

Edição
resumida



Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África

Resumo do relatório da Comissão da Saúde
da Mulher na Região Africana



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a
África

Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África

Resumo do relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a África

A presente publicação é uma versão abreviada e resumida do relatório integral encomendado pelo Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde. Para ter acesso ao relatório completo, queira contactar a OMS, em Brazzaville, ou visitar a Biblioteca Mundial sobre Medicina da Mulher, em www.glowm.com.

Agradecimentos

O Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde deseja expressar especiais agradecimentos a S. Ex.^a, a Sr.^a Ellen Johnson Sirleaf, Presidente da República da Libéria, por ter liderado o trabalho da Comissão.

A Organização Mundial da Saúde agradece reconhecidamente os valiosos contributos dos membros da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana da OMS.

Revisores internos do relatório: Dr. P. Olukoya, Dr. T. Nyagiro, Dr. S. Aboubaker, Dr. S. Abdool, Dr. E. Johansen, Dr. H. Bathija, Dr. H. Diallo, Dr. Chandra Mouli e Dr. E. Mason.

Revisores externos: Dr. T. Chitepo, Prof. C.O. Airhihenbuwa, Dr. R. Loewenson, Prof. L.G. Olson e Prof. J.M. Kasonde.

Membros do Grupo de Trabalho da Região Africana da OMS para a Saúde da Mulher: Dr. T. Ketsela, Dr. A. Kosia, Dr. J. Kirigia, Dr. E. Asamoah-Odei, Dr. Patience Mensah, Dr. N. Bakayita, Dr. D. Munodawafa, Dr. T. Nkurunziza, Dr. K. Mbaye e Dr. P. Mongi.

Membros do Escritório Regional Africano da OMS que contribuíram nas diferentes etapas para o desenvolvimento do relatório: Dr. I. Diop Touré, Dr. T. John, Dr.^a C. Ferreira-Borges, Dr.^a S. Da Gama-Nkomo, Sr. T. Ennison, Sr.^a A. Amoi-Séminet, Sr. R. Fontes e Sr. M. Onana.

Redactor do relatório: Sr. Gary Humphreys.

Consultores da publicação: Biblioteca Mundial de Medicina da Mulher e Sr. David Bloomer.

Os dados e as fotografias relativos aos países não poderiam ter sido obtidos sem a valiosa contribuição dos Representantes da OMS nos países.

Dados de catalogação na publicação da Biblioteca da AFRO

Enfrentar o desafio da saúde da mulher em África

Resumo do relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana

1. Saúde da mulher
2. Serviços da saúde da mulher
3. Prestação de cuidados de saúde
4. Condições sociais
5. Desenvolvimento social e económico

I. Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África

ISBN: 978 929 023 1967 (Classificação NLM: WA 309)

© Escritório Regional da OMS para a África, 2012

As publicações da Organização Mundial da Saúde gozam da protecção dos direitos de autor, de acordo com as disposições do Protocolo 2 da Convenção Universal sobre os Direitos de Autor. Todos os direitos reservados. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Biblioteca do Escritório Regional da OMS para a África, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel.: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; E-mail: afrobooks@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser dirigidos para o mesmo endereço.

As designações utilizadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial da Saúde relativamente ao estatuto legal de qualquer país, território, cidade ou zona ou das respectivas autoridades, nem quanto à demarcação dos seus limites ou fronteiras. As linhas pontilhadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que não exista ainda total acordo.

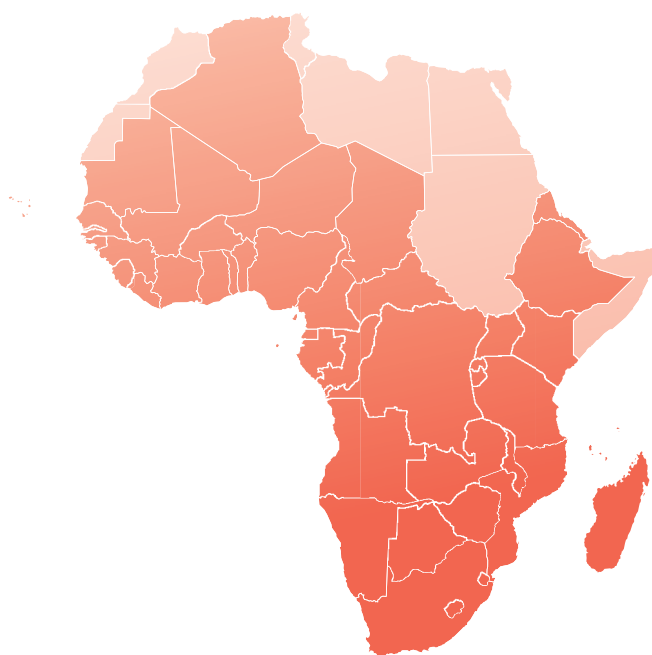
A menção de determinadas empresas ou certos produtos comerciais não implica que sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde, preferencialmente a outros de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erros ou omissões, as marcas registadas são indicadas letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial da Saúde tomou todas as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Contudo, o material publicado será distribuído sem qualquer tipo de garantia, quer explícita quer implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser responsabilizada por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso no Reino Unido

Índice

Membros da Comissão	iv
Visão geral e principais conclusões do relatório	1
Secção 1: Repensar a saúde da mulher	3
Secção 2: A situação da saúde da mulher na Região Africana: do nascimento ao início da actividade sexual	6
Secção 3: A situação da saúde da mulher na Região Africana: idade reprodutiva	8
Secção 4: A situação da saúde da mulher na Região Africana: para além da idade reprodutiva	12
Secção 5: Benefícios socioeconómicos do investimento na saúde da mulher	14
Secção 6: Intervenções para melhorar a saúde da mulher	16
Secção 7: Recomendações	19
Apêndice: Referências	23
Fotografias	24



Membros da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana

Presidente Honorário

Sua Ex.^a, a Sr.^a Ellen Johnson Sirleaf
Presidente da República da Libéria

Prof. Robert J.I. Leke – *Camarões*
Consultor em Obstetrícia e Ginecologia

Prof. Germano Mwabu – *Quênia*
Universidade de Nairobi

Dr.^a Sylvia Deganus – *Gana*
Serviço de Saúde do Gana

Prof. Cheikh Ibrahima Niang – *Senegal*
Instituto de Ciências Ambientais
Universidade Cheikh Anta Diop

Prof. Kodjo Evlo – *Togo*
Universidade de Lomé

Dr. Pascoal Mocumbi – *Moçambique*
Embaixador da Boa Vontade para a Saúde Materna,
Escritório Regional da OMS para a África

Exmo. Sr. Theo-Ben Gurirab – *Namíbia*
Presidente da União Interparlamentar (IPU)

Adv. Bience Gawanas – *União Africana*
Comissária para os Assuntos Sociais

Sr.^a Marie-Elise Gbedo – *Benim*
Magistrada, e Presidente da Associação
de Advogadas do Benim

Afoussatou Diarra – *Mali*
Juíza do Supremo Tribunal

Prof. Christopher B-Lynch – *Reino Unido*
Trust Hospital da Fundação Milton Keynes

Prof. Stephen Munjanja – *Zimbabwe*
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia
Da Universidade do Zimbabwe

Prof. Pius Okong – *Uganda*
Nsamtya Hospital, Martyrs University

Dr. Soory Anthony Nnko – *Tanzânia*
Instituto Nacional para a Investigação Médica

Dr.^a Ana Maria Van-Dúnem – *Angola*
Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto





Sua Excelência, a Sr.^a Ellen Johnson Sirleaf
Presidente da República da Libéria

“ Apelo por este meio a todos os governos para que reforcem o seu empenho e dedicação, acelerando a redução da mortalidade materna e neonatal, como um direito fundamental à vida e ao desenvolvimento. Devemos também lembrar-nos de envolver activamente as mulheres em todas as decisões relacionadas com a sua saúde e bem-estar. ”

Extracto do seu Prefácio ao relatório



Dr. Luís G. Sambo
Director Regional para a África, OMS

“ O relatório mostra que a Região Africana está a promover a capacitação e o empreendedorismo das mulheres. No entanto, relativamente à saúde materna, a situação é de desalento, sendo a Região responsável, todos os anos, por quase metade dos óbitos maternos de todo o mundo. O relatório revela também que a melhoria da saúde da mulher pode gerar consideráveis benefícios socioeconómicos em termos de produtividade no trabalho e receita nacional. O relatório apela, portanto, a uma profunda revisão das abordagens à melhoria da saúde da mulher na Região Africana. ”

Extracto do seu Prefácio ao relatório



“ Há séculos que as mulheres africanas são o pilar das famílias e das comunidades, muitas vezes na presença de adversidades extremas. Apesar do nível do seu estatuto social e da sua grande quota-parte no fardo das doenças e mortes, elas continuam a ser apaziguadoras, fontes de vida, empreendedoras e cuidadoras de crianças – as construtoras do futuro da África. ”

Visão geral

O relatório da Comissão de Peritos da Organização Mundial da Saúde argumenta que a saúde da mulher é a base do desenvolvimento económico e social na Região Africana. A saúde da mulher é reconhecida como uma questão de direitos humanos, devendo como tal ser promovida e defendida. As mulheres em África representam ligeiramente mais de 50% dos recursos humanos do continente e, por isso, a saúde da mulher tem grandes implicações no desenvolvimento da Região. Reportando-se, em particular, ao nível inaceitavelmente elevado da mortalidade materna na África Subariana, o relatório recomenda como fundamental repensar as abordagens destinadas a melhorar a saúde da mulher, com base num entendimento dos determinantes socioculturais, que são muito importantes para a desenvolver.

Principais conclusões do relatório

As mulheres africanas carregam um fardo de doenças e mortes inaceitavelmente pesado

As mulheres africanas são responsáveis por mais de metade dos óbitos de mulheres em todo o mundo, devido às doenças transmissíveis, condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais. Elas carregam um fardo ainda mais pesado de VIH/SIDA, sendo a respectiva morbidade e mortalidade responsáveis por 89% dos anos de vida ajustados por incapacidades (DALY) entre as mulheres de todo o mundo. O fardo das doenças e mortes na Região Africana é ainda pior no que diz respeito à mortalidade materna.

O subinvestimento nos cuidados de saúde para as mulheres é um dos muitos desafios a vencer

O relatório mostra que a incapacidade de os sistemas de saúde da maioria dos países africanos prestarem cuidados acessíveis e de qualidade adequada é um dos principais motores das tendências adversas dos indicadores da saúde da mulher. Essa situação deriva do subinvestimento na saúde da mulher e de outros factores, como a inadequada capacitação das mulheres e a má concepção dos sistemas de saúde. Mesmo com financiamento adequado, os sistemas de saúde da Região continuarão a ter dificuldade em satisfazer as necessidades das mulheres, a menos que se proceda a mudanças fundamentais na concepção dos sistemas de saúde.

A maioria dos modernos serviços de cuidados de saúde prestados na Região estão baseados em clínicas, são orientados por médicos e situam-se nos centros urbanos, deixando lamentavelmente mal servida a população predominantemente rural.

As despesas pessoais com os cuidados de saúde castigam os pobres e penalizam as mulheres, em particular. Existem provas concludentes de que os pagamentos pessoais pelos cuidados de saúde, a forma de financiamento mais significativa do sistema de saúde na Região, têm conduzido a um decréscimo geral da utilização dos serviços de saúde. O relatório revela que, mesmo quando as taxas cobradas são baixas, elas desencorajam essa utilização. Os pagamentos pessoais constituem um problema especial para as mulheres em África, porque as mulheres são quase sempre financeiramente dependentes dos homens e, por isso, o acesso a serviços de saúde pagos depende da decisão dos homens. O relatório revela que, quando os pagamentos pessoais são suspensos, as taxas de utilização sobem. No entanto, o pagamento pessoal não deve ser suspenso sem um planeamento cuidadoso, porque a sua substituição por sistemas de financiamento baseados no pré-pagamento e na centralização de recursos apresenta consideráveis problemas de organização e governação.

