o setor/grupo de saúde e uma agência, como o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, Médecins Sans Frontières ou outras organizações não governamentais (ONGs) para fornecer o CEmONC. Os serviços podem ser disponibilizados, por exemplo, estabelecendo um campo temporário ou um hospital de referência perto da população afetada pela crise.

Principais Sinais de Perigo na Gravidez

- Sangramento vaginal
- Dor abdominal intensa
- Convulsões
- Forte dor de cabeça
- Febre
- Respiração acelerada ou difícil

Quais são alguns medicamentos e suprimentos vitais necessários para lidar com complicações maternas e neonatais?

Fornecer parteiras e outras atendentes de parto qualificadas em centros de saúde materiais com medicamentos e materiais para realizar partos, fornecer cuidados a recém-nascidos, tratar complicações e estabilizar as mulheres antes do transporte para o hospital, se necessário.

Os medicamentos e suprimentos que salvam vidas que devem estar disponíveis incluem:

- **antibióticos** para prevenção e tratamento de infecções maternas;
- **uterotônicos** (ocitocina, misoprostol e ácido tranexâmico) para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto;
- **anticonvulsinantes** (sulfato de magnésio) para prevenção e tratamento de pré-eclâmpsia e eclâmpsia graves;
- **suprimentos de reanimação de recém-nascidos,** incluindo bolsa e máscara;
- **antibióticos** (gentamicina e ampicilina) para o tratamento de infecções neonatais;
- **esteróides pré-natais** (dexametasona) para trabalho de parto prematuro e **antibióticos** (penicilina e eritromicina) para ruptura prematura de membrana antes do parto, apenas em hospitais de referência especializados. Profissionais de saúde qualificados em hospitais de referência especializados devem ser capazes de gerenciar complicações obstétricas, fornecer cuidados intensivos neonatais, estimar com precisão a idade gestacional e administrar esteroides (dexametasona para maturidade pulmonar fetal).

Os cuidados essenciais ao recém-nascido são os cuidados básicos necessários para cada bebê. Aproximadamente dois terços das mortes infantis ocorrem nos primeiros 28 dias de vida. A maioria dessas mortes podem ser evitadas com o início de ações essenciais que podem ser realizadas por profissionais de saúde, mães ou outros membros da comunidade. Um grande desafio é que aproximadamente 5% a 10% dos recém-nascidos não respiram espontaneamente ao nascer e precisam de ajuda para respirar. As principais razões para a falta de respiração incluem parto prematuro e eventos intraparto agudos, resultando em asfixia grave.

Sinais de perigo para recém-nascidos

Os seguintes sinais de perigo indicam que um recém-nascido deve ser encaminhado a uma unidade de saúde por familiares e agentes comunitários de saúde:

- Não se alimentando bem
- Ataques ou convulsões
- Atividade reduzida ou falta de movimento
- Respiração acelerada (mais de 60 respirações por minuto)
- Tórax intenso ao puxar
- Temperatura acima de 37.5°C ou abaixo de 35.5°C
- Tamanho muito pequeno ao nascer

Equipe médica formalmente treinada é capaz de identificar sinais de perigo adicionais.

Quais são os serviços essenciais para todos os recém-nascidos?

Os cuidados com o recém-nascido fazem parte dos cuidados para a mãe e o bebê. Em ambientes humanitários, os cuidados essenciais ao recém-nascido são fornecidos na comunidade, no centro de saúde e no hospital e incluem o seguinte:

- **Cuidado térmico:** Secagem, aquecimento, contato pele a pele e banho longo.
- **Prevenção de infecções / higiene:** Práticas de parto limpas, lavagem das mãos, pele e cordão umbilical limpos e cuidados com os olhos.
- **Suporte de alimentação:** Contato pele a pele, suporte imediato e exclusivo para amamentar e não descartar o colostro (ou seja, primeiro leite).
- **Monitoramento:** Avaliação frequente para sinais de perigo de infecções graves e outras condições que requerem cuidado extra fora da casa ou do unidade de saúde.
- **Verificações de cuidados pós-natal:** Cuidados prestados em casa ou o mais perto possível na primeira semana de vida. As primeiras 24 horas são os momentos mais críticos e uma visita pós-natal deve ser uma prioridade. Todo esforço deve ser feito para levar os recém-nascidos para casa o mais rápido possível após o parto.

Clorexidina para cuidar do cordão umbilical em casa

A aplicação diária de digluconato de clorexidina 7,1% no coto do cordão umbilical durante a primeira semana de vida é recomendada para recém-nascidos que nascem em casa, em locais com alta mortalidade neonatal. É uma intervenção de baixo custo, aceitável e viável, que reduz a morbimortalidade neonatal relacionada à infecção e a Sepse. Onde as mulheres foram treinadas na aplicação de clorexidina para cuidados com o cordão umbilical antes da emergência, a clorexidina pode ser adquirida como um kit complementar de saúde reprodutiva de emergência Interagência (IARH) (início de 2020).

Um cordão umbilical limpo e seco o cuidado recomendado para recém-nascidos em centros de saúde e em casa em ambientes com baixa mortalidade neonatal.

Importante observar: A OMS emitiu um alerta de que a solução aquosa ou em gel de digluconato de clorexidina 7,1% (10ml) causou danos graves quando aplicada por engano nos olhos. Isso resultou em lesões oculares graves, incluindo cegueira.[95]



95 *Information Exchange System, Alert No. 133 Chlorhexidine 7,1% digluconate (CHX) aqueous solution or gel (10ml) Reports of serious eye injury due to errors in administration* (World Health Organization, fevereiro 2019), https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/alert133_chlorhexidine.pdf.

Quais cuidados com o recém-nascido devem ser fornecidos nas unidades de saúde e no hospital?

Cuidado do recém-nascido no nível do estabelecimento de saúde	Cuidado do recém-nascido no nível de hospital
Tratar as complicações durante o parto e garantir o monitoramento do trabalho de parto usando partograma com as ações adequadas para as complicações. Estar preparado para a reanimação do recém-nascido a cada nascimento, incluindo secagem, limpeza das vias aéreas conforme necessário, estimulação e ventilação com bolsa e máscara. Fornecer cuidados essenciais para todos os recém-nascidos. Para prematuros e com baixo peso ao nascer/recém-nascidos pequenos, onde bebês e mães estão clinicamente estáveis, iniciar o contato pele a pele, apoiar a amamentação imediata e encaminhar para um hospital o mais rápido possível. Gerenciar sinais de possíveis infecções bacterianas graves em recém-nascidos, incluindo diagnóstico, classificação, fornecimento da primeira dose de antibióticos e encaminhamento para um hospital assim que possível.	Garantir o espaço para reanimação do recém-nascido na enfermaria de parto e a capacidade e os suprimentos para fornecer ventilação com bolsa e máscara. Tratar as complicações durante o parto e garantir o monitoramento do trabalho de parto usando partograma com as ações adequadas para as complicações. Prover ressuscitação ao recém-nascido, incluindo secagem, desobstrução das vias aéreas conforme necessário, estimulação e ventilação com bolsa e máscara. Continuar a cuidar de recém-nascidos com dificuldade respiratória. Continuar a cuidar de recém-nascidos com dificuldade respiratória. Fornecer cuidados essenciais para todos os recém-nascidos. Estabelecer uma unidade de cuidado materno-canguru para bebês e mães que estão clinicamente estáveis, apoiar a amamentação imediata e seguir as diretrizes da OMS para bebês prematuros, incluindo o tratamento de sinais graves de infecções bacterianas em recém-nascidos.

Método mãe-canguru para bebês prematuros e com baixo peso ao nascer

O cuidado mãe-canguru é uma das maneiras mais promissoras de salvar bebês prematuros e com baixo peso ao nascer em todos os ambientes. Essa forma de cuidado, iniciada nas unidades de saúde, envolve ensinar aos profissionais de saúde e cuidadores a como manter os recém-nascidos aquecidos por meio do contato contínuo pele a pele 24 horas por dia na mãe ou no peito do cuidador. O cuidado mãe-canguru pode melhorar significativamente outros tratamentos bem conhecidos para a prematuridade, como o cuidado térmico, apoio à amamentação, prevenção e controle de infecções e reanimação neonatal.

A realidade da implementação do PSIM para SSR no Nepal

Após o terremoto no Nepal em abril de 2015, o UNFPA estimou que 1,4 milhão de mulheres em idade reprodutiva foram afetadas, incluindo 93.000 mulheres grávidas, das quais 1.000 a 1.500 tinham probabilidade de sofrer complicações.[96] O Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) foi iniciado imediatamente pelo governo e por atores internacionais e locais.

Em setembro de 2015, uma avaliação de PSIM para SSR foi conduzida por uma equipe do IAWG sobre SR em Crises. Em relação ao objetivo de prevenção da morbimortalidade materna e neonatal, a avaliação revelou que as unidades visitadas prestavam serviços de parto normal e que o BEmONC estava disponível. Para aumentar os partos em instalações no distrito de Sindhupalchowk, um hospital temporário com um sistema de referência de emergência foi instalado em prol do CEmONC, e campanhas de rádio e televisão foram realizadas para fornecer informações às mulheres sobre os serviços.

No entanto, após o fechamento deste hospital temporário, o CEmONC não estava acessível de forma consistente em Sindhupalchowk. Os participantes da discussão do grupo focal relataram ter evitado os postos de saúde próximos ou o hospital distrital ao enfrentar complicações e ir diretamente ao hospital distrital vizinho ou Kathmandu para atendimento de qualidade. As barreiras contínuas para o acesso à assistência ao parto nas instalações incluem os custos diretos e indiretos associados ao acesso às instalações, principalmente em distritos distantes.

Kits de partos limpos foram distribuídos a mulheres grávidas em Sindhupalchowk e havia prestação de serviços de cuidados a recém-nascidos nos distritos de Katmandu e Sindhupalchowk, com cuidados abrangentes bem estabelecidos em hospitais de nível superior em Katmandu. Sindhupalchowk relatou que as barreiras à implementação de cuidados abrangentes ao recém-nascido incluíam a falta ou mau funcionamento de equipamentos.

96 Myers, et al., “Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package.”

Quando deve ser disponibilizado um sistema de encaminhamento para emergências obstétricas?

Como a maioria das mortes maternas e perinatais se deve à falta de ajuda qualificada a tempo nas complicações do parto, é fundamental ter um sistema bem coordenado para identificar complicações obstétricas e garantir seu tratamento imediato e/ou encaminhamento para um centro de saúde com BEmONC ou um hospital com capacidade CEmONC, conforme necessário. Os coordenadores de SSR devem coordenar com o setor/grupo de saúde e as autoridades do país anfitrião, bem como com as comunidades, para garantir que um sistema de referência (incluindo meios de comunicação e transporte) seja estabelecido nos primeiros dias em um ambiente humanitário.

O sistema de referência deve apoiar a gestão de complicações obstétricas e neonatais 24 horas por dia, 7 dias por semana. Deve assegurar que mulheres, meninas e recém-nascidos que precisam de cuidados de emergência sejam encaminhados da comunidade para um centro de saúde onde o BEmONC esteja disponível. Pacientes com complicações obstétricas e emergências neonatais que não podem ser tratadas no centro de saúde devem ser estabilizadas e transportadas para o hospital mais próximo disponível com os serviços CEmONC

Quais são os requisitos para um sistema de referência eficaz e eficiente?

Para garantir um sistema de referência eficaz e eficiente:

- Desenvolver políticas, procedimentos e práticas a serem seguidas nos centros de saúde e hospitais para garantir encaminhamento eficiente.[97]
- Avaliar as instalações de referência para garantir suprimentos, recursos humanos e infrCEstrutura adequados para fornecer CEmONC.
- Determinar as distâncias da comunidade afetada aos centros de saúde em funcionamento e ao hospital, bem como as opções de transporte para encaminhamentos - incluindo motoristas, combustível suficiente e telefones celulares/rádios/satélites - disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Publicar protocolos em cada centro de saúde, especificando quando, onde e como encaminhar pacientes com emergências obstétricas e neonatais para o próximo nível de atendimento.
- Em um acampamento, negociar com a equipe de segurança do acampamento o acesso vital ao hospital de referência, a fim de permitir o transporte de pacientes de emergência à noite.
- Informar as comunidades sobre os sinais de perigo da gravidez e sobre onde procurar atendimento de emergência para complicações na gravidez e no parto:

97 . O ideal é que os hospitais e centros de saúde tenham políticas e procedimentos de referência em vigor antes de uma crise humanitária para garantir que o sistema de saúde esteja pronto para responder.

- As mensagens devem ser compartilhadas em vários formatos e idiomas (por exemplo, Braille, linguagem de sinais, formatos pictóricos) para garantir a acessibilidade e também em grupos de discussão, por meio de extensão liderada pela comunidade (com mulheres, lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais e assexuais [LGBTQIA] e grupos de pessoas com deficiência) e em outros canais apropriados para o ambiente (por exemplo, parteiras, agentes comunitários de saúde, líderes comunitários, mensagens de rádio ou folhetos informativos em latrinas femininas).

- Quando for impossível estabelecer serviços de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana, certificar-se de que funcionários qualificados estejam disponíveis o tempo todo nos centros de saúde para fornecer BEmONC. Por exemplo, estabelecer um sistema de comunicação, como o uso de rádios ou telefones celulares, para obter orientação médica e apoio de pessoal mais qualificado. O Coordenador de SSR também deve trabalhar por meio do setor/grupo de saúde para resolver o problema e garantir que as populações tenham acesso a EmONC básicos e abrangentes.

Nota: Estabelecendo um Sistema de Referência em Cox's Bazar, Bangladesh

Em Cox's Bazar, Bangladesh, o acesso e o transporte para unidades de saúde e hospitais de referência eram desafiadores devido ao terreno difícil.[98] Além de mobilizar ambulâncias, mais de 20 Tom Toms (uma motocicleta com assentos) foram usados para trazer mulheres grávidas e outros necessitados às unidades de saúde. O número de telefone do coordenador do Tom Tom foi compartilhado e o serviço estava disponível dia e noite. Um Tom Tom por instalação também estava estacionado para.

O PSIM para atividade SRH:

Garantir a disponibilidade de atenção pós-aborto em centros de saúde e hospitais

A atenção pós-aborto é a estratégia global para reduzir a mortalidade e o sofrimento causado pelas complicações do aborto inseguro e espontâneo (também chamado de amblose) e é uma intervenção que salva vidas. Morte e lesões causadas por aborto inseguro continuam a ser um sério problema de saúde pública que afeta mulheres, meninas, famílias e comunidades inteiras. Globalmente, o aborto inseguro, definido como um aborto realizado por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente sem os padrões médicos mínimos, ou ambos, é responsável por quase 8% das mortes maternas, 97% das quais ocorrem no mundo em desenvolvimento.[99] Mulheres e meninas em ambientes humanitários podem correr um risco maior de gravidez não intencional e aborto inseguro.

98 Visitar sito web Women's Refugee Commission, February 2018.

99 "Induced Abortion Worldwide," Guttmacher Institute, March 2018, https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide; and *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings,* p. 48.

A maioria dos países permite que o aborto seja realizado por um ou mais dos seguintes motivos, incluindo quando a gravidez:

- põe em perigo a vida da mulher;
- ameaça à saúde física e/ou mental da mulher;
- é o resultado de estupro ou incesto; ou
- envolve um feto com deficiência grave.

Todos os países permitem o acesso legal à atenção pós-aborto de emergência, independentemente da situação legal de acesso ao aborto. Mulheres e meninas também correm o risco de aborto espontâneo e algumas requerem atendimento oportuno e apropriado.

O que deve ser feito se uma mulher se apresentar para atendimento pós-aborto?

Normalmente, as mulheres que se apresentam para atendimento pós-aborto são casos ambulatoriais e apresentam sintomas que podem incluir sangramento vaginal, dor abdominal, febre ou calafrios.[100] Mulheres que sofreram complicações mais graves podem apresentar choque, hemorragia, sepse e lesão intra-abdominal . As complicações graves são mais prováveis em locais onde o acesso à atenção ao abortamento legal seguro e legal é limitado.

Se uma mulher se apresentar para atendimento pós-aborto, um profissional de saúde qualificado deve fazer o seguinte:

- **Fazer uma avaliação inicial rápida.** Se uma mulher mostra sinais e sintomas de choque ou tem sangramento vaginal intenso, ela precisa de estabilização imediata.
- **Assim que a avaliação inicial e a estabilização estiverem em andamento, conduzir uma avaliação clínica mais completa para determinar a causa e iniciar o tratamento.** Isso inclui um histórico e exame físico direcionado com tratamento urgente simultâneo para o manejo definitivo das causas subjacentes. O choque em clientes de atenção pós-aborto é geralmente hemorrágico ou séptico:
  - *O choque hemorrágico é o resultado* de perda sanguínea grave, que pode ser causada por um aborto incompleto, atonia uterina ou lesão vaginal, cervical, uterina ou intra-abdominal.
  - *O choque séptico* é o resultado final da infecção, que pode vir de aborto incompleto, endometrite ou lesão intra-abdominal.
- **Fornecer evacuação uterina imediata, se o tratamento exigir.** No primeiro trimestre, isso geralmente é feito por meio de aspiração a vácuo ou através do uso de misoprostol. Se a mulher precisar de tratamento além da capacidade do serviço onde ela é atendida, estabilizar sua condição antes de transferi-la para um serviço de nível superior.
- **Fornecer ou encaminhar o paciente para profilaxia antitetânica.** Mulheres que fizeram abortos inseguros com instrumentos não estéreis correm o risco de tétano, principalmente em comunidades onde houve relato de tétano após o aborto.
- **Ofereça a todas as mulheres que se apresentam para atendimento pós-aborto informações, aconselhamento e serviços contraceptivos, uma vez que suas necessidades médicas imediatas tiverem sido atendidas.**

100 Mais informações sobre atenção pós-aborto estão disponíveis na Unidade 8 sobre atenção ao aborto seguro em toda a extensão da lei

Nota: Provisão de Cuidados pós-aborto em Cox's Bazar, Bangladesh

Em Cox's Bazar, Bangladesh, uma parceria com o Ipas apoiou a implantação imediata de serviços de atenção pós-aborto.[101] O aumento de profissionais de saúde treinados e a disponibilidade de produtos adequados facilitou a prestação de serviços. As instalações de referência foram equipadas com recursos humanos e bens para fornecer atenção pós-aborto de forma sistemática

O PSIM para atividade SSR:

Garantir a disponibilidade de suprimentos e produtos para partos limpos e cuidados básicos de recém-nascidos

Quais materiais básicos podem ajudar mulheres grávidas a ter um parto limpo em uma emergência?

Em todos os ambientes humanitários, existem mulheres e meninas em estágios avançados de gravidez e que, portanto, darão à luz durante a emergência. No início de uma resposta humanitária, os partos geralmente ocorrem fora de um centro de saúde, sem a assistência de parteiras qualificadas. Em muitos lugares, os partos caseiros são comuns. Quando o acesso a uma unidade de saúde não for possível, é importante disponibilizar kits de parto limpos a todas as mulheres visivelmente grávidas para melhorar o parto e as práticas essenciais de cuidados ao recém-nascido. Certificar-se de incluir informações - no idioma local - sobre como usar o kit, para enfatizar a importância do parto em uma unidade de saúde na presença de um profissional qualificado e sobre como acessar as unidades de saúde próximas. A distribuição pode ser feita nos locais de registro ou por meio de agentes comunitários de saúde onde houver uma rede estabelecida. Em locais onde o acesso às instalações não é possível e as parteiras tradicionais estão ajudando nos partos em casa, elas podem receber pacotes de entrega limpos.

Qual é a melhor maneira de obter pacotes limpos?

Pacotes de kit de entrega limpa (Kit IARH 2A) e suprimentos para distribuição no nível da comunidade podem ser solicitados ao UNFPA por meio do processo de aquisição de Kit IARH.[102] Como estes materiais costumam ser facilmente obtidos localmente e não têm validade, é possível montar estes kits no local e pré-estocá-los em locais em que não precisem estar imediatamente disponíveis. Se possível, considerar contratar uma ONG local para produzir os kits, o que poderia fornecer um projeto de geração de renda para as mulheres locais. Se for tomada a decisão de adquirir localmente os itens como medida de preparação, é essencial garantir a qualidade dos itens individuais que estão sendo adquiridos; o escritório do UNFPA no país ou o Departamento de Serviços de Aquisições pode apoiar este esforço.

101 Site visitado, Women's Refugee Commission, fevereiro 2018.

102 101 Para encomendar os kits acesse https://www.unfpaprocurement.org/humanitarian-supplies.

Nota: Garantindo a disponibilidade de suprimentos de entrega limpa

Se a situação permitir, montar pacotes de entrega limpos localmente pode ser uma boa oportunidade para identificar e organizar grupos de mulheres e parteiras tradicionais. Isso oferece a oportunidade de conversar sobre como informar e encorajar todas as mulheres grávidas a dar à luz em uma unidade de saúde e sobre o reconhecimento e encaminhamento precoce de pessoas que sofrem de complicações obstétricas. Os grupos de mulheres podem fazer os pacotes e depois distribuí-los gratuitamente para mulheres grávidas. Isso é particularmente útil porque, como os grupos de mulheres fazem parte da população afetada pela crise, é provável que já saibam quais mulheres estão perto do prazo de parir e que precisam dos materiais. Os responsáveis pela distribuição dos kits também devem ser informados sobre os estabelecimentos mais próximos, os sinais de perigo da gravidez e a importância do parto com acompanhante especializado para que possam repassar estas informações às mulheres que visitam.

Há algum tipo de atividade relacionada ao cuidado materno que não seja prioridade em uma crise?

O estabelecimento de serviços de atendimento pré-natal e o treinamento de parteiras são atividades apropriadas que devem ser estabelecidas o mais rápido possível. No entanto, estas intervenções não são uma prioridade na emergência imediata e não devem desviar a atenção da necessidade mais urgente de acesso a um parto baseado em instalações de qualidade, serviços básicos e abrangentes de EmONC e cuidados neonatais.

O treinamento das parteiras existentes em partos limpos e seguros pode esperar até que a situação se estabilize. A identificação das parteiras, entretanto, e a garantia de que sejam informadas sobre o sistema de encaminhamento, deve ser realizada desde o início de uma crise. É importante observar que a definição de “pessoal qualificado” foi atualizada para refletir as novas evidências e o foco em ser competente na prestação de cuidados durante o parto. A OMS não recomenda a formação de novas parteiras tradicionais, mas sim informar todas as mulheres e a comunidade sobre os sinais de perigo da gravidez e facilitar o encaminhamento para unidades de saúde e, na fase estável das emergências humanitárias, apoiar a formação profissional das parteiras.

Nota: Prevenindo o Excesso de Mortalidade e Morbidade Materna e Neonatal em Cox's Bazar, Bangladesh

- O UNFPA e os parceiros puderam enviar obstetras e anestesistas (uma combinação de equipes nacionais e internacionais) para as instalações de referência para fornecer CEmONC.[103]
- As parteiras, que foram as primeiras a responder em todos os níveis do sistema de saúde, foram treinadas em estabilização inicial e apoiadas com produtos e suprimentos.
- Foi garantido um número adequado de parteiras para prestar serviços 24 horas por dia, 7 dias por semana, além de ter mentoras para apoiar os novos recrutas e incentivá-los a prestar cuidados baseados em evidências.
- Kits de parto limpo foram distribuídos logo no início da emergência por meio de clínicas móveis de SSR, de clínicas estáticas e de agentes comunitários de saúde. Um estoque de contingência foi mantido o tempo todo para garantir que houvesse suprimentos suficientes para atender às necessidades dos novos Rohingya que chegavam ao longo de semanas.

Unidade 5: Pontos Chave

- Para prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal, a OMS recomenda que todos os partos sejam assistidos por profissionais de saúde qualificados e ocorram em instituições de saúde equipadas e com pessoal para lidar com complicações.
- Cada centro de saúde deve ter assistentes de parto qualificados e suprimentos para partos vaginais, cuidados essenciais ao recém-nascido e intervenções BEmONC, bem como a capacidade de encaminhar para o hospital para CEmONC 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Os serviços essenciais para todos os recém-nascidos incluem cuidados térmicos, prevenção de infecções/higiene, apoio alimentar, monitoramento e checagem de cuidados pós-natal.
- As parteiras e outras atendentes de parto qualificadas devem receber materiais e medicamentos para realizar partos, fornecer cuidados ao recém-nascido, tratar complicações e estabilizar as mulheres antes do transporte para o hospital, se necessário
- Um sistema de referência deve ser estabelecido para facilitar o transporte e a comunicação da comunidade com o centro de saúde e com o hospital para gerenciar complicações obstétricas e neonatais 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Os membros da comunidade devem ser informados sobre os sinais de perigo da gravidez e do parto e sobre onde procurar atendimento de emergência para complicações na gravidez e no parto.
- A atenção pós-aborto deve estar disponível nos centros de saúde e hospitais porque em ambientes humanitários, as mulheres e meninas podem estar em maior risco de abortos espontâneos, gravidez não intencional e abortos inseguros.
- Pacotes de partos limpos devem ser disponibilizados a todas as mulheres visivelmente grávidas para melhorar as práticas de parto e cuidados essenciais ao recém-nascido quando o acesso a uma unidade de saúde não for possível.

103 Site visit, Women's Refugee Commission, February 2018.

Desafios e Soluções

Desafios	Soluções
E se não for possível garantir serviços de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana, devido à insegurança na área?	Sem acesso a adequados, básicos e abrangentes EmONC, mulheres, meninas e recém-nascidos morrerão desnecessariamente. Portanto, é importante tentar negociar o acesso a uma instalação de referência apropriada dentro de qualquer sistema de referência de emergência. Quando for impossível estabelecer serviços de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana, é essencial que uma equipe qualificada esteja disponível o tempo todo para estabilizar os pacientes através de BEmONC. Nessa situação, estabelecer um sistema de comunicação, como o uso de rádios ou telefones celulares, seria útil para se comunicar com pessoal mais qualificado para orientação e apoio médico.
E se a população afetada pela crise não tiver um histórico de acesso rotineiro aos serviços de parto assistido?	Como muitas mulheres em países em desenvolvimento dão à luz rotineiramente em suas casas, uma atividade essencial a ser realizada é garantir que a comunidade - especialmente parteiras e parteiras tradicionais existentes - conheça os sinais de perigo e para onde encaminhar as mulheres imediatamente, conforme necessário. Também é importante encaminhar os recém-nascidos a uma unidade de saúde caso apresentem algum dos sinais de perigo. Oferecer incentivos para partos em unidades de saúde, como vale-transporte e kits para recém-nascidos. Planejar e implementar treinamentos e outras oportunidades de desenvolvimento de capacidades para todo o pessoal de saúde treinado, uma vez que a emergência esteja estável e o PSIM para SSR tenha sido totalmente implementado para garantir atendimento de qualidade e respeito.
O que mais pode ser usado para transporte além de uma ambulância?	Nem todas as unidades de saúde têm ambulâncias. Dependendo do contexto, outras soluções podem incluir, mas sem se limita a, carroças puxadas a burro, macas, veículos alugados e bicicletas.
O que pode ser feito se um hospital de referência não tiver os suprimentos salva-vidas necessários para o BEmONC e para o CEmONC?	Discutir a questão durante a reunião de coordenação de SSR e o setor/grupo de saúde. Trabalhar com o UNFPA para determinar se os kits IARH já estão disponíveis no país. Trabalhar com agências das Nações Unidas, incluindo OMS, ACNUR e UNFPA, Programa Mundial de Alimentos (PMA) e o grupo de logística para ver se eles podem apoiar a aquisição e gestão de suprimentos. Discuta a questão com o Ministério da Saúde e/ou defenda que os suprimentos disponíveis devem ser serem enviados aos hospitais de referência.

LISTA DE VERIFICAÇÃO PSIM PARA MONITORAMENTO DE SSR: EVITAR O EXCESSO DE MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNA E DE RECÉM-NASCIDOS

A lista abaixo de verificação do PSIM para SSR, pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em emergências humanitárias.

5. Prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal			
5.1	Disponibilidade de EmONC básico e abrangente por 500.000 habitantes	Sim	Não
	Centro de saúde com EmONC básico, cinco por 500.000 habitantes		
	Hospital com EmONC abrangente, um por 500.000 habitantes		
5.2	Centro de saúde (para garantir EmONC básico 24/7)	Sim	Não
	Um trabalhador de saúde qualificado de plantão por 50 consultas ambulatoriais por dia		
	Suprimentos adequados, incluindo suprimentos para recém-nascidos para apoiar os EmONC básicos disponíveis		
	Hospital (para garantir EmONC abrangente 24/7)	Sim	Não
	Um trabalhador de saúde qualificado de plantão por 50 consultas ambulatoriais por dia		
	Uma equipe composta por médico, enfermeira, parteira e anestesista de plantão		
	Medicamentos e suprimentos adequados para apoiar o EmONC abrangente 24/7		
	Assistência pós-aborto (APA)		
	Cobertura da APA: (número de unidades de saúde onde a APA está disponível/ número de unidades de saúde) x 100		%
	Número de mulheres e meninas recebendo APA		
5.3	Sistema de referência para emergências obstétricas e neonatais funcionando 24 horas por dia, 7 dias por semana (meios de comunicação [rádios, telefones celulares])	Sim	Não
	Transporte da comunidade para o centro de saúde disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana		
	Transporte do centro de saúde para o hospital disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana		
5.4	Cadeia de frio em funcionamento (para oxitocina, testes de triagem de sangue) estabelecida		
5.5	Proporção de todos os partos em unidades de saúde: (número de mulheres que dão à luz com saúde em instalações no período especificado/número esperado de nascimentos no mesmo período) x 100		%

5. Prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal			
5.6	Necessidade de EmONC atendida: (número de mulheres com complicações obstétricas maiores diretas tratadas em instalações de EmONC no período especificado/número esperado de mulheres com complicações obstétricas diretas graves na mesma área no mesmo período) x 100		%
5.7	Número de partos cesáreos/número de nascidos vivos nas unidades de saúde x 100		%
5.8	Suprimentos e produtos para partos limpos e cuidados com o recém-nascido		
5.9	Cobertura do kit de parto limpo: (número de kits de parto limpo distribuídos onde o acesso às unidades de saúde não é possível/número estimado de mulheres grávidas) x 100		%
5.10	Número de kits para recém-nascidos distribuídos, incluindo em clínicas e hospitais		
5.11	Comunidade informada sobre o perigo de sinais de complicações na gravidez e no parto e sobre onde procurar atendimento		

MATERIAIS E SUPRIMENTOS

Quais suprimentos são necessários ou quais kits IARH podem ser solicitados para oferecer um parto limpo e seguro, cuidados essenciais para recém-nascidos e serviços EmONC?

Kits IARH (2019)

Os kits IARH são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde. Os kits são projetados para uso por um período de três meses para um tamanho específico da população-alvo.[104]

Nota: Os kits da IARH não são específicos ao contexto ou abrangentes. As organizações não devem depender apenas dos kits da IARH e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso não apenas garantirá a sustentabilidade dos suprimentos, mas também permitirá a expansão dos serviços de SSR do PSIM para a atenção integral.

Nível de atenção à Saúde	Número do Kit	Nome do Kit
Comunidade/unidade de saúde	Kit 2A, 2B	Parto Limpo (A: mãe, B: parteira)
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 6A, 6B	Assistência clínica ao parto - Suprimentos para obstetrícia (A: Reutilizável, B: Consumível)
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 8	Tratamento de complicações de aborto espontâneo ou Amblose
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 9	Reparo do colo do útero e de lagrimas vaginais
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 10	Entrega Assistida com Extração a Vácuo
Hospital de referência (CEmONC)	Kit 11A, 11B	Kit de Cirurgia Obstétrica e Complicações Obstétricas Graves (A: Reutilizável, B:Consumível)
Transfusão de Sangue	Kit 12	Transfusão de Sangue

** Onde houver um kit A e B, isso significa que estes kits podem ser usados juntos, mas também podem ser encomendados separadamente.*

Produtos complementares

Os produtos complementares podem ser solicitados de acordo com a capacidade do ambiente e conforme a capacidade dos prestadores de cuidados de saúde. Os produtos complementares estarão disponíveis no UNFPA em 2020.

104 1O kit IARH 2019 será disponível no início do 2020. Verificar com UNFPA(https://www.unfpa.org) ou IAWG (http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011) tpara disponibilidade dos kits revisados. Para informações no que respeita os kit disponíveis antes do 2020 ver *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (5th ed., 2011) at http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011.

Nível serviço de Parto	Item	Para Complementar
Comunidade/unidade de saúde	Clorexidina	Kit 2A
Comunidade/unidade de saúde	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Comunidade/unidade de saúde	Kit Interagência de suprimentos para recém-nascidos (comunidade) **	Kit 2A, 2B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Traje anti-choque não pneumático	Kit 6A
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Oxitocina	Kit 6B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit Interagência de emergência de saúde (Módulo básico para malária)	Kit 6B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit interagência de suprimentos para cuidados neonatais (unidade de saúde primária) **	Kit 6A, 6B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Mifepristone*	Kit 8
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Sistema de Parto Assistido por Vácuo Portátil	Kit 10
Hospital de referência (CEmONC)	Kit interinstitucionail de suprimentos para cuidados neonatais (hospital) **	Kit 11A, 11B

** O misoprostol também pode ser adquirido para complementar os kits 6A e 8 para o nível de unidade de saúde primária.**

*** No momento da impressão do IAFM 2018, os kits de suprimentos para recém-nascidos ainda não estavam disponíveis.*



Teste da Unidade 5: Previna o Excesso de Morbidade e mortalidade Materna e de Recém-nascidos

1. Qual das opções abaixo **não** é um serviço essencial para todos os recém-nascidos?

   a. Secagem, aquecimento, contato pele a pele e banho longo
   b. Prevenção de infecções/higiene
   c. Suporte de alimentação: descartar o colostro (ou primeiro leite) e depois dar apoio na amamentação ou no uso da fórmula, se disponível
   d. Monitoramento de sinais de perigo de infecções graves
   e. Verificações de cuidados pós-natal

2. Onde os serviços BEmONC e / ou CEmONC devem estar acessíveis?

   a. Em hospitais de referência
   b. Em centros de saúde
   c. No nível da comunidade
   d. Letra A e letra B

3. Os recém-nascidos devem ser encaminhados para uma unidade de saúde se estiverem com atividade reduzida ou falta de movimento.

   Verdadeiro ou **Falso**

4. Se uma mulher se apresentar para atendimento pós-aborto, a **primeira** coisa que um profissional de saúde qualificado deve fazer é encaminhá-la a um hospital.

   Verdadeiro ou **Falso**

5. Com quem o Coordenador de SSR deve trabalhar para estabelecer um sistema de encaminhamento eficaz no início de uma crise humanitária? Selecione tudo que se aplica:

   a. Setor/grupo de saúde
   b. Comunidades
   c. Autoridades do país anfitrião

UNIDADE 6: EVITAR GRAVIDEZES NÃO PLANEJADAS



Melhorar o acesso à contracepção em resposta a uma emergência é um método seguro, eficaz e de baixo custo de prevenção de gravidez não intencional e redução de mortes maternas e neonatais, abortos inseguros e morbidades relacionadas à gravidez. Dados globais sugerem que um adicional de 29% das mortes maternas poderia ser reduzido por meio do fornecimento de contraceptivos para mulheres que desejam prevenir ou atrasar a gravidez naquele momento.[105] No entanto, como os sistemas de saúde são comprometidos durante desastres naturais e conflitos, o acesso à contracepção diminui. É fundamental que a importância do fornecimento de contraceptivos e seus efeitos salvadores sejam compreendidos pelos Coordenadores de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), pelos gerentes de programas de saúde e pelos prestadores de serviços, como parte da programação de saúde essencial desde a fase inicial de uma emergência até a recuperação.

Existem vários recursos úteis que fornecem informações detalhadas sobre métodos contraceptivos e critérios médicos de elegibilidade, incluindo a Ferramenta de Distribuição de Contraceptivos em Ambientes Humanitários[106] e *Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais de saúde.*[107]

No final da unidade, os aprendizes serão capazes de:

- explicar por que prevenir a gravidez não intencional é uma prioridade para salvar vidas;
- listar quais métodos contraceptivos devem estar disponíveis nos centros de atenção primária à saúde;
- explicar quais informações devem estar disponíveis e como garantir que mulheres, adolescentes e homens estejam cientes da disponibilidade de contraceptivos; e
- listar maneiras de compartilhar informações sobre a disponibilidade de contraceptivos com a comunidade.

105 Saifuddin Ahmed, Qingfeng Li, Li Liu, and Amy O Tsui, "Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries," The Lancet 380, no. 9837 (July 14, 2012), p. 111–125, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4.

106 Contraceptive Delivery Tool for Humanitarian Settings (WHO, 2018), https://apps.who.int/iris/handle/10665/276553.

107 *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (WHO, 2015), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=1; and *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (WHO, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, and USAID 2018), http://www.fphandbook.org.

PSIM para objetivos e atividades de SSR

EVITAR GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA.

Para evitar a gravidez não intencional desde o início de uma emergência, é importante garantir que haja contraceptivos disponíveis. O Coordenador de SSR, gerentes de programa e provedores de serviços devem trabalhar para:

- garantir a disponibilidade de uma variedade de métodos contraceptivos de ação prolongada, reversível e de também de ação curta (incluindo preservativos masculinos e femininos [quando já aceitos] e contraceptivos de emergência [CE]) nas unidades de atenção primária à saúde para atender à demanda;
- fornecer informações, incluindo informações sobre disponibilidade, educação, materiais de comunicação e aconselhamento anticoncepcional que enfatize a escolha informada e o consentimento, a eficácia, a privacidade e a confidencialidade do cliente, além da equidade e da não discriminação;
- garantir que a comunidade esteja ciente da disponibilidade de contraceptivos para mulheres, adolescentes e homens.

Por que a prevenção de gravidez não intencional é uma prioridade?

As necessidades de SSR de mulheres, homens e adolescentes não desaparecem quando são forçados a fugir de suas casas e comunidades; isso inclui a necessidade de contracepção. O deslocamento e a insegurança podem até aumentar o desejo e a necessidade de contracepção das pessoas, ao mesmo tempo em que enfrentam barreiras crescentes de acesso. Aqueles que fogem de uma emergência podem não ser capazes de trazer seus contraceptivos com eles ou obter contraceptivos em seu local de refúgio. Conflitos e desastres naturais também expõem mulheres e meninas a maiores riscos de violência sexual e subsequente gravidez não intencional. Além disso, as pessoas continuam a ter vida sexual durante uma emergência. As mulheres podem desejar adiar ou parar de gerar filhos em emergências por vários motivos, inclusive para evitar a exposição dos recém-nascidos aos riscos de deslocamento. A ruptura das estruturas familiares e do apoio social pode representar ainda mais desafios, especialmente para os adolescentes que, sem acesso a informações e serviços adequados, podem estar em maior risco de exposição a práticas sexuais inseguras. Portanto, é vital que a anticoncepção seja devidamente integrada à resposta humanitária e que serviços e suprimentos sejam disponibilizados para atender à demanda da população afetada desde o início de uma emergência.



A realidade da implementação do PSIM para SSR na Nigéria

A violência do Boko Haram forçou as pessoas a fugirem de suas casas para campos de deslocados internos e comunidades anfitriãs.[108] Para responder às necessidades de saúde de mulheres e meninas, a Equipe de Resposta a Emergências do Comitê de Resgate Internacional estabeleceu um Coordenador de SSR para lançar o Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para SSR nas áreas recentemente liberadas pelo governo. A organização não governamental internacional (ONG) recrutou parteiras e pessoal qualificado para aumentar e apoiar os provedores do Ministério da Saúde existentes. Kits de Saúde reprodutiva de emergência interagências (IARH) foram encomendados e entregues, incluindo equipamento de SSR, medicamentos, contraceptivos e suprimentos para seis meses. O Coordenador de SSR também conduziu treinamento durante o trabalho para fornecer atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual, contracepção e atendimento pós-aborto. O Comitê Internacional de Resgate apoiou um total de cinco clínicas. Em quatro semanas, montou a única clínica de SR no campo de deslocados internos de Bakassi, que incluía serviços de planejamento familiar - registrando 134 novos usuários de contraceptivos no primeiro mês.

Lições aprendidas: Os responsáveis pela resposta à emergência devem prever e preparar-se para um baixo número de profissionais de saúde qualificados disponíveis, longos prazos para aquisição e recrutamento e uma baixa prioridade dada à SSR.

O PSIM para atividade SSR:

Garantir a disponibilidade de uma variedade de métodos contraceptivos de longa ação, reversíveis e de curta ação nas unidades básicas de saúde

Uma série de métodos contraceptivos de longa ação, reversíveis (implantes e dispositivos intrauterinos [DIU]) e de curta ação (Pílulas contraceptivas orais, hormônios injetáveis, preservativos masculinos, preservativos femininos quando aplicável, por exemplo, já usados pela população antes da crise, e pílulas CE) devem ser disponibilizados imediatamente para atender à demanda da população afetada, onde os provedores são treinados e qualificados para fornecer e, no caso de contracepção reversível de longo prazo, remover o método.

Os provedores com competência adquirida devem começar a fornecer todos os métodos disponíveis no início da crise. Todas as formas de contracepção devem ser fornecidas de forma confidencial, sem exigir o consentimento de um parceiro, dos pais ou do cuidador. Os preservativos devem estar disponíveis na comunidade e nos estabelecimentos de saúde e todos os usuários de contraceptivos devem ser aconselhados sobre proteção dupla (para prevenir a gravidez e infecções sexualmente transmissíveis [IST], incluindo

108 *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings,* case study MISP chapter, 2018.

o vírus da imunodeficiência humana [HIV]). Mais informações sobre a prestação de serviços contraceptivos em ambientes humanitários e os critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial da Saúde (OMS) podem ser encontradas em t who.int/reproductivehealth/publications/humanitarian-settings-contraception/en/ e srhr.org/mecwheel/.

Como parte do planejamento de uma programação abrangente de SSR após a fase aguda da emergência, é importante trabalhar na expansão da combinação de métodos disponíveis para a população-alvo. Trabalhar com o Ministério da Saúde, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e outros parceiros em nível nacional para registrar e expandir a combinação de métodos e capacitar provedores. Uma variedade de métodos contraceptivos além do que é oferecido nos kits da IARH podem ser adquiridos através do Departamento de Serviços de Aquisições do UNFPA.

Nota: Prevenção de Gravidez não intencional em Cox's Bazar, Bangladesh

- As negociações com o governo ocorreram no início da emergência, para que o governo fornecesse temporariamente métodos de ação curta para refugiados - isso foi posteriormente reabastecido com compras humanitárias pelo UNFPA.[109]
- Os materiais existentes de informação, educação e comunicação foram usados entre os parceiros e o país de origem, em vez de criar novos materiais (a semelhança de linguagem, embora não a mesma, entre refugiados e comunidades anfitriãs ajudou até certo ponto).

Quais são alguns dos fatores a serem considerados na determinação da combinação de métodos apropriados em um cenário humanitário agudo?

Ao determinar quais métodos contraceptivos devem ser oferecidos na resposta humanitária aguda inicial, alguns fatores a serem considerados incluem quais métodos estavam disponíveis e eram usados pela população-alvo antes da emergência e quais métodos estão registrados no país de operação. Métodos que estavam disponíveis para a população-alvo antes da emergência e para os quais existe demanda devem ser fornecidos. No entanto, em um cenário de emergência aguda, para uma população em dificuldades, pode ser difícil de garantir a implantação ética de um novo método, que antes não estava disponível para a população deslocada ou não era fornecido no contexto específico. Os provedores locais podem não estar familiarizados com o novo método, o que pode comprometer o aconselhamento e a prestação de serviços de alta qualidade durante uma emergência aguda. Se um produto não foi registrado no país de operação antes de uma emergência, pode haver

109 Communications, Chief, Health, United Nations Population Fund, September 2018.

problemas para chegada e liberação alfandegária, mesmo quando há isenções humanitárias de importação. Se um produto não está registrado, mas é necessário implementar PSIM salva-vidas para serviços de SSR, deve-se trabalhar com o Coordenador de SSR para antecipar e abordar possíveis desafios de importação. Além disso, ao fornecer métodos contraceptivos de ação prolongada que requerem remoção, é importante considerar se a população afetada tem uma alta probabilidade de migração progressiva, caso em que eles podem não ter acesso contínuo aos serviços de remoção. Considerar priorizar a adoção de novos métodos (registro e implementação) no planejamento de preparação, para permitir a importação e o uso sem problemas no caso de uma emergência aguda e em ambientes de emergência pós-aguda, como parte da expansão do PSIM para alcançar uma programação abrangente de SSR.

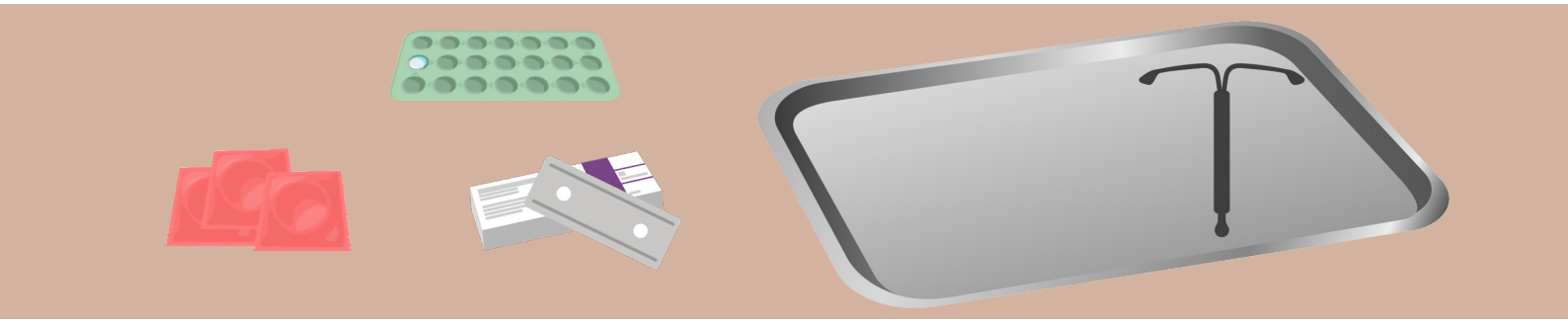
Por que é importante fornecer métodos contraceptivos de ação prolongada?

As mulheres têm o direito de acesso a um método contraceptivo seguro, eficaz e aceitável de sua escolha. É importante que métodos contraceptivos de ação prolongada, como o DIU e implantes, estejam disponíveis porque são altamente eficazes, visitas repetidas a uma unidade de saúde não são necessárias (isso é especialmente importante em ambientes instáveis) e não exigem do usuário uma ação (por exemplo, tomar uma pílula) quando há prioridades concorrentes para o seu tempo. Além disso, as evidências mostram que quanto mais métodos estão disponíveis, mais mulheres encontram um método de que gostam e o usam.

Como um provedor pode garantir a qualidade do atendimento?

A entrega de serviços contraceptivos de qualidade enfatiza a confidencialidade, privacidade, escolha voluntária e informada e o consentimento dos clientes. O aconselhamento também deve incluir informações sobre a elegibilidade do método, eficácia, o controle e acompanhamento de possíveis efeitos colaterais, a orientação sobre a remoção do método e o retorno à fertilidade após a descontinuação do método. Mulheres de todas as idades, incluindo meninas adolescentes, devem receber informações e serviços completos. Com a exceção importante de Pílulas contraceptivas de emergência e preservativos, é importante garantir que a cliente não esteja grávida antes de fornecer contraceptivos.

Se uma cliente estiver grávida, informar sobre suas opções: dar à luz e criar a criança, colocar a criança para adoção ou fornecer ou encaminhar para atendimento ao abortamento legal seguro conforme a lei.



O PSIM para atividade SSR:

Fornecer informações que enfatizem a escolha e o consentimento informado, a eficácia, a privacidade, a confidencialidade do cliente, a equidade e a não discriminação

Garantir que o uso de contraceptivos seja voluntário

Todas as pessoas têm o direito humano à autodeterminação reprodutiva e, portanto, de tomar decisões a respeito de sua saúde reprodutiva sem ser submetidas a violência, coerção ou discriminação. Consequentemente, uma abordagem baseada nos direitos humanos para fornecer contraceptivos exige que todos os serviços contraceptivos sejam oferecidos de forma voluntária e informada.

Os fornecedores devem garantir que os clientes recebam informações precisas e sejam livres para escolher seu método preferido sem estar sujeito a influência indevida ou coerção.

Os princípios-chave do voluntarismo no fornecimento de contraceptivos incluem o seguinte:

- As pessoas têm a oportunidade de escolher voluntariamente se usarão um determinado método anticoncepcional ou não.
- Os indivíduos têm acesso a informações sobre uma ampla variedade de opções de contraceptivos, incluindo os benefícios, efeitos colaterais e quaisquer riscos para a saúde acarretados por métodos específicos.
- Os clientes recebem, diretamente ou por meio de encaminhamento, uma ampla gama de contraceptivos, métodos e serviços.
- O consentimento voluntário e informado de qualquer cliente que opte pela esterilização é verificado por meio de um documento de consentimento por escrito assinado pelo cliente.

Que informações essenciais devem ser fornecidas a um cliente que deseja contracepção?

É importante que os provedores compartilhem as seguintes informações com clientes que buscam contraceptivos:

- Como funciona o método
- Eficácia do método
- Uso correto do método
- Benefícios do método
- Efeitos colaterais comuns
- Outros efeitos colaterais e quaisquer riscos para a saúde associados ao método
- Como superar os efeitos colaterais do método

- Sinais e sintomas que exigiriam um retorno à clínica
- Retorno à fertilidade após a descontinuação do método
- Prevenção de IST
- O direito de remover o método, se desejado (por exemplo, contracepção reversível de ação prolongada)

O PSIM para atividade SSR:

Garantir que a comunidade esteja ciente da disponibilidade de contraceptivos para mulheres, adolescentes e homens

O que pode ser feito para garantir que mulheres, adolescentes e homens estejam cientes da disponibilidade de contraceptivos?

Certificar-se de que a comunidade - incluindo membros solteiros e adolescentes da comunidade - estejam cientes de onde e como buscar contraceptivos. As informações devem ser comunicadas em vários formatos e idiomas para garantir a acessibilidade (por exemplo, Braille, linguagem de sinais, pictogramas e imagens). Os líderes comunitários e voluntários locais, incluindo promotores de grupos, também podem ser contratados para distribuir informações sobre a disponibilidade de serviços contraceptivos. Para ajudar os prestadores de serviços a fornecer informações sobre planejamento familiar, a Comissão de Mulheres Refugiadas desenvolveu materiais de informação, educação e comunicação "universais" sobre tópicos de planejamento familiar. Os modelos podem ser encontrados em iawg.net/resource/universal-and-adaptable-information-education-and-communication-templates-on-family-planning/.

O que é contracepção de emergência?

Os contraceptivos de emergência (CE) são medicamentos ou dispositivos que podem prevenir a gravidez quando usados até cinco dias (120 horas) após a relação sexual.[110] Eles devem ser usados o mais rápido possível para maior eficácia. As opções de CE incluem pílulas de CE e inserção de DIU com cobre (consulte a Unidade 3 para obter mais informações sobre CE). Eles podem ser usados após relações sexuais desprotegidas, em casos de possível falha contraceptiva, de uso incorreto de contraceptivos e após violência sexual. As pílulas CE funcionam prevenindo a ovulação e não interferem na gravidez existente. Não é necessário um teste de gravidez para fornecer comprimidos de CE.

Como parte do PSIM para SSR, o CE deve ser disponibilizado a todas as mulheres e meninas, independentemente de idade, estado civil, religião, raça/etnia ou se o sexo foi ou não consensual. Mais informações sobre CE e elegibilidade médica podem ser encontradas em ec-ec.org/ecmethod/.

110 Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidance (International Consortium for Emergency Contraception and FIGO, 2018), https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2018/12/ICEC-guides_FINAL.pdf.

Visão geral das opções de Pílulas contraceptivas de emergência

Existem vários regimes que podem ser usados, incluindo apenas progestógeno, acetato de ulipristal e pílulas CE hormonais combinadas (o método de Yuzpe, no qual o cliente toma uma dose mais elevada ode Pílulas contraceptivas orais regulares).[111] Globalmente, as pílulas de CE somente com progestógeno são as pílulas de CE exclusivas mais amplamente disponíveis; no entanto, pílulas de CE exclusivas de progestógeno podem não estar disponíveis em todos os países.

Comprimidos CE só de progestógeno	▶ Uma dose de Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg para ser tomada em até cinco dias (120 horas) de relação sexual desprotegida ▶ Maior eficácia quando usado próximo a relação sexual ▶ Mais eficaz e com menos efeitos colaterais do que pílulas hormonais combinadas ▶ Tipo de pílula anticoncepcional de emergência mais amplamente disponível
Acetato Ulipristal	▶ Uma dose de 30 mg de acetato de ulipristal tomada em até cinco dias (120 horas) de relação sexual desprotegida ▶ Mais eficaz do que pílulas só de progestógeno nas 73-120 horas depois da relação sexual desprotegida ▶ Mais eficaz e com menos efeitos colaterais do que pílulas hormonais combinadas
Comprimidos CE Hormonais Combinados	▶ Duas doses de Pílulas contraceptivas orais combinadas, cada uma contendo estrogênio (100-120 mcg de etinilestradiol) e progestina (0,50-0,60 mg de levonorgestrel (LNG) ou 1,0-1,2 mg de norgestrel) ▶ A primeira deve dose tomada o mais rápido possível após a relação sexual desprotegida (de preferência dentro de 72 horas, mas até 120 horas ou 5 dias) ▶ A segunda dose tomada 12 horas depois ▶ Se ocorrer vômito dentro de duas horas após a dose, a dose deve ser repetida ▶ Menos eficaz e com mais efeitos colaterais do que apenas progestógeno

111 *Emergency Contraception, Fact Sheet,* (WHO 2018), https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception.

UNIDADE 6: Pontos Chave

- Melhorar o acesso à contracepção em uma resposta de emergência é um método seguro, eficaz e de baixo custo de prevenção de gravidez não intencional e redução de mortes maternas e neonatais, abortos inseguros e morbidades relacionadas à gravidez.
- Os preservativos devem estar disponíveis na comunidade e nos estabelecimentos de saúde e todas as usuárias de contraceptivos devem ser aconselhadas sobre proteção dupla (para prevenir gravidez e IST/HIV).
- O CE deve ser disponibilizada a todas as mulheres e meninas, independentemente de idade, estado civil, religião, raça/etnia ou se o sexo foi ou não consensual.
- Todas as formas de contracepção devem ser fornecidas de forma confidencial, sem a necessidade do consentimento de um parceiro, pai ou responsável
- Algumas considerações para a seleção da combinação de métodos em fase inicial aguda de emergências incluem quais métodos estavam disponíveis e eram usados pela população-alvo antes da emergência e quais métodos estão registrados no país de operação
- Os provedores devem garantir uma qualidade do atendimento que enfatize a confidencialidade dos clientes, privacidade, escolha e o consentimento voluntário e informado
- Informações sobre métodos contraceptivos devem ser fornecidas, incluindo como o método funciona, a eficácia do método, o uso correto do método, os benefícios do método, os efeitos colaterais comuns, outros efeitos colaterais e quaisquer riscos à saúde associados ao método, além de como superar os efeitos colaterais do método, os sinais e sintomas que exigiriam um retorno à clínica, o retorno à fertilidade após a descontinuação do método e a prevenção de IST.
- Garantir que a comunidade, incluindo membros solteiros e adolescentes da comunidade, esteja ciente de como e onde acessar a os métodos de anticoncepção:
  - As informações sobre contracepção devem ser comunicadas em vários formatos e idiomas para garantir a acessibilidade (por exemplo, Braille, linguagem de sinais, pictogramas e imagens).
  - Líderes comunitários e voluntários locais, incluindo promotores de grupos, também podem ser contratados para distribuir informações sobre a disponibilidade de serviços contraceptivos.



