



Quadro de Política Continental para os Direitos Sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva

COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA

Acrónimos e abreviaturas

| | |
|----------|--|
| SIDA | Síndrome de imunodeficiência adquirida |
| UA | União Africana |
| BCC | <i>Behaviour Change Communication</i> (Comunicação sobre Mudança de Comportamento) |
| CPR | <i>Contraceptive Prevalence Rate</i> (Índice de Prevalência de Anticoncepcionais) |
| CEA | Comissão Económica para África |
| FGM | <i>Female Genital Mutilation</i> (Mutilação Genital Feminina) |
| FWCW | <i>Fourth World Conference on Women</i> (4.ª Conferência Mundial sobre as Mulheres) |
| VIH | Vírus de Imunodeficiência Humana |
| ICPD | <i>International Conference on Population and Development</i> (Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento) |
| ICPD/PoA | Programa de Acção da ICPD |
| IMR | <i>Infant Mortality Rate</i> (Taxa de Mortalidade Infantil) |
| IPPF | <i>International Planned Parenthood Federation</i> (Federação Internacional de Paternidade Planificada) |
| IPPF/ARO | Escritório Regional da IPPF para África |
| MCH | <i>Mother and Child Health</i> (Saúde Materno-Infantil) |
| MCT | <i>Mother to Child Transmission</i> (Transmissão de Mãe a Filho) |
| ODMs | Objectivos de Desenvolvimento do Milénio |
| MoH | <i>Ministry of Health</i> (Ministério da Saúde) |
| NEPAD | <i>New Partnership for Africa's Development</i> (Nova Parceria para o Desenvolvimento de África) |
| ONG | Organização Não-Governamental |
| ODA | <i>Official Development Assistance</i> (Assistência Oficial ao Desenvolvimento) |
| PLWHA | <i>People Living With HIV/AIDS</i> (Pessoas que vivem com o VIH/SIDA) |
| SRHR | <i>Sexual and Reproductive Health and Rights</i> (Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Afins) |
| DSTs | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| ISTs | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| TFR | <i>Total Fertility Rate</i> (Índice de Fertilidade Total) |
| ONUSIDA | Programa da ONU para o VIH/SIDA |
| FNUAP | Fundo das Nações Unidas para a População |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |

Índice

| | |
|---|-----------|
| Acrónimos e abreviaturas | 2 |
| AGRADECIMENTOS | 4 |
| PREFÁCIO | 5 |
| | |
| 1. Introdução | 7 |
| | |
| 2. África e o Consenso Internacional sobre Saúde Reprodutiva | 9 |
| | |
| 3. Saúde Sexual e Reprodutiva em África: Factos e Desafios | 14 |
| | |
| 4. Declaração sobre Políticas | 21 |
| | |
| 5. Anexos | 26 |
| • Anexo I. Declaração | 26 |
| • Anexo II. Quadro de Políticas | 32 |
| • Anexo III. Plano Operacional | 35 |
| • Anexo IV. Decisão sobre o Quadro Continental de Políticas para a Promoção dos Direitos de Saúde Sexual e Produtiva em África (Doc. EX.CL/225 (VIII) Anexo 4) | 47 |

AGRADECIMENTOS

A Comissão da União Africana apresenta os seus agradecimentos ao FNUAP, ao Escritório Regional Africano do IPPF e outros parceiros de desenvolvimento pela sua assistência técnica e financeira na elaboração deste Quadro. A Comissão da UA agradece ainda o apoio do FNUAP na impressão e publicação deste desdobrável contendo o Quadro, que contribui muito para a sua disseminação.

Os Estados-membros também desempenharam um papel importante no processo, através da sua valiosa contribuição nos Seminários Regionais realizados para recolher informação e que eventualmente culminaram com a elaboração deste Quadro. Por conseguinte, a Comissão da União Africana agradece e reconhece o papel que desempenharam e a sua colaboração efectiva em tornar possível a elaboração deste Quadro.

RECONHECIMENTO:

A Pintura da capa foi produzida pelo Artista Etíope,
ASNAKE MELESSE

• Makush Art Gallery • Addis Ababa • Julho 2006



PREFÁCIO

Este Quadro Director de Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em África foi elaborado para responder ao apelo lançado com vista à redução da mortalidade e morbilidade materna e infantil no continente Africano. Foi elaborado pela Comissão da União Africana em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a População, o Escritório Regional Africano da Federação Internacional de Planeamento Familiar e outros parceiros de desenvolvimento.

Começou com a realização de estudos nas cinco Regiões da União Africana e com a análise das questões que foram identificadas nas reuniões realizadas ao nível ministerial e de peritos em cada uma destas Regiões, como factores principais que contribuem para as mortes desnecessárias de mulheres e crianças no continente.

O Quadro Director recomenda a integração da Saúde Sexual e Reprodutiva nos Cuidados Primários de Saúde com vista a acelerar a realização dos ODM relacionados com a Saúde. Trata das causas mais comuns da morbilidade e mortalidade materna e neonatal, e identifica a implementação do Roteiro para a Aceleração da Redução da Morbilidade e Mortalidade Materna e Neo-natal como estratégia para melhorar a saúde reprodutiva.

O Quadro Director recomenda igualmente o reforço da componente do sector da saúde nas Estratégias de Redução da Pobreza e nas da Saúde Sexual e Reprodutiva em especial, através da implementação da recomendação da Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo da UA, realizada em 2001 em Abuja, com vista a aumentar os recursos destinados ao sector da saúde, melhorando assim o acesso aos serviços. Neste âmbito, Quadro recomenda a integração das questões do género nos programas de desenvolvimento sócio-económico, visando melhorar a saúde da mulher através da promoção da sua participação no desenvolvimento económico nacional. Recomenda ainda o desenvolvimento da Segurança dos Produtos de SSR, através da sua inclusão nas Listas de Medicamentos Essenciais a fim de garantir que as mulheres não morram desnecessariamente por falta de medicamentos básicos.

O Quadro Director de Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em África foi adoptado pela 2ª Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana, realizada em Gaborone, Botswana, em Outubro de 2005 e aprovado pela Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo da União Africana em Cartum, Sudão, em Janeiro de 2006.

Esperamos sinceramente que a efectiva implementação deste Quadro Director de Políticas aos níveis regional e nacional contribua para reduzir a elevada taxa de mortalidade materna e infantil e garantir que haja uma vida melhor para todos.

Adv. Bience Gawanas
Comissária para os Assuntos Sociais
União Africana

1. Introdução

A sessão da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (ICPD) realizada no Cairo em Setembro de 1994 representou uma grande viragem no pensamento internacional sobre o vínculo entre população e desenvolvimento. O documento final do evento, que foi aprovado por 179 governos, estabeleceu uma série de objectivos a alcançar até 2015.

As experiências adquiridas desde a sessão da Conferência realizada em Bucareste, em 1974, tinham revelado a necessidade de passar dos estreitos limites de metas demográficas, através de serviços de planeamento familiar, à área mais alargada da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos afins, tendo em séria consideração questões como direitos humanos, igualdade entre homens e mulheres e opções fundamentadas.

Embora se tenham verificado alguns progressos na implementação do Programa de Acção da Conferência, conforme foi documentado em várias reuniões (Cairo +5, realizada em 1999 e Sessão “ICPD aos Dez Anos”, realizada em 2004), muitos responsáveis de governos e organizações internacionais não acreditam que a maioria dos países em desenvolvimento seja capaz de atingir os Objectivos do Cairo até 2015.

Vários empecilhos concorrem para impedir muitos países, especialmente em África, de alcançar os objectivos da Conferência: a escassez de fundos tanto de orçamentos nacionais como de países doadores, a ausência de um contexto legislativo facilitador, a rigidez administrativa que impede a estruturação dos serviços de saúde reprodutiva e a falta de recursos humanos e técnicos. Todos estes factores contribuem para a falta de progressos na realização dos objectivos da Conferência.

Cientes da necessidade de acelerar a implementação do Programa de Acção da ICPD, a Comissão da União Africana e o Escritório Regional da ICPD para África, em colaboração com a União Africana e com o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), financiaram estudos sub-regionais sobre a situação da saúde reprodutiva em África, dez anos depois da sessão da Conferência no Cairo, e agregaram os seus esforços à realização de consultas a nível das sub-regiões a fim de discutir e recomendar formas de acelerar a promoção da saúde sexual e reprodutiva e de direitos afins, assim como formular um Quadro de Políticas Abrangente da Comissão da União Africana. O Departamento de Assuntos Sociais teve um papel preponderante na condução deste processo e tomou parte activa em muitas reuniões sub-regionais, especializadas e ministeriais.

Até ao presente, foram realizadas cinco reuniões sub-regionais, nomeadamente em Yaoundé (Agosto de 2004), Bamako (Novembro de 2004), Windhoek (Fevereiro de 2005), Abuja (Junho de 2005) e Tunes (Agosto de 2005). Uma outra terá lugar em Nairobi em Setembro de 2005. A finalidade destes encontros era a de analisar questões relacionadas com a situação da saúde reprodutiva e dos direitos afins em África, com especial atenção às realidades sub-regionais, e apresentar recomendações que servirão de orientação na elaboração do Projecto de Quadro de Políticas Continentais sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Afins.

Nesta conformidade, o presente documento baseia-se nas deliberações das reuniões sub-regionais atrás referidas. O documento analisa a posição de África relativamente ao consenso internacional sobre a saúde sexual e reprodutiva e direitos afins, os progressos alcançados até agora na implementação do Programa de Acção da ICPD, as lacunas, as oportunidades e os desafios que África enfrenta nesta área. A presente análise é seguida de projectos de Declaração e de Plano de Acção para orientar a formulação de políticas e/ou acções a nível dos respectivos estados-membros. O projecto de Plano de Acção realça nove áreas com orientação estratégica, acções prioritárias e listas de verificação para ajudar no processo de monitorização.