A abordagem multisectorial é imperiosa para melhorar a saúde da mulher

A falta de saúde é tanto sintoma como causa da falta de capacitação das mulheres – um dos motores do ciclo de incapacitação das mulheres africanas. A falta de informação e a pobreza económica também desempenham um papel importante, alimentando a doença e sendo por ela alimentadas. É, por isso, fundamental que os decisores políticos adotem medidas multisectoriais ao lidarem com problemas relativos à saúde da mulher. Existem inúmeras provas de que, melhorando as infraestruturas, tais como as estradas de acesso, e disponibilizando fontes de água seguras e acessíveis, se pode melhorar consideravelmente a saúde da mulher, assim como o seu bem-estar económico. Portanto, as próprias mulheres têm um importante papel a desempenhar na formulação de políticas e na concepção de projectos que melhorem a situação dos combustíveis e da água nos lares africanos, devendo, de modo geral, ser envolvidas nos processos de desenvolvimento a todos os níveis da sociedade.

A capacitação socioeconómica das mulheres é essencial para obter melhores resultados na saúde

Uma das acções mais importantes para uma mudança positiva na Região Africana é melhorar a educação das mulheres. Os decisores políticos terão



de fornecer mais recursos para melhorar o acesso das jovens às escolas e terão de lutar contra os estereótipos sociais, que mantêm as raparigas em casa. Esta é mais uma questão que exige uma consulta multisectorial sobre a necessidade de uma mudança de atitude nas famílias e nas comunidades.

Educar as mulheres promove a sua capacitação socioeconómica. No entanto, essa capacitação ficará incompleta se não lhes for facilitada uma plena participação no mercado de trabalho e se não puderem desfrutar dos resultados do seu próprio trabalho. O limitado acesso ao crédito, à terra e aos serviços de extensão agrícola dificulta a contribuição das mulheres para o bem-estar das famílias em muitos contextos.

A violência contra as mulheres é uma degradação inaceitável dos direitos da mulher

No seu pior, a discriminação sexual assume a forma de violência do homem sobre a mulher. A coacção e a violência sexual prevalecem em muitos países africanos e tendem a aumentar em situações de crise, tais como as catástrofes naturais e os conflitos armados. A violência contra as mulheres torna-se particularmente perniciosa em certas práticas tradicionais nocivas, tais como a mutilação genital feminina, que se estima que seja infligida, todos os anos, a mais de dois milhões de crianças entre os quatro e os doze anos de idade, enquanto se calcula que 92 milhões de mulheres e jovens com mais de 10 anos de idade estejam a viver com a indignidade e a dor resultante desses abusos.

Muitos países da África Subsariana aprovaram leis que penalizam a referida prática, mas a legislação terá de ser complementada por esforços de base mais alargada, incluindo programas de educação pública e o envolvimento de organizações profissionais e de grupos de mulheres em campanhas anti-MGF, assim como na interacção com as comunidades na abordagem das razões culturais que perpetuam essa prática.

A melhoria da saúde da mulher traz inúmeros benefícios socioeconómicos

Como o presente relatório revela, a melhoria da saúde da mulher resulta em grande benefício socioeconómico. Esse benefício encontra expressão numa maior produtividade por parte de uma força de trabalho saudável. Como as mulheres são a principal fonte de trabalho agrícola na Região e o pilar da economia africana, no seu todo, investir na sua saúde poderá gerar importantes ganhos económicos.

Do mesmo modo, é evidente que melhorar a saúde materna traz igualmente benefícios socioeconómicos. A saúde das mães é vital para a saúde do feto. Investir na saúde materna representa, portanto, um investimento na saúde das futuras gerações.

Há uma necessidade urgente de melhores dados

É de salientar que não existem dados nem investigação específica sobre a saúde da mulher. As necessidades da saúde da mulher mudam durante as várias fases da sua vida, o que torna necessária a existência de dados desagregados por idade e sexo, para monitorizar o estado de saúde da mulher em todas as categorias etárias.

Conclusão

Embora o relatório apele a uma profunda reflexão sobre as abordagens destinadas a melhorar a saúde da mulher em África, essa reflexão terá de resultar numa mudança da forma como as coisas são feitas. Para que isso aconteça, os governos terão de se envolver urgentemente nas questões da saúde da mulher, porque só eles poderão coordenar as várias iniciativas necessárias para provocar mudanças em larga escala nesse domínio. É essencial, portanto, mobilizar a vontade política e o empenho político ao mais alto nível possível, para apoiar investimentos de larga escala na saúde da mulher.

Os decisores políticos que procuram melhorar a saúde e o estatuto socioeconómico das mulheres africanas não encontram melhor aliado do que as próprias mulheres africanas. Embora as mulheres africanas já estejam a dar uma enorme contribuição para as actividades sociais e económicas do continente, podem ainda fazer bastante mais. Só quando se compreender a importância do papel das mulheres africanas no desenvolvimento da Região é que esta começará a realizar todo o seu potencial, em termos de estabilidade política, prosperidade económica e melhores resultados na saúde para todos.



Secção 1

Repensar a saúde da mulher

“ Proteger e promover a saúde das mulheres é fundamental para a saúde e o desenvolvimento, não só para a saúde dos cidadãos de hoje, mas também para a saúde das futuras gerações. ”

Dr.ª Margaret Chan, Directora-Geral da OMS

As mulheres em África carregam uma parte desproporcionalmente grande do fardo mundial das doenças e mortes, em particular no que diz respeito à morbilidade e mortalidade maternas. A África, no seu todo, é responsável por mais de metade de todos os casos de óbitos maternos, em todo o mundo, e uma mulher em 42 corre o risco de morrer durante o parto, em comparação com uma em 2900 na Europa. Relativamente ao VIH/SIDA, o quadro é igualmente sombrio. As mulheres africanas carregam com 89% do fardo mundial de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY) atribuídos ao VIH/SIDA¹.

Repensar a política

Para que os decisores políticos possam criar condições favoráveis a que as mulheres de todos os níveis da sociedade beneficiem de melhores cuidados de saúde, é preciso: criar sistemas de saúde que respondam às necessidades das mulheres; proporcionar educação que coloque as raparigas em pé de igualdade com os rapazes; oferecer cuidados maternos de qualidade; eliminar a discriminação com base no género; abolir práticas tradicionais nocivas, tais como a mutilação genital feminina; e instituir métodos modernos de parto nas unidades de saúde, que sejam convenientes para as mulheres e protejam a sua privacidade.

No entanto, para conseguir uma óptima melhoria na saúde da mulher, os decisores políticos terão, igualmente, de se esforçar por melhorar o estatuto social das mulheres, nomeadamente através da capacitação que deriva da educação e participação sem obstáculos em todas as esferas profissionais².

Será necessário fazer mais do que repensar, para proceder às mudanças necessárias e, em certa altura, será necessário empenhar-se em acções. Para iniciar investimentos em larga escala na saúde da mulher, são necessários *vontade* política e *empenho* político: vontade política para iniciar e coordenar os investimentos necessários e empenho político para os manter.

Repensar o financiamento dos sistemas de saúde

Há muitos factores que explicam a estatística alarmante das doenças entre as mulheres na Região Africana, mas

a incapacidade dos sistemas de saúde, da maioria dos países, para prestarem cuidados acessíveis e de qualidade adequada, é um importante factor. Isso deve-se, em parte, ao baixo financiamento e, em parte, à concepção do sistema. A despesa per capita com a saúde em 21 países africanos, em 2008, está estimada bem abaixo do mínimo de US\$ 44 per capita, recomendado pelo Grupo de Acção para o Financiamento Internacional Inovador dos Sistemas de Saúde.

Os líderes africanos demonstraram que estavam conscientes deste facto, em 2001, quando adoptaram a Declaração de Abuja, comprometendo-se a afectar, pelo menos, 15% dos seus orçamentos anuais ao sector da saúde⁹. Infelizmente, mais de 10 anos depois, apenas o Botswana, Burkina Faso, República Democrática do Congo, Libéria, Ruanda, Tanzânia e Zâmbia estão a cumprir esse compromisso, enquanto 13 países africanos estão agora a afectar à saúde, na realidade, menos do seu orçamento nacional total do que antes de 2001³. Desde 2003, a despesa média geral do governo com a saúde, como percentagem da despesa total dos governos dos países africanos, tem sido em torno dos 10%, isto é, dois terços daquilo que os governos tinham prometido.

“ A falta de recursos para prestar cuidados profissionais de qualidade às mulheres, durante a gravidez, parto e período pós-parto, é uma das principais razões para as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil na Região. ”

Repensar o pagamento directo dos serviços de saúde

O impacto de um financiamento inadequado sobre a saúde da mulher é agravado pela dependência do pagamento de taxas de utilização, também chamadas de pagamento pessoal (OOP), pelos serviços de cuidados de saúde. Isso coloca um problema a ambos os sexos e o seu particular impacto sobre as mulheres será discutido em capítulos subsequentes. Actuando como um obstáculo e um desincentivo financeiro no acesso aos cuidados, as taxas levam muitas mulheres a adiarem o recurso aos cuidados preventivos e curativos necessários. As taxas de utilização podem também colocar as pessoas em situação financeira difícil, se não houver nenhum acesso alternativo ao tratamento, sem pagamentos directos. Os resultados de um inquérito em 89 países, publicados em 2007, mostravam que ocorre uma catástrofe financeira – que a OMS define como pagamento forçado de mais de 40% do rendimento familiar para obter cuidados médicos, depois de satisfeitas as necessidades básicas – em todos os países e a todos os níveis de rendimento, mas que 90% ocorre em países de baixo rendimento, dos quais muitos estão em África.

A alternativa aos pagamentos directos é uma forma de pré-pagamento e centralização de recursos, como estabelece a Resolução WHA58.33 da Assembleia Mundial da Saúde, que exorta os Estados-Membros a “assegurar que os sistemas de financiamento da saúde incluam um método de pré-pagamento de contribuições financeiras, com a finalidade de partilhar os riscos entre a população e evitar

despesas catastróficas com os cuidados de saúde, assim como o empobrecimento das pessoas, como resultado da procura desses cuidados”.

A protecção dos riscos financeiros consegue-se partilhando o fardo financeiro do pagamento pela saúde, mas não tem de ser dispendiosa. O Ruanda, com uma despesa total de saúde per capita de apenas US\$ 45 (em 2008), fornece serviços básicos de saúde, através de um sistema de seguros de saúde de baixo custo, que actualmente abrangem mais de 90% da sua população. Esse sistema tem tido um efeito positivo acentuado, nomeadamente em relação à mortalidade infantil³.

Repensar a prestação de serviços

Um dos desafios que enfrenta o decisor político africano é a forma de prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e abrangentes, às mulheres e raparigas, tanto nas comunidades rurais isoladas como nas cidades em rápido crescimento.

A Região tem sistemas de saúde fracos e disfuncionais, que são afectados pela falta de fundos, a crise de recursos humanos e infraestruturas frágeis e inadequadas.

Mesmo quando os serviços existem e são comportáveis, muitas vezes não conseguem abordar as sensibilidades de género e culturais das mulheres. Por exemplo, a exigência de que as mulheres dêem à luz na posição dorsal em muitas unidades de saúde, em vez da tradicional posição de cócoras, tem impedido muitas mulheres de recorrerem ao parto assistido. A relutância em serem examinadas por prestadores de cuidados do sexo masculino tem impedido muitas mulheres africanas de usar os serviços e muitas adolescentes não casadas vêem ser recusado o seu acesso aos serviços de planeamento familiar devido à atitude hostil dos prestadores de cuidados perante o sexo pré-marital.

As mulheres africanas têm de ser encorajadas a participar no planeamento e organização dos seus próprios serviços de cuidados de saúde. O melhor sistema para a prestação de serviços de saúde materna na Região Africana é descrito na Secção 3.