Desafios e Soluções

Desafios	Soluções
E se não houver profissionais de saúde treinados no fornecimento na remoção de métodos de longa ação (por exemplo, DIUs e implantes)?	Em parceria com as autoridades nacionais, as ONGs internacionais devem disponibilizar pessoal treinado para fornecer e remover métodos contraceptivos de longa duração, e as mulheres e meninas que solicitarem estes métodos devem ser encaminhadas a um estabelecimento com capacidade para fornecer serviços, até que os funcionários locais sejam treinados e qualificados para fornecer estes métodos.
E se os provedores estiverem relutantes em oferecer contraceptivos a algumas clientes (adolescentes, mulheres solteiras, etc.)?	Ao planejar a expansão dos serviços do PSIM para SSR para SSR abrangente, realizar exercícios de esclarecimento de valores e treinamentos sobre direitos de SSR. Continuar estes treinamentos em vários estágios da prestação de serviços, considerando a rotatividade de pessoal.[112]
E se os provedores não tiverem conhecimento de toda a gama de métodos contraceptivos?	As ONGs internacionais devem dispor de pessoal treinado em todos os métodos de contracepção. Ao planejar serviços abrangentes de SSR além do PSIM para SSR, deve-se complementar com treinamentos sobre métodos contraceptivos. Se os provedores não forem treinados em anticoncepção reversível de longa duração, um sistema de referência pode ser estabelecido para garantir que as clientes tenham acesso ao método de sua escolha.
E se a anticoncepção de emergência não estiver disponível?	Os provedores de saúde podem usar Pílulas contraceptivas orais combinadas como CE (o Método Yuzpe): Consiste em duas doses de Pílulas contraceptivas orais combinadas. Cada dose deve conter estrogênio (100-120 mcg de etinilestradiol) e progestina (0,50-0,60 mg de levonorgestrel [LNG] ou 1,0-1,2 mg de norgestrel).[113] A primeira dose deve ser tomada o mais rápido possível após a relação sexual desprotegida (de preferência dentro de 72 horas, mas até 120 horas, ou 5 dias) e a segunda dose deve ser tomada 12 horas depois.

112 A realização de exercícios de esclarecimento de valores e treinamentos sobre direitos de SSR também deve ser realizada durante a fase de preparação .

113 *Emergency Contraception, Fact Sheet,* (WHO 2018), https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception.

LISTA DE VERIFICAÇÃO: EVITAR A GRAVIDEZ NÃO INTENCIONAL

A lista abaixo de verificação do PSIM para monitoramento de SSR, pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em ambientes humanitários.

6. Evite gravidez não intencional			
6.1	Métodos de ação curta disponíveis em pelo menos uma instalação	Sim	Não
6.2	Preservativos		
6.3	Pílulas CE *[114]		
6.4	Pílulas contraceptivas orais		
6.5	Injetáveis		
6.6	Implantes		
6.7	Dispositivos intrauterinos (DIU)		
6.8	Número de unidades de saúde que mantêm um abastecimento mínimo de três meses de cada	Número	
	Preservativos		
	Pílulas CE		
	Pílulas contraceptivas orais combinadas		
	Pílulas contraceptivas só de progestógeno		
	Injetáveis		
	Implantes		
	DIU		

114 É importante observar as diferentes Pílulas contraceptivas de emergência que estão disponíveis, incluindo pílulas de CE só de progestógeno combinadas orais Comprimidos de CE e acetato de ulipristal

MATERIAIS E SUPRIMENTOS

Quais suprimentos são necessários ou quais kits da IARH podem ser solicitados para oferecer serviços contraceptivos?

Kits IARH (2019)

Os kits IARH são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde. Os kits são projetados para uso por um período de três meses para um tamanho específico da população-alvo.[115]

Nota: Os kits da IARH não são específicos ao contexto ou abrangentes. As organizações não devem depender apenas dos kits da IARH e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso não apenas garantirá a sustentabilidade dos suprimentos, mas também permitirá a expansão dos serviços de SSR do PSIM para a atenção integral

Nível de atenção à Saúde	Número do Kit	Nome do Kit
Comunidade/unidade de saúde	Kit 1A	Preservativos Masculinos
Comunidade/unidade de saúde	Kit 3	Tratamento Pós-Estupro
Comunidade/unidade de saúde	Kit 4	Contraceptivos orais e injetáveis

Produtos Complementares

Os produtos complementares podem ser solicitados de acordo com a capacidade do ambiente de acordo com as capacidades dos prestadores de cuidados de saúde. Produtos complementares estarão disponíveis no UNFPA em 2020.

Nível do serviço de parto	Item	Para Complementar
Comunidade/unidade de saúde	Kit 1B Preservativos femininos	Kit 14
Comunidade/unidade de saúde	Depot-acetato de medroxiprogesterona - subcutâneo (DMPA-SC)	Kit 4
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 7A Dispositivo Intrauterino (DIU)	Kit 4
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 7B Implante Contraceptivo	Kit 4

115 Os kits IARH serão acessíveis para encomendas em 2020. Verificar com UNFPA (https://www.unfpa.org/) or IAWG (http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/) para verificar se os kits revisados estão disponíveis. Para obter informações sobre os kits disponíveis antes de 2020, consulte o *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (5th ed., 2011) at http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/.

Questionário da Unidade 6: Previna a gravidez não intencional

1. Quais são alguns pontos importantes a serem considerados ao determinar uma combinação de métodos abrangente em emergência de início agudo? Selecione tudo que se aplica:

   a. Registro do método anticoncepcional no país de operação
   b. Uso pelas populações afetadas pela crise
   c. Potencial para migração adicional
   d. Taxa bruta de natalidade
   e. Religião

2. Adolescentes não casados **não** devem receber métodos contraceptivos.

   Verdadeiro ou **Falso**

3. Qual afirmação sobre anticoncepção de emergência (CE) **não** é verdadeira?

   a. O CE não vai prejudicar uma gravidez existente
   b. O CE precisa ser tomado dentro de 120 horas e quanto mais cedo for tomado, mais eficaz será
   c. Meninas adolescentes não podem tomar CE
   d. Onde pílulas CE específicas não estiverem disponíveis, Pílulas contraceptivas orais na dosagem correta podem ser usadas

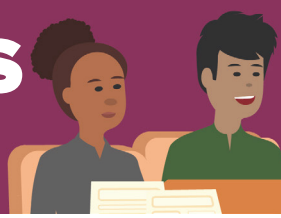
4. Quais são as três coisas que devem ser enfatizadas para garantir a qualidade do atendimento ao fornecer contraceptivos? Selecione tudo que se aplica:

   a. Confidencialidade
   b. Confidencialidade
   c. Escolha informada
   d. Aprovação de familiares ou parceiro

5. Que informações devem ser fornecidas a todas as clientes durante o aconselhamento anticoncepcional? Selecione tudo que se aplica:

   a. Eficácia do método
   b. Efeitos colaterais comuns do método anticoncepcional
   c. Aconselhamento pré-natal
   d. Como funciona o método
   e. Proteção contra IST

UNIDADE 7: PLANO PARA INTEGRAR SERVIÇOS SSR ABRANGENTES EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIA



A implementação do Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) não implica somente a coordenação que disponibiliza o serviço salva-vidas do SSR, é também essencial para iniciar a abordagem abrangente do SSR o mais rápido possível. Isso requer visão, liderança, habilidades de coordenação efetivas e um completo entendimento da situação local e das oportunidades relacionadas à reformulação do sistema de saúde. esta seção traça os passos a serem seguidos a fim de se preparar para expandir o serviço completo de SSR integrado dentro do sistema primário de saúde.

Ao final desta unidade, os particpantes serão capazes de:

- explicar a importância do planejamento para um serviço SSR abrangente;
- entender o processo de expansão dos serviços SSR, visando a assistência abrangente;
- explicar os componentes do sistema de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS)

PSIM para SSR objetivos e atividades

PLANEJAMENTO PARA SERVIÇOS SSR ABRANGENTES, INTEGRADO NA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL.

Isso inclui trabalhar com o setor de saúde e parceiros para tratar sobre os seis componentes de organização do sistema de saúde:

- Prestação do serviço;
- Força de trabalho da saúde;
- Sistema de informação de saúde;
- Produtos essenciais da área médica;
- Financiamentos
- Governança e liderança.

Por que planejar um serviço abrangente de SSR é uma prioridade?

Providenciar um serviço de assistência SSR abrangente para uma população afetada por crise é um objetivo global do setor de saúde. Se for negligenciado, lacunas na disponibilização do serviço completo de SSR causarão o aumento da morbidez e mortalidade. Com a coleta de informação, a seleção de locais apropriados para os serviços, a preparação de pessoal, a garantia da disponibilidade de recursos e a identificação de mecanismos de financiamento a longo prazo, os serviços SSR abrangentes podem ser operacionalizados mais rapidamente e eficientemente quando houver a implementação do PSIM para SSR.

O que são os serviços SSR abrangentes

De acordo com o relatório da Comissão de Guttmacher-Lancet, os serviços SSR abrangentes são "serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva que devem atender a saúde pública e as diretrizes dos direitos humanos, incluindo os pilares de 'Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade' do direito à saúde."[116] TOs serviços devem incluir os seguintes itens, como citado no relatório:

- Informação precisa e aconselhamento sobre SSR, incluindo educação sexual abrangente e baseada em evidências.Information, counseling, and care related to sexual function and satisfaction.
- Informação, aconselhamento e assistência relacionados à função sexual e à satisfação.
- Prevenção, detecção e gestão de situações de violência sexual e baseada em gênero e de coerção.
- A escolha de métodos contraceptivos seguros e efetivos.
- Assistência segura e efetiva no pré-natal, nascimento e pós-parto.
- Serviços e assistência para aborto seguro e efetivo, de acordo com a lei.
- Prevenção, gestão e tratamento de infertilidade.
- Prevenção, detecção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (IST), incluindo síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e tratamento de infecções do trato reprodutivo.
- Prevenção, detecção e tratamento de câncer no sistema reprodutivo

Quem deve ter acesso aos serviços SSR abrangentes?

Tal como o PSIM para SSR, todos (mulheres, meninas, homens e meninos) devem ter acesso aos serviços SSR abrangentes. A melhor maneira de assegurar que os serviços SSR atendam às necessidades da população afetada é envolver a comunidade em todas as fases de desenvolvimento desses serviços; somente assim as pessoas se beneficiarão de serviços especificamente adaptados para as suas necessidades e demandas, e somente assim elas terão a oportunidade de usufruir desses serviços no futuro.

116 *Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission* (The Lancet, May 9, 2018), https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights.

Quais são algumas considerações para populações específicas ao planejar serviços abrangentes de SSR?

Os serviços de SSR devem ser acessíveis a todas as populações afetadas pela crise, incluindo populações frequentemente marginalizadas, como adolescentes, pessoas com deficiência, mulheres e homens solteiros e casados, idosos, profissionais do sexo e clientes, lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, pessoas intersexuais e assexuadas (LGBTQIA), ex-combatentes, funcionários uniformizados e usuários de drogas injetáveis. Este gráfico monstra algumas considerações para populações específicas.

Adolescentes	Adolescentes em situações de emergências humanitárias encaram um aumento no risco de situações de violência sexual, abuso e exploração, gravidez não intencional e aborto perigoso. Funcionários da área da saúde devem estar atentos que adolescentes buscando por contraceptivos tem o total direito a todos os serviços de contracepção, incluindo anticoncepção de emergência (CE), independente de idade ou estado civil. Adolescentes que se apresentarem à instalações em busca de contracepção voluntária devem ser questionados sobre sintomas de IST e HIV, e a contracepção voluntária deve ser discutida aos que se dirigirem às clínicas de IST.
Pessoas Engajadas no Trabalho Sexual	É importante estar atento que pessoas envolvidas no trabalho sexual possuem as mesmas necessidades de SSR como os outros que não estão envolvidos nesse ramo. É importante assegurar que suas necessidades sejam abordadas por meio de discussão e aconselhamento sobre os métodos disponíveis de contracepção, sexo seguro, proteção de IST/SIDA e instruções sobre o uso correto de camisinhas e lubrificantes masculinos e femininos. Provedores de serviço também devem realizar a triagem de SIDA e outras IST, promover e providenciar camisinhas e lubrificantes em quantidades suficientes, prescrever o método contraceptivo de preferência do cliente e tornar o CE disponível.
Pessoas com deficiências	As necessidades diversas de SSR que pessoas com deficiências possuem são raramente compreendidas ou abordadas através das programações SSR em contextos emergenciais. As necessidades de SSR das pessoas com deficiência, suas intenções em criar uma família, aumento do risco de situações de violência sexual em emergências, e acesso à contracepção voluntária devem ser entendidos e integrados na programação SSR abrangente.
Pessoas LGBTQIA	Leis, atitudes e práticas discriminatórias costumam produzir uma disparidade na área da saúde, comprometendo a habilidade de indivíduos LGBTQIA de acessarem serviços SSR de qualidade. A assistência SSR deve se concentrar nas necessidades específicas da pessoa, determinadas pelo seu comportamento e não pela sua identidade. Provedores devem adotar uma atitude respeitosa e sem julgamentos ao providenciar os serviços contraceptivos, atentando-se para as barreiras que as pessoas LGBTQIA podem se deparar ao procurar por assistência e devem se esforçar para resolver quaisquer preocupações específicas para esta população.

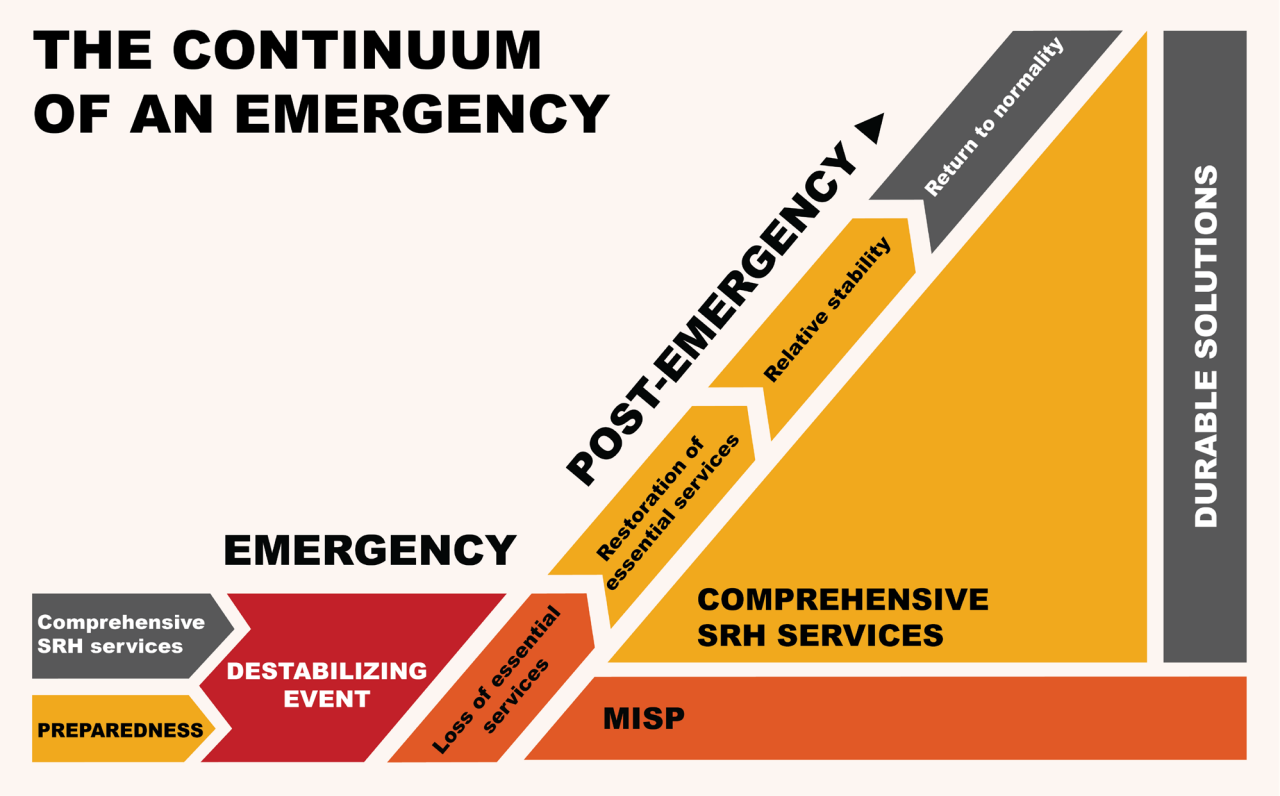
Quais aspectos devem ser considerados ao suportar investidores locais e internacionais no planejamento de prestação dos serviços SSR abrangentes?

Prestar os serviços SSR abrangentes de alta qualidade em condições humanitárias requer uma abordagem multisetorial e integrada. Proteção, saúde, nutrição, educação, acesso à água, condições sanitárias, higiene e o serviço comunitário possuem um papel no planejamento e prestação dos serviços. Durante o planejamento, é importante considerar de antemão os seguintes pontos:

- Comunicação entre os tomadores de decisão e parceiros de implementação
- Financiamentos adequados
- Coordenação efetiva
- Gestão da cadeia de suprimentos
- Gestão de recursos humanos
- Monitoração e avaliação
- Sistema de compartilhamento de informação, feedback e prestação de contas aos afetados da comunidade
- Uma estratégia de saída para parceiros humanitários

Quando começar o planejamento dos serviços SSR abrangentes?

É essencial começar a planejar a integração dos serviços SSR abrangentes com o setor de saúde/parceiros assim como os adolescentes, mulheres e homens afetados o mais rápido possível. Isso inclui obtenção de feedback na resposta inicial para identificar as lacunas, sucessos e oportunidades de melhoria. Ao planejar a prestação dos serviços SSR abrangentes, a prioridade de serviços colocados em pauta por parte da PSIM para SSR devem ser melhorados, sustentados e expandidos com outros serviços de SSR e programados ao longo de crises prolongadas, recuperação e reconstrução.



Como o planejamento de integração dos serviços SSR abrangentes deve ocorrer?

Planejar a integração dos serviços SSR abrangentes deve tomar parte em um processo de planejamento participativo entre os investidores nacionais e internacionais, parceiros relevantes em níveis locais, regionais ou provinciais, e a população afetada.[117] O objetivo do processo de planejamento participativo é de integrar a programação do SSR abrangente no esforço de reconstrução do sistema de saúde por meio de um trabalho coletivo para o SSR abrangente. No planejamento participativo, os investidores chave devem fazer o seguinte:

1. Avaliar a situação atual, incluindo o status da implementação do PSIM para SSR e o estado de SSR entre as populações afetadas.

2. Com base nesta informação e usando os componentes do sistema de saúde (veja mais informações abaixo) como um rascunho, identificar as necessidades do serviço SSR e oportunidades para expansão e integração no sistema primário de saúde.

3. Em referência às atividades e intervenções vistas como um grupo de lacunas e oportunidades, identificar e decidir as prioridades de planejamento. As prioridades para atingir os serviços SSR abrangentes podem incluir a ampliação e fortalecimento de serviços PSIM para SSR existentes, assim como a inclusão ou fortalecimento de serviços SSR que estão fora do PSIM para SSR.

117 Um conjunto de ferramentas para implementar este processo de planejamento participativo está em desenvolvimento pela Iniciativa de Treinamento em Parceria pela GTI: “Integrando Saúde Sexual e Reprodutiva na Reconstrução do Sistema de Saúde: Uma Oficina para Catalizar O Planejamento Participativo para ir do Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para Sexual e Reprodutiva em Situações de Crise para Programação da Saúde Sexual e Reprodutiva Abrangente.”

4. Desenvolver um trabalho coletivo dos serviços SSR abrangentes para:
    - fortalecer e construir sob a implementação existente de SSR;
    - abordar lacunas e desafios de serviço;
    - ser utilizado como ferramenta de advocacia para angariar apoio e financiamento para programas;
    - feedback na revisão geral do programa de saúde reprodutiva, materna, infantil, adolescente e de recém-nascidos.

Apesar do planejamento inicial começar a partir de uma resposta positiva, o processo participativo formal deve começar assim que os indicadores do PSIM para SSR sejam alcançados e quando os processos de apelos humanitários e agências comecem o processo de planejamento a longo prazo. Para evitar atrasos e assegurar a sustentabilidade, é essencial que os componentes do serviço abrangente sejam integrados nos financiamentos de longo prazo e processos de planejamento, como os Planos de Resposta Humanitária. ***É importante notar que a implementação de uma programação SSR abrangente não deve afetar negativamente a disponibilidade dos serviços PSIM para SSR; ao contrário, devem melhorar e expandir sobre eles.***

O que deve ser abordado e planejado através dos componentes de saúde da OMS?

1. Prestação de serviços

Colaborar com a comunidade afetada, autoridades nacionais e locais e quando apropriado, especialistas em gestão de campo para identificar possíveis localizações para providenciar os serviços SSR abrangentes, como clínicas de planejamento familiar, salas ambulatórias de pacientes com IST, ou serviços SSR com foco em adolescentes. Deve-se considerar os seguintes fatores (dentre outros) ao selecionar locais adequados:

- Viabilidade de comunicação e transporte para encaminhamentos
- Número, tipo, qualidade e distância até instalações de saúde, serviços SSR e outros serviços de saúde
- Disponibilidade a todos potenciais usuários, em toda sua diversidade, incluindo a população afetada e o público alvo
- Possível integração com outros serviços adversos à serviços autônomos
- Segurança no ponto de uso bem como durante o deslocamento entre a casa e o ponto de prestação do serviço

2. Força de trabalho da saúde

Avaliar a capacidade dos funcionários de começar os serviços SSR abrangentes, estabelecer planos de treinamento ou recomposição de treinamento e assegurar supervisão de suporte. A capacidade de funcionários pode ser mensurada pelas suas atividades (ex, monitorando listas de verificação, entrevistas com o cliente após o serviço, observação direta) ou através de análises formais de conhecimentos e habilidades.

Ao planejar o treinamento ou recomposição de treinamento dos funcionários, trabalhar com as autoridades nacionais, institutos acadêmicos e instituições de treinamento podem ser levados em consideração aos currículos existentes. Quando possível, usar capacitadores nacionais e planejar sessões de capacitação com cuidado para não sair das instalações da saúde sem funcionários em serviço. Capacitar funcionários da área da saúde nos direitos das pacientes e prover uma assistência respeitosa, imparcial e equalitária é crítico e deve ser incorporado nos treinamentos, agendas de treinamento e/ou supervisão de suporte.

Considerar o andamento da capacidade de desenvolvimento de oportunidades for a dos treinamentos, como supervisão de suporte, programas de mentoria e oportunidades de praticar habilidades adquiridas.

Providenciar protocolos e assistência trabalhista para apoiar a qualidade de prestação do serviço de acordo com práticas baseadas em evidências. Como exemplo, veja iawg.net/resource/job-aids-health-care-providers-humanitarian-settings/.

3. Sistema de Informação da Saúde

Para ir além do PSIM para SSR e começar a planejar a prestação de serviço SSR abrangente, gestores de programa SSR, em colaboração com os parceiros na área da saúde devem coletar informações existentes ou estimar dados que possam auxiliar na criação de tal programa.

Exemplos de informação que assistem no planejamento para um SSR abrangente incluem:

- Políticas do Ministério da Saúde e protocolos para assistência padrão (ex, gestão da síndrome de IST, protocolos de planejamento familiar, leis e regulações associadas à assistência do aborto seguro).
- Indicadores de serviço do PSIM para SSR que são monitorados e avaliados. A lista de checagem do PSIM para SSR no Apêndice B e as ferramentas do processo de avaliação são úteis para assegurar que os componentes do PSIM para SSR estejam nos seus devidos lugares.[118] . Para coletar dados como uma necessidade de avaliação, *Ferramentas de Avaliação Da Saúde Reprodutiva Para Mulheres em Conflito pode ajudar.*[119]
- Dados de serviços e consumação de suprimentos nas instalações de saúde.
- Informação demográfica de SSR coletada sobre a população afetada, número de mulheres em idade fértil, número de homens sexualmente ativos, taxa de natalidade, idade e sexo, dado de mortalidade específica para cada sexo, mortalidade de recém-nascidos e taxa de mortalidade materna.
- Prevalência de IST e SIDA, prevalência de contraceptivo e métodos preferíveis, prevalência de aborto perigoso, conhecimento de SSR, atitudes e comportamentos da população afetada.

118 IAWG. (2017). MISP Process Evaluation Tools. Retrieved from: www.iawg.net/resource/misp-process-evaluation-tools-2017.

119 Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Coordinating Center for Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, & Department of Health and Human Services. (2007). *Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women*. Atlanta, GA. Retrieved from: https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/ToolkitforConflictAffectedWomen.pdf.

Integrando Serviços Abrangentes de SSR na Atenção Primária à Saúde na Resposta Humanitária Rohingya em Bangladesh

Foi realizada uma avaliação das necessidades com amostragem de som, que permitiu a análise de dados e evidências em tempo real para orientar o planejamento e a programação.[120] No entanto, um dos maiores desafios para integrar a atenção integral em SSR estava relacionado ao financiamento. O financiamento era para ciclos curtos de resposta conjunta, o que tornava o planejamento de longo prazo difícil e alto o risco de retirada do serviço. Isso destaca a necessidade de buscar identificar fontes de financiamento de longo prazo o mais rápido possível.

4. Insumos de Saúde

Os Kits de Saúde Reprodutiva de Emergência Interagência (IARH) não se destinam a ser kits de reabastecimento e, se usados a longo prazo, podem resultar no acúmulo de itens e medicamentos desnecessários. Embora o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos em kits pré-embalados padrão seja conveniente no início de uma emergência, as necessidades locais específicas devem ser avaliadas o mais rápido possível e outros suprimentos devem ser solicitados adequadamente. Isso ajudará a garantir a sustentabilidade do programa de SSR e da cadeia de suprimentos nacional, a reduzir custos desnecessários e a evitar a escassez de suprimentos específicos, bem como o desperdício de outros que não são normalmente usados no contexto específico.

Uma vez que os serviços básicos tiverem sido estabelecidos, trabalhar com o Coordenador de SSR e outros parceiros de saúde para avaliar as necessidades de SSR e tentar reordenar medicamentos, dispositivos e equipamentos em grande quantidade com base no consumo desses itens, a fim de garantir que o programa de SSR possa ser sustentado e expandido. Para fazer esta mudança, o Coordenador de SSR deve:

- fortalecer ou desenvolver um sistema logístico de informação de gestão de suprimentos médicos o mais rápido possível, em coordenação com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e outros parceiros de suprimentos de saúde;
- estimar o uso de suprimentos de SSR com base no consumo, serviços e dados demográficos e realizar uma previsão; avaliar as mudanças nas necessidades de SSR da população e como isso pode afetar as necessidades de abastecimento; e
- solicitar suprimentos conforme necessário com base em um plano de reabastecimento; isso pode ser uma mistura de kits da IARH e aquisição de itens em grande quantidade.

Ao solicitar suprimentos para serviços de SSR abrangentes, coordenar a gestão de produtos de SSR com as autoridades de saúde e os setores/grupos de saúde e logística, para garantir o acesso ininterrupto aos serviços de SSR e evitar a criação de múltiplas cadeias de abastecimento de saúde.

120 Acompanhamento visita sito, Women's Refugee Commission, Novembro 2018.

Algumas sugestões para fortalecer as cadeias de abastecimento nacionais incluem o seguinte:

- Contratar pessoal treinado em gestão da cadeia de suprimentos e logística médica.
- Desenvolver a capacidade do pessoal presente na gestão da cadeia de abastecimento.
- Estabelecer um subgrupo de coordenação de logística de saúde sob o grupo de saúde em estreita parceria com o grupo de logística.
- Estimatar o consumo e utilização mensal de produtos SSR.
- Apoiar a criação ou reforçar um sistema nacional de informação de gestão de logística existente (se houver).
- Identificar canais de suprimentos médicos. Se as cadeias de abastecimento locais forem inadequadas (por exemplo, não puderem confirmar os padrões de qualidade), obter produtos SSR por meio de fornecedores globais reconhecidos ou com o apoio do UNFPA (por meio do Departamento de Aquisições [121]), UNICEF, ou a OMS, que podem facilitar a compra de grandes quantidades de suprimentos de SSR de alta qualidade a custos mais baixos.
- Fazer pedidos em tempo hábil por meio de linhas de abastecimento identificadas.
- Armazenar os suprimentos o mais próximo possível da população-alvo.