2. África e o Consenso Internacional sobre Saúde Reprodutiva

Passadas várias décadas, durante as quais a comunidade internacional olhou para a questão da população numa perspectiva puramente demográfica, a Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo em Setembro de 1994, representou uma viragem paradigmática no tratamento de questões respeitantes a população e desenvolvimento, com que a humanidade se depara no fim do segundo milénio. Contudo, apesar da concentração das atenções em metas demográficas antes da ICPD, muitas vozes se tinham levantado nos países em desenvolvimento, em geral, e em África, em particular, para defender o princípio de que os problemas do vínculo entre população e saúde ultrapassavam a perspectiva dos “números humanos”. Assim, a ICPD e o seu Programa de Acção representam, de certa maneira, uma vitória para essas vozes.

O Programa de Acção da ICPD, que foi aprovado por 179 países, transferiu as atenções de governos, de agências inter-governamentais e da sociedade civil das metas demográficas e de assistência ao planeamento familiar para questões que foram consideradas importantes para atingir um desenvolvimento equilibrado. Estas questões, entre outros aspectos, relacionam-se com saúde sexual e reprodutiva, direitos de reprodução, capacitação das mulheres e saúde reprodutiva juvenil. Além disso, o referido Programa de Acção apelava aos governos e às agências doadoras que adoptassem uma estratégia estruturada para tratar destas questões, ao invés de continuar com a velha prática de acções fragmentadas, baseadas em projectos descoordenados.

A finalidade do presente projecto de Quadro de Políticas é estabelecer um arquétipo para a harmonização dos esforços nacionais, sub-regionais e continentais na promoção de “saúde reprodutiva” e de “direitos de reprodução”, como um dos programas modelo prioritários da Comissão da UA para a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Afins, conforme vem definido do Programa de Acção da ICPD.

Saúde Reprodutiva

“Saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e com as suas funções e os seus processos. Saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas possam ter uma vida sexual gratificante

e segura e que tenham capacidade de reproduzir-se e liberdade de decidir se, quando e com que frequência o devem fazer. Implícitos nesta última condição estão os direitos dos homens e das mulheres de serem informados sobre métodos de planeamento familiar seguros, eficazes, baratos e aceitáveis que sejam da sua escolha, e de terem acesso a esses métodos, assim como sobre outros métodos da sua escolha para normalizar a sua fertilidade, desde que tais métodos não sejam contra a lei, e o direito de acesso a serviços de saúde competentes que permitam às mulheres passar por uma gravidez e por um parto com segurança, e oferecer aos casais as melhores oportunidades de ter filhos saudáveis”.

Em consonância com a definição atrás exposta, cuidados de saúde reprodutiva são definidos como *“A constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e o bem-estar, através da prevenção e da resolução de problemas de saúde reprodutiva. Também incluem saúde sexual, cuja finalidade é melhorar a vida e as relações pessoais, e não apenas conselhos e cuidados relacionados com a reprodução e as doenças sexualmente transmissíveis”.*

(Capítulo VII., Secção A, Parágrafo 7.2)

Direitos de Reprodução

“Tendo em mente a definição acima apresentada, o conceito de saúde reprodutiva abarca certos direitos humanos que já estão reconhecidos nas leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e noutros documentos de consenso. Estes direitos assentam no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsabilmente o número, o espaçamento e o momento de nascimento dos seus filhos, e de ter as informações e os meios de o fazer, assim como o direito de alcançar o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Os direitos de reprodução incluem também o direito dos casais de tomar decisões no que concerne a reprodução livre de discriminação, coerção e violência, tal como expresso em documentos sobre direitos humanos. Ao exercer este direito, os casais deverão ter em conta as necessidades dos seus filhos já nascidos ou por nascer e as suas responsabilidades para com a sua comunidade. A promoção de um exercício responsável destes direitos por todas as pessoas deverá ser a base fundamental das políticas e dos programas apoiados por governos e comunidades na área da saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar. Como parte de um compromisso, toda a atenção deverá ser dada à promoção de relações mutuamente respeitadas e equitativas entre homens e mulheres, particularmente na satisfação das necessidades de educação e serviços dos adolescentes, a fim de permitir-lhes encarar de modo positivo e responsável a sua sexualidade. A saúde reprodutiva escapa a muitas pessoas no mundo por causa de factores como níveis muito baixos de conhecimentos sobre a sexualidade humana e pobreza ou má qualidade das informações e dos serviços

sobre saúde reprodutiva, prevalência de comportamentos sexuais de alto risco, práticas sociais discriminatórias, atitudes negativas para com as mulheres e as raparigas, assim como limitados poderes exercidos por mulheres e raparigas sobre a sua vida sexual e reprodutiva. Os adolescentes são particularmente vulneráveis porque lhes falta informação e acesso adequado a serviços na maioria dos países. As mulheres e os homens mais velhos têm questões diferentes sobre saúde sexual e reprodutiva que são muitas vezes incorrectamente abordadas.”

(Capítulo VII, Secção A, Parágrafo 7.3)

Esta estratégia global foi reforçada pelas deliberações e recomendações da 4.^a Conferência Mundial sobre as Mulheres (FWCW), realizada em Pequim em Setembro de 1995, as quais puseram em relevo a equidade e igualdade entre homens e mulheres, os direitos de reprodução e uma estratégia baseada em direitos para a saúde reprodutiva.

As sessões subsequentes da Conferência: Cairo +5 (1999), Sessão do Cairo aos Dez Anos (2004) e Pequim +5 (2000), ao mesmo tempo que reforçaram as mensagens da ICPD e da FWCW, despertaram também a atenção das partes interessadas (governos, agências da ONU, instituições regionais e ONGs) para o facto de que com base naquilo que se conseguiu até agora, há o risco da não-implantação dos objectivos destas conferências se a saúde reprodutiva não for totalmente inserida nas várias estratégias sobre a saúde, no seu todo.

Para concolidar as recomendações das grandes conferências da ONU organizadas na década de 90, os Chefes de Estado realizaram a Cimeira do Milénio em Setembro de 2000 e adoptaram a Declaração do Milénio, que foi aprovada por 189 países e que levou à adopção, pela ONU, dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs), a atingir até 2015.

Os oito ODMs são:

1. Erradicar a pobreza extrema e a fome;
2. Alcançar ensino primário universal;
3. Promover igualdade entre homens e mulheres e capacitar as mulheres;
4. Reduzir a mortalidade infantil;
5. Melhorar a saúde materna;
6. Combater o VIH/SIDA, o paludismo e outras doenças;
7. Garantir a manutenção do meio ambiente;
8. Estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento.

Dos oito objectivos, há três - reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o VIH/SIDA, o paludismo e outras doenças - que estão directamente ligados à saúde reprodutiva e há quatro outros que também têm alguma relação com a saúde, incluindo a saúde reprodutiva.

Todavia, os ODMs não expõem explicitamente o objectivo mais importante do Programa de Acção da ICPD - acesso universal a serviços de saúde reprodutiva até 2015, o que levou o Secretário-Geral da ONU, Kofi Annan, a declarar na 5.^a Conferência da Ásia e do Pacífico sobre a População, realizada em Bangkok em Dezembro de 2002, que *“os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, particularmente a erradicação da pobreza e da fome, não poderão ser alcançados se questões sobre a população e a saúde reprodutiva não forem frontalmente atacadas”*. Numa tentativa de colmatar esta lacuna, criou-se um Grupo de Trabalho sobre Saúde Reprodutiva para assessorar o Secretário-Geral da ONU na implementação dos ODMs.

Para criar um “mecanismo” de implementação dos ODMs, a Assembleia-Geral da ONU adoptou, na sua 56.^a Sessão, realizada em Setembro de 2001, um “Guia de Implementação da Declaração do Milénio das Nações Unidas”. O Guia contém tanto as metas como os indicadores para cada Objectivo, que serão usados em parte para formular o Plano de Implementação da NEPAD.

África e a ICPD: 10 Anos Depois

Em 2003, a Comissão Económica da ONU para África (CEA) e o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), levaram a cabo dois inquéritos do tipo “ICPD aos Dez Anos” (*ICPD at Ten*), a fim de avaliar o grau de implementação do Programa de Acção da ICPD pelos governos africanos. Os referidos inquéritos mostraram que a maioria dos países africanos tem estado a dar prioridade à implementação de programas abrangentes sobre saúde reprodutiva e que alguns progressos tinham sido registados em várias áreas, relativamente ao Programa de Acção do Cairo e aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

No entanto, vários obstáculos operacionais têm impedido a implementação do Programa de Acção da ICPD. Em numerosos países, os sistemas de saúde organizados verticalmente, o que é muitas vezes herança da era colonial, constituem um enorme entrave a uma forma de actuação mais estruturada.

A nível das políticas, vários países inseriram as questões da população na concepção, implementação e avaliação de uma série de programas de desenvolvimento e, nalguns casos, nos Planos Estratégicos para a Redução da

Pobreza (PRSPs). Além disso, vários governos inseriram os serviços de saúde reprodutiva nos seus serviços de cuidados de saúde. Na área da redução da mortalidade materno-infantil, muitos governos introduziram cuidados de obstetrícia de emergência, partos assistidos, extensão das campanhas de imunização e programas vocacionados para o tratamento das complicações resultantes de abortos praticados sem segurança.

Na área da luta contra o VIH/SIDA, depois da ICPD, a maioria dos governos africanos reforçou o compromisso de combater esta epidemia. Tal compromisso é testemunhado pelo facto de que quase metade dos países africanos criou órgãos de coordenação, muitos dos quais colocados ao nível da Presidência.