Para evitar desvios não intencionais na identificação dos principais problemas relacionados com a saúde da mulher, é necessário adoptar a “abordagem do ciclo de vida”. Esta abordagem é fundamental para se compreender a saúde da mulher nas várias fases da sua vida. Permite o uso de categorias etárias para identificar os problemas da saúde da mulher que são exclusivos de cada fase do seu ciclo de vida. De acordo com o antropólogo nigeriano Oyéronké Oyéwùmi, a idade é o principal princípio organizador das identidades e relações sociais em muitas sociedades africanas.

Repensar as atitudes da sociedade para com as mulheres

Apesar da importância da reforma do sistema de saúde para a obtenção de melhores resultados na saúde das mulheres em África, existe a necessidade absoluta de um esforço semelhante, para repensar e reformar o contexto

sociocultural mais alargado em que as mulheres africanas vivem. Aqui, as barreiras à saúde são menos facilmente discerníveis mas, apesar de tudo, reais. Com muita frequência, essas barreiras são influenciadas, quando não determinadas, por parcialidade relativamente ao género. Um exemplo disso é a exclusão legal das mulheres da propriedade de terra ou outra, o que aumenta a sua vulnerabilidade social, física e financeira.

A discriminação sexual está também, muitas vezes, ligada a algumas práticas tradicionais que podem resultar em danos físicos directos. Um exemplo disso é a mutilação genital feminina. Estima-se que 92 milhões de mulheres e jovens com mais de 10 anos de idade em África vivam com as consequências da MGF e todos os anos cerca de três milhões mais sejam mutiladas^{4,5}. As mulheres também estão expostas a riscos de saúde, através de casamentos precoces, prática de herança das esposas e escravatura infantil.

Repensar as atitudes da sociedade para com as mulheres deve também incluir o reconhecimento de que um dos principais recursos disponíveis aos decisores políticos, que pretendam melhorar a saúde da mulher, são as próprias mulheres. Os programas e as políticas destinadas a melhorar a saúde da mulher devem, por isso, reconhecer o potencial das mulheres para mobilizar recursos, devendo aproveitar a sua capacidade para iniciar a mudança. Nas palavras de um editorial da revista *Lancet*: “É muito frequente a comunidade da saúde ignorar o potencial das mulheres para se mobilizarem no domínio da saúde. Os defensores da saúde das mães e das crianças ainda não aprenderam devidamente as lições do movimento contra a SIDA – nomeadamente, que a auto-organização pode trazer não apenas o sucesso político, mas também melhorias tangíveis nos resultados da saúde”.

Repensar o direito da mulher à saúde

É importante recordar que a saúde é um direito humano básico e que as mulheres têm os mesmos direitos que os homens.

Uma das formas mais directas de combater a discriminação sexual em África é capacitar as mulheres, através da educação e participação em assuntos sociais, económicos e políticos. A Comissão de Macroeconomia e Saúde identifica a educação como um importante determinante da saúde da mulher. Realmente, o efeito positivo da educação sobre a saúde está bem documentado. Por exemplo, as interligações entre a educação das jovens e o seu estado de saúde têm sido demonstradas em vários estudos sobre o VIH/SIDA, que revelam que o VIH/SIDA na Zâmbia se propagou mais rapidamente entre as jovens não educadas do que entre as jovens educadas.

O efeito da educação não se limita, de modo nenhum, a melhorar os resultados na saúde; a educação pode também facilitar a capacitação socioeconómica em contextos socioculturais, onde essa capacitação seja permitida. Mostra-se, assim, que a educação é um instrumento poderoso, não só para melhorar a saúde da mulher, mas também para o desenvolvimento socioeconómico.

Evidentemente, esse mesmo poder para mobilizar e iniciar a mudança também se aplica ao desenvolvimento socioeconómico. Durante séculos, as mulheres africanas foram o pilar das famílias e das comunidades, muitas vezes na presença de adversidades extremas. Apesar do seu baixo estatuto social e da grande parte do fardo das doenças e mortes que carregam, elas continuam a ser pacifistas, fontes de vida, empreendedoras e prestadoras de cuidados às crianças – as construtoras da África do futuro.

Repensar as práticas tradicionais

É importante reconhecer que nem todas as práticas tradicionais são prejudiciais à saúde. Do mesmo modo, nem todas as práticas modernas ou mentalidades nos domínios da medicina e da saúde pública são benéficas para a saúde da mulher. Mesmo quando determinada prática é prejudicial, analisá-la e questioná-la poderá oferecer uma perspectiva da cultura local que poderá servir como alavanca para uma transformação social positiva. Além disso, como os códigos culturais, símbolos e valores tradicionais fazem parte do ambiente sociocultural em que as mulheres africanas vivem, compreendê-los é fundamental para identificar as abordagens de implementação das intervenções que são eficazes e sustentáveis.

Repensar a interligação entre a saúde da mulher e o desenvolvimento socioeconómico

A saúde é tanto causa como consequência do desenvolvimento socioeconómico. Usando termos puramente utilitários, investir na saúde da mulher pode intensificar o desenvolvimento, através de um aumento da produtividade económica. Como as mulheres constituem aproximadamente 50,2% da população total da Região Africana, isso significa que a maior parte dos recursos humanos da Região está a ser altamente subutilizada.

O desenvolvimento económico fornece os recursos necessários para melhorar a saúde da mulher e a melhor saúde da mulher impulsiona o desenvolvimento económico. Investir na saúde da mulher significa investir no futuro.

Estima-se que as taxas de mortalidade materna e neonatal, só por si, causem perdas de produtividade a nível mundial de 15 mil milhões de dólares por ano e constituam um sério obstáculo ao crescimento económico dos países de baixos rendimentos.

O desenvolvimento económico fornece os recursos necessários para melhorar a saúde da mulher e a melhor saúde da mulher impulsiona o desenvolvimento económico.

Principais considerações e pontos de acção

- a) É preciso repensar a saúde da mulher em África, adoptando uma abordagem holística e multi-disciplinar que estabeleça a ligação entre os factores biomédicos, socioculturais e económicos.
- b) As políticas deverão reflectir os determinantes socioculturais da saúde, assim como as questões do financiamento e da prestação de serviços de saúde.
- c) As próprias mulheres têm o potencial de serem um dos mais importantes agentes da mudança na reforma da saúde.
- d) A saúde da mulher é um direito humano e, como tal, deve ser aplicado e promovido.
- e) Os benefícios económicos e sociais do investimento na saúde da mulher, começando com os benefícios óbvios para as crianças, são considerações de fundamental importância na formulação de políticas.
- f) As instituições religiosas e os líderes comunitários desempenham um importante papel na implementação dos direitos das mulheres.
- g) Todos os ministérios governamentais, e não só os da saúde, deverão apoiar os progressos nas questões da saúde da mulher.



Secção 2

Estado de saúde das mulheres na Região Africana: do nascimento ao início da actividade sexual

Um fardo de doenças e mortes inaceitavelmente pesado em todas as fases do ciclo de vida

As mulheres que vivem na Região Africana enfrentam ameaças assustadoras à saúde durante toda a sua vida. Dada a importância da saúde da mãe para o feto que carrega, é evidente que para o bebé que cresce, quer seja rapaz ou rapariga, os desafios começam no momento da concepção. Se uma mãe for mal alimentada, é provável que o seu filho sofra de atraso de crescimento no útero e nasça pequeno e com falta de peso. Isso, por seu lado, aumenta as hipóteses de o bebé morrer nos primeiros dias de vida. Mesmo para as crianças que sobrevivem, isso tem consequências no seu desenvolvimento posterior. Dos 40 países em todo o mundo que notificam uma prevalência de atraso no crescimento de 40% ou mais, 23 são africanos⁶.

Os riscos da infância

Quando a criança sobrevive ao nascimento, quer seja rapaz ou rapariga, fica exposta aos mesmos desafios ambientais e sociais, com resultados na saúde semelhantes durante a infância. A criança depende nutricionalmente da mãe. O leite materno é o alimento ideal para os recém-nascidos e bebês, porque melhora a sua saúde e as hipóteses de sobreviver. A Região Africana caracteriza-se, em geral, por baixas taxas de amamentação exclusiva (31%)³, os alimentos complementares são temporal e nutricionalmente inadequados e não seguros. Estima-se que a contaminação dos alimentos complementares, incluindo a “fórmula” para bebês e a água com que são misturados, cause até cinco episódios de diarreia por criança e por ano na Região⁷, e cada episódio expõe a criança ao risco de desidratação e morte.

Para as mães que vivem com o VIH, existe outra fonte de confusão, devido à crença de que o risco de transmissão torna a amamentação muito perigosa. Dados recentes da investigação, porém, mostram que administrar intervenções antiretrovirais, quer à mãe infectada pelo VIH quer ao bebé exposto ao VIH, pode reduzir o risco de transmissão pós-natal do VIH, através da amamentação, para menos de 2%. Mesmo na ausência de intervenções ARV, a amamentação exclusiva representa um risco menor de transmissão do que a alimentação mista.

A diarreia é seguida de perto pelo paludismo como causa de morte prematura nas meninas de 0 a 4 anos de idade, sendo o paludismo responsável por 16% das mortes

em menores de cinco anos na Região Africana, em comparação com uma média de 7% a nível mundial. O paludismo é também uma causa indirecta de mortalidade materna, como a seguir se discute, e contribui para nados-mortos, parto prematuro e insuficiência ponderal à nascença.

Como o filho é dependente da mãe, a saúde desta é também uma medida da saúde da criança. De facto, no caso das mães que vivem com o VIH, a própria mãe representa uma ameaça directa. A transmissão vertical é um risco significativo na África Subsaariana. Em 2009, a TV ocorreu em, aproximadamente, 370 000 nados-vivos. Na verdade, quase todas as infecções por VIH nas crianças são resultantes da infecção da mãe. Só em 2009, de todas as novas infecções de crianças pelo VIH, em todo o mundo, 91% ocorreram na Região Africana⁸.

Felizmente, trata-se de uma área em que se têm feito progressos. Até agora, 43 países da Região têm implementado programas para a prevenção da transmissão vertical do VIH.

Em geral, a cobertura dos partos assistidos na Região continua a ser baixa, aproximadamente, 47%, embora as taxas variem muito entre os países africanos. Para a Região, no seu todo, as condições perinatais, como a asfixia e trauma, são a segunda principal causa de morte prematura e incapacidade entre as crianças menores de cinco anos, depois das infecções respiratórias agudas, sobretudo as pneumonias, sendo responsáveis por cerca de uma em cada cinco mortes neste grupo etário.

Dada a variedade de adversidades que se colocam à criança, talvez não seja surpreendente que a mortalidade de menores de cinco anos na Região Africana continue a ser a mais alta do mundo, apesar do decréscimo de 172 por 1000, em 1990, para 119 por 1000, em 2010. No mesmo período, a taxa média mundial caiu de 88 por 1000 para 57 por 1000. A mortalidade infantil na Região diminuiu a uma taxa média de 1,2% ao ano, entre 1990 e 2000, e 2,4%, entre 2000 e 2010, em comparação com a diminuição necessária de 8%, para cumprir o ODM 4, até 2015.

A água não potável e o mau saneamento representam outra ameaça; muitos agentes patogénicos de transmissão hídrica causam doenças, como as diarreias, que são uma das principais doenças mortais para as crianças da Região. A percentagem da população mundial que usa fontes de água de beber “melhoradas” está a aumentar muito lentamente – de 30%, em 1990, para 34%, em 2008.

Desafios da infância e da adolescência

Depois das dificuldades da primeira infância, a rapariga africana começa a enfrentar os desafios que a distinguirão dos seus pares masculinos para o resto da sua vida. Como já se referiu, existem evidências da correlação entre a educação e o estado de saúde das raparigas. As sociedades que limitam o acesso das raparigas à educação pagam um elevado preço, quer em termos do óbvio fardo económico imposto pela relativamente má saúde das mulheres adultas, mais tarde, mas também em termos da

respectiva perda de desenvolvimento económico, visto que, aproximadamente, 50% da população é impedida de progredir em termos profissionais.