Sempre ter em mente a importância de utilizar e fortalecer cadeias de suprimentos médicos sustentáveis ao planejar serviços abrangentes de SSR. Para obter mais informações e orientação, consultar a Unidade 9 nesta publicação e o Capítulo 4 do Manual de Campo Interagências 2018 (IAFM).

5. Financiamento

Para garantir o acesso contínuo a cuidados de SSR abrangentes e de alta qualidade a preços acessíveis, mecanismos de financiamento de longo prazo devem ser considerados durante a resposta inicial a uma crise. Um bom sistema de financiamento da saúde é fundamental para sustentar a atenção integral à SSR.[122,123] Várias opções de financiamento incluem, mas não estão limitadas a:

- Financiamento comunitário e seguro de saúde baseado na comunidade
- Transferências de dinheiro condicionais e incondicionais
- Pagamentos diretos ou taxas de usuário
- Financiamento baseado em resultados
- Subsídios de vouchers para clientes e reembolsos para profissionais de saúde
- Marketing social e franqueamento

121 www.unfpaprocurement.org.

122 Kutzin J., Witter S., Jowett M., Bayarsaikhan D. Developing a national health financing strategy: a reference guide. Geneva: World Health Organization; 2017. (Health Financing Guidance No 3) Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, accessed: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254757/9789241512107-eng.pdf?sequence=1.

123 *Health financing in post-conflict settings – a literature review, (*ReBUILD Consortium, 2011), https://rebuildconsortium.com/media/1124/health-financing-in-post-conflict-settings-a-literature-review.pdf.

Esforços de financiamento da saúde do ACNUR

- O ACNUR começou a implementar intervenções monetárias bem-sucedidas para programas de saúde em ambientes de refugiados, como um programa que oferece às mulheres refugiadas sírias pagamentos em dinheiro de curto prazo para compensar o custo dos cuidados de saúde materna.[124]
- A agência da ONU teve mais sucesso na integração das populações afetadas pela crise na estrutura de seguro de saúde nacional do país em que residem.

6. Governança e liderança

A liderança e governança para integrar SSR nos esforços de fortalecimento dos sistemas de saúde pode ser conduzida nos níveis internacional, nacional e comunitário.

Níveis internacional e nacional: Ao identificar as políticas, diretrizes e protocolos existentes que não apóiam a SSR e os direitos ou atendem aos padrões internacionais, os atores internacionais podem defender e apoiar a liderança nacional para implementar um plano de fortalecimento dos sistemas de saúde para abordar o excesso de morbidade e mortalidade relacionadas à SSR.

Nível comunitário: As comunidades devem compreender seus direitos e participar no planejamento e na implementação dos serviços de SSR, criando demanda e impondo responsabilidade (por exemplo, registrar reclamações e buscar soluções). Eles devem receber os recursos necessários para apoiar estes esforços.

Unidade 7: Pontos Chave

- Lacunas na prestação de serviços abrangentes de SSR para todos os membros da uma população afetada pela crise levará a um aumento da morbidade e mortalidade.
- É essencial começar a planejar a integração de atividades abrangentes de SSR com o setor/grupo de parceiros de saúde do agrupamento, bem como com mulheres, adolescentes e homens afetados, desde o início da resposta humanitária.
- A implementação de uma programação abrangente de SSR não deve afetar negativamente a disponibilidade de PSIM para serviços de SSR; pelo contrário, deve melhorá-los e expandi-los.
- Tal como acontece com o PSIM para serviços de SSR, serviços abrangentes de SSR devem ser acessíveis para todas as populações afetadas pela crise, incluindo adolescentes, pessoas com deficiência, mulheres e homens solteiras e casadas, idosos, profissionais do sexo e clientes, indivíduos LGBTQIA, ex-combatentes, funcionários uniformizados e usuários de drogas injetáveis.
- A SSR deve ser integrada aos pacotes de saúde pública e vinculada a outros setores de serviços, inclusive ao fortalecer a gestão da cadeia de suprimentos da SSR.
- Ao planejar serviços abrangentes de SSR, usar os seis blocos de construção do sistema de saúde da OMS como estrutura: prestação de serviços, força de trabalho em saúde, sistema de informação em saúde, suprimentos e insumos de saúde, financiamento e governança e liderança.

124 *Cash-Based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review,* (UNHCR, 2015), https://www.unhcr.org/568bce619.pdf.

Desafios e Soluções

Desafios	Soluções
E se parecer haver falta de profissionais de saúde do sexo feminino?	Devem ser feitos esforços para identificar e envolver as trabalhadoras de saúde, particularmente em contextos onde as normas religiosas ou culturais restritivas impedem os trabalhadores de saúde do sexo masculino de examinar pacientes do sexo feminino. Onde for viável, deve-se envolver e capacitar profissionais de saúde do sexo feminino na fase de preparação para emergências. A falta de funcionários do sexo feminino, no entanto, não deve impedir que mulheres e meninas tenham acesso aos cuidados. Outra opção é garantir que uma acompanhante ou amiga acompanhe a mulher em busca de atendimento médico.
O que uma agência pode fazer para obter dados confiáveis sobre a população afetada pela crise (por exemplo, informações básicas sobre mortalidade materna, infantil e infantil, prevalência de HIV/IST e uso de contraceptivos)	Essas informações devem ser coletadas por meio do setor/grupo de saúde e devem ser disponibilizadas aos seus membros, incluindo ao Ministério da Saúde. Além disso, as agências que participam das reuniões do setor/grupo da saúde e do grupo de trabalho de SSR podem obter coletivamente dados online confiáveis de agências como UNFPA, OMS, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Banco Mundial, Demográfico e Pesquisa de Saúde e Ministério da Saúde. Se possível, tentar coletar dados de recursos online confiáveis ou solicitar à sede que auxilie e garanta que os dados sejam compartilhados e comparados com aqueles disponíveis para o setor/grupo de saúde de forma mais ampla. Onde houver inconsistências nos dados, deve haver discussões dentro do setor/grupo de saúde para concordar sobre qual deve ser usado.
Como posso iniciar um processo de planejamento participativo para expandir os serviços do PSIM para SSR para SSR abrangente?	A experiência de campo mostrou que este objetivo do PSIM para SSR continua sendo um desafio para implementar. A fim de ajudar a colmar a lacuna, o IAWG a respeito de SSR, através de Iniciativas de Parcerias de treinamento para crises, está desenvolvendo um kit de ferramentas de workshop para apoiar os coordenadores de SSR e as principais partes nacionais e internacionais interessadas em seus esforços para expandir os serviços do PSIM para SSR para serviços abrangentes de SSR. Este kit de ferramentas estará disponível no site do IAWG em 2020.

LISTA DE VERIFICAÇÃO PSIM PARA MONITORAMENTO DE SSR: PLANEJAMENTO DA TRANSIÇÃO PARA SERVIÇOS DE SSR COMPLETOS

A lista abaixo de verificação do PSIM para monitoramento de SSR pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em contextos humanitários

7. Planning for Transition to Comprehensive SRH Services			
7.1	Serviço de parto	Sim	Não
	Necessidades de SSR identificadas na comunidade		
	Locais adequados identificados para serviço de parto SSR		
7.2	Força de trabalho da saúde	Sim	Não
	Capacidade da equipe avaliada		
	Níveis identificados e necessidades da equipe		
	Treinamentos projetados e planejados		
7.3	HIS	Sim	Não
	Informações de SRH incluídas no HIS		
7.4	Insumos de saúde	Sim	Não
	Necessidades identificadas de produtos de SSR		
	Linhas de abastecimento de produtos de SSR identificados, consolidados e fortalecidos		
7.5	Financiamento	Sim	Não
	Possibilidades de financiamento de SSR identificadas		
7.6	Governança e liderança	Sim	Não
7.7	Leis, políticas e protocolos relacionados à SSR revisados		

MATERIAIS E SUPRIMENTOS

Quais materiais são úteis para o planejamento de serviços abrangentes de SSR integrados à atenção primária à saúde?

Esta finalidade não possui um kit associado a ela.

Unidade 7 Teste: Plano para integrar o Serviço abrangente SSR para cuidados de saúde primários o mais rapidamente possível

1. Qual dos itens a seguir é um componente central/alicerce do sistema de saúde?

a. Sistema de informação de saúde

b. Força de trabalho de saúde

c. Conscientização da comunidade

d. Serviço de parto

e. Letra a, letra b, e letra d

2. A fim de garantir o acesso contínuo a atenção integral em SSR a preços acessíveis, mecanismos de financiamento de longo prazo devem ser considerados na resposta inicial a uma crise.

Verdadeiro ou **Falso**

3. Qual das opções a seguir **não** deve ser considerada ao selecionar um local para oferecer serviços abrangentes de SSR?

a. Distância das unidades de saúde existentes, serviços de SSR e outros serviços de saúde

b. Acessibilidade a todos os usuários potenciais

c. Capacidade de ter um serviço SSR autônomo

d. Privacidade e confidencialidade durante as consultas

e. Viabilidade de comunicação e transporte para encaminhamentos

4. Ao planejar serviços de SSR abrangentes, você deve continuar a solicitar os kits IARH pré-embalados.

Verdadeiro ou **Falso**

5. Quais das informações ou dos dados devem ser coletados para planejar serviços abrangentes de SSR?

a. Protocolos de organizações individuais para atendimento padronizado

b. PSIM para indicadores de serviço de SSR que são monitorados e avaliados

c. Dados gerais de saúde e estatísticas sobre doenças não transmissíveis e transmissíveis, taxas de desnutrição, etc.diseases, malnutrition rates, etc.

d. Prevalência de doenças crônicas e conhecimento de saúde da população afetada

e. Todas as opções acima

UNIDADE 8: OUTRAS PRIORIDADES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA PARA O PSIM



O aborto inseguro está presente em todos os países onde os cuidados para aborto seguro não é estão disponíveis.[125] O acesso à atenção para o aborto seguro para todas as mulheres e meninas é fundamental para salvar suas vidas, visto que a gravidez não intencional e abortos inseguros são responsáveis por quase 8% das mortes maternas.[126] A atenção ao abortamento legal seguro deve estar disponível e acessível a todas as mulheres e meninas, no mínimo, para as indicações permitidas por lei; os cuidados pós-aborto não têm restrições legais e devem estar sempre disponíveis.

Na versão revisada de 2018 do Manual de Campo Interagências sobre Saúde Reprodutiva em Ambientes Humanitários ("Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings"), outra atividade prioritária foi identificada além dos objetivos prioritários do Pacote Inicial de Serviços Mínimos, PSIM ("Minimum Initial Service Package, PSIM") para a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Especificamente, o manual afirma que é importante garantir que a atenção ao abortamento legal seguro seja fornecida em toda a extensão da lei.

Ao final da unidade, os particpantes serão capazes de:

- explicar por que a atenção ao abortamento legal seguro em toda a extensão da lei é importante em ambientes de ações humanitárias;
- descrever como encontrar informações sobre políticas nacionais para a prestação de atenção ao abortamento legal seguro; e
- explicar como facilitar o acesso e garantir que a atenção ao abortamento legal seguro esteja disponível em toda a extensão da lei no início de uma emergência e ao planejar serviços abrangentes de SSR.

Outras atividades prioritárias do PSIM para a SSR:

- também é importante garantir que a atenção ao abortamento legal seguro esteja disponível, em toda a extensão da lei, nos centros de saúde e instalações hospitalares.

---

125 Mulheres e Meninas continuam sob o risco do aborto inseguro. ("Women and Girls Continue to Be at Risk of Unsafe Abortion", WHO, setembro 2017), https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/abortion-safety-estimates/en/.

126 *O aborto induzido ao redor do mundo* "Induced Abortion Worldwide"; "); e Manual de Campo Inter-Agências sobre Saúde Reprodutiva em Ambientes Humanitários *(Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings,* p. 48.)

Por que a atenção ao abortamento legal seguro é importante em ambientes de ações humanitárias?

A necessidade de serviços de aborto seguro provavelmente aumenta em contextos humanitários. Como a violência sexual está associada à guerra e a crises agudas, o trauma resultante da violência sexual pode ser exacerbado se o incidente resultar em gravidez. Por causa disso, muitos acordos internacionais e órgãos de especialistas em direitos humanos apoiam a provisão de atenção ao abortamento legal seguro para mulheres estupradas em crises; a lei internacional de direitos humanos apoia o acesso à atenção ao abortamento legal seguro em todos os ambientes.[127]

Em situações humanitárias, mulheres e meninas também podem estar sob maior risco de gravidez não intencional devido à perda ou diminuição do acesso à contracepção voluntária. Eles podem querer atrasar a gravidez até que sua segurança e meios de subsistência sejam garantidos, mas podem não ter acesso a contraceptivos devido a interrupções nos suprimentos e serviços de saúde.

Aborto Inseguro

A organização mundial de saúde (OMS) define o aborto inseguro como um procedimento para interromper uma gravidez não intencional, realizado por pessoas desprovidas das habilidades necessárias, em um ambiente que não está de acordo com os padrões médicos mínimos, ou as duas coisas.[128]

Como a atenção ao abortamento legal seguro deve ser facilitada desde o início de uma emergência?

Dada a sua importância, é fundamental que o Coordenador de SSR, gestores de programas de saúde e prestadores de serviços garantam que a atenção ao abortamento legal seguro esteja disponível em toda a extensão da lei no início de uma crise por meio da prestação direta de serviços ou encaminhamento a profissionais de saúde treinados. Quando a capacidade existente não estiver presente, a atenção ao abortamento legal seguro em toda a extensão da lei deve ser disponibilizada assim que a implementação do PSIM para atividades prioritárias de SSR estiver em andamento, idealmente dentro de três meses após o início da emergência, se não antes.

---

127 Acordos internacionais em apoio à atenção ao aborto seguro incluem a convenção de Genebra, Artigo 3 (negação de aborto seguro a uma sobrevivente de estupro pode ser considerado como violação de seus direitos), Conselho de Segurança da ONU, Resolução 2106 (apoia o acesso aos serviços completos de saúde reprodutiva, incluindo o aborto seguro para sobreviventes de estupro), e o Protocolo de Maputo.

128 *Aborto Seguro ("Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems", OMS*, 2012), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf.

Atenção Pós-Aborto

A atenção pós-aborto é a estratégia global para reduzir a mortalidade e o sofrimento por complicações do aborto inseguro ou espontâneo. É composta por cinco elementos:[129]

- Tratamento de aborto incompleto e inseguro e de complicações que são ameaças potenciais à vida
- Aconselhamento para identificar e responder às necessidades de saúde física e emocional de mulheres e meninas, e outras questões
- Serviços de contracepção voluntária para ajudar mulheres e meninas a prevenir gravidez não intencional
- Serviços de saúde reprodutiva e outros serviços de saúde que são preferencialmente fornecidos no local ou por meio de encaminhamentos para outras instalações acessíveis nas redes de profissionais de saúde
- Parcerias com a comunidade e os profissionais de serviços de saúde para prevenir a gravidez não intencional, mobilizar recursos (para ajudar mulheres e meninas a receberem cuidados apropriados e oportunos para complicações do aborto) e garantir que os serviços de saúde reflitam e atendam às expectativas e necessidades da comunidade

A atenção abrangente ao aborto inclui todos os elementos da atenção pós-aborto, bem como o aborto induzido seguro.

Onde podem ser encontradas as políticas nacionais de atenção ao aborto seguro?

Na maioria dos países, o aborto induzido é legalmente permitido em pelo menos algumas circunstâncias. Em muitos países, o aborto é permitido se a gravidez ameaçar a saúde física e mental da mulher e quando a gravidez resultar de estupro ou incesto. O Coordenador de SSR deve identificar as condições sob as quais as políticas nacionais, acordos internacionais assinados e as leis humanitárias e de direitos humanos internacionais permitem a prestação de atenção ao abortamento legal seguro. Recursos adicionais sobre políticas globais de aborto podem ser encontrados e srhr.org/abortion-policies/.

O que pode ser feito para facilitar o acesso e garantir a atenção ao aborto seguro em toda a extensão da lei disponível?

É essencial que as equipes de resposta humanitária colaborem para aumentar o acesso aos serviços de atenção ao aborto seguro. Os pontos de entrada promissores incluem, mas não estão limitados a:

- fornecimento de atenção ao aborto seguro por meio de unidades de saúde administradas por organizações e/ou com profissionais qualificados e motivados;
- oferecer suporte técnico a pessoal médico qualificado que já presta serviços de aborto; e

129 *Manual de Campo Interagências sobre Saúde Reprodutiva em Ambientes Humanitários ("Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings"), p.*146.

- reduzir os danos do aborto inseguro por meio da distribuição de informações e produtos para o aborto legal medicamentoso seguro.

Nem todas as organizações terão a capacidade de fornecer atenção ao abortamento legal seguro, por isso é importante identificar e encaminhar para os profissionais de saúde e organizações que têm capacidade.

Quem deve oferecer serviços de atenção ao abortamento legal seguro em uma emergência aguda?

No início de uma crise, os serviços devem ser fornecidos por profissionais de saúde já qualificados na atenção ao aborto seguro. Em muitos casos, o treinamento rápido no local de trabalho, em parceria com contrapartes nacionais, quando viável, pode ser fornecido a profissionais de saúde qualificados para desenvolver suas habilidades, quando profissionais de saúde previamente treinados não estiverem disponíveis. Ao fazer a transição para serviços abrangentes de SSR, as organizações devem planejar o treinamento baseado em competências, orientação clínica contínua e melhoria contínua das atitudes do pessoal para apoiar a prestação de serviços de alta qualidade.[130] TA transferência de tarefas também deve ser integrada aos serviços abrangentes. Com treinamento e apoio adequados, enfermeiras, parteiras e outros profissionais de saúde treinados podem oferecer serviços de aborto de primeira linha e atenção pós-aborto com segurança, mesmo em ambientes ambulatoriais.[131]

Outra prioridade do PSIM para a SRH: A Realidade de Implementação da Atenção ao Aborto Seguro em Toda a Extensão da Lei

Uma organização reconheceu a necessidade de maior acesso à atenção ao aborto seguro e decidiu introduzir serviços abrangentes de atenção ao abortamento como parte dos serviços já oferecidos por enfermeiras e parteiras nas unidades de saúde do governo no local afetado.[132] A organização realizou treinamento no local de trabalho sobre misoprostol e aspiração manual a vácuo para atendimento abrangente ao abortamento e forneceu todos os suprimentos e equipamentos necessários. Para manter a privacidade e a confidencialidade da cliente, foi desenvolvido um sistema para registrar as clientes da atenção ao aborto seguro no registro de atenção pós-aborto com uma marca confidencial. Informações sobre serviços abrangentes de atenção ao aborto foram fornecidas durante sessões individuais de alcance comunitário para manter um perfil discreto na comunidade.

130 Transformação da atitude no aborto: um kit de ferramentas de esclarecimento de valores para públicos humanitários ("*Abortion Attitude Transformation: A Values Clarification Toolkit for Humanitarian Audiences"* Ipas), acesso em 8 de Abril de, 2019, https://ipas.org/resources/abortion-attitude-transformation-a-values-clarification-toolkit-for-humanitarian-audiences.

131 Papéis dos profissionais de saúde na prestação de atenção ao aborto seguro e anticoncepção pós-aborto ("*Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception",* WHO, Julho 2015), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/1/9789241549264_eng.pdf. S. Ver Capítulo 8 do Manual de Campo Inter-Agências sobre Saúde Reprodutiva em Ambientes Humanitários ("*Inter-Agency Field Manual for Reproductive Health in Humanitarian Settings")* para mais informações.

132 *Manual de Campo Interagências sobre Saúde Reprodutiva em Ambientes Humanitários ("Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings"),* p. 157.

Gestão do aborto e atenção pós-aborto no primeiro trimestre

	Profissionais de saúde leigos	Trabalhadores de farmácia	Farmacêutico	Médicos do sistema complementar de medicina	Enfermeiras auxiliares/ ANMs	Enfermeiras	Parteiras	Clínicos associados/ avançados	Médicos não-especialistas	Médicos especialistas
Aspiração a vácuo para aborto induzido	✗ **	✗ **	✗ **	✓	✓	✓	✓	✓	✓ *	✓ *
Aspiração a vácuo para tratamento de aborto/aborto espontâneo incompleto sem complicações	✗ **	✗ **	✗ **	✓	✓	✓	✓	✓	✓ *	✓ *
Aborto médico no primeiro trimestre	Recomendação para subtarefas (veja abaixo)	✗	Recomendação para subtarefas (veja abaixo)	✓	✓	✓	✓	✓	✓ *	✓ *
Tratamento de aborto/aborto espontâneo sem complicações com misoprostol	R✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓ *	✓ *

** considerado dentro do escopo típico da prática; evidência não avaliada*

*** considerado fora do escopo típico de prática; evidência não avaliada*

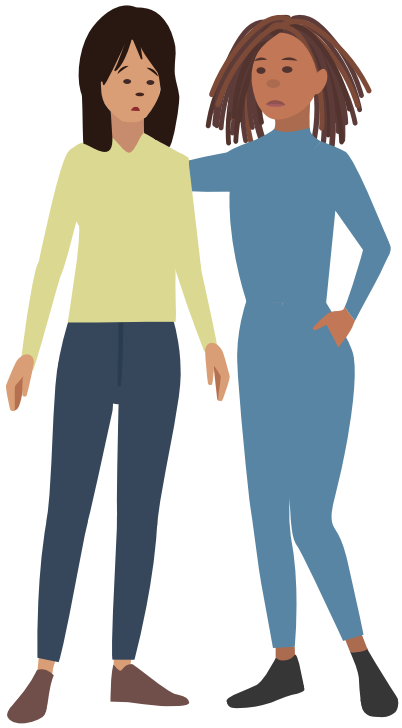
Categoria de Recomendação	Símbolo	Explicação
Recomendada	✓	Os benefícios de implementar esta opção superam os possíveis danos. Esta opção pode ser implementada, inclusive em escala.
Recomendada em circunstâncias específicas	✓	Os benefícios de implementar esta opção superam os possíveis danos em circunstâncias específicas. As circunstâncias específicas são descritas para cada recomendação. Esta opção pode ser implementada nessas circunstâncias específicas.
Recomendada no contexto de pesquisa rigorosa	R✓	Existem incertezas importantes sobre esta opção (relacionadas a benefícios, danos, aceitabilidade e viabilidade) e uma pesquisa adequada, bem projetada e rigorosa é necessária para lidar com tais incertezas.
Recomendação em contrário	✗	Esta opção não deve ser implementada.

Manual de Campo Interagências sobre Saúde Reprodutiva em Ambientes Humanitários ("Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings"), p. 147.

Se uma mulher opta por um aborto, o que um profissional de saúde deve fazer?

O profissional de saúde deve:

- fornecer informações imparciais, do ponto de vista médico, sobre os serviços de aborto em um formato que a mulher possa compreender e lembrar;
- explicar quaisquer requisitos legais para obter atenção ao abortamento legal seguro;
- explicar onde e como obter serviços de aborto legal e seguro e seus custos;
- fornecer informações e oferecer aconselhamento a mulheres sobre contraceptivos pós-aborto;
- usar e fornecer contraceptivos para mulheres que aceitam um método; e
- coconsiderar oferecer tratamento presuntivo para gonorreia e clamídia em locais com alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST).



Considerações Especiais

Adolescentes	Mulheres Que Sofreram Violência
Existem muitas barreiras sociais, econômicas, logísticas, políticas e do sistema de saúde para a atenção ao aborto seguro para meninas adolescentes, incluindo estigma e atitudes negativas em relação à sexualidade adolescente, medo de repercussões negativas, falta de acesso a educação sexual abrangente, recursos/custos financeiros limitados de cuidados, transporte, leis de envolvimento de terceiros e preocupações com privacidade e confidencialidade. Tais dinâmicas explicam por que as jovens geralmente não encontram alternativa senão recorrer ao aborto inseguro, mesmo em ambientes onde o aborto seguro é legal. Serviços de aborto compassivo e confidencial devem estar disponíveis e acessíveis a todas as adolescentes, independentemente de seu estado civil.	É provável que os profissionais de saúde encontrem mulheres que sofreram violência sexual. As mulheres que sofreram este tipo de violência geralmente enfrentam problemas de saúde, como lesões físicas, IST, sofrimento psicológico ou gravidez não intencional. A violência física ou psicológica durante a gravidez também pode contribuir para o aborto espontâneo ou o desejo de abortar. A consulta de atendimento ao aborto pode ser o único contato que as mulheres que sofreram violência têm com o sistema de saúde. Os conselheiros devem desenvolver um método padrão para perguntar a todos os clientes sobre a violência em suas vidas e incorporar estas perguntas ao aconselhamento de rotina. As sobreviventes de violência sexual devem receber atenção ao abortamento compassivo se desejarem interromper a gravidez, e as clientes de aborto que revelam experiências de violência sexual devem ser encaminhadas para apoio psicossocial. Consulte a Unidade 3 para obter mais informações.

Unidade 8: Pontos Chave

- A atenção ao abortamento legal seguro deve estar disponível e acessível a todas as mulheres e meninas em toda a extensão da lei. A atenção pós-aborto não tem restrições legais e deve estar sempre disponível.
- O acesso à atenção ao abortamento legal seguro para todas as mulheres e meninas é fundamental para salvar suas vidas, visto que gravidezes não intencionals e abortos inseguros são as principais causas de mortalidade materna.
- Na maioria dos países, o aborto induzido é legalmente permitido em pelo menos algumas circunstâncias. Em muitos países, o aborto é permitido se a gravidez ameaçar a saúde física e mental da mulher e quando a gravidez resultar de estupro ou incesto.
- O Coordenador de SSR deve identificar as condições sob as quais as políticas nacionais, acordos internacionais assinados e as leis humanitárias e de direitos humanos internacionais permitem a prestação de atenção ao abortamento legal seguro.
- O Coordenador de SSR, gestores de programas de saúde e profissionais de serviços de saúde devem garantir que a atenção ao abortamento legal seguro esteja disponível em toda a extensão da lei no início de uma crise, por meio da prestação direta de serviços ou encaminhamento a profissionais treinados.
- Treinamento rápido no local de trabalho pode ser fornecido a profissionais de saúde qualificados, em parceria com as autoridades nacionais onde for viável, para desenvolver suas habilidades na prestação de atenção ao abortamento legal seguro quando profissionais de saúde previamente treinados não estiverem disponíveis.
- Se a capacidade existente não estiver presente, a atenção ao abortamento legal seguro em toda a extensão da lei deve ser disponibilizada assim que a implementação do PSIM para atividades prioritárias de SSR estiver em andamento, idealmente dentro de três meses após o início da emergência, se não antes.



Desafios e Soluções

Desafios	Soluções
O que deve ser feito desde o início de uma emergência para garantir que a atenção ao aborto seguro em toda a extensão da lei esteja disponível?	Entender a lei e quando a atenção ao abortamento legal seguro é legal. Fazer um mapeamento dos profissionais de saúde existentes na comunidade anfitriã ou entre organizações não governamentais internacionais. Apoiar os profissionais de saúde locais com quaisquer recursos humanos e financeiros adicionais, incluindo suprimentos para apoiar a instalação e facilitar o encaminhamento possível.
O que deve ser feito se as circunstâncias sob as quais o aborto é legalmente permitido são limitadas e não atendem às necessidades de mulheres e meninas?	Interpretar as indicações legais para o aborto tão amplamente quanto a lei permitir e levar em consideração as leis internacionais humanitárias e de direitos humanos para aumentar o acesso à atenção ao aborto seguro para o maior número possível de mulheres e meninas. Todas as mulheres que procuram o aborto podem não cumprir os critérios legais para o aborto. Quando as mulheres que buscam o aborto são rejeitadas pelos serviços, muitas vezes procuram métodos inseguros que podem resultar em ferimentos ou morte. Nesses casos, os profissionais de saúde podem aconselhar as clientes que buscam o aborto sobre a autogestão mais segura do aborto usando o misoprostol sozinho ou o misoprostol em combinação com o mifepristona. Frequentemente chamada de “redução de danos”, esta abordagem pode ser viável em contextos onde o misoprostol está disponível e acessível no mercado local.
O que pode ser feito se os profissionais de saúde não forem competentes nos métodos recomendados pela OMS para a atenção ao abortamento legal seguro?	Em colaboração com as autoridades nacionais, quando viável, envolver ou encaminhar profissionais que já sejam competentes na atenção ao abortamento legal seguro, quando possível. Conduzir um treinamento clínico rápido e prático para melhorar as habilidades do provedor.