Contudo, apesar destes progressos, apenas um pequeno número de países africanos tem apresentado relatórios sobre a implementação dos objectivos da ICPD. Um documento apresentado à sessão que marcava o 10.º aniversário da Conferência, realizada em Londres em 2004, concluiu que só oito países estavam a registar progressos significativos, sete estavam a averbar progressos moderados e cinco estavam a registar poucos ou não estavam a registar nenhuns progressos.

3. Saúde Sexual e Reprodutiva em África: Factos e Desafios

As cinco reuniões sub-regionais realizadas até agora identificaram factos e desafios no que toca às seguintes áreas da saúde reprodutiva:

Factos:

- **Situação Demográfica**

Embora haja algumas variações sub-regionais, o continente é caracterizado por altos índices de natalidade e mortalidade. Em média, há 38 nascimentos e 14 mortes por cada 1000 pessoas, o que se traduz num índice de aumento natural de 2,4%. O número de nascimentos oscila entre um nível baixo de 16, nas Ilhas Maurícias, e um nível alto de 51, no Malawi, enquanto o número de mortes por 1000 pessoas oscila entre 4, na Argélia e na Líbia, e 29, na Serra Leoa. O mais alto índice de aumento natural regista-se no Níger e nas Ilhas Comores (3,5%), enquanto o mais baixo se regista no Botsuana (0,1%) (Bureau de Referência para a População: Folha de Dados sobre a População Mundial para 2004).

Os encontros sub-regionais levantaram a questão dos altos Índices de Fertilidade Total. Esses índices estimavam-se numa média de 5,1, sendo o mais baixo registado nas Ilhas Maurícias (1,9) e o mais alto no Níger (8). Quanto ao total da população em África, calcula-se que o seu número esteja agora cifrado em 885 milhões e espera-se que atinja 1.323 milhões em 2025 e 1.941 milhões em 2050. A prevista alteração da população entre 2004 e 2050 é de 119% em África e 132% na África Subsaariana.

- **Mortalidade Materna**

Todas as reuniões sub-regionais levantaram a questão da alta taxa de mortalidade que assola vários países africanos. Embora a média se situe à volta de 400 mortes maternas por cada 100.000 nados-vivos, esta cifra está acima de 900 em certos países.

A proporção do risco de morte causada por parto durante a vida é de 1:16 na África Subsaariana. A OMS acredita que as maiores causas de mortalidade materna são: hemorragias depois do parto, seguidas de infecção,

abortos praticados sem segurança, hipertensão e trabalho de parto obstruído. Um outro factor que contribui para a mortalidade materna em África é a falta de pessoal qualificado durante o parto. Enquanto trabalhadores de saúde qualificados assistiram a 33% dos partos em 1985, a percentagem elevou-se para 41% até 2000.

- **Mortalidade Infantil e de Menores**

De um modo geral, os índices de mortalidade infantil e de menores baixaram em muitos países africanos (a mortalidade infantil baixou de 99 por cada 1000 nados-vivos no período 1999-95 para 88,5 no período 2000-2004). A mesma tendência verificou-se no que respeita à mortalidade de menores (de 163,6 no período 1990-1995 para 148,4 no período 2000-2004). Apesar disso, a região continua a registar um dos mais altos índices no mundo. O índice médio de mortalidade infantil varia entre 16 e 177 por cada 1000 nados-vivos (respectivamente nas Ilhas Maurícias e na Serra Leoa), enquanto a média é de 89 (África) e 96 (África Subsaariana). O índice de mortalidade para crianças com menos de cinco anos oscila entre 52 por cada 1000 nados-vivos entre os mais ricos do Gana, que representam um quinto da população, e 282 por 1000 nados-vivos entre os mais pobres do Níger, que representam um quinto da população.

Estima-se em 45 o número de países africanos que não alcançaram o objectivo de reduzir a taxa de mortalidade infantil para menos de 70 mortes por 1000 nados-vivos, fixada para 2000.

- **Uso de Anticoncepcionais**

Todas as reuniões sub-regionais salientaram a baixa prevalência de anticoncepcionais na maior parte dos países. Apesar da média mundial em relação a todos os métodos (tradicionais e modernos) ser de 59%, a média africana é de 28% (21% na África Subsaariana). Em termos de anticoncepcionais modernos, as médias são as seguintes: África: 21%; África Subsaariana: 14% (Fonte: Bureau de Referência para a População: Folha de Dados sobre a População Mundial para 2004).

Há, contudo, algumas variações acentuadas. O uso mais elevado de anticoncepcionais modernos regista-se nas Ilhas Maurícias (76%), no Egipto (57%) e na África do Sul (55%), enquanto o mais baixo se regista no Chade (2%), na República Democrática do Congo, na Guiné-Conacri, na Guiné-Bissau e no Ruanda (4%).

De um modo geral, África continua a ter o mais baixo índice mundial de prevalência de anticoncepcionais. Apenas 25% dos casais usam alguma forma

de método de planeamento familiar (26,8% para todos os métodos e 19,8% para os métodos modernos).

Embora a prevalência seja baixa, a proporção de mulheres casadas que precisam de anticoncepcionais, mas que não usam nenhum método para o efeito, é estimada em 24% na África Subsaariana e 18% no África do Norte. Contudo, esta estimativa é provisória uma vez que só se aplica a mulheres casadas.

- **Abortos praticados sem segurança**

Todas as reuniões sub-regionais registaram uma alta frequência de abortos. A reunião da África Central concluiu que os abortos representavam até 28% em toda a sub-região, enquanto a reunião da África Ocidental constatou que em 13% dos casos os abortos resultavam em morte materna, e esta percentagem chegava até 40% em países como a Eritreia.

- **Doenças Sexualmente Transmissíveis e VIH/SIDA**

Todas as reuniões sub-regionais levantaram a questão da propagação sem precedentes do VIH/SIDA. No caso da África Central, o índice dessa prevalência varia entre 2% no Madagáscar e 38% na Suazilândia.

Apesar da actual vontade política e do apoio de doadores relativamente a programas curativos, apenas 11% dos doentes de SIDA em África têm acesso a terapias anti-retrovirais (por oposição a 62% na América Latina e 14% na Ásia).

O número de mulheres jovens infectadas pelo VIH representa quase o dobro do número de homens infectados pelo mesmo vírus na África Subsaariana. Estimava-se que em 2001 entre 6% e 11% de mulheres jovens viviam com o VIH/SIDA, comparadamente a 3%-6% de homens jovens.

- **Saúde Reprodutiva de Adolescentes**

Os adolescentes e jovens com idades entre os 15 e os 19 anos, que representam 20,3% da população africana, estão em risco de gravidez precoce ou indesejada, que implica abortos sem segurança, doenças sexualmente transmissíveis e desistência escolar.

Na maioria dos países, os jovens carecem de informações pertinentes sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos afins. A Divisão da ONU para a População estima que 51% das raparigas africanas sexualmente activas, antes de passar dos 20 anos, tinham iniciado a sua actividade sexual antes do

casamento. A proporção correspondente para os homens é de 90%. Como consequência, a média da contribuição à fertilidade por parte de adolescentes, com idades entre os 15 e 19 anos, é de aproximadamente 107 por 1000 mulheres nessa faixa etária (variando entre 7, na Líbia e na Tunísia, e 233, no Níger).

Nalgumas sub-regiões, a proporção de raparigas com idades entre os 15 e os 19 anos, e com pelo menos um filho, varia entre 10%, no Congo, e mais de 30%, nos Camarões.

- **Mutilação Genital Feminina**

Apesar de a Mutilação Genital Feminina ser relativamente alta em muitos países, há um vazio jurídico e legislativo que deve merecer atenção. A percentagem destas mutilações varia entre 10%, na República Democrática do Congo, e 89%, na Eritreia.

- **Violência Sexual e Doméstica**

Embora a violência sexual e doméstica esteja generalizada na maior parte dos países africanos, o fenómeno ainda é muito pouco denunciado devido a razões sócio-culturais e ao vazio jurídico à volta desta questão.

- **Dotação Orçamental para a Saúde**

Algumas reuniões sub-regionais repudiaram as baixas dotações orçamentais para a saúde, em geral, e para a saúde reprodutiva, em particular. Na África Central, a percentagem dos orçamentos estatais atribuída à saúde varia entre 3,6%, em São Tomé e Príncipe, e 14,3%, na Guiné Equatorial.

Desafios:

Face às questões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos afins, identificadas pelas consultas sub-regionais, os participantes identificaram os desafios que África terá de enfrentar para que os seus países sejam bem-sucedidos na implementação do Programa de Acção da ICPD. Os referidos desafios têm a ver com áreas como políticas e legislação, infra-estruturas, serviços, aproveitamento dos recursos humanos e parcerias.

Políticas:

Embora todos os países africanos tenham aprovado o Programa de Trabalho da ICPD e tenham renovado o seu compromisso para com esse programa por ocasião da sessão do Cairo +5 e do Cairo aos 10 Anos, muitas

políticas e leis requerem alteração para corresponder aos compromissos assumidos, especialmente nas áreas da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos afins, do VIH/SIDA e da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens. Além do mais, têm de ser providenciados meios para uma implementação com êxito do Roteiro da OMS sobre mortalidade materna, infantil e de menores.

Os governos africanos deparam-se também com a tarefa de integrar resoluções e acordos internacionalmente subscritos em legislações nacionais e no futuro Programa de Acção da NEPAD.

Uma das dificuldades encaradas na área da formulação de políticas é a ausência da devida capacidade humana e técnica para monitorizar progressos na implementação dos objectivos da ICPD. Esta deficiência inclui a área da recolha e análise de dados, a ausência de indicadores e padrões de referência e a semi-ausência de sistemas de informação sobre a gestão da saúde sexual e reprodutiva em muitos países.