As sociedades que limitam o acesso das raparigas à educação pagam um elevado preço...



Do mesmo modo que, normalmente, sofrem a pressão cultural para executarem tarefas domésticas, as raparigas também são preparadas para o seu papel como procriadoras. Em certos países, essa preparação encontra expressão em algumas práticas rituais que são prejudiciais. A mutilação genital feminina (MGF), que envolve a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos, por corte, queima ou raspagem⁸, é infligida a mais de dois milhões de raparigas entre os quatro e os doze anos, nomeadamente na Etiópia, Quênia, Nigéria e Uganda. Entretanto, estima-se que cerca de 92 milhões de mulheres com mais de dez anos vivem com a indignidade e a dor da mutilação genital, das quais 12 milhões são raparigas entre os 10 e os 14 anos⁴.

A mutilação genital feminina é, realmente, perigosa para a saúde das mulheres, sendo o trauma psicológico e físico, muitas vezes, acompanhado de hemorragias abundantes, septicemia das feridas, infecção pelo VIH e, subsequentemente, complicações nos partos. Trata-se de uma violação condenável dos direitos humanos, sujeita a julgamento em tribunal. Muitos países africanos subsarianos, incluindo o Benim, Burkina Faso, Gana, Senegal, Tanzânia e Uganda aprovaram leis que penalizam essa prática, mas as leis, por si só, raras vezes conduzem a uma mudança de comportamentos sustentável.

Um outro factor que afecta as raparigas, nesta faixa etária, é a violência, que infelizmente, é relativamente comum e está, muitas vezes, ligada a formas de violação sexual. De facto, a coacção e a violência sexual prevalecem em muitos países africanos, afectando as raparigas desde tenra idade, como comprovam os dados sobre gravidezes precoces não planeadas. Esta violência torna-se mais aguda em situações de crise, tais como catástrofes

naturais ou conflitos armados, quando as meninas e adolescentes estão mais vulneráveis.

Mulheres jovens em situações de conflito

O colapso das estruturas sociais que resulta de conflitos prolongados expõe as crianças de ambos os sexos a vários riscos de saúde, desde a cólera até à malnutrição e da mutilação deliberada ao abuso sexual. De acordo com Pernille Ironside, um especialista em protecção da criança que trabalha com a UNICEF, a “maioria” das raparigas que regressa de zonas de conflito passou por situações de violência sexual extrema, que descrevem como violação sistemática, muitas vezes acompanhada de mutilação, durante longos períodos, por vezes mesmo anos. Os traumas psicológicos que resultam dessas experiências são acompanhados por um elevado risco de infecções sexualmente transmissíveis, em particular o VIH/SIDA. Fístulas traumáticas e ruptura dos tecidos causadas por agressão sexual violenta são também amplamente notificadas, tal como a fístula obstétrica.

Nas adolescentes com idades entre os 16 e os 19 anos, o VIH/SIDA é responsável por quase um terço das mortes, enquanto as complicações da gravidez e parto respondem por 28%. É também de notar que mais de metade de todas as mortes maternas ocorrem neste grupo etário, que também carrega o mais pesado fardo de doenças devidas à violência.

Principais considerações e pontos de acção

- Estudar os muitos desafios de saúde que se colocam às jovens mulheres nos seus primeiros anos, na África Subsariana, requer uma abordagem multisectorial.
- A discriminação sexual começa numa idade precoce, com as meninas sendo forçadas a assumir a responsabilidade pelas tarefas domésticas, o que coloca muitas vezes dificuldades à sua educação.
- A educação, associada a melhores resultados na saúde, tem alguns outros efeitos benéficos.
- A violência contra as jovens mulheres é generalizada, especialmente em situações de conflito e faz muitas vezes parte da coacção sexual. Em alguns casos, a violência exprime-se em práticas prejudiciais, tais como a mutilação genital feminina.
- O início da actividade sexual está associado à morbidade e mortalidade, especialmente pela infecção pelo VIH e pela mortalidade materna.

...mais de metade de todas as mortes maternas ocorrem em jovens entre os 16 e 19 anos, carregando este grupo etário também o maior fardo de doenças devidas à violência.

Secção 3

Estado de saúde das mulheres na Região Africana: idade reprodutiva

Estima-se que as mulheres em África produzam até 80% das necessidades alimentares do continente. As mulheres são também os principais prestadores de cuidados de saúde aos membros doentes ou incapacitados da família e desempenham um papel fundamental nos cuidados a prestar àqueles que sofrem de doenças mentais. Além disso, evidentemente, a maior parte do trabalho das mulheres é dedicada ao nascimento e criação dos seus filhos.

Elevadas taxas de fertilidade

A África Subsariana tem a taxa de fertilidade mais alta de todo o mundo, estimada em 5,2. Em alguns países, por exemplo, o Chade, a República Democrática do Congo, Níger e Uganda, as taxas de fertilidade podem ascender a 6,0 ou mais de⁹. Uma taxa de fertilidade elevada está associada à baixa prevalência de contraceptivos. De facto, em muitas culturas africanas, a maternidade está no próprio centro do nexos social e colocam-se grandes expectativas nas mulheres em idade reprodutiva relativamente aos filhos que terão de criar.



Embora o aborto de risco seja evitável, continua a representar um risco desnecessário para as vidas das mulheres africanas. Os abortos de risco contribuem para cerca de 14% dos óbitos maternos no continente. Estima-se que trinta e uma em 1000 mulheres africanas, com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos, passem por experiências de aborto de risco todos os anos.

O flagelo do VIH

Na África Subsariana, as mulheres representam 60% das pessoas que vivem com o VIH virus. A prevalência do VIH/SIDA na Região está estimada em 3,2% no grupo etário dos 15–24 anos, isto é, mais do que cinco vezes a taxa de prevalência mundial para a mesma faixa etária. Na África Subsariana, no seu todo, as mulheres também têm mais probabilidades de ficarem infectadas com o VIH do que os

homens, um facto confirmado pelos dados de prevalência mais recentes, indicando que para cada 10 homens há 13 mulheres que ficam infectadas.

A exposição das jovens ao VIH é matéria de especial preocupação na Região. Elas não só enfrentam barreiras à informação sobre o VIH e, em particular, o que pode ser feito para evitar a infecção, mas, em alguns contextos, têm relações sexuais com homens que são mais velhos e que têm mais probabilidades de estar infectados.

A violência ou ameaça de violência do homem para a mulher também desempenha um papel importante a favor da epidemia. A violência afecta também a capacidade das mulheres para se protegerem da infecção, incluindo a capacidade de se fazerem ouvir nas negociações sexuais. Uma vez infectadas, há também mais probabilidades de que as mulheres sejam vítimas de agressões¹⁰. Na Suazilândia, que tem o nível mais elevado de prevalência do VIH na Região, um estudo realizado em 2007 revelou que 33% das mulheres com idades compreendidas entre os 13 e os 24 anos afirmaram ter sido vítimas de uma qualquer forma de violência sexual, antes dos 18 anos de idade.

Além do risco da violência, as mulheres que vivem com o VIH/SIDA na Região Africana sofrem muitas vezes graves consequências sociais devido à sua infecção. O diagnóstico positivo numa mulher pode, muitas vezes, levar à desagregação da família, ao seu abandono pelo marido e/ou à recusa dos seus direitos em matéria de heranças, quando estas existem, podendo, inclusivamente, implicar a sua exclusão social, pura e simples.

O diagnóstico positivo numa mulher pode, muitas vezes, levar à desagregação da família, ao seu abandono pelo marido e/ou à recusa dos seus direitos em matéria de herança...

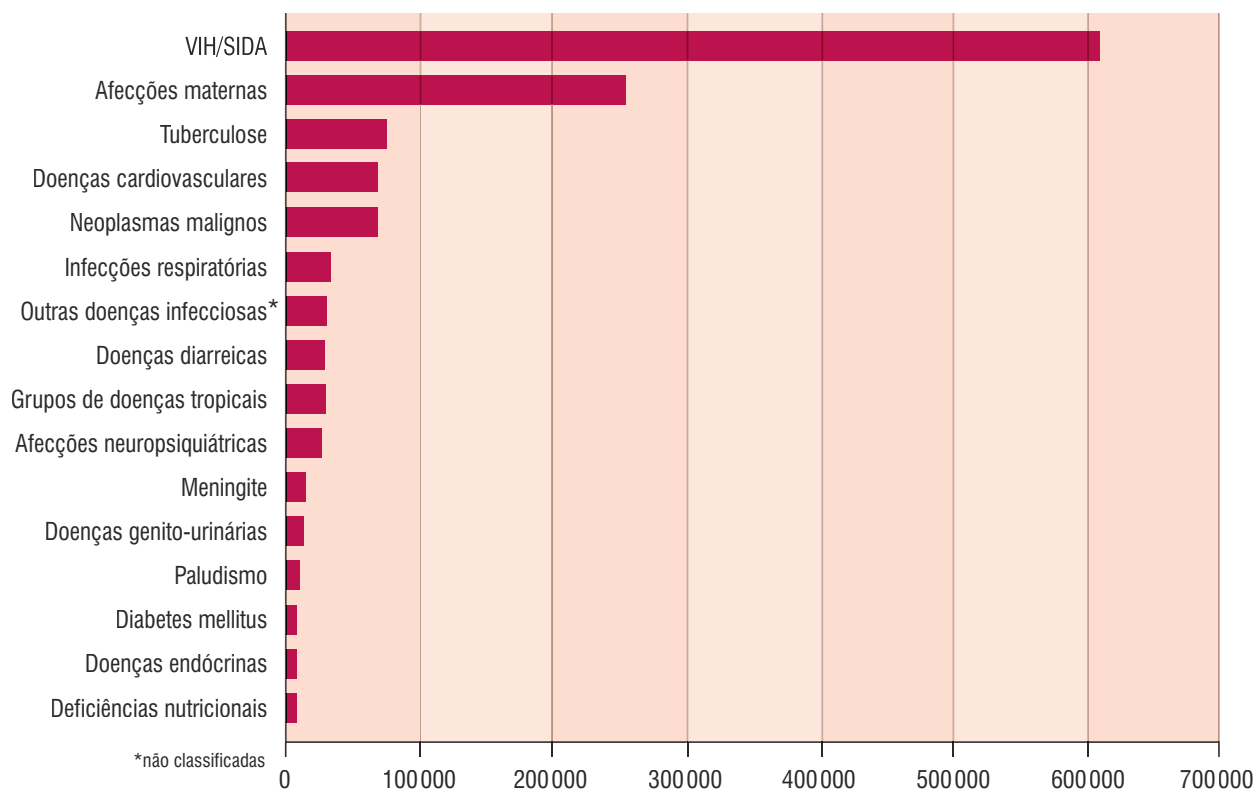
As profundas necessidades por satisfazer de saúde sexual e reprodutiva, especialmente das jovens, uma população que já é gravemente afectada pelo VIH e pela violência, reforça a urgente necessidade de adoptar uma abordagem multisectorial para aquilo que é verdadeiramente um problema multisectorial.

Maus cuidados de saúde materna

Embora o VIH/SIDA possa ser a principal causa de morte entre as mulheres africanas, na sua idade reprodutiva, as condições maternas também têm a sua responsabilidade (Figura 3.1). Particularmente, na faixa etária dos 15 aos 29 anos (Figura 3.2), a incidência da mortalidade materna é ainda maior. De facto, aproximadamente 51% de todos os óbitos maternos envolvem mulheres africanas com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos.