Quais são as formas de abordar as atitudes negativas dos profissionais e/ou funcionários sobre o aborto ou mulheres e meninas que procuram o aborto?	Realizar atividades de esclarecimento dos valores do aborto e de transformação de atitudes com profissionais de saúde, equipe do programa e equipe de apoio.[133] Isso deve ser feito como parte dos esforços de preparação, mas também pode ser feito rapidamente durante a implementação do programa, se necessário. Fazer uma triagem de atitudes favoráveis em relação ao acesso seguro à atenção ao abortamento ao contratar profissionais e funcionários.
O que pode ser feito se os profissionais de saúde e a equipe não tiverem conhecimento sobre as circunstâncias em que a atenção ao abortamento legal seguro pode ser fornecida?	Em colaboração com as autoridades nacionais, quando viável, definir as circunstâncias sob as quais a atenção ao abortamento legal seguro pode ser legalmente fornecida e educar os profissionais de saúde e outras partes interessadas sobre os critérios legais.
O que pode ser feito se os líderes comunitários e outras partes interessadas se opõem ao aborto?	Em colaboração com as autoridades nacionais, quando viável, informar os líderes comunitários e outras partes interessadas importantes sobre o fardo do aborto inseguro para as mulheres e meninas em suas comunidades. Identificar aqueles que apoiam o trabalho e envolvê-los para encorajar o apoio de outras pessoas. O esclarecimento dos valores do aborto e as atividades de transformação de atitudes também são úteis para melhorar as atitudes das partes interessadas da comunidade.

133 Transformação da atitude no aborto (“Abortion Attitude Transformation”).

LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PSIM PARA MONITORAMENTO DE SSR: OUTRA ATIVIDADE PRIORITÁRIA: ATENÇÃO AO ABORTO SEGURO NA EXTENSÃO TOTAL DA LEI

A lista de verificação do PSIM para monitoramento de SSR, abaixo, pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em ambientes de ações humanitárias.

8. Outra atividade prioritária: AAS em toda a extensão da lei		
8.1	Cobertura de AAS: (número de unidades de saúde onde a AAS está disponível/ número de unidades de saúde) x 100	%
8.2	Número de mulheres e meninas recebendo AAS	
8.3	Número de mulheres e meninas tratadas de complicações do abortamento (espontâneo ou induzido)	

MATERIAIS E SUPRIMENTOS

Quais suprimentos são necessários ou quais kits IARH podem ser solicitados para oferecer atenção ao aborto legal seguro?

Kits IARH (2019)

Os kits IARH são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde. Os kits são projetados para uso por um período de três meses para um tamanho específico da população-alvo.[134]

Nota: Os kits IARH não são específicos ao contexto ou abrangentes. As organizações não devem depender apenas dos kits IARH e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso não apenas garantirá a sustentabilidade dos suprimentos, mas também permitirá a expansão dos serviços de SSR do PSIM para a atenção integral.

Materiais para aborto garantido em lei e atenção pós-aborto podem ser encontrados nos Kits IARH abaixo e incluem aspiração manual a vácuo e misoprostol. O regime de mifepristona/misoprostol é o padrão ouro global para o aborto medicamentoso e deve ser oferecido em locais onde a mifepristona está registrada e disponível.

Nível de Cuidado com a Saúde	Número do Kit	Nome do Kit
Unidade de atenção primária à saúde ("Primary health care facility," BEmONC)	Kit 8	Tratamento de complicações de aborto espontâneo ou induzido.
Unidade de atenção primária à saúde ("Primary health care facility," BEmONC)	Kit 9	Reparo de lacerações cervicais e vaginais

Produtos complementares

Os produtos complementares podem ser solicitados de acordo com o ambiente favorável e as capacidades dos prestadores de cuidados de saúde. Os produtos complementares estarão disponíveis no UNFPA em 2020.

Nível de entrega de serviço	Item	Para Complementar
Unidade de saúde comunitário	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Unidade de atenção primária à saúde(BEmONC)	Misoprostol*	Kit 8

***O misoprostol também pode ser adquirido para complementar os kits 6A e 8 para o nível de unidade primária de saúde*

134 Os Kits IARH 2019 estarão disponíveis para aquisições no início de 2020. Verifique com o UNFPA(https://www.unfpa.org/) ou IAWG (http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/) para verificar se os kits revisados estão disponíveis. Para obter informações sobre os kits disponíveis antes de 2020, consulte: *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (5th ed., 2011) em http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/.

Teste da Unidade 8: Outras prioridades para o PSIM

1. Qual dos seguintes tipos de profissionais de saúde podem oferecer atenção ao abortamento legal seguro de primeira linha com aspiração manual a vácuo e medicação, quando devidamente treinados e apoiados?

   a. Médicos
   b. Enfermeiras
   c. Farmacêuticos
   d. ***a*** e ***b***

2. O que pode ser feito para facilitar o acesso à atenção ao abortamento legal seguro em toda a extensão da lei?

   a. Disponibilizar a atenção ao abortamento legal seguro em toda a extensão da lei, por meio de unidades de saúde com profissionais qualificados
   b. Oferecer suporte técnico e recursos para o pessoal médico qualificado que já presta serviços de aborto em toda a extensão da lei
   c. Distribuir informações e produtos para o aborto legal medicamentoso seguro
   d. Identificar e indicar profissionais de saúde e organizações com capacitação
   e. Todas as alternativas acima

3. O custo do atendimento, por medo de repercussões negativas e o estigma são barreiras para a atenção ao abortamento legal seguro para mulheres jovens.

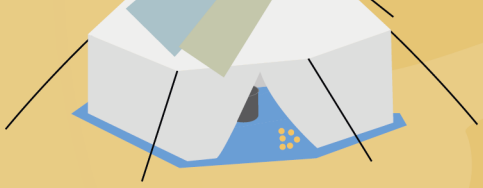
   Verdadeiro ou **Falso**

4. A atenção ao abortamento legal seguro é permitida em uma ou mais circunstâncias na maioria dos países do mundo.

   Verdadeiro ou **Falso**

5. Em que ponto de uma crise a atenção ao abortamento legal seguro deve ser priorizada?

   a. Depois de expandir os serviços de SRH do PSIM para uma programação abrangente
   b. Em ambientes de desenvolvimento - a atenção ao abortamento legal seguro não é uma prioridade durante as crises
   c. No PSIM para SSR como um componente clínico de atendimento a
   d. Ao implementar o PSIM para SSR como outra prioridade
   e. ***c*** e ***d***





UNIDADE 9: A ENCOMENDA DE KITS DE SAÚDE REPRODUTIVA DE EMERGÊNCIA INTERAGÊNCIA

Para garantir a implementação do Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para os objetivos de serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) em uma crise aguda, é fundamental que os suprimentos necessários de SSR sejam disponibilizados. No entanto, os desafios de entregar suprimentos médicos que salvam vidas em tempo hábil durante uma crise humanitária aguda são enormes. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), em nome do Grupo de Trabalho Interagências ("Inter-Agency Working Group", IAWG) sobre Saúde Reprodutiva (SR) em Crises, projetou especificamente um conjunto pré-embalado de kits contendo todos os medicamentos, dispositivos e produtos necessários para facilitar a implementação do PSIM para a SSR - os Kits Interinstitucionais de Saúde Reprodutiva de Emergência (IARH) (às vezes chamados de Kits SR ou Kits SR Interinstitucionais). O UNFPA gerencia estes kits em nome da comunidade interagências e os atualiza em intervalos de poucos anos para garantir a conformidade com as evidências mais recentes e para resolver os gargalos de logística. Os kits IARH são projetados para uso nas fases iniciais de uma emergência humanitária aguda, usando suposições feitas em nível global; portanto, não serão específicos para um dado contexto, ou abrangentes.

Esta unidade explica como solicitar e obter os kits IARH. No entanto, deve-se enfatizar que embora o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos em kits padronizados pré-embalados seja conveniente no início de uma resposta humanitária, as necessidades locais específicas devem ser avaliadas o mais rápido possível e outros suprimentos devem ser solicitados de acordo com estas necessidades. Os Kits IARH não se destinam a serem kits de reabastecimento. Usá-los como tal pode resultar no acúmulo de itens e medicamentos desnecessários e na escassez de itens e medicamentos necessários.

Sempre que possível, é fundamental trabalhar por meio de canais nacionais de aquisição e fortalecer cadeias de abastecimento localmente sustentáveis, especialmente na expansão pós-aguda, do PSIM voltado à SSR para serviços abrangentes de SSR. No entanto, manter a qualidade dos insumos de saúde adquiridos em ambientes de ações humanitárias pode ser incrivelmente desafiador; se você não puder garantir a qualidade dos produtos de acordo com os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do UNFPA, é essencial adquirir internacionalmente por meio de fornecedores pré-qualificados, como o UNFPA ou a OMS.

Existem também muitas atividades relacionadas à logística e gestão da cadeia de abastecimento que podem ser realizadas por organizações, em colaboração com as autoridades nacionais e, quando viável, na fase de preparação que permitirá uma resposta eficaz, eficiente e que salva vidas durante uma crise aguda.

Ao final dessa unidade, os particpantes serão capazes de:

- descrever o que é um Kit IARH e explicar como encomendar suprimentoss;
- descrever os diferentes níveis de Kits IARH voltados aos três níveis de prestação de serviços de saúde; e
- explicar quando os produtos complementares devem ser encomendados.

Quando os Kits IARH devem ser encomendados?

Os Kits IARH são destinados ao uso no início de uma resposta humanitária aguda. Cada kit contém suprimentos suficientes para um tamanho de população específico por um período de três meses. Alguns dos medicamentos e dispositivos médicos contidos nos kits podem não ser adequados para todas as situações. Isso é inevitável, pois são kits de emergência padronizados e pré-embalados, projetados para uso em todo o mundo e mantidos prontos para envio imediato. Além disso, nem todos os ambientes precisarão de todos os kits, dependendo da disponibilidade de suprimentos no ambiente anterior à crise e da capacidade das unidades de saúde.

Deve-se enfatizar que, embora o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos em kits padronizados pré-embalados seja conveniente no início de uma resposta humanitária, as necessidades locais específicas devem ser avaliadas o mais rápido possível e outros suprimentos devem ser solicitados de acordo com estas necessidades. Após a fase aguda de uma emergência, o Coordenador de SSR deve avaliar as necessidades de SSR da população afetada, coordenar com o setor/grupo de saúde e tentar solicitar suprimentos com base no consumo. Isso ajudará a evitar a escassez e o desperdício de suprimentos e ajudará a garantir que o programa de SSR possa ser sustentado. Você pode solicitar suprimentos através dos canais regulares (através do sistema nacional de aquisições, ONGs ou outras agências) ou através do Departamento de Serviços de Aquisições do UNFPA: unfpa.org/humanitarian-emergency-procurement. Para mais informações sobre esta transição, por favor, veja as *Diretrizes de Gerenciamento de Kits IARH para Escritórios de Campo* ("*IARH Kit Management Guidelines for Field Offices").*

Existem outras agências que fornecem kits de saúde pré-embalados com suprimentos de SR além do UNFPA?

O IEHK é um kit de emergência de saúde padronizado que contém medicamentos essenciais, suprimentos e equipamentos para a prestação de serviços de atenção primária à saúde. Particularmente, o módulo de malária IEHK (básico e suplementar) pode ser adquirido em ambientes propensos à malária para complementar os kits IARH. Em um ambiente humanitário, o IEHK geralmente está rapidamente disponível. Além disso, há uma série de outros kits emergenciais de saúde que podem ser adquiridos na OMS, UNICEF, Comitê Internacional da Cruz Vermelha, Médicos Sem Fronteiras e outras organizações não governamentais (ONGs), dependendo da emergência específica ou necessidade em um determinado país. Para oferecer a gama completa de serviços prioritários de SSR em uma situação de emergência, é recomendado que os Kits IARH sejam encomendados de uma forma que complemente o que já pode ter sido adquirido ou que outras fontes de suprimento sejam identificadas para garantir que todos os equipamentos e materiais necessários sejam acessível

Quais informações são necessárias para solicitar os Kits IARH?

Antes de encomendar os kits, é essencial realizar uma avaliação rápida da situação local - o tamanho da população a ser atendida, localização e tipo de unidade de saúde, habilidades dos profissionais de saúde - para confirmar se os Kits IARH são necessários e quais tipos são necessários. A calculadora do kit IARH pode ser usada para auxiliar no processo de determinação do que pedir.[135]

Quanto custam os kits IARH?

O custo dos kits muda periodicamente. É melhor entrar em contato diretamente com o UNFPA para facilitar o pedido, discutir questões de orçamento e garantir que as informações de contato e entrega estejam corretas. Você também pode usar o Planejador de Orçamento do UNFPA em unfpaprocurement.org/budget-planner para estimar o custo de sua aquisição. O financiamento para os kits pode vir de seus próprios recursos (por exemplo, governo, ONG ou outros recursos) ou fundos de emergência do UNFPA. Você pode trabalhar com o escritório do UNFPA no país para determinar se você está qualificado para acessar os fundos de emergência do UNFPA para os Kits IARH necessários em seu contexto.

Com que rapidez os kits IARH chegarão no meu local de atuação?

A entrega prevista dos kits IARH, uma vez que os pagamentos tenham sido finalizados, é uma questão de dias para situações de emergência aguda e de 10 a 12 semanas para situações pós-agudas. O estoque pré-embalado mantido com o fornecedor é priorizado para operações de emergência aguda; as situações pós-agudas receberão kits embalados com estoque fresco. O transporte internacional dos kits será gerenciado pela Seção de Serviços de Aquisições do UNFPA, e o transporte é considerado no prazo de entrega. Entre em contato com o escritório do UNFPA no país para determinar se os pedidos podem ser coordenados para facilitar a importação.[136]

O transporte para os locais de campo depende do transporte local da agência solicitante e dos arranjos de armazenamento. Se você estiver solicitando os kits externamente no escritório do UNFPA no país, esteja preparado para receber as mercadorias assim que chegarem ao porto de entrada do país. É imprescindível ter a documentação e aprovações necessárias para o desembaraço aduaneiro antes da chegada das mercadorias na fronteira, bem como identificados os armazéns e meios de transporte. Além disso, designe uma equipe para garantir a importação, armazenamento e distribuição de suprimentos aos parceiros de implementação. O UNFPA, o setor/grupo de saúde e o setor/grupo de logística costumam ajudar a facilitar a entrada e o desembaraço aduaneiro, armazenamento e distribuição posterior.

Como os kits IARH são embalados?

Para facilitar a logística no país, o UNFPA providenciou que as caixas contendo cada kit:

- estão claramente marcados na parte externa com o número do kit e uma descrição do conteúdo, destinatário e outras informações relevantes;

135 A calculadora dos Kits IARH está disponível no site do UNFPA, no site "IAWG on SRH in Crises", e no aplicativo do UNFPA para dispositivos móveis (no final de 2019).

136 137 Informações de contato do escritório do UNFPA no país ser encontradas em https://www.unfpa.org/worldwide.

- são marcados com o número de caixas por kit e o peso e volume de cada kit;
- pode ser manuseado por uma ou duas pessoas; e
- são marcados em todos os lados com uma cor representando um kit específico.

O UNFPA desenvolveu o *Manual Interagências de Kits de Saúde Reprodutiva de Emergência para Uso em Ambientes Humanitários ("Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Settings Manual", 2019) e as Diretrizes de Gerenciamento de Kits IARH para Escritórios de Campo ("IARH Kits Management Guidelines for Field Offices")* para fornecer todas as informações necessárias sobre o gerenciamento dos kits.

Como posso descobrir o conteúdo exato de cada kit IARH?

Os kits IARH são revisados a cada poucos anos para se alinhar com as orientações mais atualizadas da OMS e abordar os gargalos logísticos. Contate o UNFPA para obter uma cópia da versão mais recente do Manual de kits de saúde reprodutiva de emergência interagências para uso em contextos humanitários ou visite os sites do UNFPA ou IAWG para SR em crises para encontrar a versão mais atualizada.[137] Este manual fornece uma lista de conteúdos para cada kit, bem como orientações sobre pedidos, gerenciamento, o tipo de treinamento que o pessoal de saúde deve ter para usar o conteúdo de um kit de forma adequada e outras informações importantes. O manual está disponível em inglês, francês, árabe e espanhol e há diretrizes de tratamento para download em inglês e francês. Um repositório de documentos relacionados ao uso e gerenciamento dos Kits IARH, incluindo materiais de informação, educação e comunicação, estará disponível no site do IAWG sobre SR em Crises em 2019.

Os Kits IARH 2019 estarão disponíveis para aquisição no início de 2020. Verifique com UNFPA (unfpa.org) ou IAWG para SR em Crises (iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/) para verificar se os kits revisados estão disponíveis. Para obter informações sobre os kits disponíveis antes de 2020, consulte Kits interinstitucionais de saúde reprodutiva para situações de crise (5ª ed., 2011) em iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/.

Kits IARH (2019)

Os kits IARH (2019) são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde.[138] Os kits são projetados para uso por um período de três meses para um tamanho específico da população-alvo. Os produtos complementares podem ser encomendados com base nas informações básicas pré-crise, de acordo com o ambiente propício e as capacidades dos prestadores de cuidados de saúde. Como estes kits não são específicos ao contexto ou abrangentes, as organizações não devem depender apenas dos Kits IARH por longos períodos e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso garantirá a sustentabilidade dos suprimentos e permitirá a expansão dos serviços do PSIM para SSR para SSR abrangente.

137 *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (IAWG, January 2011), http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-for-crisis-situations.

138 The 2019 IARH Kits will be available for procurement in early 2020. Check with UNFPA (https://www.unfpa.org/) or IAWG (http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/) to verify whether the revised kits are available. For information regarding kits available before 2020, see *the Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (5th ed., 2011) at http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/.

Kits de nível comunitário/posto de saúde destinam-se ao uso por prestadores de serviços que prestam cuidados de SSR no nível de saúde comunitário. Cada kit é projetado para atender às necessidades de 10.000 pessoas em um período de três meses. Os kits contêm principalmente medicamentos e itens descartáveis.

Kits de nível de unidade de saúde primária (BEmONC) contêm material descartável e reutilizável, para uso por profissionais de saúde treinados que tenham parteiras adicionais e habilidades obstétricas e neonatais selecionadas no centro de saúde ou hospital. Esses kits são projetados para serem usados por uma população de 30.000 pessoas em um período de três meses. É possível solicitar esses kits para uma população de menos de 30.000 pessoas; isso apenas significa que os suprimentos durarão mais.

Kits de nível de hospital de referência (CEmONC) contêm suprimentos descartáveis e reutilizáveis para fornecer EmONC abrangente no nível de referência (obstetrícia cirúrgica). Em ambientes humanitários agudos, os pacientes das populações afetadas são encaminhadas ao hospital mais próximo, que pode precisar de suporte em termos de equipamentos e suprimentos para poder fornecer os serviços necessários para esse número de casos adicional. Estima-se que um hospital desse nível cobre uma população de aproximadamente 150.000 pessoas. Os suprimentos fornecidos nesses kits atenderiam essa população por um período de três meses.

Visão geral dos Kits de Emergência Interagências de Saúde Reprodutiva de 2019

Nível de Atendimento de Saúde	Número do Kit	Nome do Kit
Unidade de saúde/comunitário	Kit 1A	Preservativos masculinos
Unidade de saúde/comunitário	Kit 2A, 2B*	Parto Limpo (A: Mãe, B: Assistente de Parto)
Unidade de saúde/comunitário	Kit 3	Tratamento pós-estupro
Unidade de saúde/comunitário	Kit 4	Contraceptivos orais e injetáveis
Unidade de saúde/comunitário	Kit 5	Tratamento de IST
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 6A, 6B	Assistência clínica ao parto - Suprimentos para obstetrícia (A: Reutilizável, B: Consumível)
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 8	Tratamento de complicações de aborto espontâneo ou induzido
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 9	Reparo de lacerações cervicais e vaginais
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 10	Parto assistido com extração a vácuo
Hospital de referência (CEmONC)	Kit 11A, 11B	Kit de cirurgia obstétrica e complicações obstétricas graves (A: Reutilizável, B: Consumível)
Hospital de referência (CEmONC)	Kit 12	Transfusão

** Onde houver um Kit A e um B, isso significa que estes kits podem ser usados juntos, mas também podem ser encomendados separadamente.*

Produtos complementares são itens descartáveis e consumíveis e/ou kits que podem ser solicitados em circunstâncias específicas para complementar os kits IARH:

- Onde os profissionais de saúde ou a população são treinados para usar o produto
- Onde os suprimentos foram aceitos e usados antes da emergência
- Após o primeiro pedido rápido de suprimentos de SSR, em crises prolongadas ou cenários pós-emergência, enquanto todos os esforços são feitos para fortalecer ou construir linhas de abastecimento de insumos de saúde sustentáveis locais (incluindo canais de aquisição locais e regionais)
- Onde o uso dos suprimentos é permitido em toda a extensão da legislação nacional

Produtos complementares com nomes de agências específicos podem ser pedidos por meio de suas respectivas organizações anfitriãs, incluindo:

- Módulo Suplementar de Malária IEHK: OMS e UNICEF
- Kits de suprimentos interinstitucionais para cuidados neonatais: UNICEF*

Nível de entrega do serviço	Item	Para Complementar
Coordenação	Kit 0 Administração e Treinamento	Todos os Kits
Unidade de saúde/comunitário	Kit 1B, Preservativos Femininos	Kit 8
Unidade de saúde/comunitário	Clorexidina	Kit 2A
Unidade de saúde/comunitário	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Unidade de saúde/comunitário	Kit interagências de suprimentos para recém-nascidos (Comunidade) **	Kit 2A, 2B
Unidade de saúde/comunitário	Acetato de medroxiprogesterona - subcutâneo de deposição (DMPA-SC)	Kit 4
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 7A – Dispositivo intrauterino	Kit 4
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 7B – Implante contraceptivo	Kit 4
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Vestuário antichoque não pneumático	Kit 6A
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Oxitocina	Kit 6B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit interagências de emergência de saúde (módulo de malária)	Kit 6B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit interagências de suprimentos para cuidados neonatais (unidade primária de saúde)**	Kit 6A, 6B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Mifepristona*	Kit 8
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Sistema portátil de parto assistido por vácuo	Kit 10
Hospital de referência (CEmONC)	Kit interagências de suprimentos para cuidados neonatais (Hospitalar)**	Kit 11A, 11B

** Misoprostol can also be procured to complement kits 6A and 8 for the primary health care facility level.*

*** At the time of printing the 2018 IAFM, Newborn Care Supply Kits were not yet available.*

Como os Kits IARH podem ser encomendados?

Na maioria das emergências agudas, o UNFPA fornecerá kits IARH em nome do grupo de trabalho/subsetor de SSR no início de uma emergência. Você pode entrar em contato com o Coordenador de SSR para facilitar a aquisição dos Kits IARH.

Os Kits IARH também podem ser encomendados diretamente do Setor de Serviços de Aquisições ("Procurement Service Branch do UNFPA em Copenhaguen, em unfpa.org/humanitarian-emergency-procurement. Antes de fazer seu próprio pedido, discuta com o escritório do UNFPA no país para determinar o que já está sendo pedido e se os pedidos podem ser combinados. O UNFPA precisará saber onde os kits IARH serão usados e que organização ou indivíduo organizará a distribuição dos kits. O escritório do UNFPA no país ou o Escritório Humanitário do UNFPA podem fornecer informações sobre os kits ou ajudar a facilitar um pedido. Os kits não podem ser desembolsados até que o financiamento seja confirmado com o Departamento de Serviços de Aquisições do UNFPA.

Ao fazer um pedido, forneça as seguintes informações:

- A confirmação da disponibilidade de fundos e o código de orçamento exigível; o envio não pode ser feito até que os problemas de financiamento sejam resolvidos
- O nome e os dados de contato da pessoa responsável pelo pedido e coordenação da entrega dos kits
- O nome e dados de contato completos (endereço, telefone, fax, e-mail) do responsável pelo recebimento dos kits em campo
- Um plano de distribuição detalhado

Ter um plano de distribuição na hora de fazer o pedido é fundamental tanto para o desembolso dos kits quanto para o planejamento e programação da logística. Este plano deve delinear quantos kits devem ir para quais parceiros em quais configurações geográficas. Também deve incluir planos detalhados para o transporte e armazenamento no país, incluindo disposições para itens que precisam ser mantidos resfriados (rede de frio). Se houver vários destinos envolvidos em um país, uma lista detalhada delineando os respectivos destinos, tipos e quantidades de cada kit para cada destino, pessoas de contato e assim por diante, é necessária.



Para obter mais informações, consulte as *Diretrizes de Gerenciamento do Kit IARH ("IARH o Manual do Kit IARH (IARH Kit Manual)* em iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011.

Se você for uma ONG nacional, usar o grupo de trabalho de SSR e fizer o pedido através do escritório do UNFPA no país pode facilitar os procedimentos alfandegários e de chegada dos kits ao país, já que as agências das Nações Unidas geralmente estão cobertas por uma isenção de importação humanitária geral. Para algumas agências, particularmente ONGs locais, pode ser útil desenvolver um memorando de entendimento com o UNFPA antes de uma crise para evitar atrasos nas aquisições. Informações sobre os kits e assistência para pedidos podem ser fornecidas pelos escritórios de campo do UNFPA, agências parceiras ou pelo Escritório Humanitário do UNFPA em Genebrat.

Endereço	UNFPA Procurement Service Branch Marmovej 51 2100 Copenhagen Dinamarca	UNFPA Humanitarian Office Palais des Nations Avenue de la paix 8-14 1211 , Geneva 10, Switzerland
Email	procurement@unfpa.org	Humanitarian-SRHsupplies@unfpa.org
Website	unfpaprocurement.org	unfpa.org

Como são solicitados os Kits Interinstitucionais de Saúde de Emergência (IEHK)

Os IEHKs podem ser encomendados através da OMS ou UNICEF. Um livreto que descreve o IEHK e como ele pode ser solicitado através da OMS está disponível no site do kit de emergência de saúde da OMS: who.int/emergencies/kits/en/.

Você também pode fazer contato diretamente com o UNICEF em:

Endereço	Procurement Services Centre UNICEF Supply Division Oceanvej 10-12 DK — 2150 Nordhavn, Copenhagen Dinamarca
Email	supply@unicef.org
tel	+45 4533 5500
fax	+45 3526 9421

Para obter mais informações sobre os serviços, parceiros e suprimentos do UNICEF, visite unicef.org/supply/index_procurement_services.html e supply.unicef.org.

Como é um exemplo de pedido de kit IARH?