Financiamentos

A despeito dos compromissos assumidos por doadores na Conferência do Cairo, o nível da Assistência Oficial ao Desenvolvimento, em geral, e o nível dessa assistência à saúde em termos financeiros reais diminuíram entre 1995 e 2001. Só em 2002 é que a decrescente tendência da referida assistência passou a ser controlada, tendo o seu montante sido restabelecido aos números anteriores à ICPD em 2003.

Infra-estruturas

Devido às baixas dotações orçamentais à saúde, em geral, e à saúde reprodutiva, em particular, as infra-estruturas existentes, incluindo estabelecimentos e equipamentos, deixaram de ter capacidade para responder às crescentes necessidades da saúde reprodutiva, particularmente em áreas remotas e rurais, em que vive a maioria da população.

Serviços:

Apesar de terem sido acordadas as principais componentes do Programa de Acção da ICPD, a sua inserção em serviços pré-existentes não foi levada a cabo de forma sistemática e isto tem dificultado a tarefa de avaliar os progressos da implementação das recomendações do Cairo.

Aproveitamento dos Recursos Humanos

Na ausência de recursos financeiros suficientes, muitos países têm sido incapazes de formar pessoal para as áreas adicionais de saúde sexual e reprodutiva resultantes da agenda do Cairo.

Parcerias:

A despeito do discurso positivo sobre parcerias e cooperação, não foi elaborado nenhum plano de cooperação sistemática com o fim de trocar experiências e lições aprendidas, nem foi instituído um programa de colaboração Sul-Sul, quer seja no domínio da formação, quer seja no que toca à distribuição de anticoncepcionais ou a aquisições conjuntas.

Resposta da UA aos Desafios da Saúde Reprodutiva: Lacunas e Oportunidades

O Acto Constitutivo da União Africana, que entrou em vigor em Maio de 2001, referiu-se a questões da saúde ao afirmar, no seu Artigo 3(n), que a UA trabalhará para “a erradicação das doenças evitáveis e a promoção de boa saúde”. Além do mais, o Artigo 13(h), referente às instituições da União, reza que o Conselho Executivo é responsável pela coordenação e tomada de decisões sobre políticas referentes ao ensino, à cultura, à saúde e ao aproveitamento dos recursos humanos.

Com vista a abordar a questão do desenvolvimento de África de modo mais sólido, os Chefes de Estado do continente adoptaram, em Julho de 2001, a Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD), que representa um novo quadro de desenvolvimento estratégico para os países africanos na superação dos desafios sócio-económicos com que o continente se depara. O referido Quadro foi ratificado pela Cimeira da União Africana em Julho de 2002.

Contudo, o Programa de Acção da NEPAD não cobriu a questão da saúde sexual e reprodutiva, apesar de quase todos os países africanos terem subscrito as recomendações da ICPD e da FWCW. A reunião dos Ministros Africanos da Saúde, acolhida em Tripoli em Abril de 2003, reconheceu esta lacuna. Os Ministros apelaram para a inclusão da redução da mortalidade materno-infantil no plano estratégico da NEPAD para o sector da saúde e levantaram o facto de que o Quadro da NEPAD não defendia convenientemente a saúde sexual e reprodutiva. Foi o reconhecimento desta lacuna que levou a União Africana,

em colaboração com o Escritório Regional da Federação Internacional de Paternidade Planificada (IFPP) para África e o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), a organizar uma série de rondas de consultas sub-regionais com vista a produzir recomendações e um projecto de Quadro de Políticas sobre saúde reprodutiva e direitos afins para análise das autoridades competentes da União Africana.

Como foi atrás referido, os objectivos das reuniões sub-regionais foram os seguintes:

- Proceder a um inventário das implicações das várias conferências internacionais sobre população, género e desenvolvimento para a saúde sexual e reprodutiva e direitos afins;
- Definir os principais desafios na área da saúde reprodutiva em África;
- Determinar o lugar da saúde sexual e reprodutiva no Plano de Acção da NEPAD;
- Recomendar uma componente global de saúde sexual e reprodutiva para incorporação no Quadro da NEPAD;
- Defender a institucionalização integral da saúde sexual e reprodutiva dentro das estruturas da União Africana.

4. Declaração sobre Políticas

Com base na avaliação dos progressos conseguidos pelos países africanos na implementação dos objectivos do Programa de Acção da ICPD, assim como da actual situação da saúde reprodutiva, e face aos contínuos desafios com que África se confronta na área da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos afins, a Comissão da União Africana acredita que chegou o momento de agir no sentido de integrar os programas de saúde reprodutiva no continente. A integração e harmonização das questões de saúde reprodutiva em iniciativas nacionais, regionais e continentais sobre o desenvolvimento acelerarão, sem dúvida, o processo de implementação dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e contribuirão de um modo geral para o alívio da pobreza em África, uma vez que o desenvolvimento é medido não em termos de crescimento quantitativo do PIB, mas em termos da qualidade de vida de que se goza e do bem-estar global da população de um dado país.

Embora todos os países africanos tenham iniciado a implementação de programas de saúde sexual e reprodutiva e de direitos afins, não houve esforços sistemáticos para alterar as actuais legislações nem para adoptar novas leis com o objectivo de estabelecer autoridade jurídica e política relativamente aos compromissos assumidos pelos Chefes de Estado Africanos em diferentes fóruns. É, por isso, essencial que todos os países iniciem uma revisão legislativa com vista a alterar as actuais leis restritivas e a adoptar legislação facilitadora. Para evitar duplicações de esforços, o Quadro de Políticas sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Afins deverá prever um processo modelo de revisão e linhas de orientação pertinentes para revisão, formulação e implementação de políticas, assim como para a sua monitorização e avaliação.

Devido ao facto de que a formulação de políticas a nível central é apenas o começo da mudança sócio-cultural e que alguns dos valores sócio-culturais estão profundamente enraizados na mente das pessoas, e no intuito de obter a mais vasta aderência possível à nova legislação facilitadora, é imperioso que todas as instituições e todos os representantes comunitários abrangidos participem nas discussões que antecedem esta revisão e formulação de políticas. É também importante sensibilizar as autoridades a níveis distrital e local sobre a necessidade de implementar novas políticas e novos regulamentos.

No que respeita às comunidades, toda a boa legislação, os bons regulamentos e programas continuariam a ser alheios a essas comunidades se não forem divulgados junto das pessoas nas suas próprias línguas e dialectos africanos. A este respeito, as agências de implementação do Quadro de Políticas deverão elaborar glossários de vários termos sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos afins com tradução em línguas locais, com vista a aumentar a consciência das pessoas acerca de questões referentes à sua saúde.

No que concerne à adopção, adaptação ou inserção do Quadro de Políticas sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Afins na Estratégia de Saúde da NEPAD, assim como nos programas de saúde dos vários países africanos, é imperioso que seja dedicada uma atenção especial a uma série de áreas que assumem carácter estratégico em virtude da sua contribuição para a realização dos objectivos da ICPD e dos ODMs, e para o estabelecimento de um ambiente facilitador em prol de uma vida decente. Estas áreas têm a ver com a mortalidade materna, infantil e de menores, os serviços de planeamento familiar, os abortos praticados sem segurança, as doenças sexualmente transmissíveis, o VIH/SIDA, a saúde reprodutiva dos adolescentes, a mutilação genital feminina e a violência contra as mulheres.

Quanto à mortalidade materna, foram alcançados alguns progressos em muitos países. Contudo, com vista a reduzir a mortalidade materna por dois terços até 2015, uma atenção sistemática deverá ser dedicada à eliminação das cinco principais causas de mortes para as mulheres: hemorragias e infecções pós-parto, abortos mal realizados, hipertensão e trabalho de parto obstruído, que representam respectivamente 25%, 15%, 13%, 12% e 8% da mortalidade materna. Uma das acções prioritárias a levar a cabo é o aumento do número de serviços de obstetrícia de emergência mais próximos das comunidades. Visto que faltam os meios para criar estabelecimentos de serviços de obstetrícia de emergência em todas as estruturas de saúde, é importante que os sectores público, privado e das ONGs colaborem com as comunidades locais para planificar transporte de emergência para os centros de saúde mais próximos, quando necessário.

África continua atrasada no que toca à redução da morbilidade e da mortalidade infantis e de menores. Num momento em que há vidas a serem ceifadas pela epidemia do VIH/SIDA, é imperioso salvar as vidas de crianças com menos de cinco anos de idade. Embora o fenómeno da mortalidade de crianças com menos de cinco anos esteja ligado a vários factores que contribuem para a pobreza, algumas acções prioritárias podem ser tomadas a curto prazo:

intensificação da imunização de todas as crianças com menos de um ano contra o sarampo e imunização generalizada de todas as crianças contra outras doenças.

Apesar dos esforços que os governos e a sociedade civil têm despendido ao longo dos últimos quarenta anos para expandir os serviços de planeamento familiar, o índice de prevalência de anticoncepcionais é ainda muito baixo em África (uma média de 20%). Esta situação continua a verificar-se a despeito de a maioria dos governos africanos considerar que o crescimento da população nos seus países é alto e apesar do facto de que os casais que gostariam de ter acesso a anticoncepcionais não têm acesso a serviços de planeamento familiar. De facto, as necessidades de planeamento familiar não satisfeitas circulam à volta de 24% e a falta de acesso a serviços adequados leva a sexo sem protecção, gravidez indesejada e abortos mal realizados, que muitas vezes resultam em morte. A oferta de métodos de planeamento familiar deverá ser uma das prioridades de qualquer pacote mínimo de saúde sexual e reprodutiva devido ao seu impacto sobre muitas outras componentes deste ramo da saúde. A experiência bem-sucedida dos serviços comunitários prestados por ONGs deverá ser repetida e intensificada, e as autoridades competentes em todos os países africanos deverão facilitar as tarefas das ONGs a este respeito devido à eficácia, do ponto de vista de custos, das suas intervenções.