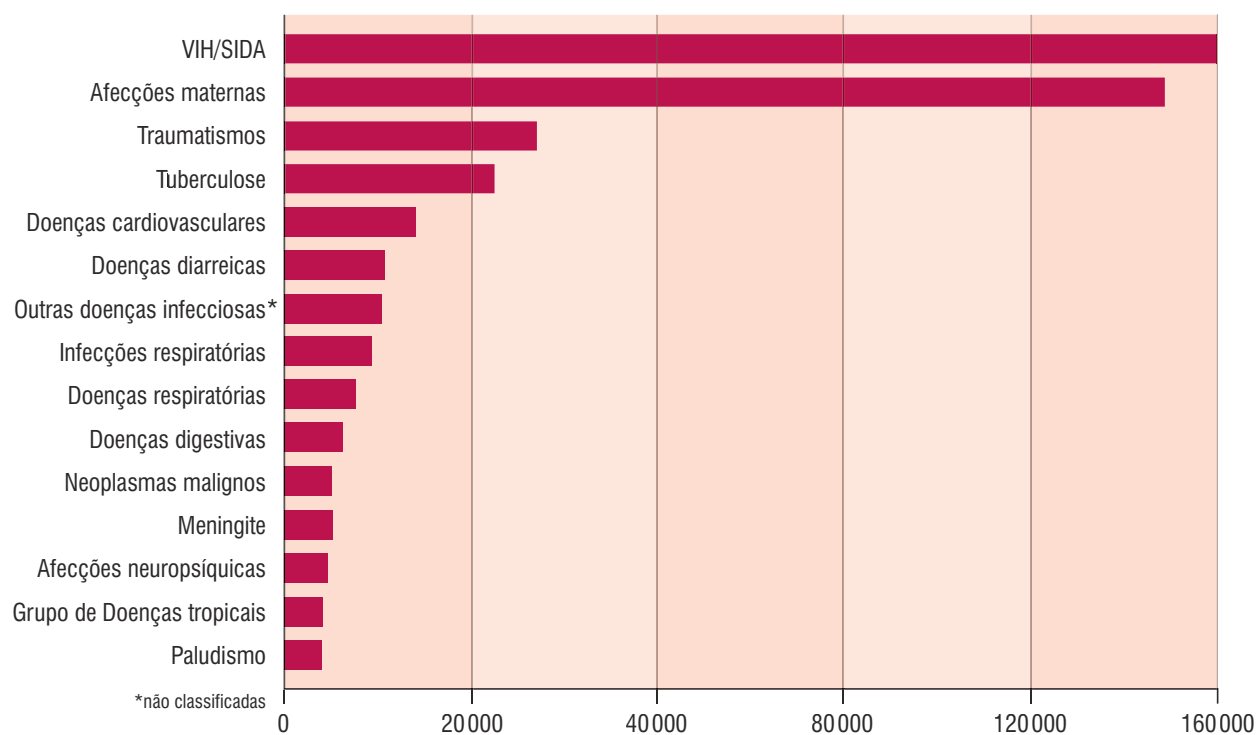
Sabe-se que a assistência ao parto por profissionais qualificados é crucial para a sobrevivência da mãe do filho; no entanto, a maioria das mulheres africanas não têm acesso ao parto assistido. O mesmo se passa com os cuidados pós-parto, que são necessários para detectar e tratar as infecções e outras condições,

Figura 3.1 Causas de morte na Região Africana entre as mulheres com 15–44 anos, 2004



Fonte: Organização Mundial da Saúde, Quadros-síntese GBD 2004, Departamento de Estatística da Saúde e Informática, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, Outubro de 2008

Figura 3.2 Causas de morte entre as mulheres com 15–29 anos, na Região Africana, 2004



Fonte: Organização Mundial da Saúde, Quadros-síntese GBD 2004, Departamento de Estatística da Saúde e Informática Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, Outubro de 2008

incluindo a depressão pós-parto. Os cuidados pós-parto são também essenciais para prestar aconselhamento sobre planeamento familiar e outras questões, como a amamentação.

Insuficiência de cuidados profissionais

A insuficiência de profissionais de obstetrícia é apenas um dos problemas relativos aos recursos humanos para a saúde na Região. Em muitos países, é difícil ter uma noção clara da situação, devido à falta de dados fiáveis¹¹, mas dos países, em todo o mundo, que sofrem de uma insuficiência crítica de profissionais de saúde, 36 estão na Região Africana. Quando os profissionais de saúde recebem a devida formação, a sua retenção é problemática devido às más condições de trabalho, sobretudo aos baixos salários.

A falta de pessoal não é, contudo, o único problema dos sistemas de cuidados de saúde na Região. As unidades de saúde inadequadas ou inexistentes, o limitado acesso a produtos médicos e tecnologias essenciais de boa qualidade, a serviços de laboratórios médicos e a serviços de imagiologia de diagnóstico constituem, igualmente, um problema. Estas insuficiências sistémicas afectam, obviamente, a saúde de homens e mulheres, mas como os cuidados de saúde específicos das mulheres requerem cuidados maternos especiais, elas tendem a sofrer relativamente mais, quando os sistemas de saúde não dispõem dos recursos necessários.

Mortalidade materna inaceitavelmente elevada

Em todo o mundo, registam-se, todos os anos, mais de meio milhão de mortes maternas, ocorrendo 99% delas nos países em desenvolvimento, enquanto quase metade pertencem à Região Africana¹². O ODM 5, como já se afirmou, visa uma redução de 75% no rácio de mortalidade materna mundial, entre 1990 e 2015, o que requer uma redução média anual de 5,5%. Na Região Africana, a redução média anual de 1990 to 2010 foi de 2,7%. A situação na Região Africana é mesmo trágica, porque a mortalidade materna é largamente evitável, como comprova a disparidade mundial nos resultados da saúde materna. De facto, na Europa, a mortalidade materna é uma ocorrência rara, acontecendo apenas em 20 por 100 000 nados-vivos, em comparação com 480 por 100 000 na Região Africana, o rácio mais elevado de todas as Regiões do mundo¹³.

Na Região Africana, as mulheres têm um risco de 1 em 42 de morrerem prematuramente ao dar à luz, em comparação com o risco de 1 em 2900 na Europa.

Na Região Africana, onde as mulheres têm muitos filhos (a taxa global de fertilidade na Região é de 5,2), as mulheres têm um risco de 1 em 42 de morrerem prematuramente ao dar à luz, em comparação com o risco de 1 em 2900 que correm as mulheres na Europa. Em algumas partes da Região, as estatísticas são ainda mais arrepiantes. Uma em cada 32 mulheres nascidas na África Ocidental e Central morrerá por complicações relacionadas com a gravidez. Acresce que, por cada morte materna na Região, há, pelo menos, trinta mulheres que sofrem incapacidades de curto ou longo prazo. Estima-se

que cerca de um quarto das mortes maternas poderiam ser evitadas por cuidados obstétricos de emergência.

Importância de cumprir as promessas feitas às mães africanas

Os países africanos fizeram muitos acordos regionais e subregionais para melhorar a saúde da mulher, o mais recente dos quais foi a Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna em África (CARMMA), lançada em Maio de 2009 com o lema – *A África Preocupa-se: Nenhuma mulher deverá perder a vida ao gerar vida.*



No entanto, apesar do elevado número de convenções e de iniciativas, as boas intenções não conseguiram muitas vezes resultar em mudanças

Embora muitos países analisem e revejam a sua legislação e políticas, por exemplo, para as harmonizar com as declarações dos ODM, existe ainda um grande fosso entre as prioridades políticas declaradas e os compromissos financeiros necessários à sua implementação. Relativamente à redução da mortalidade materna, os progressos foram especialmente desanimadores.

Numa reunião da União Africana em Kampala, em Julho de 2010, mais uma vez os líderes prometeram investir mais em agentes comunitários de saúde e reafirmaram o seu compromisso com a meta da Declaração de Abuja sobre as despesas de saúde - até hoje, apenas sete países estão a cumprir a meta da Declaração de Abuja.

O melhor desenho do sistema para a prestação de serviços de saúde materna na Região Africana inclui dois níveis de prestação de cuidados obstétricos básicos e abrangentes.

Há ainda sinais de que os cuidados de saúde maternos estão a tornar-se uma prioridade em alguns lugares. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, ao longo dos últimos três anos, foram iniciados estudos concertados dos óbitos maternos e perinatais, em 27 países da Região, enquanto que 17 países iniciaram a tarefa de melhorar as competências do pessoal de saúde em cuidados essenciais aos recém-nascidos, através do uso de materiais de formação da OMS.¹⁴

As taxas de utilização penalizam as mulheres pobres. É evidente que, embora possam ser fisicamente acessíveis e estarem devidamente equipadas em material e pessoal, as clínicas e os hospitais pouco servirão às necessidades

de saúde das mulheres africanas, se estas não sentirem que têm o direito de lá entrar e procurar ajuda. Se uma mulher tiver que pagar a consulta ao médico do seu próprio bolso, ela poderá adiar até ser demasiado tarde para receber um tratamento eficaz.

Os obstáculos ao acesso criados pelas taxas de utilização representam um especial problema para as mulheres na Região Africana, dado que elas são, muitas vezes, financeiramente dependentes dos homens. Em resultado disso, o seu acesso à compra de serviços de saúde depende das decisões dos homens acerca da forma como são geridos os recursos financeiros. O resultado de tal desequilíbrio de género é substancialmente aumentado em contextos culturais, onde o medo do divórcio ou do abandono, da violência ou estigma impede as mulheres de usarem os serviços de saúde reprodutiva.

Cuidados de saúde não sensíveis ao género nem à cultura

As mulheres africanas carecem de recursos financeiros e o isolamento geográfico de uma percentagem significativa da população da Região é muitas vezes citado como a causa da baixa utilização dos serviços de saúde materna. É dada pouca atenção a atitudes perante a gravidez que podem resultar de crenças culturais fortemente enraizadas, mas que são contrárias às actuais melhores práticas médicas.

Têm de ser desenvolvidos esforços para envolver e educar as comunidades em questões da saúde materna, com a consciência do facto de que a mulher grávida faz parte de uma rede social e de que a sua situação e conexões no seio dessa rede determinam, muitas vezes, a sua capacidade para responder a campanhas de saúde pública.

Além disso, o conhecimento dos sistemas de crenças tradicionais e a organização das sociedades que os apoia fornece boas ocasiões para melhorar os resultados da saúde materna, tal como tem sido demonstrado por estudos etnográficos realizados no Malawi, que revelaram que as autoridades de saúde podem usar estruturas sociais de apoio, as crenças e os conhecimentos existentes, bem como as práticas culturais durante a gravidez, para melhorar os cuidados às mulheres.

Cancro do colo do útero

A África Subsariana tem a mais alta incidência do cancro do colo do útero a nível mundial. Este é o cancro mais comum nas mulheres africanas, representando mais de um quinto de todos os casos de cancro. O cancro do colo do útero está a aumentar em muitos países africanos, nomeadamente no Mali, Uganda e Zimbabwe, mas desconhece-se a verdadeira dimensão do problema devido à deficiente notificação e à escassez de dados fiáveis. Em quase todos os casos, o cancro do colo do útero está relacionado com infecções genitais pelo papilomavírus humano (PVH), uma vulgar infecção sexualmente transmissível (IST) que se encontra em 10% das mulheres em todo o mundo, mas que se estima que afecte uma em cinco mulheres na Região Africana. Apesar da existência de uma vacina altamente eficaz contra o PVH e do próprio cancro do colo do útero poder ser evitado através de um rastreio regular e de tratamento adequado, as mulheres

continuam a morrer desta doença na Região Africana por falta de acesso a ambos.

O fardo do cancro do colo do útero na Região Africana é particularmente pesado, pois a doença tende a afectar as mulheres numa fase da sua vida em que é essencial estar de boa saúde para a estabilidade social e económica das famílias.

De certa maneira, os padrões da infecção pelo PVH tipificam a experiência das mulheres africanas na esfera das doenças sexualmente transmissíveis que são caracterizadas por diagnóstico e tratamento tardios, pelas razões socioeconómicas já referidas. Devido ao tratamento tardio e a uma maior vulnerabilidade biológica das mulheres a complicações de infecções não tratadas, as mulheres carregam um peso bastante maior dessas doenças específicas do que o homem na Região Africana.