EXEMPLO: Deslocamento Populacional Agudo, Fronteiras Migratórias

- **Número de pessoas deslocadas:** 30,000
- **Observações especiais:** Suprimentos administrativos estão disponíveis localmente; alta taxa de cesariana no país de origem e alta taxa de partos nas instalações (> 75%); alta probabilidade de deslocamento além da fronteira o estupro era conhecido por ser usado em conflitos no local de origem; Os implantes foram usados no local de origem
- **Instalações de pessoal**
  - **Clínicas móveis:** 1 clínica móvel, sustentada pelo UNFPA; ambulatório diurno
  - **Atendimento primário de saúde:** 2 centros de saúde com 2 médicos, 2 enfermeiras treinadas, 1 parteira treinada ao longo do caminho de migração
  - **Nível de referência:** 1 hospital local a 10 km de distância, mal equipado, mas com equipe treinada capaz de realizar procedimentos obstétricos de emergência

Exemplo de pedido:

Item	Quantidade
Preservativos Masculinos (Kit 1)	3
Parto Limpo, Individual (Kit 2A)	3
Parto Limpo, Atendente (Kit 2B) Tratamento pós-estupro (Kit 3)	3
Tratamento pós-estupro (Kit 3)	4
Contraceptivos orais e injetáveis (Kit 4)	4
Tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (Kit 5)	4
Assistência clínica ao parto (Kit 6A)	2
Assistência clínica ao parto (Kit 6B)	2
Tratamento de aborto espontâneo e complicações do aborto (Kit 8)	4
Sutura de lacerações cervicais e vaginais (Kit 9)	3
Parto de extração a vácuo (Kit 10)	3
Kit de nível de referência para saúde reprodutiva (Kit 11A)	1
Kit de nível de referência para saúde reprodutiva (Kit 11B)	1
Transfusão Sanguínea (Kit 12)	1
Produtos Complementares	
Oxitocina	1

Explicação do pedido do Kit IARH:

Preservativos Masculinos (Kit 1)	Este kit é projetado para 10.000 pessoas, portanto, precisamos de 3 kits que seriam divididos entre centros de saúde primários e de referência.
Kit de Parto Limpo, Individual (Kit 2A)	Devido à natureza migratória da emergência, as mulheres podem não ter acesso às unidades de saúde. Este kit é projetado para 10.000 pessoas, portanto, precisamos de 3 kits que seriam então distribuídos na comunidade, centros de saúde primários e de referência para mulheres visivelmente grávidas.
Kit de Parto Limpo, Atendente (Kit 2B)	Não se sabe se parteiras e profissionais de saúde estão na comunidade. Uma vez que não há suprimentos com prazo de vencimento neste kit, você deve solicitar este kit. Este kit é projetado para 10.000 pessoas, portanto, precisamos de 3 kits que seriam então distribuídos na comunidade, centros de saúde primários e de referência para mulheres visivelmente grávidas.
Tratamento pós-estupro (Kit 3)	Este kit é projetado para 10.000 pessoas, portanto, precisamos de 3 kits que seriam divididos entre centros de saúde primários e de referência. Como na verdade existem 4 centros de saúde primários e de referência e os suprimentos são difíceis de dividir, iremos adquirir 4 kits; um para ser distribuído a cada centro de saúde primário e de referência.
Contraceptivos orais e injetáveis (Kit 4)	Este kit é projetado para 10.000 pessoas, portanto, precisamos de 3 kits que seriam divididos entre centros de saúde primários e de referência. Como na verdade existem 4 centros de saúde primários e de referência e os suprimentos são difíceis de dividir, iremos adquirir 4 kits; um para ser distribuído a cada centro de saúde primário e de referência.
Tratamento de IST (Kit 5)	Este kit é projetado para 10.000 pessoas, portanto, precisamos de 3 kits que seriam divididos entre centros de saúde primários e de referência. Como na verdade existem 4 centros de saúde primários e de referência e os suprimentos são difíceis de dividir, iremos adquirir 4 kits; um para ser distribuído a cada centro de saúde primário e de referência.

Assistência clínica ao parto (Kit 6A e Kit 6B)	Este kit foi projetado para 30.000 pessoas; portanto, precisaríamos de 1 kit que seria enviado aos centros de saúde primários. Como há 2 centros de saúde primários e suprimentos neste kit, não é possível dividir. Iremos adquirir 3 kits e enviar um para cada centro de atenção primária à saúde. As clínicas móveis não realizam partos sozinhas, por isso não recebem este kit.
Tratamento de aborto espontâneo e complicações do aborto (Kit 8)	Este kit foi projetado para 30.000 pessoas; portanto, precisaríamos de 1 kit que seria enviado aos centros de saúde primários e de referência. Como existem 2 centros de saúde primários, 1 clínica móvel e 1 centro de saúde de referência, e os suprimentos neste kit não podem ser divididos, iremos adquirir 4 kits e enviaremos um para cada centro de saúde primário e de referência. Nem todos estes suprimentos podem ser usados na clínica móvel. Recomenda-se que a clínica móvel repasse os suprimentos inutilizáveis a uma unidade de saúde primária.
Sutura de lacerações cervicais e vaginais (Kit 9)	Este kit foi projetado para 30.000 pessoas; portanto, precisaríamos de 1 kit que seria enviado aos centros de saúde primários e de referência. Uma vez que existem 2 centros de saúde primários e 1 centro de saúde de referência, e os suprimentos neste kit não são possíveis de serem divididos, iremos adquirir 3 kits e enviaremos um para cada centro de saúde primário e de referência. As clínicas móveis não realizam partos sozinhas, por isso não recebem este kit.
Parto de extração a vácuo (Kit 10)	Este kit foi projetado para 30.000 pessoas; portanto, precisaríamos de 1 kit que seria enviado aos centros de saúde primários e de referência. Uma vez que existem 2 centros de saúde primários e 1 centro de saúde de referência, e os suprimentos neste kit não podem ser divididos, iremos adquirir 3 kits e enviar um para cada centro de saúde de referência e primário. As clínicas móveis não realizam partos sozinhas, por isso não recebem este kit.

Kit de nível de referência para saúde reprodutiva (Kit 11A e Kit 11B)	Este kit é projetado para 150.000 pessoas; portanto, precisaríamos de 1 kit que seria enviado para 1 centro de saúde de referência.
Transfusão Sanguínea (Kit 12)	Este kit é projetado para 150.000 pessoas; portanto, precisaríamos de 1 kit que seria enviado para 1 centro de saúde de referência.
Oxitocina	As populações provenientes de locais com altas taxas de cesariana e de partos em instalações hospitalares levarão a mais partos em centros de saúde primários devido ao comportamento de busca de saúde. A quantidade de oxitocina pode ser maior do que a média que foi usada na estimativa do kit.

Unidade 9: Pontos chave

- Os Kits da IARH são um conjunto pré-embalado de kits contendo todos os medicamentos, dispositivos e produtos necessários para facilitar a implementação do PSIM para SSR por um período de três meses.
- Os kits da IARH são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde: comunidade, atenção primária à saúde e hospital de referência.
- Os produtos complementares são itens descartáveis e consumíveis que podem ser solicitados em circunstâncias específicas para complementar os kits principais. Eles devem ser solicitados de acordo com o ambiente propício e as capacidades dos profissionais de saúde.
- Deve-se evitar a dependência e o pedido contínuo dos Kits da IARH; os pedidos de acompanhamento para as necessidades contínuas de suprimento devem ser feitos por meio das linhas regulares de suprimento no país.



Teste da Unidade 9: Encomenda de Kits IARH (2019)

1. Quando uma organização deve solicitar commodities complementares? Marque todos que se aplicarem:

   a. Quando os profissionais de saúde ou a população são treinados para usar o produto
   b. Quando os suprimentos foram aceitos e usados antes da emergência
   c. Se o fornecimento for permitido em toda a extensão da legislação nacional e estiver incluído na lista nacional de medicamentos
   d. No início de cada emergência

2. Qual afirmativa não está correta?

   a. Os kits da IARH contêm suprimentos suficientes para um período de sete meses.
   b. É importante coordenar com os parceiros e preparar um plano para a distribuição dos kits no país.
   c. É importante ter um plano de transporte e armazenamento, incluindo uma rede de frio.
   d. Deve haver coordenação contínua para analisar a situação, avaliar as necessidades da população e solicitar materiais descartáveis e outros equipamentos.

3. _____, _____, e _____ são os diferentes níveis de cuidados de saúde para os quais os kits da IARH foram projetados.

   a. Nível Internacional
   b. Atenção primária à saúde
   c. Hospital de referência
   d. Unidade de saúde/comunitário
   e. Nível do Ministério da saúde

4. Quem gerencia os Kits IARH ?

   a. UNHCR
   b. UNICEF
   c. UNFPA
   d. UNOCHA

5. Quais informações são necessárias para solicitar os Kits IARH? Selecione todos que se aplicam:

   a. Informações detalhadas de contato, entrega e financiamento
   b. Informações sobre o tipo de ambiente e o tamanho da população-alvo
   c. Onde os kits serão usados e qual organização organizará a distribuição dos kits
   d. Por que os kits são necessários
   e. O número de centros de saúde e hospitais de referência

MÓDULO PSIM PARA SSR: PÓS-TESTE

1. Os objetivos do PSIM para SSR e outras atividades prioritárias incluem:

   a. Evitar a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes
   b. Evitar a transmissão e reduzir a morbidade e mortalidade devido ao HIV e outras IST
   c. Evitar o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal
   d. Evitar a gravidez não intencional e garantir que a atenção ao abortamento legal seguro esteja disponível, em toda a extensão da lei
   e. Todas as alternativas acima

2. Qual destes é um princípio orientador para responder às necessidades das sobreviventes de violência sexual?

   a. Segurança
   b. Confidencialidade
   c. Entrega de serviços
   d. Não-discriminação
   e. ***a***, ***b***, e ***d***

3. O que **não** está incluído como atividade prioritária do PSIM para SSR?

   a. Cuidado pré-natal
   b. Cuidado pós-natal
   c. Serviços abrangentes de VBG
   d. Aconselhamento e teste voluntários de HIV
   e. Todas as alternativas acima

4. Quais são os blocos de construção do sistema de saúde da OMS? Selecione todos que se aplicam:

   a. Financiamento
   b. Insumos de saúde
   c. Entrega de serviços
   d. Marketing
   e. Governança e liderança

5. Os adolescentes têm o direito de ser informados e de ter acesso a métodos contraceptivos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de sua escolha.

Verdadeiro ou **Falso**

6. Passaram-se duas semanas após um desastre natural e as reuniões de coordenação de saúde terem sido estabelecidas, mas as reuniões de coordenação de SSR ainda não começaram. O que você deve fazer?

   a. Espere um pouco mais; uma vez que as atividades de saúde sejam estabelecidas, o setor/grupo de saúde se concentrará em SSR
   b. Advogar para o grupo de saúde para o início imediato de reuniões SSR separadas
   c. Participe das reuniões de coordenação de nutrição
   d. ***a*** e ***c***

7. Qual **não** é um princípio da programação de SSR em ambientes de ações humanitárias?

   a. Avançar os direitos humanos e direitos reprodutivos
   b. Garantir solidez técnica e responsabilidade financeira
   c. Compartilhe informações e resultados apenas com os participantes do grupo de trabalho SSR
   d. Trabalhe em parcerias respeitosas

8. O papel da Coordenação de SSR é:

   a. Coordenar, comunicar e colaborar com os setores/grupos/atores de saúde, VBG, HIV e logística
   b. Apoiar os parceiros de saúde na busca de financiamento de SSR por meio de processos e recursos de planejamento humanitário e financiamento plurianual para a transição para SSR abrangente
   c. Liderar a identificação ativa de casos e gestão de casos de HIV e aquisição de antirretrovirais para tratamento de primeira ou segunda linha e cotrimoxazol
   d. Para utilizar a lista de verificação do PSIM para SSR para monitorar o PSIM para serviços de SSR
   e. ***a***, ***b***, e ***d***

9. Qual **não** é um sinal de perigo para o recém-nascido?

a. Ataques ou convulsões
b. Atividade reduzida ou falta de movimento
c. Amamentação
d. Respiração rápida (mais de 60 respirações por minuto)
e. Tamanho muito pequeno ao nascer

10. Quais serviços essenciais as parteiras qualificadas devem ser capazes de oferecer como parte dos cuidados obstétricos e neonatais de emergência (EmONC) e cuidados essenciais ao recém-nascido?

a. Prestação de cuidados pós-aborto
b. Gestão de doenças neonatais e cuidados para bebês prematuros/com baixo peso ao nascer
c. Prevenção e tratamento de hemorragia intraparto e pós-parto
d. Prestação de parto assistido com extração a vácuo
e. Proteção térmica (secagem, aquecimento, contato imediato com a pele e banho retardado)
f. Todas as alternativas acima

11. Quando deve ocorrer o planejamento para a integração de atividades abrangentes de SSR?

a. No início de uma resposta humanitária
b. Assim que as taxas de mortalidade se estabilizarem
c. Quando as autoridades de saúde locais informam a comunidade humanitária para iniciar serviços abrangentes
d. ***b*** e ***c***

12. O que deve ser oferecido a todos os adultos e adolescentes afetados pela crise que vivem com HIV avançado que estavam em uso de antirretrovirais antes da emergência?

a. Antirretrovirais
b. Cotrimazol
c. Preservativos
d. Profilaxia do tétano
e. ***a***, ***b***, and ***c***

13. Um sistema de referência eficaz deve ter opções de transporte disponíveis apenas durante o horário de funcionamento da clínica.

Verdadeiro ou **Falso**

14. Qual das opções a seguir **não** está incluída no atendimento clínico para mulheres sobreviventes de violência sexual?

a. Histórico e exame médico completo após consentimento do sobrevivente

b. Cuidado compassivo e confidencial e aconselhamento com o consentimento da sobrevivente

c. Informações sobre opções de gravidez e atenção ao abortamento legal seguro/encaminhamento para atenção ao abortamento legal seguro em toda a extensão da lei

d. Exame forense e coleta feita para todas as sobreviventes em todos os contextos

e. Serviços de saúde psicossocial ou mental

15. Sua organização está enfrentando desafios logísticos e atrasos significativos no recebimento de suprimentos no país. Diante dessa realidade, o que você pode fazer para resolver tal situação?

a. Discutir os desafios durante a reunião de coordenação de SSR e setor/grupo de saúde

b. Entre em contato com o UNFPA e/ou com o setor/grupo de logística para ver se podem prestar apoio

c. Siga os processos de aquisição e conduza a garantia de qualidade para obter medicamentos e suprimentos localmente

d. Todas as alternativas acima

16. As Pílulas contraceptivas de emergência só de progestina são seguras para todas as mulheres, meninas e adolescentes em idade reprodutiva, mesmo para aqueles que são aconselhados a não usar contraceptivos orais combinados para a contracepção contínua.

Verdadeiro ou **Falso**

17. Um exemplo de controle de infecção inclui::

a. Descarte de objetos pontiagudos em latas de lixo ou sacos comuns

b. Limpar derramamentos de sangue ou outros fluidos corporais prontamente e com cuidado com uma solução de cloro a 0,5%

c. Re embalar as agulhas

d. Mergulhar instrumentos contaminados em água morna

18. Produtos complementares, como Preservativos e implantes Femininos, devem sempre ser encomendados no início de cada emergência.

Verdadeiro ou **Falso**

19. Quem deve estar envolvido no planejamento do programa e na implementação do PSIM para serviços de SSR e serviços de SSR abrangentes? Selecione toas as alternativas que se aplicam:

a. Grupos LGBTQIA

b. Pessoas com deficiência

c. Adolescentes

d. Líderes comunitários

e. O(A) coordenador(a) de SSR

20. O aconselhamento anticoncepcional e o fornecimento de um método devem ser uma prioridade em todos os serviços de aborto.

Verdadeiro ou **Falso**

APÊNDICE A: QUAIS OS OBJETIVOS DO PSIM PARA SSR?

Certifique-se de que o setor / cluster de saúde identifique uma organização para liderar a implementação do PSIM. A organização líder de SSR:[139]

- nomeia um Coordenador de SSR para prestar apoio técnico e operacional a todas as agências que prestam serviços de saúde;
- promove encontros regularmente com todos os interessados relevantes para facilitar a ação coordenada a fim de garantir a implementação do PSIM para SSR;
- reporta-se ao setor/grupo de saúde, subsetor/grupo de violência baseada em gênero (VBG), e/ou reuniões da coordenação nacional de HIV sobre assuntos relacionados à implementação do PSIM;
- em conjunto com os mecanismos de coordenação de saúde para VBG/HIV, garante o mapeamento e a análise dos serviços existentes de SSR;
- compartilha informações sobre a disponibilidade de serviços e produtos de SSR em coordenação com os setores / clusters de saúde e logística; e
- garante que a comunidade esteja ciente da disponibilidade e localização dos serviços de SSR.

Evitar a violência sexual e responder às necessidades das sobreviventes:

- trabalhar com outros grupos, especialmente o grupo de proteção e subgrupo de VBG, para implementar medidas preventivas em nível comunitário, local e distrital, incluindo unidades de saúde, para proteger as populações afetadas, especialmente mulheres e meninas, da violência sexual;
- disponibilizando atendimento clínico e encaminhamento a outros serviços de apoio para sobreviventes de violência sexual; e
- criar espaços confidenciais e seguros nas unidades de saúde para receber as sobreviventes de violência sexual e fornecer atendimento clínico e encaminhamento adequados.

139 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: 2018 Revision (Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2018), http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf.

Evitar a transmissão e reduzir a morbidade e mortalidade devido ao HIV e outras IST:

- estabelecendo o uso seguro e racional de transfusões de sangue;
- garantindo a aplicação das precauções padrão;
- garantindo a disponibilidade de preservativos masculinos lubrificados gratuitos, onde isso se aplicar (por exemplo, já utilizados pela população antes da crise), garantir o fornecimento de preservativos femininos;
- apoiando o fornecimento de antirretrovirais (ARVs) para continuar o tratamento de pessoas que estavam inscritas em programas de terapia antirretroviral (TARV) antes da emergência, incluindo mulheres que estavam inscritas em programas de Prevenção da Transmissão Vertical da Mãe para Filho (PTV);
- fornecendo Profilaxia Pós-Exposição (PPE) às sobreviventes da violência sexual, conforme for adequado e para exposição ocupacional;
- apoiando o fornecimento de profilaxia, com cotrimoxazol, de infecções oportunistas em pacientes diagnosticados com HIV; e
- assegurando a disponibilidade de instalações de saúde para diagnóstico sindrômico e tratamento de IST.

Evitar o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal:

- garantindo a disponibilidade e acessibilidade de partos limpos e seguros, cuidados essenciais ao recém-nascido e serviços obstétricos de emergência e cuidados neonatais vitais (EmONC), incluindo:
  - no nível do hospital de referência: equipe médica qualificada e suprimentos para a prestação de cuidados obstétricos de emergência abrangentes e recém-nascidos (CEmONC);
  - no nível das unidades de saúde: parteiras qualificadas e materiais para partos vaginais e prestação de cuidados obstétricos básicos de emergência e recém-nascidos (BemONC);
  - no nível da comunidade: fornecimento de informações à comunidade sobre a disponibilidade de partos seguros e serviços EmONC e a importância de procurar cuidados nas unidades de saúde; kits de parto limpo devem ser fornecidos a mulheres grávidas e parteiras visivelmente para promover partos domiciliares limpos quando o acesso a uma unidade de saúde não for possível;
- estabelecendo um sistema de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana para facilitar o transporte e a comunicação da comunidade para o centro de saúde e hospital;
- garantindo a disponibilidade de cuidados pós-aborto que salvam vidas em centros de saúde e hospitais; e
- egarantir a disponibilidade de suprimentos e produtos para partos limpos e atendimento imediato ao recém-nascido, onde o acesso a uma unidade de saúde não for possível ou não for confiável.

Evitar gestações não intencionais:

- garantir a disponibilidade de uma variedade de métodos contraceptivos de ação prolongada, reversíveis e de ação curta (incluindo preservativos masculinos e femininos [quando já usados] e contraceptivos de emergência [CE]) nas unidades de atenção primária à saúde para atender à demanda;
- fornecendo informações, incluindo informações existentes, materiais de educação e comunicação e aconselhamento anticoncepcional que enfatiza a escolha e consentimento informado, eficácia, privacidade e confidencialidade do cliente, equidade e não discriminação; e
- assegurando-se que a comunidade esteja ciente da disponibilidade de contraceptivos para mulheres, adolescentes e homens.

Planejar serviços abrangentes de SSR integrados à atenção primária à saúde o mais rápido possível.

- Trabalhar com parceiros do setor/grupo para abordar os seis blocos de construção do sistema de saúde: prestação de serviços, força de trabalho em saúde, sistema de informação em saúde, insumos de saúde, financiamento e governança e liderança.

Outra Prioridade

- Também é importante garantir que a atenção ao abortamento legal seguro esteja disponível, em toda a extensão da lei, nos centros de saúde e instalações hospitalares.

APÊNDICE B: LISTA DE VERIFICAÇÃO DO MONITORAMENTO DO PSIM PARA SSR

O Coordenador de SSR implementa a Lista de Verificação do Monitoramento de PSIM para SSR, a fim de monitorar a prestação de serviços em cada ambiente humanitário como parte do monitoramento e avaliação geral do setor/grupo de saúde. Em alguns casos, isso pode ser feito por relatório verbal dos gerentes de SSR e/ou por meio de visitas de observação. No início da resposta humanitária, o monitoramento é feito semanalmente e os relatórios devem ser compartilhados e discutidos com o setor/grupo de saúde em geral. Uma vez que os serviços estejam totalmente estabelecidos, o monitoramento mensal é suficiente. Discuta as lacunas e sobreposições na cobertura dos serviços durante as reuniões das partes interessadas de SSR e no mecanismo de coordenação do setor/grupo de saúde para encontrar e implementar soluções.

1. Agência Líder e Coordenador do SSR			
		Sim	Não
1.1	Agência líder de SSR identificada e Coordenador de SSR funcionando dentro do setor/grupo de saúde		
	Agência líder		
	Coordenador de SSR		
1.2	Reuniões das partes interessadas SSR estabelecidas e reunidas regularmente	Sim	Não
	Nacional (MENSAL)		
	Subnacional/distrital (QUINZENAL)		
	Local (SEMANAL)		
1.3	As partes interessadas relevantes lideram/participam nas reuniões do grupo de trabalho de SSR	Sim	Não
	Ministério da Saúde		
	UNFPA e outras agências relevantes das Nações Unidas		
	ONGs Internacionais		
	ONGs locais		
	Proteção/VBG		
	HIV		
	Organizações da sociedade civil, incluindo marginalizadas (adolescentes, pessoas com deficiência, pessoas LGBTQIA)		
1.4	Com as informações setores/grupos de saúde/proteção/VBG e programas nacionais para o HIV, assegurar o mapeamento e verificação dos serviços SSR existentes		

2. Demografia			
2.1	População total		
2.2	Número de mulheres em idade reprodutiva (idades 15-49, estimado em 25% da população)		
2.3	Número de homens sexualmente ativos (estimado em 20% da população)		
2.4	Taxa bruta de natalidade (hospedeiro nacional e/ou população afetada, estimada em 4% da população)		
3. Evitar a violência sexual e responder às necessidades das sobreviventes			
		Sim	Não
3.1	Mecanismos coordenados multissetoriais para prevenir a violência sexual estão em vigor		
3.2	Acesso seguro às instalações de saúde		
	Porcentagem de instalações de saúde com medidas de segurança (latrinas segregadas por sexo com fechaduras internas; iluminação ao redor da instalação de saúde; sistema para controlar quem está entrando ou saindo da instalação, como guardas ou recepção)		%
3.3	Serviços de saúde confidenciais para gerenciar sobreviventes de violência sexual	Sim	Não
	Porcentagem de unidades de saúde que oferecem tratamento clínico a sobreviventes de violência sexual: (número de unidades de saúde que oferecem atendimento/ todas as unidades de saúde) x 100		%
	Contraceptivos de emergência (CE)		
	Teste de gravidez (não é necessário para acessar CE ou profilaxia pós-exposição [PPE])		
	Gravidez		
	PPE		
	Antibióticos para prevenir e tratar IST		
	Toxóide tetânico/imunoglobulina tetânica		
	Vacina contra hepatite B		
	Atenção ao aborto seguro (AAS)		
	Encaminhamento para serviços de saúde		
	Encaminhamento para serviços de aborto seguro		
	Encaminhamento para serviços de apoio psicológico e social		
3.4	Número de incidentes de violência sexual relatados aos serviços de saúde		
	Porcentagem de sobreviventes elegíveis de violência sexual que recebem PPE dentro de 72 horas após um incidente: (número de sobreviventes elegíveis que recebem PPE dentro de 72 horas após um incidente/número total de sobreviventes elegíveis para receber PPE) x 100		%
		Sim	Não
3.5	Informações sobre os benefícios e locais de atendimento para sobreviventes de violência sexual		

4. Prevenção e Resposta ao HIV			
4.1	Protocolos de transfusão de sangue seguros e racionais em vigor		
4.2	Unidades de sangue testadas/ todas as unidades de sangue doadas x 100		
4.3	As unidades de saúde têm materiais suficientes para garantir as precauções padrão em vigor		
4.4	Preservativos lubrificados disponíveis gratuitamente		
	Instalações de saúde		
	Nível comunitário		
	Adolescentes		
	LGBTQIA		
	Pessoas com deficiências		
	Profissionais do sexo		
4.5	Número aproximado de preservativos usados neste período		
4.6	Número de preservativos reabastecidos nos locais de distribuição neste período Especifique os locais:		
4.7	Antirretrovirais disponíveis para continuar o tratamento para pessoas que estavam inscritas em terapia antirretroviral antes da emergência, incluindo PTV		
4.8	PPE disponível para sobreviventes de violência sexual; PPE disponível para exposição ocupacional		
4.9	Profilaxia com cotrimoxazol para infecções oportunistas		
4.10	Diagnóstico sindrômico e tratamento para IST disponíveis nas unidades de !!br0ken!!		
5. Evitar o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal			
5.1	Disponibilidade de EmONC básico e abrangente por 500.000 habitantes	Sim	Não
	Centro de saúde com EmONC básico, cinco por 500.000 habitantes		
	Hospital com EmONC abrangente, um por 500.000 habitantes		

5.2	Centro de saúde (para garantir EmONC básico 24 horas por dia, 7 dias por semana)	Sim	Não
	Um trabalhador de saúde qualificado de plantão para cada 50 consultas ambulatoriais por dia		
	Suprimentos adequados, incluindo suprimentos para recém-nascidos para apoiar os EmONC básicos disponíveis		
	Hospital (para garantir EmONC abrangente 24 horas por dia, 7 dias por semana)	Sim	Não
	Um trabalhador de saúde qualificado de plantão para cada 50 consultas ambulatoriais por dia		
	Uma equipe de médico, enfermeira, parteira e anestesista de plantão		
	Medicamentos e suprimentos adequados para apoiar o EmONC abrangente 24 horas por dia, 7 dias por semana		
	Atenção pós-aborto (APA)		
	Cobertura do APA: (número de unidades de saúde onde o APA está disponível/número de unidades de saúde) x 100		
	Número de mulheres e meninas recebendo APA		
5.3	Sistema de referência para emergências obstétricas e neonatais funcionando 24 horas por dia, 7 dias por semana (meios de comunicação [rádios, telefones celulares])	Sim	Não
	Transporte da comunidade para o centro de saúde disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana		
	Transporte do centro de saúde para o hospital disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana		
5.4	Cadeia de frio em funcionamento (para oxitocina, testes de triagem de sangue) no local		
5.5	Proporção de todos os nascimentos nas unidades de saúde: (número de mulheres dando à luz nas unidades de saúde no período especificado/número esperado de nascimentos no mesmo período) x 100		%
5.6	Necessidade de EmONC atendida: (número de mulheres com complicações obstétricas diretas maiores tratadas em instalações de EmONC no período especificado/número esperado de mulheres com complicações obstétricas diretas graves na mesma área no mesmo período) x 100		%
5.7	Número de partos cesáreos/número de nascidos vivos nas unidades de saúde x 100		%
5.8	Suprimentos e produtos para partos limpos e cuidados com o recém-nascido		
5.9	Cobertura do kit de parto limpo: (número de kits de parto limpo distribuídos onde o acesso às unidades de saúde não é possível/número estimado de mulheres grávidas) x 100		%
5.10	Número de kits para recém-nascidos distribuídos, incluindo clínicas e hospitais		
5.11	Comunidade informada sobre o perigo de sinais de complicações na gravidez e no parto e onde procurar atendimento		

6. Evitar Gestações Não intencionais			
6.1	Métodos de ação curta disponíveis em pelo menos uma instalação	Sim	Não
6.2	Preservativos		
6.3	Pílulas contraceptivas de emergência (CE)		
6.4	Pílulas contraceptivas orais		
6.5	Injetáveis		
6.6	Implantes		
6.7	Dispositivos Intrauterinos (DIUs)		
6.8	Número de unidades de saúde que mantêm um abastecimento mínimo de três meses de cada	Número	
	Preservativos		
	Pílulas contraceptivas de emergência (CE)		
	Pílulas contraceptivas combinadas		
	Pílulas contraceptivas apenas de progestina		
	Injetáveis		
	Implantes		
	DIUs		
7. Planejamento para a Transição para serviços abrangentes de SSR			
7.1	Entrega de serviços	Sim	Não
	Necessidades de SSR identificadas na comunidade		
	Sites adequados identificados para entrega de serviço SSR		
7.2	Força de trabalho de saúde	Sim	Não
	Capacidade da equipe avaliada		
	Níveis e necessidades de pessoal identificados		
	Treinamentos desenhados e planejados		
7.3	HIS	Sim	Não
	Informações de SSR incluídas no HIS		
7.4	Insumos de saúde	Sim	Não
	Necessidade de produtos para SSR identificada		
	Linhas de fornecimento de commodities SSR identificadas, consolidadas e fortalecidas		
7.5	Financiamento	Sim	Não
	Possibilidades de financiamento de SSR identificadas		
7.6	Governança e liderança	Sim	Não
7.7	Leis, políticas e protocolos relacionados a SSR revisados		

8. Outra atividade prioritária: AAS em toda a extensão da lei		
8.1	Cobertura de AAS: (número de unidades de saúde onde AAS está disponível/número de unidades de saúde) x 100	%
8.2	Número de mulheres e meninas recebendo AAS	
8.3	Número de mulheres e meninas tratadas por complicações do aborto (espontâneo ou induzido)	

9. Notas especiais

10. Comentários adicionais
Explique como estas informações foram obtidas (observação direta, relatório do parceiro [nome], etc.) e forneça quaisquer outros comentários.