O aborto é, obviamente, uma questão sensível para muitas pessoas. Contudo, a solução não é enterrar a cabeça na areia e esperar que o fenómeno desapareça. Enquanto os programas devem visar a eliminação das razões que levam ao aborto, é também importante abordar frontalmente a questão dos abortos praticados sem segurança. Os responsáveis pela definição de políticas e os formadores de opinião têm que encorajar um debate saudável e desapassionado acerca da questão e dos danos que dela advêm. Deve ser promovida uma mudança legislativa positiva apesar das nuvens ideológicas que pairam sobre esta questão. Afinal, é preciso reconhecer que os abortos inseguros são a terceira causa de mortalidade materna. Não se pode alcançar o objectivo de reduzir a mortalidade materna sem abordar a questão dos abortos inseguros.

A epidemia do VIH/SIDA tem abalado mais severamente África do que qualquer outro continente. Nenhuma família ou comunidade tem sido capaz de escapar a esta praga moderna. O sucesso de alguns países no tratamento deste problema é uma indicação de que é possível debelar a questão. Nesta área, mais do que em qualquer outra, a troca de experiências entre países

africanos é de importância primordial. Esta é uma das áreas em que o Quadro de Políticas pode ser um instrumento importante para encorajar o referido intercâmbio. Além disso, é necessário um esforço especial por parte de todos os países africanos a fim de expandir a distribuição e o uso de medicamentos anti-retrovirais.

Os jovens têm sempre sido vistos como o futuro do continente. Contudo, quando o assunto é a sua saúde reprodutiva, vários tabus ofuscam a visão da sociedade. Os factos são irrefutáveis e falam por si: 90% dos homens e 50% das mulheres iniciam a sua actividade sexual antes de atingirem os vinte anos de idade. Contudo, nem as famílias nem as escolas os preparam em termos da sua saúde sexual e reprodutiva. A consequência é que 20% dos nascimentos são atribuídos a adolescentes com idade entre os 15 e os 19 anos. Enfrentar a questão da saúde reprodutiva dos adolescentes não é fácil, nem para as famílias nem para as escolas. Neste domínio, várias ONGs africanas iniciaram experiências bem-sucedidas de Serviços Favoráveis aos Jovens em que estes participaram na concepção e implementação de programas pertinentes sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos afins. Trata-se de uma das áreas que os governos deviam encorajar, prestando apoio significativo a ONGs de jovens para promover sexualidade saudável, tanto fora como dentro da escola.

A experiência dos países africanos e de muitos outros países em desenvolvimento desde a independência tem mostrado que nenhum sucesso é possível sem igualdade entre homens e mulheres. E o argumento é ainda mais válido quando se trata de saúde sexual e reprodutiva e direitos afins. As mulheres africanas estão expostas à pobreza, a doenças, ao analfabetismo, e são vítimas de morbilidade e mortalidade ligadas à gravidez. Muitas delas perdem a vida durante o parto, no momento em que estão a dar vida. É essencial que seja revista toda a legislação existente e sejam alteradas todas as disposições que discriminam as mulheres ou que restrinjam a igualdade. Para além de serem vítimas das desigualdades entre os sexos, as mulheres em todo o continente africano sofrem em silêncio a violência que lhes é infligida. A violência sexual e doméstica não deverá ser tolerada e deverão ser decretadas leis que punam os seus autores. As mulheres deverão ser investidas de poderes para denunciarem casos de violência doméstica, e às raparigas deverá ser dada oportunidade de crescer com auto-estima.

Escusado será dizer que os líderes, os governos e a sociedade civil de África estão conscientes da deficiente implementação dos objectivos da ICPD. Entre vários factores, dois têm contribuído para que não se registem progressos significativos: a falta de recursos e o peso da burocracia.

No que diz respeito aos recursos, embora os doadores tenham prometido aumentar o seu apoio à saúde reprodutiva durante a Conferência do Cairo, as suas contribuições, em termos reais, diminuiram durante a maior parte da década seguinte àquela Conferência. É de aplaudir o aumento da Assistência Oficial ao Desenvolvimento, que começou em 2002, embora a maior parte dos doadores esteja longe de alcançar os 0,7% do seu PIB para a referida assistência, conforme recomendou a Assembleia-Geral da ONU em 1970. Numa altura em que se assiste à globalização, em que os preços minguantes das mercadorias dos países em desenvolvimento e a subida dos preços do petróleo criam novos problemas à maioria das economias de África, o continente apela aos doadores para que aumentem o apoio aos países africanos para que estes consigam atingir os objectivos da ICPD e os ODMs.

Deverão também ser disponibilizados mais recursos internos à saúde, em geral, e à saúde reprodutiva, em particular. Os Chefes de Estado Africanos já prometeram que 15% dos seus orçamentos nacionais seriam afectados à saúde. Chegou o momento de transformar esta promessa numa realidade orçamental.

Quanto à boa governação, as lutas pelo domínio de território entre os diferentes sectores da administração e a falta de uma gestão eficiente têm resultado na manutenção dos programas verticais de saúde sexual e reprodutiva já existentes e na não-estruturação dos seus serviços. Com vista a dar um impulso a estes esforços, é importante que se crie um mecanismo de coordenação a nível superior do governo de cada estado-membro.

5. Anexos

Anexo I. Declaração

Reconhecendo o vínculo essencial entre a dinâmica da população, a pobreza, a produtividade, a saúde, incluído a saúde sexual e reprodutiva, os direitos humanos e o género, assim como o seu impacto final sobre o desenvolvimento sustentável, conforme articulado no Programa de Acção da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (ICPD) para 1994, na Plataforma de Acção de Pequim de 1995 e na Declaração do Milénio da ONU de 2000, e notando que a maioria destes acordos não tem sido convenientemente implementada,

Reconhecendo que a saúde sexual e reprodutiva é uma componente importante e de pleno direito dos programas de saúde, direitos humanos e desenvolvimento, e que constitui uma parte integrante dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs),

Confirmando o forte vínculo entre as desigualdades entre homens e mulheres, as doenças que afectam as mulheres, a violência contra as mulheres e a falta de acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva, e a necessidade de ultrapassar preconceitos sexuais generalizados a fim de produzir soluções mais equitativas e eficazes para o desenvolvimento nacional,

Considerando a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), a Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos (1981), a Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-Estar da Criança Africana (1990), a Declaração de Dakar/Ngor sobre a População, a Família e o Desenvolvimento Sustentável (1992), a Declaração da SADC sobre o Género e o Desenvolvimento (1997, 1998), o Protocolo da SADC sobre a Saúde (1999) e as Declarações de Abuja, Maseru e Maputo (2001, 2003),

Confirmando que a Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD), adoptada pela União Africana como uma estratégia de desenvolvimento, constitui um compromisso forte e comum de todos os estados

para a urgente erradicação da pobreza e para a realização de crescimento e desenvolvimento sustentáveis,

Encorajados pelo facto de que a Visão, a Missão e o Quadro Estratégico que a União Africana adoptou agora reconhecem a importância da saúde sexual e reprodutiva para o sucesso da agenda do desenvolvimento africano,

Preocupados com os altos índices de mortalidade materna, a alta prevalência de abortos mal praticados, o baixo índice de prevalência de anticoncepcionais, o alto índice de prevalência do VIH/SIDA e os índices crescentes da transmissão do VIH/SIDA de mãe a filho,

Considerando o Roteiro da União Africana/Escritório Regional da OMS para África, visando a aceleração dos esforços para reduzir a mortalidade e a morbilidade materno-infantis, e conscientes do nosso compromisso constante da Declaração de Abuja de 2001 contra o Paludismo, a Tuberculose e outras doenças relacionadas, e a Estratégia da UA/NEPAD para a Saúde,

Preocupados com o drama dos adolescentes e jovens, que têm limitado acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, embora sejam eles a arcar com o fardo das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA, do abuso sexual e de outros riscos à sua vida, relativamente à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos afins,

Reconhecendo que os programas destinados aos jovens são essenciais para eliminar a sua vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis, à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, aos abortos mal praticados e a casos de gravidez indesejada, e confirmando os benefícios de investir no desenvolvimento e na saúde dos jovens, incluindo na sua saúde sexual e reprodutiva,

Alarmados com os efeitos da crescente pandemia do VIH/SIDA e reconhecendo que o investimento em programas e serviços de saúde sexual e reprodutiva é um ponto de partida ideal para a prevenção do VIH, e conscientes da necessidade de fortalecer a prevenção da transmissão do VIH de mãe a filho,

Alarmados com a crescente fuga de cérebros de entre o pessoal qualificado da área da saúde e as implicações desta fuga para a implementação das várias

estratégias adoptadas e para a realização dos objectivos que fixámos para nós próprios,

Tendo procedido a um balanço da situação da saúde sexual e reprodutiva em África e tendo analisado a inclusão desadequada deste ramo da saúde no Plano de Acção da NEPAD no seu todo, e na sua componente da saúde, em particular;

Por este meio, reafirmamos o nosso compromisso firme e irrevogável de trabalharmos juntos para uma aplicação plena da saúde sexual e reprodutiva na Estratégia da UA e da NEPAD para a Saúde, e de tomar todas as medidas necessárias com vista a acelerar a definição de políticas pertinentes para a sua implementação nos nossos países, incluindo, entre outros aspectos, o seguinte:

Trabalhar para a realização do nosso compromisso de atribuir 15% dos orçamentos nacionais à saúde (Declaração de Abuja, 2001);