Conclusão

As mulheres em idade de procriar na Região Africana confrontam-se com uma série de determinantes complexos da saúde, muitos dos quais apenas podem ser enfrentados através de uma abordagem multisectorial à reforma. A Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, em 2008, apelou à acção em três áreas essenciais, incluindo melhorar as condições de vida diária e fazer face à desigual distribuição do poder, dinheiro e recursos.

Principais considerações e pontos de acção

- a) As actuais taxas elevadas de fertilidade são apenas o reflexo parcial dos baixos níveis do uso de contraceptivos. Devem ainda ser tidas em conta as crenças tradicionais acerca da procriação e usá-las na elaboração das políticas.
- b) A infecção pelo VIH nas mulheres aumentou nas últimas duas décadas na África Subsariana, largamente determinada por factores socioeconómicos. Só uma resposta multisectorial a esta crise poderá ser eficaz.
- c) É urgentemente necessário atribuir fundos adequados aos sistemas de saúde, centrados nos cuidados de saúde primários.
- d) As taxas de utilização deverão ser substituídas pelo pré-pagamento e centralização de recursos, mas tal não deverá processar-se sem uma cuidadosa análise das condições locais. A suspensão não planeada do pagamento de taxas de utilização não é uma opção.
- e) A mortalidade materna continua a ser um enorme peso na vida das mulheres, sobretudo devido à inadequada prestação de cuidados de saúde. Também aqui a resposta política deverá ter em conta a natureza multisectorial do problema.
- f) O sistema das duas fases é o melhor modelo para atingir o ODM 5.
- g) Deve ser dada uma atenção adequada ao diagnóstico, tratamento e, especialmente, à prevenção da infertilidade na Região Africana.

Secção 4

Estado de saúde das mulheres na Região Africana: para além da idade reprodutiva

Principais factores de risco de doenças

Tal como a idade da procriação acarreta consigo inúmeras pressões para a saúde das mulheres na Região Africana (biológicas, socioculturais e económicas), o mesmo acontece nos anos seguintes. Muitas dessas pressões são uma sucessão de condições de stress acumuladas desde o nascimento. Problemas de saúde, como a má-nutrição, o paludismo ou as doenças diarreicas, precedem o início da actividade sexual e continuam durante a idade de procriar e para além dela. Depois, à medida que a vida continua, as mulheres africanas debatem-se com novos riscos e o seu perfil de morbilidade e mortalidade começa a alterar-se. O VIH/SIDA continua a ser o principal responsável pela perda de vidas no grupo etário dos 45–59 anos, mas as doenças não transmissíveis (DNT) começam a pesar bastante, nomeadamente as doenças cardíacas, cancro e doenças respiratórias crónicas.

Alguns destes problemas de saúde são o resultado da exposição a riscos iniciados na juventude, incluindo o tabaco e o abuso do álcool e uma dieta com elevado teor de colesterol, sal e gorduras saturadas, mas pobre em frutas frescas e vegetais. Os problemas de saúde nesta faixa etária podem ainda reflectir falta de exercício físico, excessivo cansaço físico, especialmente no campo, a recolher e transportar alimentos, lenha, água e outros produtos, bem como a criar os filhos. Podem ainda reflectir

uma exposição permanente a violência e acidentes no campo, nas ruas e nas próprias casas.

O excesso de peso e a obesidade, que são importantes factores de risco de diversas DNT crónicas, incluindo a diabetes, tensão arterial elevada e doença cardíaca, afectam desproporcionalmente as mulheres na Região.

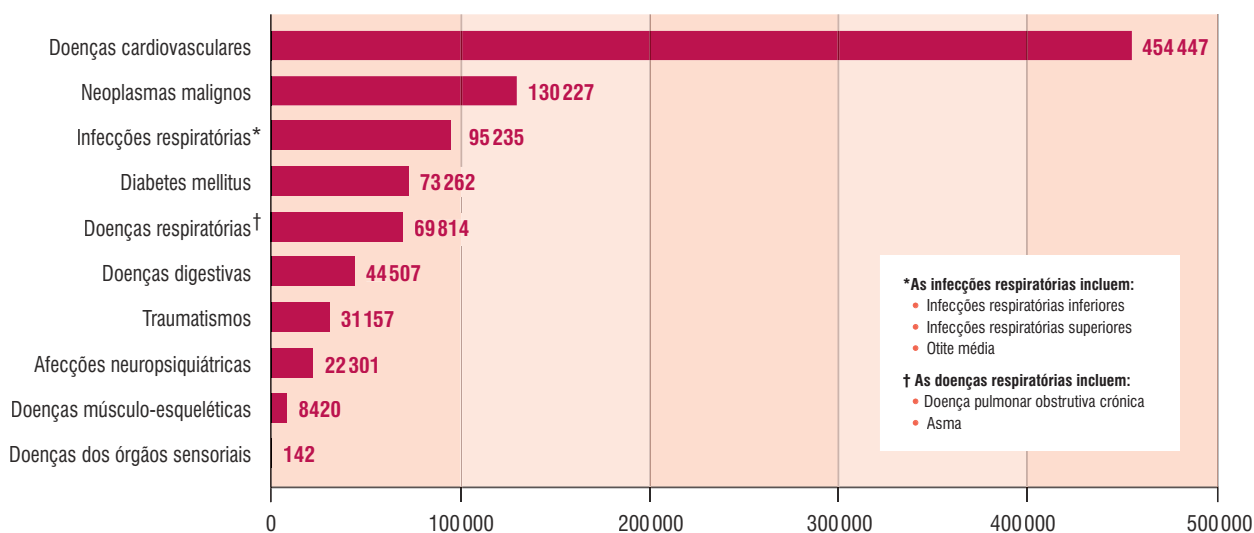
Segundo a OMS, se nada se fizer para resolver o problema das DNT, elas serão responsáveis por, pelo menos, 50% da mortalidade na Região Africana, até 2020.

As DNT aumentam nas mulheres com mais de 60 anos

O crescimento da população urbana está também associado à diabetes e às doenças cardiovasculares¹⁵, que, em 2004, mataram mais de 106 000 mulheres na faixa etária dos 45–59 anos, na Região, o que faz delas a segunda maior causa de morte, após o VIH/SIDA. As doenças cardíacas continuam a atacar as mulheres africanas nos últimos anos de vida e representaram mais de 450 000 óbitos em 2004 (Figura 4.1).

Longe de serem doenças da abundância, as doenças cardiovasculares matam duas vezes mais mulheres, a partir dos 60 anos, nos países de baixos e médios rendimentos do que nos países ricos. O mesmo se aplica, na generalidade, às DNT. Contrariamente à ideia convencional de que as DNT são um problema dos países ricos, na realidade elas constituem uma crescente preocupação nos países de baixos rendimentos, onde são também a segunda causa de morte entre as mulheres. As taxas de prevalência das DNT não são, habitualmente, registadas pelos sistemas de saúde na Região, mas estudos seleccionados sugerem que são muito altas e estão a aumentar. Segundo a OMS, se nada se fizer para

Figura 4.1 Causas de morte entre as mulheres com 60 anos ou mais na Região Africana, 2004



Fonte: Construído a partir Quadros de Síntese GBD 2004 da Organização Mundial da Saúde, Departamento de Estatísticas de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, Outubro de 2008.

resolver o problema das DNT, elas serão responsáveis por, pelo menos, 50% da mortalidade na Região Africana, até 2020¹⁴.

Os câncros são outra causa significativa de doença e morte, à medida que as mulheres africanas envelhecem, representando mais de 60 000 óbitos anuais, na faixa etária dos 45–59 anos, e mais de 120 000 no grupo acima dos 60 anos.

Normas relativas aos géneros e doenças

Dado que muitas culturas africanas tendem a confinar as mulheres às tarefas domésticas, incluindo à prestação de cuidados, as mulheres, mais do que os homens, correm um maior risco de sofrerem de certas doenças específicas.

As mulheres correm um maior risco de má saúde relativamente aos homens, em parte porque o seu acesso ao tratamento é limitado, mas também devido aos seus papéis na sociedade que as predispõem às doenças. Por exemplo, as mulheres correm também um grande risco de sofrer de tracoma, a principal causa de cegueira em África. A prevalência da infecção pelo tracoma nas mulheres da Região Africana é cerca de 2 a 3 vezes superior à do homem. Devido à sua tarefa de ir buscar água, as mulheres estão mais expostas às infecções de esquistossomiase do que os homens. A esquistossomiase está primariamente associada a uma exposição frequente e prolongada a água infestada com caracóis, como nos lagos, pântanos e águas pouco agitadas. Num estudo, a percentagem de cancro da bexiga devido a esquistossomiase foi estimada em 28%. Em zonas onde a esquistossomiase é endémica, as mulheres estão 1,5 vezes mais sujeitas a contrair cancro da bexiga do que os homens.

Foram estimados 313 000 óbitos por câncros da mama, do útero e do ovário, em 2004, número esse que reflecte em parte a exposição ao fumo do tabaco e à poluição do ar interno das casas (que também provoca doença obstrutiva pulmonar crónica), assim como um acesso limitado ao rastreio, diagnóstico tardio e acesso insuficiente a um tratamento eficaz.

O tratamento das DNT é muito caro, sendo, por isso, um pesado fardo para os sistemas de saúde já de si assobrecidos com as doenças epidémicas e transmissíveis. Para além disso, uma vez que o tratamento das DNT não contribui para reduzir a sua incidência, elas apresentam-se aos decisores políticos com a perspectiva de um aumento anual da despesa, com pouca visibilidade em termos de melhores resultados. A nível social, as DNT são ainda potencialmente devastadoras, sobretudo para as mulheres idosas que desempenham um papel tão importante em muitas sociedades africanas, especialmente como prestadoras de cuidados aos órfãos do VIH/SIDA.

Como as mulheres tendem a casar com homens mais velhos, a quem costumam sobreviver, muitas ficam viúvas, sem qualquer apoio nos seus últimos anos de vida.

Mas, na realidade, um número cada vez maior de mulheres africanas idosas irão provavelmente passar os seus últimos anos em instituições¹⁶. Por isso, os decisores políticos deverão responsabilizar-se por criar e construir instituições em que os mais vulneráveis possam viver os seus últimos anos com dignidade e com o respeito dos seus cuidadores.

Principais considerações e pontos de acção

- a) Muitas DNT que as mulheres africanas enfrentam à medida que envelhecem são consequência de hábitos criados nos primeiros anos da sua vida, incluindo o tabagismo e o consumo de alimentos com alto teor de colesterol, sal e gorduras saturadas, especialmente nas zonas urbanas. Os decisores políticos podem, por isso, exercer um impacto significativo sobre a saúde das mulheres idosas, centrando-se nas escolhas de estilo de vida que elas fazem nos primeiros anos da sua vida.
- b) O acesso a cuidados adequados, particularmente rastreio e programas de tratamento da diabetes, cancro, hipertensão e doença cardíaca, teria também um impacto significativo sobre a epidemia das DNT que grassam na Região.
- c) As mulheres estão expostas a certos factores de risco para a saúde, devido às tarefas sociais que têm de desempenhar.
- d) As transições económicas e sociais que ocorrem em muitas zonas da Região colocam um problema específico às mulheres, à medida que elas envelhecem. É necessária uma resposta multissectorial a esta questão, a qual deverá assentar numa qualquer forma de prestação de cuidados de saúde universais, se não quisermos que os membros mais vulneráveis da sociedade sejam excluídos dos sistemas de saúde.
- e) Não há estilo de vida saudável que possa evitar completamente as mudanças inerentes ao envelhecimento. Cabe aos governos planear o apoio aos idosos e reconhecer o peso do fardo imposto às jovens mulheres nas suas tarefas de cuidadoras domésticas. Estes planos deverão também reconhecer que as tarefas prestadas pelas mulheres idosas nas sociedades africanas estão a ser alteradas pela “modernização” e urbanização do continente.
- f) Um número crescente de mulheres passará provavelmente a sua velhice em instituições. Os decisores políticos deverão garantir que essas instituições respeitem os direitos das pessoas entregues aos seus cuidados, permitindo-lhes viver com dignidade e respeito.