11. Ações (para as verificações de "Não", explique os obstáculos e as atividades propostas para resolvê-los.)		
Número	Obstáculo	Solução proposta

APÊNDICE C: CALCULADORA PSIM PARA SSR

Para acessar a Calculadora PSIM para SSR, visite: http://iawg.net/resource/misp-rh-kit-calculators/.

Calculadora PSIM (2019) Nota de Orientação

O que é a calculadora PSIM?

No início de uma emergência humanitária aguda, os dados sobre a população afetada podem variar significativamente, dependendo da qualidade das informações disponíveis antes da emergência e com base na combinação demográfica conhecida da população-alvo. A calculadora do Pacote de Serviços Mínimos Iniciais para SSR em Configurações Humanitárias (PSIM) é uma ferramenta que pode ajudar os coordenadores e gerentes de programa a determinar a demografia da população afetada para defesa, arrecadação de fundos e programação logo no início de uma emergência.

A calculadora PSIM requer, do usuário, APENAS números da população afetada. A calculadora PSIM funciona fornecendo automaticamente ao usuário uma maneira simples de acessar os 'melhores dados disponíveis' para cada população em um país e/ou área subnacional. Se não houver dados de qualidade sobre esta população afetada antes da emergência, a ferramenta padroniza para constantes globais estimadas para basear a resposta. Além disso, a calculadora PSIM fornece um espaço para o próprio usuário inserir quaisquer dados específicos do local que possam estar disponíveis a respeito da população-alvo.

Como usar a Calculadora PSIM?

1. Clique na guia 'Calculadora PSIM'
2. Selecione o país de origem da população-alvo (pode ser diferente para deslocados internos, refugiados ou população anfitriã)
3. Selecione o nível nacional ou subnacional da população-alvo (em alguns locais, você pode escolher entre nível provincial ou municipal)
4. Insira o número de pessoas afetadas
5. OPCIONAL: Insira qualquer informação específica do site que você possa ter
6. Os dados serão calculados para indicadores relacionados ao PSIM, incluindo saúde materna e neonatal, contraceptivos, violência sexual, HIV e outras IST
7. Clique na guia 'Visualizações' para ver os gráficos básicos em seus dados que podem ser usados/adaptados para obter apoio e arrecadação de fundos

Como esta versão da Calculadora PSIM (2019) difere das versões anteriores?

Esta versão da calculadora PSIM tem quatro diferenças principais em comparação com as versões anteriores.

1. Os indicadores fornecidos são atualizados com base no PSIM revisado (2018).
2. Há uma nova funcionalidade para permitir que dados específicos do país (se houver) sobre a população afetada substituam as constantes globais se nenhuma informação específica do local estiver disponível.
3. Agora existe uma visualização básica dos dados que pode ser usada para obter apoio.
4. O usuário deve baixar novamente a ferramenta baseada em Excel a cada poucos meses, pois a agência de dados do UNFPA atualizará continuamente os dados nacionais e subnacionais disponíveis para a ferramenta extrair.

Que dados vou receber da Calculadora PSIM?

A calculadora PSIM funciona fornecendo automaticamente ao usuário uma forma simples de acessar os “melhores dados disponíveis” para cada população em um país e/ou região subnacional. Se não houver dados de qualidade sobre esta população afetada antes da emergência, a ferramenta padroniza para constantes globais estimadas para basear a resposta. Se houver dados específicos nacionais ou subnacionais, a ferramenta online substituirá automaticamente as constantes globais pelos 'melhores dados disponíveis' (com base no censo disponível, pesquisa e outras fontes de dados relevantes) no nível aplicável de fronteira administrativa (ou seja, país, região, província ou município). A fonte desta informação pode ser encontrada na caixa “fontes” da ferramenta.

Além disso, a calculadora PSIM fornece um espaço para o usuário inserir nas caixas verdes quaisquer dados específicos do local que possam estar disponíveis na população-alvo. estes dados irão substituir constantes globais e dados específicos nacionais ou subnacionais e substituí-los como os "melhores dados disponíveis".

O que a Calculadora PSIM não me fornecerá?

O PSIM abrange um conjunto mínimo de intervenções de SSR que salvam vidas, que devem estar disponíveis desde o início de cada emergência humanitária e expandidas assim que a situação permitir. A calculadora PSIM é projetada para uso no início de uma emergência onde o financiamento, a defesa e a programação são direcionados para fornecer as intervenções PSIM. É importante lembrar que o PSIM inclui os serviços essenciais mínimos, não os únicos serviços que devem ser prestados às populações afetadas. Assim que possível, é essencial expandir o PSIM para uma resposta de SSR mais abrangente e específica ao contexto. A calculadora PSIM não fornecerá todas as informações sobre os indicadores além daqueles incluídos no PSIM para este componente da resposta.

A calculadora PSIM foi projetada para ser uma ferramenta de suporte para ajudar os coordenadores de SSR e gerentes de programa nas fases iniciais de uma emergência. Nunca será 100% preciso ou a única diretriz programática para basear todas as decisões. Os resultados da calculadora devem ser analisados pelos coordenadores de SSR e gerentes de

programa juntos para tomar decisões sobre suas respostas. Os coordenadores e gerentes de programa precisam pensar sobre suas populações-alvo e como as características dessa população podem limitar a aplicabilidade dos dados fornecidos na calculadora PSIM. É particularmente importante considerar como a emergência pode ter impactado a demografia ou alterado os dados pré-crise.

Se houver várias populações-alvo para o programa (por exemplo, populações de refugiados e população anfitriã), lembre-se de que pode ser necessário trabalhar com a calculadora PSIM separadamente para cada população, pois seus indicadores podem diferir significativamente. Além disso, é importante lembrar que algumas populações afetadas em todo o mundo são deixadas de fora da coleta de dados nacionais por razões políticas ou sociais; se estes grupos estiverem incluídos em seu programa, considere as limitações dos dados e faça os ajustes necessários.

De onde vêm os dados nacionais ou subnacionais e quem os atualiza?

Os dados nacionais ou subnacionais vêm de fontes diferentes, dependendo do contexto. Pode ser proveniente de censos disponíveis, pesquisas ou outros dados coletados por várias agências de coleta de estatísticas nacionais ou internacionais. A fonte e o ano dos dados são sempre indicados na parte superior da calculadora quando você escolhe um país e/ou região. A Seção de População e Dados do Fundo de População das Nações Unidas atualiza continuamente as informações das quais a ferramenta extrai dados; é importante que o usuário baixe novamente a ferramenta a cada poucos meses ou a cada nova resposta para garantir que está obtendo as informações mais atualizadas disponíveis.

De onde vêm as constantes globais e quem as atualiza?

As constantes globais são determinadas com base em uma avaliação de grupo de especialistas de países de baixa e média renda e/ou médias de países humanitários e frágeis. Para obter mais informações, entre em contato com o Escritório Humanitário do UNFPA.

Quem pode me ajudar a usar a ferramenta ou responder a quaisquer outras perguntas que eu tenha?

O Escritório Humanitário do UNFPA e o Departamento de População e Desenvolvimento do UNFPA realizaram um webinar sobre como usar a ferramenta que pode ser encontrada no site do UNFPA

Dependendo do país em que você está operando, o orientador humanitário regional do UNFPA pode fornecer suporte no uso da calculadora PSIM. Além disso, sinta-se à vontade para entrar em contato com Humanitarian-SRHSupplies@unfpa.org para obter o apoio dos colegas do Escritório Humanitário do UNFPA.

MISP calculator

Information can be overwritten manually in all green fields	
No country specific data can be provided, if possible, provide site specific estimates, otherwise global constants are used	
No data avialable	-

For more information on the functionality of the MISP calculator, please refer to the Guidance note.

Country	Syria
Region	Aleppo Governorate
Province	
Municipality	
Affected population	500,000

Region/Province/Municipality incorrectly selected, please revise

Sources

United Nations Population Division - World Population Prospect: 2017 Revision

UN Population Division - World Contraceptive Use 2018
Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results
UN AIDS - AIDS Info - 2018 Estimates
United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 2018.
Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNFPA, 2015

Center for Reproductive Rights, The World's Abortion Laws, 2019

Basic statistics	Global constants	Country data	Site specific data	Best available data
Percentage of women of reproductive age (WRA)	26%	25%		25%
Percentage of adult population (18+)	63%	58%		58%
Percentage of young adolescent girls (10-14)	5%	6%		6%
Percentage of all adolescent girls (10-19)	9%	12%		12%
Percentage of adolescents (10-19)	19%	25%		25%
Percentage of adult men (18+)	31%	29%		29%
Crude birth rate (per 1,000 population)	23.9	20		20
STI prevalence	5%	3%		3%
Neonatal mortality rate (deaths per 1,000 live births)	-	8.7		8.7
Maternal mortality ratio (deaths per 100,000				

Basic statistics	Estimates based on global	Country estimates	Site specific estimates	Best available estimates	Units
Number of women of reproductive age (WRA)	127,500	125,000	-	125,000	Women of reproductive age
Number of adult population (18+)	313,150	287,885	-	287,885	Adults
Number of young adolescent girls (10-14)	24,350	30,000	-	30,000	Young adolescent girls (10-14)
Number of all adolescent girls (10-19)	47,150	60,000	-	60,000	Adolescent girls (10-19)
Number of adolescents (10-19)	97,250	125,000	-	125,000	Adolescents (10-19)
Number of adult men (18+)	157,350	145,000	-	145,000	Adult men
Number of live births in the next 12 months	11,950	10,100	-	10,100	Live births in the next 12 months
Number of live births in the next month	996	842	-	842	Live births in the next month
Number of currently pregnant women	8,963	7,575	-	7,575	Currently pregnant women
Number of adults living with an STI	13,905	8,949	-	8,949	Adults living with an STI

Maternal and newborn health	Global constants (default)		Country data	Site specific data		Best available data		Best available: next 3 months	Best available: next month	Units
Number of pregnancies that end in miscarriage or unsafe abortion (estimated as an additional percentage of live births)	15%					15%		379	126	Pregnancies that end in miscarriage or unsafe abortion
Number of still births	2%					2%		58	19	Stillbirths
Number of currently pregnant women who will experience complications	15%					15%		379	126	Currently pregnant women who will experience complications
Number of newborns who will experience complications	20%					20%		505	168	Newborns who will experience complications
Number of newborns weighing less than 2,500 g	5%		-			5%		126	42	Babies who will weigh less than 2,500 g at birth
Number of currently pregnant women who will have access and be able to give birth in a health center	15%					15%		379	126	Currently pregnant women who will have access and be able to give birth in a health center
Number of currently pregnant women delivering who will need suturing of vaginal tears	15%					15%		379	126	Currently pregnant women who will need suturing of vaginal tears
Number of deliveries requiring a C-section (Min/Max)	5%	##				5%	15%	126/379	260/779	Deliveries requiring a C-section
Number of maternal deaths averted if MISP is fully implemented and all pregnant women have access to EmOC services	100%					100%		2	1	Maternal deaths averted

Access to Sexual and Reproductive Health	Global	Country data	Site specific	Best available data	Best available	Units
Number of sexually active men in the population	20%			20%	100,000	Sexually active men
Number of sexually active men who use condoms	20%			20%	20,000	Sexually active men who use condoms
Number of WRA who use modern contraceptiv	15%	45%		45%	56,000	WRA who use modern contraceptives
Number of WRA who use female condoms	1%	-		9.0%	11,200	WRA who use female condoms
Number of WRA who use an implant	3%	-		9%	11,200	WRA who use an implant
Number of WRA who use combined oral contraceptive pills	5%	-		13%	16,800	WRA who use combined oral contraceptive pills
Number of WRA who use injectable contraception	8%	-		25%	30,800	WRA who use injectable contraception
Number of WRA who use an IUD	1%	-		2%	2,800	WRA who use an IUD
Number of people living with HIV	-	-		-	-	People living with HIV
Number of people living with HIV, receiving ART	-	-		-	-	People living with HIV, receiving ART
Number of people who will seek care for STI syndroms	3%			3%	7,917	People seeking care for STI syndroms
Number of cases of sexual violence who will seek care	2%			2%	2,500	Number of cases of sexual violence who will seek care
Status of abortion legislation	To save the woman's life				Status of abortion	To save the woman's life
Safe induced abortion rate	-		2%	2%	2,750	Abortions per 1,000 women of reproductive age

APÊNDICE D: EXEMPLO DE PROPOSTA DE PROJETO

Este exemplo de proposta de projeto é para uma ONG submeter a governos, agências das Nações Unidas, como UNFPA e UNHCR, ou outros doadores.

TÍTULO DO PROJETO	Implementando o Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR)
ORGANIZAÇÃO	[Descrição da organização e seu trabalho, incluindo atividades de SSR na região]
BREVE JUSTIFICATIVA, MOTIVO DO PROJETO E PROBLEMA A SER ABORDADO	O PSIM para SSR salvará vidas se implementado no início de uma emergência. Negligenciar as necessidades de SSR em contextos humanitários tem sérias consequências, incluindo morbidade e mortalidade materna e neonatal evitáveis; consequências evitáveis de gravidez não intencional, como aborto inseguro; e casos evitáveis de violência sexual e suas consequências, como gravidez não intencional, aumento da aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST), aumento da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e problemas de saúde mental em curso, incluindo depressão. O PSIM para SSR é um conjunto de atividades prioritárias destinadas a prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes; prevenir a transmissão e reduzir a morbidade e mortalidade devido ao HIV e outras IST; prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal; prevenir gravidezes não intencionals; e planejar serviços abrangentes de SSR integrados à atenção primária à saúde. Outra atividade prioritária do PSIM para SSR inclui garantir que a atenção ao abortamento legal seguro em toda a extensão da lei seja fornecida. O PSIM para SSR pode ser implementado sem uma avaliação aprofundada das necessidades porque as evidências documentadas já justificam seu uso e representam os serviços mínimos de SSR a serem fornecidos durante emergências. Os componentes do PSIM para SSR formam um requisito mínimo e espera-se que serviços SSR abrangentes sejam fornecidos assim que a situação permitir. As atividades prioritárias do PSIM para SSR estão incluídas na revisão de 2018 das Diretrizes da esfera dentro dos padrões de SSR: “Padrão 2.3.1 Cuidados de saúde reprodutiva materna e neonatal,” “Padrão 2.3.2 Violência sexual e tratamento clínico de estupro,” E“ Padrão 2.3.3 HIV.”* Uma agência líder de SSR com um Coordenador de SSR designado é essencial para garantir a coordenação do PSIM para as atividades de SSR dentro do setor/grupo de saúde. Sob os auspícios do quadro geral de coordenação da saúde, o Coordenador de SSR deve ser o ponto focal para os serviços de SSR e oferecer aconselhamento técnico e assistência em SSR; manter contato com as autoridades nacionais e regionais do país anfitrião; estabelecer ligação com outros setores para garantir uma abordagem multissetorial da SSR; identificar protocolos padrão para SSR que sejam totalmente integrados aos cuidados primários de saúde, bem como formulários simples para monitorar atividades de SSR; e reportar regularmente ao setor/grupo de saúde. [Inserir um breve histórico sobre a situação de emergência.]

OBJETIVOS	1. Identificar organizações e indivíduos líderes de SSR para facilitar a coordenação e implementação do PSIM para SSR. 2. Prevenir a violência sexual e atender às necessidades dos sobreviventes. 3. Prevenir a transmissão e reduzir a morbidade e mortalidade devido ao HIV e outras IST. 4. Previna o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal. 5. Evitar gravidez não intencional. 6. Planejar serviços abrangentes de SSR, integrados à atenção primária à saúde, conforme a situação permitir. Outra prioridade: Também é importante garantir atenção ao abortamento legal seguro em toda a extensão da lei.
ATIVIDADES	**Assegurar** que o setor/grupo de saúde identifique uma organização para liderar a implementação do PSIM para SSR. A organização líder faz o seguinte: ▶ Nomeia um Coordenador de SSR para oferecer suporte técnico e operacional a todas as agências que prestam serviços de saúde ▶ Realiza reuniões regulares com todas as partes interessadas relevantes para facilitar a ação coordenada para garantir a implementação do PSIM para SSR ▶ Reporta-se ao subgrupo /setor de saúde, violência baseada em gênero (VBG) e/ou reuniões de coordenação nacional de HIV sobre quaisquer questões relacionadas a PSIM para implementação de SSR ▶ Em conjunto com os mecanismos de coordenação de saúde/VBG/HIV, garante o mapeamento e análise dos serviços de SSR existentes ▶ Compartilha informações sobre a disponibilidade de serviços e produtos para a SSR ▶ Garante que a comunidade esteja ciente da disponibilidade e localização dos serviços SSR. **Evita** a violência sexual **responde** às necessidades das sobreviventes: ▶ Trabalhar com outros grupos, especialmente o subconjunto de proteção ou VBG, para implementar medidas preventivas no nível comunitário, local e distrital, incluindo instalações de saúde para proteger as populações afetadas, especialmente mulheres e meninas, da violência sexual ▶ Disponibilizar atendimento clínico e encaminhamento a outros serviços de apoio para sobreviventes de violência sexual ▶ Criar espaços confidenciais e seguros nas unidades de saúde para receber e oferecer às sobreviventes de violência sexual atendimento clínico adequado e encaminhamento **Evitar** a transmissão e **reduzir** a morbidade e mortalidade resultantes do HIV e outras IST: ▶ Estabelecer o uso seguro e racional da transfusão de sangue ▶ Assegurar a aplicação das precauções padrão ▶ Garantir a disponibilidade de preservativos masculinos lubrificados e gratuitos e, quando aplicável (por exemplo, já usados pela população antes da crise), garantir o fornecimento de Preservativos Femininos s ▶ Apoiar o fornecimento de antirretrovirais para continuar o tratamento para pessoas que estavam inscritas em um programa de terapia antirretroviral antes da emergência, incluindo mulheres que estavam inscritas em programas de prevenção de transmissão vertical de mãe para filho

- Fornecer profilaxia pós-exposição (PPE) para sobreviventes de violência sexual, conforme apropriado, e para exposição ocupacional
- Apoiar o fornecimento de profilaxia com cotrimoxazol para infecções oportunistas para pacientes diagnosticados com HIV
- Garantir a disponibilidade de diagnóstico sindrômico e tratamento de IST nas unidades de saúde

Evitar o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal:

- Garantir a disponibilidade e acessibilidade de partos limpos e seguros, cuidados essenciais ao recém-nascido e serviços obstétricos de emergência e cuidados neonatais que salvam vidas (EmONC), incluindo:
  - No nível do hospital de referência: equipe médica qualificada e suprimentos para a prestação de cuidados obstétricos e neonatais de emergência e abrangentes (CEmONC)
  - No nível da unidade de saúde: parteiras qualificadas e suprimentos para partos vaginais sem complicações e prestação de cuidados obstétricos e neonatais básicos de emergência (CEmONC)
  - atendimento em unidades de saúde; kits de parto limpo devem ser fornecidos a mulheres visivelmente grávidas e parteiras para promover partos limpos em casa quando o acesso a uma unidade de saúde não for possível
- Estabeleça um sistema de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana para facilitar o transporte e a comunicação da comunidade para o centro de saúde e hospital
- Garantir a disponibilidade de cuidados pós-aborto que salvam vidas em centros de saúde e hospitais
- Garantir a disponibilidade de suprimentos e produtos para parto limpo e atendimento imediato ao recém-nascido, onde o acesso a uma unidade de saúde não é possível ou não confiável

Evitar gravidezes não intencionais:

- Garantir a disponibilidade de uma gama de métodos contraceptivos de ação prolongada, reversíveis e de ação curta (incluindo preservativos masculinos e femininos - quando já usados - e contracepção de emergência) nas unidades básicas de saúde para atender à demanda
- Fornecer informações, incluindo informações existentes, educação e materiais de comunicação e aconselhamento anticoncepcional que enfatiza a escolha e consentimento informado, eficácia, privacidade e confidencialidade do cliente, equidade e não discriminação
- Garantir que a comunidade esteja ciente da disponibilidade de contraceptivos para mulheres, adolescentes e homens

Planejar serviços abrangentes de SSR, integrados na atenção primária à saúde assim que possível. **Trabalhar** com os parceiros do setor/grupo de saúde para abordar os seis blocos de construção do sistema de saúde: prestação de serviços, força de trabalho em saúde, sistema de informação em saúde, insumos de saúde, financiamento, e governança e liderança.

Outra prioridade: Garantir que a atenção ao aborto seguro esteja disponível em toda a extensão da lei em centros de saúde e instalações hospitalares

Monitorar e avaliar a implementação do projeto:

- Preencher regularmente a Lista de Verificação do PSIM para SSR, conforme encontrado no Manual de Campo Interagências revisado: Saúde Reprodutiva em Situações Humanitárias para todas as áreas de implementação do projeto.

	Coletar ou estimar informações demográficas básicas; população total; número de mulheres em idade reprodutiva (idades 15-49, estimado em 25% da população); número de homens sexualmente ativos (estimado em 20% da população); taxa bruta de natalidade (estimada em 4% da população); taxa de mortalidade específica por idade (incluindo mortes neonatais 0-28 dias); e taxa de mortalidade específica por sexo.
INDICADORES	1. Porcentagem de instalações de saúde com medidas de segurança (latrinas segregadas por sexo, com fechaduras; iluminação ao redor da unidade de saúde; sistema para controlar quem está entrando ou saindo da unidade, como guardas ou recepção) 2. Porcentagem de unidades de saúde que oferecem gestão clínica de sobreviventes de violência sexual: (número de unidades de saúde que oferecem cuidados/todas as unidades de saúde) x 100 3. Porcentagem de sobreviventes de violência sexual elegíveis que recebem PPE dentro de 72 horas após um incidente: (número de sobreviventes elegíveis que recebem PPE dentro de 72 horas de um incidente/número total de sobreviventes elegíveis para receber PPE) x 100 4. Cobertura de suprimentos para precauções padrão, que é definida como a porcentagem de locais de entrega de saúde com suprimentos suficientes para garantir que as precauções padrão possam ser praticadas: (número de pontos de entrega de serviços de saúde com suprimentos adequados para realizar as precauções padrão/número de serviços de saúde pontos de entrega) x 100 5. Cobertura de testes rápidos de HIV para transfusão de sangue segura, que é definida como a porcentagem de hospitais de referência que têm testes rápidos de HIV suficientes para garantir que todo o sangue destinado à transfusão seja rastreado: (número de hospitais com testes rápidos de HIV suficientes para rastrear sangue transfusão/número total de hospitais) x 100 6. Taxa de distribuição de preservativos, que é definida como a taxa de distribuição de preservativos entre a população: número de preservativos masculinos distribuídos/população total/mês 7. Necessidades EmONC atendidas, que são definidas como a proporção de mulheres com complicações obstétricas diretas importantes que são tratadas em instalações EmONC: (número de complicações obstétricas [hemorragia ante parto, hemorragia pós-parto, parto obstruído, pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou sepse puerperal] tratado em uma instalação EmONC/número esperado de entregas) x 100 8. Cobertura de kits de parto limpo, que é definida como a taxa de distribuição de kits de parto limpo entre mulheres grávidas no terceiro trimestre: (número de kits de parto limpo distribuídos/número estimado de mulheres grávidas) x 100 9. Porcentagem de unidades de saúde que oferecem métodos contraceptivos reversíveis e de curta duração de ação prolongada disponíveis para atender à demanda 10. Percentage of health facilities providing syndromic STI treatment available at health facilities
BENEFICIÁRIOS ALVO	((Número total de) afetados pela crise, dos quais (xx) são mulheres com idade entre 15 e 49 anos de idade.
DURAÇÃO DO PROJETO	Seis meses a um ano.

** The Sphere Handbook 2018 (Sphere, 2018), https://www.spherestandards.org/handbook/.*

APÊNDICE E: FOLHA PARA DEFESA DO PSIM PARA SSR

O que é o Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e por que ele é importante?

1. O PSIM para SSR é um conjunto prioritário de atividades de salvamento a serem implementadas no início de cada crise humanitária. Ele constitui o ponto de partida para a programação de SSR em emergências humanitárias e deve ser sustentado e construído com serviços abrangentes de SSR durante crises prolongadas e recuperação.

2. Dois terços das mortes maternas evitáveis e 45% das mortes de recém-nascidos ocorrem em países afetados por conflitos recentes, desastres naturais ou ambos.[140]

3. O PSIM para SRH salva vidas e previne doenças, incapacidades e morte. Como tal, o PSIM para SRH atende aos critérios de salvamento para o Fundo Central de Alívio de Emergência.

4. Negligenciar as necessidades de SSR em contextos humanitários tem sérias consequências, incluindo morbidade e mortalidade materna e neonatal evitáveis; consequências evitáveis de gravidez não intencional, como aborto inseguro; e casos evitáveis de violência sexual e suas consequências, como gravidez não intencional, aumento da aquisição de infecções sexualmente transmissíveis, aumento da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e problemas de saúde mental em curso, incluindo depressão.

5. Os serviços prioritários de SRH de salvamento de vidas no PSIM para SRH estão integrados nos Padrões Mínimos de Saúde da Esfera em Resposta Humanitária.[141]

6. O Global Health Cluster endossa o PSIM para SRH como um padrão mínimo na prestação de serviços de saúde em emergências, conforme descrito no guia: Inter-Agency Standing Committee Health Cluster Guide.[142]

7. As leis internacionais apoiam a implementação rápida e desobstruída do PSIM para SRH por atores humanitários.[143] Os serviços de SSR também são vitais para a realização das Resoluções 1325, 1820, 1888 e 1889 do Conselho de Segurança das Nações Unidas sobre Mulheres, Paz e Segurança.

8. Além da saúde, as atividades do PSIM para SSR devem ser coordenadas com outros setores/grupos, incluindo proteção; logística; água, saneamento e higiene; e recuperação precoce.

9. À medida que os atores humanitários se familiarizam com as atividades prioritárias do PSIM para SSR, eles reconhecem que ele pode e deve ser fornecido no contexto de outras prioridades críticas, como água, alimentos, combustível para cozinhar e abrigo.

---

140 Zeid, et al., "For Every Woman, Every Child, Everywhere."

141 *The Sphere Handbook.*

142 *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation.*

143 144 Convenção de Genebra (IV) Relativa à Proteção de Pessoas Civis em Tempo de Guerra (Genebra, 12 de agosto de 1949); Convenção de Genebra (III), Relativa ao Tratamento de Prisioneiros de Guerra, art. 3 (Genebra, 12 de agosto de 1949); Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, art. 6 (Assembleia Geral da ONU, 16 de dezembro de 1966); Convenção de Genebra (IV) Relativa à Proteção de Pessoas Civis em Tempo de Guerra, Arts. 23, 55, 59 e 60 (Genebra, 12 de agosto de 1949); Protocolo Adicional às Convenções de Genebra de 12 de agosto de 1949 e Relativo à Proteção das Vítimas de Conflitos Armados Internacionais (Protocolo I), art. 70 (8 de junho de 1977); Protocolo Adicional às Convenções de Genebra de 12 de agosto de 1949 e Relativo à Proteção das Vítimas de Conflitos Armados Não Internacionais (Protocolo II), Arts. 9–11 (8 de junho de 1977); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Assembleia Geral da ONU, 1979); e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Assembleia Geral da ONU, 16 de dezembro de 1966).