Intensificar esforços para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio quanto à redução das taxas de mortalidade materno-infantil;

Garantir que as acções sobre a saúde reprodutiva e os direitos de reprodução sigam uma estratégia que cubra toda uma vida, reconhecendo a continuidade entre o nascimento, a infância, a adolescência e a idade adulta;

Garantir que não sejam descuradas as necessidades sanitárias das meninas, paríparas e mulheres em idade pós-reprodutiva;

Envolver os adolescentes em todos os programas de saúde reprodutiva que lhes sejam destinados, em todas as fases de concepção, implementação, monitorização e avaliação;

Intensificar os esforços para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para travar e inverter a tendência de propagação do VIH/SIDA, do paludismo e da tuberculose até 2015;

Aumentar o índice de prevalência de anticoncepcionais em 30% até 2015;

Dedicar atenção aos homens tanto em termos das suas próprias necessidades, como em termos da sua parte de responsabilidade como maridos, parceiros e pais;

Defender a inclusão da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos afins em todos os acordos celebrados na área do desenvolvimento sócio-económico;

Fortalecer parcerias para o melhoramento dos resultados da saúde sexual e reprodutiva com comunidades, governos locais, redes de jovens, sociedade civil, comunidades económicas regionais, estados-membros, agências das Nações Unidas e outros parceiros de desenvolvimento;

Trabalhar com partes interessadas nacionais e com parceiros regionais e internacionais a fim de obter apoio político, financeiro e material para projectos e programas de saúde reprodutiva;

Integrar a saúde sexual e reprodutiva e os direitos afins, a igualdade entre homens e mulheres e iniciativas de capacitação de jovens em estruturas da NEPAD e de outras instituições africanas interessadas;

Fortalecer as estruturas existentes para a promoção da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos afins, da igualdade entre homens e mulheres e de iniciativas de capacitação de jovens no contexto da União Africana;

Instituir os mecanismos de uma base de dados harmonizada e padronizada que permita uma melhor monitorização e avaliação das políticas e dos programas de saúde sexual e reprodutiva e de direitos afins na sub-região;

Apoiar a troca de experiências, conhecimentos técnicos e melhores práticas no contexto das relações Sul-Sul na área da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos afins;

Pugnamos por:

Harmonizar as políticas existentes com planos de execução pertinentes e específicos a nível nacional, desde que se relacionem com questões de saúde

sexual e reprodutiva, de forma coordenada e com vista a facilitar a mobilização de recursos para garantir que as políticas sejam sustentadas por uma análise do género compartmentada por idade e sexo;

Constituir sistemas de saúde fortes e justos para eliminar as actuais lacunas no acesso e no uso de serviços de saúde reprodutiva, incidindo principalmente sobre as necessidades das mulheres e dos jovens;

Fortalecer os sistemas de saúde a fim de garantir acesso universal a serviços básicos de saúde, incluindo serviços de promoção de saúde materno-infantil, apoiar a saúde sexual e reprodutiva e combater a tuberculose e o paludismo;

Promover políticas sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos afins, incluindo políticas destinadas a facilitar o acesso a serviços de prevenção, alívio, tratamento e cuidados do VIH/SIDA, de planeamento familiar, saúde materno-infantil e prevenção de abortos mal praticados entre adultos e jovens na sub-região;

Assumir o compromisso de levar a cabo uma revisão das leis nacionais, para que essas leis tenham em conta questões de género e jovens e estejam em conformidade com acordos internacionais e protocolos da UA pertinentes, com vista a garantir a plena realização da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos afins a favor das mulheres e dos adolescentes, o que por sua vez assegurará uma plena igualdade sexual para todos os cidadãos;

Criar um ambiente facilitador para aumentar investimentos privados e públicos, assim como parcerias entre os dois sectores na área dos sistemas de saúde para que seja dedicada uma atenção especial ao aproveitamento dos recursos humanos, de infra-estruturas e da oferta de bens, a fim de elevar a eficácia da prestação dos serviços de saúde;

Fortalecer os mecanismos de coordenação e parceria com a sociedade civil, incluindo organizações não-governamentais, as comunidades no seu todo, as organizações religiosas e o sector privado, cobrindo todos os níveis da administração (nacional, regional distrital), com vista a assegurar a sustentabilidade do desenvolvimento;

Garantir a criação e o uso de sistemas apropriados de monitorização e avaliação, incluindo os relacionados com acesso universal a saúde sexual e reprodutiva, para medir os progressos alcançados no cumprimento de objectivos internacionalmente acordados em matéria de desenvolvimento da saúde, a fim de definir programas eficientes e chegar aos melhores resultados do ponto de vista sanitário e nutricional.

Anexo II: Quadro de Políticas¹

1. **Legislação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva**

Considerando as deficiências dos quadros jurídico-legais existentes sobre saúde sexual e reprodutiva, os estados-membros deverão adoptar novas leis, que tenham em conta as especificidades africanas, e aplicar melhor essas leis.

2. **Estruturação dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva**

Face à urgência das questões de saúde sexual e reprodutiva, incluindo os índices muito altos de mortalidade materno-infantil e de abortos mal praticados, os países africanos precisam de integrar os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos pacotes de actividade mínima em todos os níveis da pirâmide da saúde, com particular atenção ao planeamento familiar, à obstetrícia de emergência e aos cuidados infantis.

3. **Comunicação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva**

É importante notar que as línguas são um veículo fundamental e indispensável para uma comunicação eficaz e eficiente, principalmente na luta e na prevenção de doenças. A este respeito, é necessário desenvolver as devidas estratégias de comunicação que tenham em conta a idade, o sexo, a religião e a cultura em todas as suas formas de manifestação. É também essencial fortalecer sistemas de comunicação e defesa, para integrar as línguas locais nas estratégias e nos programas de comunicação sobre mudança de comportamento e permitir que os programas de saúde sexual e reprodutiva tenham acesso aos meios públicos de comunicação social.

4. **Orçamento para Actividades ligadas à Saúde Sexual e Reprodutiva**

Considerando a importância da saúde sexual e reprodutiva para o bem-estar das pessoas e das famílias e o seu impacto sobre o desenvolvimento e o alívio da pobreza, os países deverão honrar o seu compromisso de atribuir pelo menos 15% dos seus orçamentos ao sector da saúde e dotar os programas de saúde sexual e reprodutiva dos recursos necessários.

5. Integração do Género em Programas de Desenvolvimento

É um facto provado que existem disparidades agudas entre homens e mulheres em África e a influência dessas disparidades sobre o uso dos serviços e o acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva é imensa. É, por isso, imperioso que se continue a trabalhar com vista a integrar o género em todos os programas de desenvolvimento dos respectivos estados-membros.

6. Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens

Dada a persistência dos problemas de adolescentes e de saúde sexual e reprodutiva, e as suas implicações nocivas, é crucial que se fortaleçam serviços de qualidade destinados aos jovens e se melhore o acesso por parte destes a informação que os ajude a satisfazer as suas necessidades específicas, assim como adoptar legislações facilitadoras para o desenvolvimento juvenil, com atenção à juventude rural.

7. Luta contra o VIH/SIDA

A prevalência generalizada e a rápida propagação da pandemia do VIH/SIDA em África, assim como o impacto negativo deste mal sobre o desenvolvimento do continente são sentidos por todos os sectores da sociedade africana. Embora os esforços desenvolvidos até agora para estancar a propagação da pandemia e aliviar as suas consequências negativas sejam encorajadores, há muito a fazer para registar sucessos na realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e na implementação dos compromissos assumidos por líderes africanos. A este respeito, os estados-membros deverão estabelecer serviços acessíveis de aconselhamento, testes voluntários, prevenção da transmissão de mãe a filho e acesso a tratamento a favor das pessoas infectadas. É necessário fortalecer também os cuidados e o tratamento, especialmente para os grupos mais vulneráveis da sociedade: mulheres, crianças, velhos e deficientes. Finalmente, deverá haver campanhas de sensibilização das pessoas saudáveis sobre os perigos de comportamentos de risco.

8. Fortalecimento da Capacidade da Comissão da União Africana

Face ao compromisso assumido pela Comissão da União Africana relativamente à promoção da saúde, em geral, e da saúde reprodutiva, em particular, conforme vem reflectido na Visão, na Missão e no Quadro Estratégico da Comissão, é imperioso que se fortaleça a capacidade desta para uma coordenação, defesa, monitorização e avaliação eficaz dos programas e das acções ligadas à saúde sexual e reprodutiva em África.

9. Criação de uma Unidade de Saúde Sexual e Reprodutiva dentro da NEPAD

A importância das parcerias tem sido sublinhada em vários fóruns regionais e internacionais, como a DND, a ICPD, os ODMs e outros. África tem beneficiado consideravelmente do trabalho de coordenação muito estreita com parceiros e continuará a seguir esta prática visto que os desafios enfrentados pelo continente são demasiado pesados para vencê-los sem apoio. Acima de tudo, a magnitude das necessidades por satisfazer na área da saúde sexual e reprodutiva é de proporções tão grandes que há uma grande necessidade de envolver parceiros internacionais, organizações da sociedade civil, o sector privado e comunidades locais na resolução de problemas neste domínio. É, por isso, importante continuar a constituir parcerias fortes com todos estes organismos com vista a assegurar financiamentos apropriados para os serviços de saúde sexual e reprodutiva em África.

10. Fixação do Dia Africano de Defesa sobre a Mortalidade Materno-Infantil

Tendo em consideração os altíssimos índices da morbilidade e mortalidade materno-infantis e os baixos índices de prevalência de anti-concepcionais na região, decidimos fixar o Dia Africano de Defesa sobre a Mortalidade Materno-Infantil.