Secção 5

Benefícios socioeconómicos do investimento na saúde da mulher

O papel das mulheres ultrapassa a procriação

Um país que limite o contributo das mulheres para a sociedade apenas à procriação pagará um elevado preço em termos de desenvolvimento socioeconómico. No entanto, o nascimento e a criação dos filhos são de fundamental importância para o desenvolvimento devendo iniciar-se aí a análise dos benefícios socioeconómicos do investimento na saúde da mulher.



Na África Subsariana, como em todas as outras Regiões do mundo, as mães são as primeiras prestadoras de cuidados aos seus filhos.

As mulheres mais velhas, como as tias ou avós, desempenham importantes papéis de apoio, mas é à mãe que cabe a maior responsabilidade e é a sua saúde e bem-estar que determina largamente a saúde e o bem-estar dos seus filhos. Se a mãe tiver boas condições, as crianças são mais bem alimentadas e mais bem-educadas. Se a mãe adoecer ou morrer, as crianças sofrem.

As mães não só tratam dos seus filhos acarinhando-os, alimentando-os, dando-lhes banho e vestindo-os, mas também protegendo-os. Se tiverem oportunidade de o fazer, as mulheres também orientam os recursos familiares para os cuidados e o crescimento dos seus filhos. Estudos efectuados em vários cenários de baixo rendimento revelaram que sempre que as mulheres ganham dinheiro, é mais provável que elas, mais do que os homens, gastem o seu dinheiro em bens e serviços que beneficiem a família, ou seja, alimentação, educação e medicamentos. A investigação sobre o microcrédito comprovou que, quando as mulheres pedem dinheiro emprestado, se repete o padrão do aumento de consumo nas famílias para cerca do dobro, em comparação com o crédito pedido pelos homens.

É, portanto, claro que há substanciais benefícios socioeconómicos se a mãe continuar saudável, enquanto a sua doença ou morte prematura implica, pelo contrário, custos significativos.

Embora seja relativamente fácil avaliar o impacto da doença ou morte de uma mãe sobre a família, o seu impacto económico mais alargado não é claro e é difícil de apreciar, por falta de investigação nesta área e por escassez de dados disponíveis.

Há inúmeras evidências do impacto positivo de uma boa saúde sobre o desempenho económico. A investigação mostrou ainda que a saúde estimula a produtividade e que tem um efeito positivo, considerável e estatisticamente significativo sobre a produção agregada.

Embora faltem dados empíricos sobre a relação entre saúde e produção económica nos países africanos, porque as mulheres são a principal fonte do trabalho agrícola, os benefícios económicos da melhoria da saúde da mulher na Região deveriam ser significativos.

O custo estimado de uma resposta forte à morbilidade e mortalidade materna e neonatal sugere que os custos são largamente ultrapassados pelos potenciais benefícios. Aqui também, embora a investigação seja escassa, foi estimado que 30–50% do crescimento económico asiático, entre 1965 e 1990, seja atribuível a mudanças demográficas e sanitárias favoráveis, que são o resultado de reduções na mortalidade neonatal e infantil e, conseqüentemente, das taxas de fertilidade, assim como melhorias na saúde reprodutiva¹⁷.

Um estudo centrado na África Subsariana, realizado pelo Instituto Guttmacher, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP), sugere que fornecer a todas as mulheres grávidas na Região os padrões recomendados de cuidados maternos e neonatais custaria 8,1 mil milhões de dólares americanos, mas só se esse investimento fosse feito em simultâneo com um planeamento familiar moderno. O estudo estimava que, sem esse investimento crucial no planeamento familiar, o custo da prestação de cuidados seria de mais 2,7 mil milhões de dólares americanos¹⁸.



No entanto, os consideráveis benefícios deste investimento deveriam incluir uma descida de 77% nas gravidezes não planeadas, de 17 para 4 milhões e uma quebra de 77%

dos abortos de risco. Esperava-se ainda que os serviços de planeamento familiar poupassem anualmente 750 000 vidas, 200 000 nas mulheres e 550 000 nos recém-nascidos. Isto representaria uma quebra de 69% na mortalidade materna e 45% na dos recém-nascidos. Do mesmo modo, haveria um declínio de dois terços no número de anos de vida saudável perdidos devido a incapacidade ou a morte prematura nas mulheres e nos seus recém-nascidos, caindo os DALY de 61 milhões para 22 milhões. Os benefícios do alargamento de serviços eficazes de planeamento familiar para as mulheres, incluem uma poupança no custo da prestação de cuidados às mães e aos recém-nascidos, que seriam equivalentes a 130% do custo de prestação de serviços de planeamento familiar.

Estes benefícios teriam profundas implicações no desenvolvimento socioeconómico da Região. Tal iria também contribuir para melhorar a igualdade entre os géneros, o estado de saúde e o rendimento económico o qual, por sua vez, conduziria a uma redução da pobreza.

Evidentemente, as mulheres da África Subsariana não contribuem para a sociedade apenas com a criação e educação dos seus filhos, por mais importante que esse papel possa ser. Há uma série de pressões, incluindo a falta de saúde, que muitas vezes as impedem de realizar todo o seu potencial, incluindo o potencial de gerar riqueza.

Investir na saúde da mulher é investir no desenvolvimento e, portanto, no futuro. Este investimento só será eficaz, se houver simultaneamente um investimento na educação das mulheres e outras iniciativas destinadas a encorajar a sua evolução económica. A capacitação socioeconómica das mulheres transforma-se em melhor saúde, tal como a sua saúde promove a capacitação socioeconómica.

A importância do contributo das mulheres para o sector agrícola está bem documentada. Estima-se que o rendimento das mulheres no trabalho agrícola represente quase 70% do trabalho total realizado pelas mulheres na Região. As mulheres também produzem cerca de 60–80% dos alimentos¹⁹ na Região. Sendo as mulheres a fonte dominante de trabalho agrícola, que é o pilar das economias da Região como um todo, investir na sua saúde (através de melhores cuidados de saúde primários) irá gerar lucros económicos significativos.

Fundamentalmente, se a mulher que trabalha não puder beneficiar do seu próprio trabalho, as suas perspectivas de conseguir uma melhor saúde são tão limitadas como as perspectivas de melhor saúde e educação para os seus filhos. Infelizmente, esta é a situação enfrentada por muitas mulheres na Região. Por exemplo, apesar da enorme importância do trabalho das mulheres para o sector agrícola, as mulheres possuem apenas 1% das terras aráveis²⁰. Mais ainda, elas recebem só 7% dos serviços de extensão agrícola (formação destinada a melhorar o uso da terra, fornecida pelos governos e/ou ONG), e menos de 10% do crédito disponibilizado para pequenos agricultores.

Um efeito significativo de conceder às mulheres uma maior fatia na economia, ou seja, conceder-lhes direitos de propriedade ou facilitar o seu acesso ao crédito,

é aumentar o seu estatuto no seio da família e da comunidade e reforçar o seu poder negocial nas decisões familiares, nomeadamente em decisões relativas às suas necessidades de saúde.

Conceder às mulheres direitos de propriedade promove a sua participação em actividades cívicas, um aspecto fundamental da capacitação das mulheres.

Claramente, uma das formas mais directas de estreitar o fosso entre os géneros, no mercado de trabalho africano, é garantir às mulheres as mesmas oportunidades de educação que aos homens.

Apesar da importante contribuição das mulheres para a economia da Região, a incapacitação das mulheres, expressa de formas diferentes consoante os contextos *mas sempre com a falta de saúde da mulher como componente essencial*, tem minado profundamente o desenvolvimento no continente. O desenvolvimento da África Subsariana está intimamente ligado à saúde da sua população feminina. O facto de a saúde da mulher ser uma vertente essencial de quase todos os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio é indicativo de que esta perspectiva também é partilhada pela comunidade internacional.

É, portanto, urgente mudar esta situação e um dos principais agentes dessa mudança são as próprias mulheres africanas. Para isso, elas precisam do apoio e do empenho dos decisores políticos, que lhes permitam quebrar o ciclo da pobreza, da doença e da ignorância que as impede de gozarem o seu direito à saúde, e deixa oculto o seu imenso potencial físico e intelectual.

Principais considerações e pontos de acção

- a) O importante papel desempenhado pelas mulheres no desenvolvimento socioeconómico deve ser reconhecido.
- b) Dever-se-á reconhecer que os benefícios económicos da resposta à morbilidade e mortalidade materna e neonatal ultrapassam largamente os seus custos.
- c) Os direitos de propriedade limitados, a falta de acesso a créditos e a serviços de extensão agrícola dificultam o contributo das mulheres para as economias africanas, particularmente na área da produção de culturas de mercado – e estas questões deverão ser activamente contempladas.
- d) A África está em atraso em relação à promoção do empreendedorismo das mulheres. Os consideráveis desafios que as mulheres africanas enfrentam para acederem ao crédito empresarial e a serviços sociais básicos deverão ser compreendidos e reconhecidos.
- e) A capacitação das mulheres, que tem implicações para o desenvolvimento económico e social, não pode ser separada das questões relativas à saúde da mulher e deverá ser activamente encorajada.

Secção 6

Intervenções para melhorar a saúde da mulher

O sonho do continente africano, habitado por mulheres saudáveis, prósperas e independentes, poderá ser realizado, através da implementação de intervenções de eficácia comprovada, concebidas para melhorar a sua saúde e estatuto social.

Mobilização da vontade e do empenho político

É evidente a partir das provas recolhidas que a resposta aos problemas da saúde da mulher exige intervenções através de múltiplos sectores. Uma vez que os governos estão em melhor posição para coordenar as várias iniciativas necessárias para conseguir uma mudança em larga escala, é essencial mobilizar a vontade e o compromisso políticos a partir do início.

Para poderem responder aos desafios orçamentais que os programas de cuidados de saúde das mulheres enfrentam, os governos deverão ser incentivados a reavaliar as prioridades dos seus orçamentos nacionais. Conseguir que eles o façam é um dos maiores desafios enfrentados pelos defensores das mudanças na Região. Os governos que resistem à implementação das necessárias intervenções citam frequentemente a baixa mobilização de recursos domésticos e o baixo rendimento per capita como

principais obstáculos. No entanto, há provas mais que suficientes de que o estado de saúde de um país não é apenas o mais importante determinante da afectação de fundos para a saúde da mulher. Por outro lado, a disponibilização de, pelo menos, pacotes de cuidados de maternidade segura cabe dentro da capacidade orçamental de muitos governos africanos.

Necessidade de uma forte advocacia

Ao dar provas aos líderes dos benefícios em apoiar os investimentos na saúde da mulher²¹, justificados por dados actuais e rigorosos, a advocacia pode desempenhar um importante papel no encorajamento para o empenho político ao mais alto nível possível. De facto, os líderes políticos, sejam eles parlamentares ou funcionários superiores do governo, estão bem posicionados para advogar em prol da saúde da mulher, e para actuar como porta-vozes em questões e direitos relativos à saúde da mulher, apresentando-se eles próprios como exemplos dessa mudança. Eles podem trazer a questão da falta de saúde das mulheres para a agenda das plataformas nacionais. Ao divulgar mensagens-chave através, por exemplo, da comunicação social, os líderes podem ajudar profundamente a sensibilizar e a informar o público acerca do problema e respectivas soluções.

Apoio à saúde e ao desenvolvimento da mulher durante toda a sua vida

Para além da vacinação, as intervenções^{22,23} recomendadas para as meninas, por exemplo, referem-se ao fornecimento de uma nutrição adequada, à sua capacitação através da educação e à sua protecção contra os danos físicos e psicológicos (**Quadro 6.1**).