OBJECTIVE 1: ENSURE THE HEALTH SECTOR/ CLUSTER IDENTIFIES AN ORGANIZATION TO LEAD IMPLEMENTATION OF THE MISP. THE LEAD SRH ORGANIZATION:

- Nominates an SRH Coordinator to provide technical and operational support to all agencies providing health services
- Hosts regular meetings with all relevant stakeholders to facilitate coordinated action to ensure implementation of the MISP
- Reports back to the health cluster, GBV sub-cluster, and/or HIV national coordination meetings on any issues related to MISP implementation
- In tandem with health/GBV/HIV coordination mechanisms ensures mapping and analysis of existing SRH services
- Shares information about the availability of SRH services and commodities
- Ensures the community is aware of the availability and location of reproductive health services

OBJECTIVE 2: PREVENT SEXUAL VIOLENCE AND RESPOND TO THE NEEDS OF SURVIVORS:

- Work with other clusters especially the protection or gender based violence sub-cluster to put in place preventative measures at community, local, and district levels including health facilities to protect affected populations, particularly women and girls, from sexual violence
- Make clinical care and referral to other supportive services available for survivors of sexual violence
- Put in place confidential and safe spaces within the health facilities to receive and provide survivors of sexual violence with appropriate clinical care and referral

IARH Kit 3 IARH Kit 5 IARH Kit 8 IARH Kit 9

OBJECTIVE 6: PLAN FOR COMPREHENSIVE SRH SERVICES, INTEGRATED INTO PRIMARY HEALTH CARE AS SOON AS POSSIBLE. WORK WITH THE HEALTH SECTOR/CLUSTER PARTNERS TO ADDRESS THE SIX HEALTH SYSTEM BUILDING BLOCKS:

- Service Delivery
- Health Workforce
- Health Information System
- Medical Commodities
- Financing
- Governance and Leadership

GOAL

PREVENT MORTALITY, MORBIDITY, AND DISABILITY IN CRISIS-AFFECTED POPULATIONS

OBJECTIVE 3: PREVENT THE TRANSMISSION OF AND REDUCE MORBIDITY AND MORTALITY DUE TO HIV AND OTHER STIS:

- Establish safe and rational use of blood transfusion
- Ensure application of standard precautions
- Guarantee the availability of free lubricated male condoms and, where applicable (e.g., already used by the population), ensure provision of female condoms
- Support the provision of antiretrovirals (ARVs) to continue treatment for people who were enrolled in an anti-retroviral therapy (ART) program prior to the emergency, including women who were enrolled in PMTCT programs
- Provide PEP to survivors of sexual violence as appropriate and for occupational exposure
- Support the provision of co-trimoxazole prophylaxis for opportunistic infections for patients found to have HIV or already diagnosed with HIV
- Ensure the availability in health facilities of syndromic diagnosis and treatment of STIs

IARH Kit 1 IARH Kit 3 IARH Kit 5 IARH Kit 12

Additional Standard Precautions in kits 2, 4, 6, 8, 9, 11

OBJECTIVE 5: PREVENT UNINTENDED PREGNANCIES:

- Ensure availability of a range of long-acting reversible and short-acting contraceptive methods [including male and female (where already used) condoms and emergency contraception] at primary health care facilities to meet demand
- Provide information, including existing information, education, and communications (IEC) materials, and contraceptive counseling that emphasizes informed choice and consent, effectiveness, client privacy and confidentiality, equity, and non-discrimination
- Ensure the community is aware of the availability of contraceptives for women, adolescents, and men

IARH Kit 1 IARH Kit 3 IARH Kit 4

OBJECTIVE 4: PREVENT EXCESS MATERNAL AND NEWBORN MORBIDITY AND MORTALITY:

- Ensure availability and accessibility of clean and safe delivery, essential newborn care, and lifesaving emergency obstetric and newborn care (EmONC) services including:
  - At referral hospital level: Skilled medical staff and supplies for provision of comprehensive emergency obstetric and newborn care (CEmONC) to manage
  - At health facility level: Skilled birth attendants and supplies for vaginal births and provision of basic obstetric and newborn care (BEmONC)
  - At community level: Provision of information to the community about the availability of safe delivery and EmONC services and the importance of seeking care from health facilities. Clean delivery kits should be provided to visibly pregnant women and birth attendants to promote clean home deliveries when access to a health facility is not possible
- Establish a 24 hours per day, 7 days per week referral system to facilitate transport and communication from the community to the health center and hospital
- Ensure the availability of life-saving, post-abortion care in health centers and hospitals
- Ensure availability of supplies and commodities for clean delivery and immediate newborn care where access to a health facility is not possible or unreliable

IARH Kit 2 IARH Kit 6 IARH Kit 8 IARH Kit 9 IARH Kit 10 IARH Kit 11 IARH Kit 12

IARH Kit 8 **Other Priority**: It is also important to ensure that safe abortion care is available, to the full extent of the law, in health centers and hospital facilities.

Pacote de Serviços Mínimos Iniciais (PSIM) para saúde sexual e reprodutiva (SSR) é um conjunto de serviços e atividades de SSR prioritários para salvar vidas, a serem implementados no início de cada emergência humanitária para prevenir excesso de morbidade e mortalidade relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Todas as atividades de prestação de serviços do PSIM precisam ser implementadas simultaneamente por meio de ações coordenadas com todos os parceiros relevantes.

O PSIM constitui o ponto de partida para a programação de SSR e a qualidade de atendimento respeitosa deve ser garantida desde o início. É importante observar que os componentes do PSIM constituem um requisito mínimo e devem ser implementados em todas as circunstâncias. estes serviços devem ser sustentados e desenvolvidos o mais rápido possível (idealmente de 3 a 6 meses) com serviços e suprimentos abrangentes de SSR durante crises prolongadas e recuperação.

Princípios fundamentais para a programação de SSR em ambientes de ações humanitárias

Trabalhar em parceria respeitosa com as pessoas que recebem cuidados, provedores e parceiros locais e internacionais

Garantir a igualdade ao atender às diversas necessidades de saúde sexual e reprodutiva das pessoas e garantindo que os serviços e suprimentos sejam baratos ou gratuitos, acessíveis a todos e de alta qualidade

Fornecer informações abrangentes, baseadas em evidências e acessíveis e escolha acerca dos suprimentos e serviços disponíveis

Garantir a participação efetiva e significativa das pessoas em causa e cuidados centrados na pessoa que reconheçam o poder de tomada de decisão autônoma dos pacientes e a escolha de serviços e produtos

Garantir privacidade e confidencialidade para todos e tratar as pessoas com dignidade e respeito

Promover a equidade, com relação à idade, sexo, gênero e identidade de gênero, estado civil, orientação sexual, localização (por exemplo, rural/urbana), deficiência, raça, cor, idioma, religião, opinião política ou de outro tipo, nacionalidade, origem étnico-social, propriedade, nascimento ou outras características

Reconhecer e abordar a dinâmica de gênero e poder nas instalações de saúde para garantir que as pessoas não sofram coerção, discriminação ou violência/maus-tratos/desrespeito/abuso ao receber ou fornecer serviços de saúde

Envolver e mobilizar a comunidade, incluindo populações frequentemente marginalizadas, como adolescentes, na divulgação da comunidade para informar a comunidade sobre a disponibilidade e localização dos serviços e produtos do PSIM

Monitorar os serviços e suprimentos e compartilhar informações e resultados com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento

Nível comunitário/unidade de saúde: Os kits de nível comunitário/unidade de saúde destinam-se ao uso por profissionais de serviços de saúde que prestam cuidados de SSR no nível comunitário de saúde. Cada kit é projetado para atender às necessidades de 10.000 pessoas em um período de 3 meses. Os kits contêm principalmente medicamentos e itens descartáveis.

NÚMEROS DOS KITS IARH	NOME DO KIT IARH	CÓDIGO DE COR
Kit 1ª	Preservativos Masculinos	Vermelho
Kit 2	Parto Limpo (A e B)	Azul escuro
Kit 3	Tratamento Pós-Estupro	Rosa
Kit 4	Contraceptivos orais e injetáveis	Branco
Kit 5	Tratamento de Infecção Sexualmente Transmissíveis	Turquesa

Nível de Unidade de Saúde Primária (BEmONC): os kits de Nível de Unidade de Saúde Primária (BEmONC) contêm material descartável e reutilizável, para uso por profissionais de saúde treinados com obstetrícia adicional e habilidades obstétricas e neonatais selecionadas no centro de saúde ou hospital. Esses kits são projetados para serem usados por uma população de 30.000 pessoas em um período de 3 meses. É possível encomendar estes kits para uma população de menos de 30.000 pessoas, isso significa apenas que os suprimentos vão durar mais.

NÚMEROS DOS KITS IARH	NOME DO KIT IARH	CÓDIGO DE COR
Kit 6	Assistência clínica ao parto - Materiais para obstetrícia (A e B)	Marrom
Kit 8	Tratamento de complicações de aborto espontâneo ou induzido	Amarelo
Kit 9	Reparo de lacerações cervicais e vaginais	Roxo
Kit 10	Parto Assistido com Extração a Vácuo	Cinza

Nível de hospital de referência (CEmONC): os kits de nível de hospital de referência (CEmONC) contêm suprimentos descartáveis e reutilizáveis para oferecer atendimento obstétrico de emergência abrangente e recém-nascido no nível de referência (obstetrícia cirúrgica). Em situações humanitárias agudas, os pacientes das populações afetadas são encaminhados ao hospital mais próximo, que pode exigir suporte em termos de equipamentos e suprimentos para poder oferecer os serviços necessários para esta carga adicional de casos. Estima-se que um hospital desse nível cobre uma população de aproximadamente 150.000 pessoas. Os suprimentos fornecidos nesses kits atenderiam esta população por um período de 3 meses.

NÚMEROS DOS KITS IARH	NOME DO KIT IARH	CÓDIGO DE COR
Kit 11	Kit de Cirurgia Obstétrica e Complicações Obstétricas Graves (A e B)	Verde fluorescente
Kit 12	Transfusão sanguínea	Verde escuro

NOTA: Os Kits Interagências de Saúde Reprodutiva de Emergência (IARH) são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde. Os kits são projetados para uso por um período de 3 meses para um tamanho específico da população-alvo. Os produtos complementares podem ser solicitados de acordo com o ambiente favorável e as capacidades dos prestadores de cuidados de saúde. Como estes kits não são específicos para o contexto ou abrangentes, as organizações não devem depender apenas dos kits da IARH e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso não apenas garantirá a sustentabilidade dos suprimentos, mas permitirá a expansão dos serviços do PSIM para a SSR abrangente.

**** A nova estrutura de kits só estará disponível no final de 2019***

NÍVEL	COMPLEMENTA	ITEM
Coordenação	Todos os Kits	Kit 0 – Administração e treinamento
Cuidados de Saúde Primários e Comunitários - BEmONC	Kit 1	Kit 1B - Preservativos Femininos
	Kit 2A	Clorexidina em gel
	Kit 2B	Misoprostol (também complementa os Kits 6B e 8)
	Kit 4	Acetato de medroxiprogesterona de deposição – subcutâneo (DMPA-SC)
Nível de Centro de Saúde ou Hospitalar - CEmONC	Kit 4	Kit 7A – Dispositivo intrauterino (DIU)
	Kit 4	Kit 7B – Implante anticoncepcional
	Kit 6A	Vestuário antichoque não pneumático
	Kit 6B	Oxitocina
	Kit 8	Mifepristona
	Kit 10	Sistema manual de parto assistido por vácuo

Os produtos complementares são um conjunto de itens descartáveis e consumíveis e/ou kits que podem ser pedidos em circunstâncias específicas para complementar os kits IARH existentes:

- onde os provedores de cuidados de saúde são treinados para usar o suprimento especial;
- onde os suprimentos foram aceitos e usados antes da emergência;
- após o primeiro pedido rápido de suprimentos de SSR em crises prolongadas ou cenários pós-emergência, enquanto todos os esforços são feitos para fortalecer ou construir linhas de suprimento de insumos de saúde sustentáveis locais (incluindo canais de aquisição locais e regionais); e,
- onde o uso dos suprimentos é permitido em toda a extensão da legislação nacional.

Informações sobre os kits da IARH e assistência com pedidos podem ser fornecidas pelos escritórios do UNFPA nos países ou pelo Escritório Humanitário do UNFPA em Genebra. Os kits da IARH podem ser solicitados ao Serviço de aquisições do UNFPA em Copenhague por meio de um escritório nacional do UNFPA ou do Escritório Humanitário do UNFPA; você também pode entrar em contato com o grupo de trabalho/coordenador do subsetor de SSR para facilitar a aquisição coordenada dos Kits da IARH.

Escritório Humanitário do UNFPA

UNFPA
Att.: Humanitarian Office
Palais des Nations
Avenue de la paix 8-14
1211, Geneva 10, Suíça
Email: Humanitarian-SRHsupplies@unfpa.org

Setor de serviços de aquisição do UNFPA

UNFPA Procurement Service Branch
Marmovej 51
2100 Copenhagen, Dinamarca
Email: procurement@unfpa.org
Website: unfpaprocurement.org

Antes de fazer um pedido, discuta com o grupo de coordenação da SRH e/ou o escritório do UNFPA no país para determinar o que já está sendo pedido e se os pedidos podem ser combinados.

APÊNDICE G: LISTA DE VERIFICAÇÃO AMIGÁVEL PARA ADOLESCENTES (ADOLESCENT- FRIENDLY)

Esta lista de verificação de serviço de SSR para adolescentes foi adaptada do Kit de Ferramentas de SSR para Adolescentes para Ambientes de Ações Humanitárias ("Adolescent SRH Toolkit for Humanitarian Settings"), desenvolvido por Save the Children e UNFPA.

Características	Sim	Não	Sugestão viável para melhoria
Características do estabelecimento de saúde			
1. A instalação está localizada perto de um local onde os adolescentes - tanto do sexo feminino quanto masculino - se reúnem (por exemplo, centro juvenil, escola, mercado)?			
2. A instalação está aberta em horários convenientes para adolescentes - tanto do sexo feminino quanto do masculino - principalmente à noite ou no fim de semana?			
3. Existem horários de atendimento específicos para adolescentes?			
4. Os clientes ocasionais (clientes sem marcação) são bem-vindos?			
5. Os serviços de SSR são oferecidos gratuitamente ou a preços acessíveis para adolescentes?			
6. Os tempos de espera são curtos?			
7. Se adultos e adolescentes são atendidos no estabelecimento, há uma entrada separada e discreta para adolescentes para garantir a privacidade?			
8. As salas de aconselhamento e tratamento permitem privacidade (visual e auditiva)?			
9. Existe um código de conduta em vigor para o pessoal do serviço de saúde?			
10. Existe um mecanismo transparente e confidencial para que os adolescentes enviem queixas, devolutivas ou outros mecanismos de responsabilização pelos serviços de SSR no estabelecimento?			
11. A clínica é acessível para pessoas com deficiência?			
12. Os serviços de SSR para meninos e rapazes são oferecidos em lugares que os acolhem?			
Características dos profissionais de saúde			
1. Os profissionais de saúde foram treinados para oferecer serviços de saúde adequados aos adolescentes, que incluem atitudes não julgadoras, empatia, escuta ativa e aconselhamento adequado à idade?			

2. Todos os membros da equipe foram orientados a oferecer serviços confidenciais e adequados para adolescentes (por exemplo, recepcionista, guardas de segurança, agentes comunitários de saúde, faxineiros)?			
3. Os membros da equipe demonstram respeito pelos adolescentes e suas escolhas?			
4. Os fornecedores garantem a privacidade e confidencialidade dos clientes?			
5. Os profissionais de saúde reservam tempo suficiente para a interação com o cliente?			
6. Existem educadores ou conselheiros de pares disponíveis?			
7. Os profissionais de saúde abordam cada adolescente como um indivíduo com diferentes necessidades e preocupações?			
8. Existem profissionais de saúde masculinos e femininos disponíveis (se possível)?			
Características do Programa			
1. Os adolescentes (tanto do sexo feminino quanto do masculino) desempenham um papel no funcionamento da unidade de saúde?			
2. Os adolescentes estão envolvidos no monitoramento da qualidade da prestação de serviços de SSR?			
3. Os adolescentes podem ser atendidos na instituição sem o consentimento dos pais ou cônjuges?			
4. Há uma ampla gama de serviços de SSR disponíveis (contracepção, tratamento e prevenção de IST, aconselhamento e teste de HIV, atendimento pré e pós-natal, atendimento ao parto)?			
5. Existem diretrizes escritas para a prestação de serviços para adolescentes?			
6. Os preservativos estão disponíveis para rapazes e moças em locais distintos?			
7. Os materiais educacionais sobre SSR, cartazes ou outras ajudas de trabalho/informação, educação e materiais de comunicação foram elaborados para alcançar os adolescente?			
8. Existem mecanismos de encaminhamento para emergências médicas, saúde mental e apoio psicossocial, proteção infantil, educação, nutrição, programas de bem-estar social e assim por diante?			
9. Existem mecanismos implementados para que os adolescentes tenham acesso a informações e produtos de SSR em pontos de entrega diferentes das unidades de saúde?			
10 Os indicadores específicos para adolescentes são monitorados regularmente (por exemplo, número de clientes adolescentes, desagregados por idade e sexo)?			

APÊNDICE H: RESPOSTAS DOS TESTES

Respostas do teste da Unidade 2: Coordenação do PSIM para SSR

1. **Falso**

A agência líder de SSR deve dedicar um Coordenador de SSR por um período mínimo de três a seis meses.

2. **b**

O mapeamento dos serviços de SSR existentes deve ser feito em parceria com os mecanismos de coordenação de saúde, VBG e HIV.

3. **e**

É importante que todas as partes interessadas, incluindo representantes da comunidade afetada, ONGs, organizações da sociedade civil e o coordenador do VBG participem das reuniões do grupo de trabalho de SSR.

4. **d**

Para garantir uma coordenação de SSR bem-sucedida, as reuniões devem ocorrer em locais que sejam convenientes para todas as partes interessadas e devem ser realizadas semanal ou quinzenalmente no início de uma emergência.

5. **Verdadeiro**

A lista de verificação do PSIM para SSR pode ser usada para monitorar os componentes do PSIM.

Respostas do teste da Unidade 3: Evitar a violência sexual e a resposta às necessidades dos sobreviventes

1. **Falso**

Os direitos, necessidades e desejos de uma sobrevivente devem ser priorizados e respeitados. O tratamento e a medicação podem ser fornecidos sem exame.

2. **d**

Os cuidados clínicos para sobreviventes de violência sexual incluem anamnese e exames, comunicação de apoio, tratamento presuntivo de IST, CE o mais rápido possível e dentro de 120 horas após o estupro, e informações sobre opções de gravidez e atendimento ao abortamento legal seguro/encaminhamento para atendimento ao abortamento legal seguro em todas a extensão da lei. Também inclui PPE dentro de 72 horas de exposição. O teste de gravidez não é obrigatório para fornecer CE ou PPE.

3. **Falso**

Os sobreviventes do sexo masculino têm menos probabilidade de relatar um incidente por causa da vergonha, da criminalização das relações do mesmo sexo, de atitudes negativas ou desdenhosas do profissional e da falta de reconhecimento quanto à extensão do problema. Os sobreviventes do sexo masculino sofrem traumas físicos e psicológicos e devem ter acesso a serviços confidenciais, respeitosos e não discriminatórios que ofereçam atendimento integral.

4. **Verdadeiro**

Os perpetradores de violência sexual são frequentemente parceiros íntimos ou outros conhecidos dos sobreviventes.

5. **c**

Se você suspeitar que um membro da equipe está violando os princípios básicos de proteção contra exploração e abuso sexual, você deve relatar o fato ao seu supervisor ou ponto focal para proteção contra exploração e abuso sexual.

Respostas do teste da Unidade 4: Evitar a transmissão e reduzir a morbidade e mortalidade devido ao HIV e outras IST

1. **Falso**

O manejo sindrômico das IST consiste em protocolos de tratamento padronizados baseados em síndromes (sintomas e sinais clínicos do paciente) que permitem decisões de tratamento em uma única consulta.

2. **a, b, c, d**

Garantir a confidencialidade e o fornecimento de preservativos, cotrimoxazol (conforme recomendado) e antirretrovirais é o papel do provedor de saúde quando uma pessoa afetada pela crise se apresenta para tratamento antirretroviral continuado.

3. **e**

O manuseio seguro de objetos pontiagudos, o uso de roupas de proteção, o descarte de resíduos e a lavagem frequente das mãos são todos requisitos mínimos para o controle de infecções.

4. **e**

Preservativos podem ser disponibilizados em unidades de saúde, pontos de distribuição de alimentos e de itens não alimentares, banheiros e bares ou cafés populares em áreas urbanas.

5. **Verdadeiro**

O Coordenador de SSR não deve assumir a responsabilidade pela aquisição de antirretrovirais. É função do Coordenador de HIV (se houver) ou do representante nacional de HIV apoiar o setor/grupo de saúde para garantir o fornecimento adequado de antirretrovirais.

Respostas do teste da Unidade 5: Evitar o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal

1. **c**

O apoio alimentar inclui a promoção do contato pele a pele, apoio para a amamentação imediata e exclusiva e não descartar o colostro (ou primeiro leite).

2. **d**

O apoio alimentar inclui a promoção do contato pele a pele, apoio para a amamentação imediata e exclusiva e não descartar o colostro (ou primeiro leite).

3. **Verdadeiro**

Os serviços do BEmONC devem ser acessíveis no nível da unidade de saúde e os serviços do CEmONC devem ser acessíveis no nível do hospital de referência.

4. **Falso**

Se uma mulher se apresentar para atendimento pós-aborto, a primeira coisa que um profissional de saúde qualificado deve fazer é realizar uma avaliação inicial rápida. Se a mulher mostrar sinais e sintomas de choque ou sangramento vaginal intenso, ela precisará de estabilização imediata.

5. **a, b, c**

O Coordenador de SSR deve trabalhar com o setor/grupo de saúde, comunidades e autoridades do país anfitrião para estabelecer um sistema de encaminhamento eficaz no início de uma crise humanitária.

Respostas do teste da Unidade 6: Evitar Gravidezes não Intencionais

1. **a, b, c**

Métodos usados pela população-alvo antes da crise; métodos registrados no país; e potencial para migração onde a remoção de métodos de ação longa não pode ser removida.

2. **Falso**

Os serviços de contracepção devem ser acessíveis a todas as populações afetadas pela crise, incluindo adolescentes, mulheres e homens solteiros e casados, profissionais do sexo e clientes, pessoas LGBTQIA, ex-combatentes, pessoal uniformizado e usuários de drogas injetáveis.

3. **c**

É verdade que o CE não prejudicará uma gravidez existente, o CE precisa ser tomado em 120 horas e é mais eficaz quando tomado mais cedo, e que a dosagem correta de Pílulas contraceptivas orais pode ser usada onde pílulas de CE dedicadas não estão disponíveis. Não é verdade que meninas adolescentes não podem tomar CE.

4. **a, b, c**

Confidencialidade, privacidade e escolha informada devem ser enfatizadas para garantir a qualidade do atendimento ao oferecer contracepção.

5. **a, b, d, e**

Eficácia do método, efeitos colaterais comuns do método contraceptivo, como o método funciona e proteção contra IST devem ser fornecidos a todas as clientes durante o aconselhamento contraceptivo.

Respostas do teste da Unidade 7: Plano para integrar serviços abrangentes de SSR aos cuidados de saúde primários o mais rapidamente possível

1. **e**

Sistema de informação em saúde, força de trabalho em saúde, prestação de serviços, insumos de saúde, finanças e governança e liderança são os seis blocos de construção do sistema de saúde da OMS.

2. **Verdadeiro**

A fim de garantir o acesso contínuo a cuidados de SSR abrangentes e acessíveis, os mecanismos de financiamento de longo prazo devem ser considerados na resposta inicial a uma crise.

3. **c**

Ao selecionar um local para oferecer serviços SSR abrangentes, é preferível integrar com outros serviços em vez de serviços autônomos.

4. **Falso**

Ao fazer a transição para serviços SSR abrangentes, evite pedidos contínuos de kits IARH pré-embalados para evitar custos e desperdício. Encomendar suprimentos de SSR com base na demanda ajudará a garantir a sustentabilidade do programa de SSR e evitar a escassez de suprimentos específicos, bem como o desperdício de outros que não são normalmente usados no ambiente.

5. **b**

A fim de ir além do PSIM para SSR e começar a planejar para a entrega de serviço SSR abrangente, os gerentes do programa SSR, em estreita colaboração com os parceiros no setor/grupo de saúde, devem coletar informações existentes ou dados estimados, incluindo PSIM para indicadores de serviço SSR.

Respostas do teste da Unidade 8: Outras prioridades de saúde sexual e reprodutiva para o PSIM

1. **d**

Médicos e enfermeiros podem oferecer atendimento de primeira linha ao abortamento legal seguro com aspiração manual a vácuo e medicação, quando devidamente treinados e apoiados.

2. **e**

Oferecer atenção ao abortamento legal seguro por meio de unidades de saúde com profissionais dispostos, oferecer suporte técnico e recursos para profissionais médicos qualificados que já prestam serviços de aborto, distribuir informações e produtos para o aborto legal medicamentoso seguro e identificar e encaminhar mulheres para provedores e organizações capacitadas são maneiras de facilitar a atenção ao abortamento legal seguro em toda a extensão da lei.

3. **Verdadeiro**

Custo do atendimento, medo de repercussões negativas e estigma são barreiras para a atenção ao abortamento legal seguro para mulheres jovens.

4. **Verdadeiro**

A atenção ao abortamento legal seguro é permitida em uma ou mais circunstâncias na maioria dos países do mundo.

5. **e**

A atenção ao abortamento legal seguro deve ser priorizada no PSIM para SSR como um componente clínico da atenção a sobreviventes de violência sexual e como outra prioridade do PSIM.

Respostas do teste da Unidade 9: A encomenda de kits interinstitucionais de saúde reprodutiva de emergência

1. **a, b, c**

Uma organização deve solicitar produtos complementares quando os profissionais de saúde ou a população estiverem treinados para usar os produtos, quando os suprimentos foram aceitos e usados antes da emergência e se o fornecimento for permitido em toda a extensão da legislação nacional e estiver incluído na lista nacional de medicamentos.

2. **a**

Os kits da IARH contêm suprimentos suficientes para um período de três meses.

3. **b, c, d**

Cuidados de saúde primários, hospital de referência e posto comunitário/de saúde são os diferentes níveis de cuidados de saúde para os quais os kits da IARH foram concebidos.

4. **c**

O UNFPA gerencia os kits da IARH.

5. **a, b, c, e**

As informações necessárias para solicitar os Kits IARH incluem informações detalhadas de contato, entrega e financiamento, informações sobre o tipo de ambiente e o tamanho da população-alvo, onde os kits serão usados e qual organização organizará a distribuição dos kits, e o número de centros de saúde e hospitais de referência.

Como pedir cópias

O Módulo PSIM para SSR (“PSIM for SRH”) está disponível online no site IAWG sobre SR em Crises (www.iawg.net) e no site da Comissão de Mulheres Refugiadas (“Women’s Refugee Commission’s") (www.womensrefugeecommission.org). Cópias impressas podem ser pedidas por e-mail: info@wrcommission.org ou info.iawg@wrcommission.org.

Fale Conosco

Comissão de Mulheres Refugiadas
Women’s Refugee Commission
15 West 37 Street
New York, NY 10018, USA
info@wrcommission.org

WOMEN'S REFUGEE COMMISSION

IAWG
INTER-AGENCY WORKING GROUP ON REPRODUCTIVE HEALTH IN CRISES