11. Fixação do Dia Africano de Saúde Adolescente e Juvenil

África é um continente jovem. Contudo, os jovens representam a maioria das vítimas dos problemas de saúde sexual e reprodutiva. A promoção da saúde adolescente e juvenil constitui a pedra angular do processo de desenvolvimento sustentável. É, portanto, necessário fixar um Dia Africano de Reflexão e Orientação sobre a saúde juvenil e adolescente (Resolução da 26.^a Reunião dos Ministros Africanos da Saúde, em Abril de 2003, Tripoli), assim como criar uma Unidade da Juventude no contexto da União Africana e de organizações sub-regionais.

Anexo III: Plano Operacional

O projecto de Plano Operacional que se segue foi elaborado tendo em conta a avaliação dos desafios existentes na área da saúde sexual e reprodutiva, o projecto de Declaração e os projectos de Resoluções. O Plano incide sobre **10 áreas estratégicas**:

- Aumento de recursos para programas de saúde sexual e reprodutiva e direitos afins;
- Inserção dos compromissos da ICPD em legislações nacionais;
- Redução da mortalidade materna;
- Redução da mortalidade infantil e de menores;
- Saúde sexual e reprodutiva e direitos afins de jovens;
- Combate do VIH/SIDA;
- Expansão do uso de anti-concepcionais;
- Redução dos níveis de abortos mal praticados;
- Mutilação genital feminina;
- Violência contra as mulheres.

Para cada área estratégica, são propostas várias **acções prioritárias**. A lista que se segue não é exaustiva e pode ser enriquecida através da inclusão de acções bem-sucedidas lançadas por toda África.

Finalmente, são propostas listas de verificação específicas para acompanhar os progressos. Algumas dessas listas estão relacionadas com indicadores internacionalmente reconhecidos. Poderão ser incluídos indicadores suplementares, segundo as condições específicas da cada país.

Plano Operacional

Orientação Estratégica: Aumento de Recursos para Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Afins: Principais Questões

- Fraca dotação orçamental para a saúde, em geral, e para saúde sexual e reprodutiva e direitos afins, em particular;
- Muitas consultas sub-regionais recomendaram que as dotações para a saúde fossem elevadas a 15% e que fossem também fortalecidas as dotações para a saúde sexual e reprodutiva. Contudo, esse aumento não deverá criar programas verticais;
- Os países doadores não têm cumprido a sua promessa de elevar o seu apoio ao desenvolvimento a 0,7% dos seus Produtos Internos Brutos.

| Orientação Estratégica | Ações Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|---|---|--|
| <p>1. Aumentar Recursos para a Saúde Sexual e Reprodutiva e para os Direitos Afins</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o orçamento da saúde para 15%; • Criar um Fundo Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Afins; • Racionalizar as despesas do ministério da saúde com vista a atribuir mais fundos à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos afins; • Lançar projectos de partilha de custos, se for o caso; • Apoiar ONGs da sociedade civil na prestação de serviços; • Obter apoio de doadores através de uma prestação de contas transparente; • Colaborar com doadores para que estes cumpram a sua promessa de dedicar 0,7% dos seus PIBs ao desenvolvimento; • Solicitar aos doadores que harmonizem os seus requisitos de prestação de contas. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de países que aumentaram os seus orçamentos para a saúde; • Percentagem do orçamento do estado atribuído à saúde; • Percentagem do orçamento da saúde atribuído à saúde sexual e reprodutiva; • Despesas anuais <i>per capita</i> para a saúde; • Criação do fundo; • Posta em prática da recuperação e partilha de custos; • Acordos de colaboração com o sector privado e ONGs; • Publicação de relatórios de auditores; • Organização de visitas de estudo para doadores; • Proposta aos doadores para um único sistema de prestação de contas, com base nas suas necessidades. |

Orientação Estratégica: Transformação dos compromissos da ICPD em políticas e regulamentos

- Apesar da aprovação do Programa de Acção da ICPD e de outros instrumentos sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos afins pela maioria dos países africanos, não houve inserção sistemática desses acordos e compromissos em legislações nacionais;
- O Roteiro para a aceleração da redução da mortalidade materno-infantil, subscrito pela maioria dos países africanos, ainda não está a ser seguido de forma sistemática;
- Os protocolos internacionalmente acordados sobre saúde sexual e reprodutiva não foram inseridos em regulamentos e procedimentos apropriados;
- Fraca capacidade humana e técnica para uma recolha e análise sistemática de dados com vista a elaborar políticas e regulamentos fundamentados;
- Fraca capacidade de monitorização e avaliação.

| Orientação Estratégica | Acções Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|---|--|--|
| <p>2. Conversão dos compromissos da ICPD em políticas e regulamentos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Harmonizar as políticas nacionais sobre saúde reprodutiva a nível da União Africana; • Mobilizar vontade política para o efeito; • Rever as legislações existentes com vista a: <ul style="list-style-type: none"> - Alterar as leis e os regulamentos que estejam em contradição com os compromissos da ICPD e os ODMs; - Sensibilizar as autoridades competentes a níveis nacional, regional e distrital quanto à necessidade de implementar a nova legislação revista; • Criar capacidades para a recolha, análise e gestão de informações. | <ul style="list-style-type: none"> • Existência de um quadro de políticas sobre saúde reprodutiva a nível do continente; • Instituição do processo de revisão; • Aprovação de nova legislação e novos regulamentos; • Lançamento de seminários de sensibilização e formação; • Instituição de procedimentos de monitorização e avaliação. |

| <p style="text-align: center;">Orientação Estratégica: Integração da Saúde Sexual e Reprodutiva e dos Direitos Afins em Serviços Competentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apesar do apelo do Programa de Acção da ICPD para integrar a saúde sexual e reprodutiva e os direitos afins em todos os aspectos dos sistemas de saúde, as estruturas dos sistemas de saúde ainda seguem um método vertical em intervenções dirigidas a esta área; • Em muitos países, o apoio dado à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos afins em pronunciamentos não se transformou em acções significativas em termos de integração e aumento de fundos; • Apenas um pequeno número de países tem prestado contas sobre a implementação dos objectivos da ICPD. Apenas oito países africanos têm registado progressos significativos nesta área. | <p style="text-align: center;">Orientação Estratégica</p> | <p style="text-align: center;">Acções Prioritárias</p> | <p style="text-align: center;">Lista de verificação de progressos</p> |
|---|--|---|--|
| | <p>3. Integração da Saúde Sexual e Reprodutiva e dos Direitos Afins em Serviços Competentes</p> | <p>Reunir todos os dados e indicadores pertinentes com vista a obter um quadro realista da situação da saúde sexual e reprodutiva a níveis nacional, regional e distrital, e a conceber um inquérito de linha de base que será usado na avaliação dos progressos.</p> | <p>Criação de base de dados sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos afins.</p> |

Orientação Estratégica: Redução da Mortalidade Materna

- Os índices de mortalidade materna ainda são altos em África, havendo uma média de 400 mortes maternas em cada 100.000 nados-vivos. Estes índices chegam a 900 nalguns países.
- A proporção do risco de morte causada por parto durante a vida é de 1:16 na África Subsaariana.
- A falta de pessoal de saúde qualificado durante o parto é um factor contribuinte.
- Os abortos mal praticados são também um factor contribuinte.
- Falta de estabelecimentos de saúde e transporte adequado para as emergências de obstetrícia.

| Orientação Estratégica | Acções Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|---|--|---|
| <p>4. Redução da mortalidade materna</p> | <p>Aumentar o acesso a cuidados de saúde materna através do fortalecimento da colaboração entre actores do sector público, do sector privado e de ONGs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez e partos seguros: Oferecer assistência profissional durante a gravidez, o parto e o período pós-parto imediato; • Estudo Nacional da Mortalidade Materna: Criar um sistema de vigilância da mortalidade materna para obter dados sobre o fenómeno; • Gestão Convencional dos Problemas Obstétricos: Aderir aos pertinentes padrões internacionais e protocolos clínicos¹; | <ul style="list-style-type: none"> • Número de mulheres que se apresentam aos centros de saúde para cuidados pré-parto e pós-parto; • Índice de Mortalidade Materna; • Percentagem de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado; |

¹ Consultar o Manual da OMS sobre Gravidez, Parto, Cuidados a Recém-Nascidos e Cuidados Pós-parto.



| Orientação Estratégica | Ações Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|------------------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Saúde: Criar padrões e estabelecimentos de cuidados de obstetria de emergência; • Sistema de Encaminhamento: Oferecer transporte de emergência e/ou mobilizar a comunidade para providenciar a obtenção de transporte em caso de complicações de risco para a vida. <p>Operacionalizar o Roteiro para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materno-Infantil.</p> | <p>Lista de verificação de progressos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celebração de acordos de colaboração; • Número de estabelecimentos de obstetria de emergência recentemente criados; • Número de meios de transporte de emergência. |

| Orientação Estratégica | Ações Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|---|---|--|
| <p>5. Reduzir o índice de mortalidade de crianças com menos de cinco anos por dois terços até 2015</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez e partos seguros: Oferecer assistência profissional durante a gravidez, o parto e o período pós-parto imediato; • Alimentação de recém-nascidos: Promover exclusivamente a amamentação durante os primeiros seis meses, tornando-se esta depois suplementar, com Vitamina A, nos dois anos seguintes. Promover alimentos e alimentação complementar para menores de 5 anos; • Imunização: Aumentar a cobertura dos Programas Alargados de Vacinação para mais de 80%, incluindo vacinação contra o sarampo e o tétano; • Diarreia: Promover o uso rotineiro de sais de reidratação oral, acrescidos de suplementos de zinco terapêutico e antibióticos para a disenteria; | <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de crianças com peso abaixo do normal; • Índice de mortalidade de crianças com menos de cinco anos de idade; • Índice de mortalidade infantil; • Percentagem de imunização de crianças com menos de 1 ano contra o sarampo; |

Orientação Estratégica: Reduzir o índice de mortalidade de crianças com menos de cinco anos por dois terços até 2015

- Os índices de mortalidade infantil e de menores ainda são altos em África;
- Os índices de mortalidade infantil variam entre 16 e 177, com uma média de 88,5, por cada 1.000 nados-vivos
- Os índices de mortalidade de menores variam entre 52 e 282, com uma média de 89, por cada 1.000 nados-vivos
- Quarenta e cinco países não atingiram a meta de reduzir para menos de 70 mortes por cada 1.000 nados-vivos, conforme fixado para 2000

| Orientação Estratégica | Ações Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|------------------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia e sepsia: Promover o controlo estruturado da pneumonia infantil e da sepsia neonatal com antibióticos apropriados a níveis das comunidades e dos estabelecimentos de saúde; • Paludismo: Promover o uso de mosquiteiros tratados com insecticidas, tratamento imediato do paludismo, durante a gravidez e a infância, assim como tratamento antipalúdico intermitente preventivo para mulheres grávidas; • Prevenção e cuidados do VIH/SIDA: Integrar a prevenção e o controlo do VIH/SIDA na saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prestação de serviços de Prevenção da Transmissão de Mãe a Filho na rotina de ANC e dos partos. | <ul style="list-style-type: none"> • Implementação de campanhas sobre maternidade segura; • Progressos no tratamento da pneumonia, do paludismo e do VIH/SIDA. |

| Orientação Estratégica | Ações Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|---|---|---|
| <p>6. Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os jovens com idade entre os 15 e 19 anos representam mais de 20% da população africana; • Estes jovens estão expostos ao risco de gravidez indesejada e abortos mal praticados; • A contribuição de mulheres jovens com idade entre os 15 e 19 anos para a fertilidade é de 107 por 1.000 mulheres | <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir e/ou fortalecer a educação sexual em actividades escolares e extra-escolares. - Capacitar as mulheres jovens a aprender como dizer NÃO; - Permitir aos jovens ter acesso a informação, aconselhamento e serviços de saúde sexual e reprodutiva; - Criar e expandir serviços favoráveis aos jovens, garantindo que esses serviços sejam de baixo custo e acessíveis à juventude rural. | <ul style="list-style-type: none"> • Uso de manuais de educação sexual; • Proporção de casos de gravidez indesejada; • Número de serviços criados que sejam favoráveis aos jovens. |

| Orientação Estratégica | Ações Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|---|--|---|
| <p>7. Combate do VIH/SIDA</p> <p><u>Principais Questões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A prevalência varia entre 2% e 38%; • Apenas 11% das pessoas infectadas têm acesso a medicamentos anti-retrovirais; • Entre 6% e 11% das mulheres jovens e entre 3% e 6% dos homens jovens estão infectados pelo VIH na África Subsaariana. | <ul style="list-style-type: none"> • Acelerar a integração da prevenção e dos cuidados do VIH/SIDA nos serviços de saúde sexual e reprodutiva em todos os níveis dos sistemas de saúde; • Dedicar atenção particular às mulheres grávidas com vista a reduzir a transmissão do VIH de mãe a filho; • Fortalecer as capacidades de ONGs na prevenção e nos cuidados do VIH/SIDA; • Aumentar a distribuição de preservativos; • Combater as campanhas negativas contra os preservativos; • Sensibilizar as populações acerca das consequências de sexo desprotegido; • Sensibilizar o pessoal da saúde para tratar das pessoas que vivem com o VIH/SIDA sem discriminação; • Integrar o controlo do VIH/SIDA nos serviços de saúde sexual e reprodutiva. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de estabelecimentos de saúde em que foi efectuada a integração; • Prevalência do VIH entre mulheres em idade fértil; • Percentagem de pessoas que vivem com o VIH/SIDA; • Percentagem de pessoas com VIH tratadas com medicamentos anti-retrovirais; • Índice de uso de preservativos e índice de prevalência de anti-concepcionais; • Escassez de preservativos; • Número de órfãos devido ao VIH/SIDA. |

| Orientação Estratégica | Ações Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|--|--|---|
| <p>8. Aumento dos serviços de planeamento familiar e do uso de anti-concepcionais</p> <p><u>Principais questões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixos índices de prevalência de anti-concepcionais; • Elevado volume de necessidades não satisfeitas em matéria de FP calculado em 24% | <ul style="list-style-type: none"> • Revogar as leis e os regulamentos que impeçam a prestação e a expansão dos serviços de planeamento familiar; • Promover a responsabilidade dos homens no planeamento familiar; • Proporcionar a maior oferta possível de métodos de planeamento familiar; • Formular e expandir programas de CBD para aumentar o acesso a serviços; • Incluir artigos de FP na Lista dos Medicamentos Essenciais para promover uma distribuição de rotina. | <ul style="list-style-type: none"> • Acção legislativa para facilitar o acesso a serviços de FP; • Criação de logística para a distribuição de anti-concepcionais; • Distribuição de preservativos para homens e mulheres. |
| <p>9. Reduzir os níveis de abortos mal praticados</p> <p><u>Principais Questões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequência que atinge 28% em certas partes de África; • Abortos mal praticados causam entre 13% e 40% de mortes maternas | <ul style="list-style-type: none"> • Rever e alterar as leis e os regulamentos com vista a criar um ambiente facilitador para prevenir abortos mal praticados; • Encorajar um debate responsável para desmistificar os tabus acerca do aborto; • Formar os profissionais da saúde a tratar do aborto sem discriminação; • Promover a expansão de cuidados pós-aborto e o uso de técnicas de vácuo-aspiração menstrual como parte dos cuidados de saúde pública. | <ul style="list-style-type: none"> • Promulgação de legislação positiva; • Índice de mortalidade resultante de abortos mal praticados; • Implementação de Programas de sensibilização. |

| Orientação Estratégica | Ações Prioritárias | Lista de verificação de progressos |
|--|--|---|
| <p>10. Igualdade entre homens e mulheres</p> <p>Principais Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desigualdades generalizadas; • Compromissos para com a igualdade não correspondem à reforma legislativa; • Falta de dados sobre desigualdades em vários campos de actividade. | <p>Rever a actual legislação com vista a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterar a legislação e os regulamentos não favoráveis a igualdade entre homens e mulheres; - Introduzir disposições constitucionais e jurídicas que contemplem igualdade entre homens e mulheres; - Eliminar a discriminação sexual no ensino, no emprego e nas oportunidades; <p>Subdividir os dados por sexo com vista a identificar as disparidades e eliminá-las.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Implementação de processos de revisão; • Aprovação de legislação alterada. |
| <p>11. Violência contra as mulheres</p> <p><u>Principais Questões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Embora o problema seja generalizado, não existem dados disponíveis; • Existência de vazio jurídico em relação a este tipo de violência; • Fenómeno tolerado em alguns contextos sócio-culturais. | <ul style="list-style-type: none"> • Integrar a sensibilização sobre a violência contra as mulheres nos programas e serviços de saúde sexual e reprodutiva e direitos afins; • Incluir nos currículos de formação aspectos sobre a violência contra as mulheres, como detecção de casos de abuso, aconselhamento, tratamento e orientação; • Conferir poderes às mulheres para que denunciem os casos de violência que lhes é infligida e os levem a tribunal; • Encorajar pesquisas sobre a violência contra as mulheres. | <ul style="list-style-type: none"> • Criação de serviços de aconselhamento; • Definição e divulgação de linhas de orientação sobre a violência contra as mulheres; • Sensibilização da classe jurista; • Promulgação de leis que contemplem a violência contra as mulheres. |

Anexo IV.

***Decisão sobre o Quadro Continental de Políticas para a Promoção dos Direitos de Saúde Sexual e Produtiva em África (Doc. EX. CL/225 (VIII) Anexo 4)**

O Conselho Executivo:

1. **Toma nota** do Relatório da Segunda Sessão da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde;
2. **Reconhece** os esforços das várias agências da ONU, organizações internacionais, outros parceiros de desenvolvimento e ONGs na assistência aos Estados-membros, com vista a melhorar a saúde materna e infantil;
3. **Reconhece** o papel dos Direitos de Saúde Sexual e Reprodutiva na realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e nas metas definidas pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD);
4. **Aprova** o Quadro Continental de Políticas para a Promoção dos Direitos de Saúde Sexual e Reprodutiva em África;
5. **Exorta** os Estados-membros a afectarem recursos adequados para a melhoria da saúde materna e infantil;
6. **Insta igualmente** aos Estados-membros a integrarem a saúde sexual e reprodutiva (SSR) nos Programas Nacionais de Saúde, através do desenvolvimento de relações entre a SSR, VIH/SIDA e outros programas de cuidados de saúde primários, e a inspirarem-se no Quadro Continental de Políticas para a Promoção da Saúde e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos em África;
7. **Apela** à comunidade internacional para continuar a prestar assistência em com vista à realização dos objectivos contidos no Quadro Continental de Políticas para a Promoção dos Direitos da Saúde Sexual e Reprodutiva em África;
8. **Solicita** à Comissão, em colaboração com o FNUAP, OMS, UNUSIDA, UNICEF e IPPF, que lance campanhas de sensibilização para a implementação do Quadro Continental de Políticas para a Promoção dos Direitos da Saúde Sexual e Reprodutiva em África e apresente um relatório de actividades de dois em dois anos.

* Os seguintes países apresentaram reservas sobre o título e algumas partes do conteúdo da Decisão: Argélia, Djibouti, Egipto, Líbia, Somália, Sudão e Tunísia.