Quadro 6.1 Intervenções custo-eficazes para melhorar a saúde da mulher

Mulheres nos vários estádios da vida	Intervenções essenciais
1) Menina 	Educação; nutrição; protecção contra práticas tradicionais prejudiciais; protecção contra violência sexual, abuso, tráfico e escravatura; vacinação
2) Adolescente 	Educação no ensino primário e secundário; protecção contra casamento precoce, exploração, abuso, violência sexual; criação de centros de juventude para raparigas; serviços de cuidados de saúde amigos das adolescentes; sensibilização para estilos de vida saudáveis; educação sexual e em competências de vida; formação em competências de sobrevivência e, se economicamente possível, vacina contra o PVH
3) Mulher adulta em idade reprodutiva 	Serviços de planeamento familiar; Serviços de cuidados completos em caso de aborto; assistência na gravidez, incluindo cuidados pré-natais, no parto e pós-parto e cuidados aos recém-nascidos; rastreio e tratamento de IST, incluindo VIH; protecção à licença de parto; protecção contra a violência doméstica; programas de capacitação das mulheres; rastreio do cancro
4) Mulher após a idade reprodutiva 	Nutrição saudável; serviços de prevenção do cancro (cancro do colo do útero e cancro da mama); protecção contra violência sexual; rastreio de doenças crónicas não transmissíveis; apoio à saúde mental

Fontes: Adam T, et al. *BMJ* 2005;331:1107; Kumaranayake LC, et al. *Costs of scaling up priority interventions in low income countries*. Geneva: WHO, 2001; World Bank. *World Bank Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press, 1993.

Promover uma maternidade saudável

Os benefícios socioeconômicos de uma maternidade saudável foram debatidos em pormenor. Esses benefícios são mais visíveis quando as famílias são menores. O mesmo se passa a nível macroeconómico: reduzindo o crescimento populacional reduz-se a pressão, não só a nível de recursos de saúde, mas também a nível da educação, e dos sistemas de segurança social e, obviamente, dos recursos naturais, como os terrenos aráveis e a água disponível, bem como os alimentos que esses recursos produzem. Sempre que a explosão demográfica é descontrolada, todos esses recursos ficam sob pressão.

Infelizmente, a atitude de resistência à contracepção continua significativo, sendo o acesso aos contraceptivos, embora melhor, ainda extremamente limitado. Em muitas zonas rurais africanas, os líderes tradicionais e religiosos, considerados como os guardiães dos valores e crenças comunitários, são muitas vezes os principais opositores aos programas de saúde sexual e reprodutiva e têm de ser envolvidos neste problema, se se pretender aumentar o uso da contracepção. Quando os factores socioculturais funcionam como barreiras à aceitação de intervenções eficazes, há evidências de que o envolvimento da comunidade na concepção de tais intervenções pode facilitar a sua implementação com êxito.

Apoio a sistemas de cuidados de saúde mais favoráveis à saúde da mulher

À medida que as mulheres entram na sua fase reprodutiva, a sua necessidade em cuidados de saúde adequados e acessíveis torna-se mais premente, nomeadamente no que se refere a intervenções para reduzir a morbilidade e mortalidade maternas. Como atrás se disse, a prestação de cuidados de saúde maternos está ao alcance de muitos países da Região, pois há estudos que comprovam que a implementação de pacotes abrangentes de cuidados de maternidade segura, a níveis de cobertura de cerca de 70–90%, podem ser executados a um custo entre 0,22 e os 1,18 dólares americanos per capita. Um pacote mais alargado, envolvendo serviços de maternidade segura, planeamento familiar, vacinação contra toxóide tetânico e suplementos alimentares com micronutrientes, também foi provado que tinha um rácio de custo-eficácia inferior a muitas outras intervenções²⁵.

O arranque de qualquer reforma concebida para melhor responder às necessidades das mulheres na Região é a substituição do paradigma do sistema de saúde piramidal por modelos mais descentralizados, concebidos para prestarem cuidados de saúde primários abrangentes. A maioria dos serviços de cuidados de saúde modernos prestados na Região é dispensada em clínicas, é orientada por médicos e está localizada nas cidades. Entre as principais barreiras à utilização dos serviços citados estão as longas distâncias que as mulheres têm de percorrer para chegarem às unidades de saúde e o preço dessa deslocação.

Mesmo em cenários em que não é possível financiar novas clínicas, o acesso das mulheres aos serviços pode ainda ser melhorado, especialmente através da implementação de programas de proximidade baseados nas comunidades.

Uso de tecnologias para melhor acesso aos cuidados de saúde

As tecnologias oferecem também formas de reduzir o isolamento das comunidades rurais, nomeadamente através da introdução da Internet e dos telemóveis que podem ser usados para formar prestadores de cuidados de saúde, através de programas de ensino electrónico, recrutar clientes para serviços de saúde reprodutiva, como planeamento familiar e cuidados pré-natais, reduzir os atrasos nos cuidados de follow-up e recolher informação.

A reforma das leis melhora o acesso das mulheres aos cuidados de saúde

Os países podem também servir melhor as necessidades de saúde das mulheres, criando legislação que garanta o seu direito a serviços essenciais.

São precisas reformas jurídicas e reguladoras para eliminar leis e regulamentos excessivamente restritivos, como os que proíbem os prestadores de cuidados de fornecerem serviços essenciais de saúde às mulheres. Os países podem impulsionar a capacidade do sistema de saúde sem terem que dispor de grandes investimentos, se procederem à rotação de tarefas.

Melhorar os recursos humanos para a saúde da mulher

A rotação de tarefas permite normalmente ao pessoal de nível médio (p. ex., pessoal não médico, parteiras e agentes comunitários de saúde) executar procedimentos essenciais. O pessoal não médico (NPC) com diferentes capacidades está a funcionar em 25 dos 46 países da Região Africana e, em nove desses países, o número de NPC é, no mínimo, tão elevado como o número de médicos.



Nestes 25 países, os NPC executam diagnósticos básicos e fornecem tratamento médico básico. Em alguns países, os NPC receberam até formação para procedimentos mais complexos, como cesarianas e anestesia. Tem-se provado que os resultados pós-operatórios dos doentes tratados pelos NPC são semelhantes aos resultados dos próprios médicos; contudo, são necessárias provas mais definitivas para consubstanciar os benefícios de usar NPC nos cuidados obstétricos de emergência.

Um dos principais desafios que os sistemas de saúde enfrentam na Região é a disponibilidade de pessoal qualificado para colocar nas zonas remotas. Em certos casos, este desafio foi ultrapassado com o apoio de agências externas.

Importância da qualidade dos cuidados

Melhorar a cobertura é apenas uma parte da batalha. A qualidade terá também de melhorar. A fraca qualidade dos cuidados foi identificada como uma importante causa dos maus resultados de saúde das mulheres na Região Africana e pode ser uma causa significativa da subutilização dos serviços de saúde. A disponibilidade de pessoal formado e um abastecimento adequado de medicamentos estão entre os factores-chave associados a cuidados de qualidade, mas uma melhor educação e formação, bem como a sensibilidade aos aspectos culturais são também factores importantes.

Necessidade de melhorar o acesso financeiro

Por melhor que seja a cobertura e a qualidade dos serviços prestados, as mulheres não comparecerão aos exames de rotina, nem às fundamentais consultas pré-natais, se não tiverem dinheiro para tal. Como já se referiu, as evidências disponíveis sugerem que as taxas de utilização e o pagamento directo levaram a uma redução global da utilização dos serviços de saúde.

A liderança política é essencial para permitir uma transição efectiva para o pré-pagamento e centralização de recursos.

Criação de condições socioeconómicas favoráveis ao desenvolvimento da mulher

Dado que alguns dos principais problemas de saúde, enfrentados pelas mulheres em África, estão associados a más condições de vida, não é suficiente abordar simplesmente os problemas do sistema de cuidados de saúde. Como se afirma ao longo de todo este relatório, as mulheres são as principais recolectoras de lenha, combustível e água, além de desempenharem o papel de principais apanhadoras e processadoras de alimentos. Todas estas tarefas expõem as mulheres a riscos de saúde e há inúmeras provas que sugerem que melhorar as infra-estruturas, tais como as vias de acesso, e criar fontes de água, que sejam seguras e acessíveis, pode melhorar consideravelmente a saúde da mulher e o seu bem-estar económico.

Capacitação das mulheres

Agrupando-se em redes sociais, constituídas por mulheres das zonas rurais, que vivem em subúrbios pobres ou pertencem a grupos marginalizados, as mulheres conseguem fazer-se ouvir e devem ser encorajadas pelos decisores políticos a fazê-lo. Os decisores políticos devem também tomar em consideração as opiniões das mulheres, quando formulam as políticas e implementam projectos e programas, devendo igualmente ouvir a sua apreciação e avaliação sobre eles.

O ciclo ou círculo de capacitação só se completará se as mulheres puderem beneficiar dos frutos do seu trabalho. No sector formal, isso significa aprovar e aplicar legislação que garanta salários iguais para trabalho igual e, no sector informal, mudar as atitudes em casa que, muitas vezes, colocam os rendimentos da venda de produtos nos mercados, por exemplo, no bolso do homem.

Um aspecto importante da capacitação económica é permitir que as mulheres possam ser detentoras de propriedade. Muitos países da Região adoptaram

constituições nacionais que garantem igualdade dos sexos perante a lei, mas, em alguns ambientes tradicionais, as mulheres ainda não podem ser proprietárias.

Abordar a necessidade urgente de dados sobre a saúde da mulher

Infelizmente, até hoje, a Região Africana não tem sistemas de recolha e análise de dados que permitiriam monitorizar e avaliar adequadamente os progressos feitos na melhoria da saúde e do estatuto social das mulheres. Uma vez que a saúde da mulher precisa de mudar à medida que progride através das diferentes fases da sua vida, são urgentemente necessários dados desagregados por idade e sexo, para monitorizar o seu estado de saúde.

Principais considerações e pontos de acção

- a) Para melhorar a saúde e o estatuto social da mulher é preciso uma mudança das intervenções que assentam no sistema de saúde para programas e iniciativas de âmbito social mais alargado.
- b) O Governo está melhor posicionado para coordenar as diversas iniciativas necessárias para efectivar as mudanças, daí a necessidade de mobilizar a vontade e o empenho político para o efeito.
- c) Existem intervenções custo-eficazes de cuidados de saúde para melhorar a saúde da mulher ao longo do ciclo da vida, e muitos países da Região estão em condições de as financiar.
- d) Pode-se alcançar cuidados de saúde aceitáveis e de qualidade, tornando os sistemas de saúde mais amigos das mulheres e com maior sensibilidade aos seus contextos culturais.
- e) O uso de novas TIC pode aumentar o acesso a cuidados de saúde qualidade e melhorar a eficácia na prestação de cuidados de saúde.
- f) Eliminar a discriminação com base no género e promover atitudes sociais positivas para com as mulheres é um aspecto fundamental da capacitação da mulher. Por conseguinte, é essencial que os decisores políticos se esforcem em colmatar a lacuna do género na educação e no emprego, através de reformas legislativas e de campanhas públicas de informação.
- g) Deverão ser criados mecanismos e instituições para fazer a voz das mulheres ser ouvida e as mulheres devem ser encorajadas a identificar e manifestar as suas preocupações, um processo que pode ser parcialmente apoiado através da criação de grupos e redes exclusivamente de mulheres.
- h) Certos grupos vulneráveis, nomeadamente mulheres portadoras de deficiência ou idosas, necessitam de segurança social, incluindo o acesso gratuito a cuidados de saúde completos. Os Governos que adoptem o sistema de pré-pagamento e a centralização de recursos como a base para o fornecimento de cobertura universal de cuidados de saúde terão as melhores hipóteses de cumprir as suas obrigações para com estes grupos.
- i) Os sistemas de monitorização e avaliação deverão ser reforçados para acompanhar os progressos realizados na melhoria da saúde e do estatuto social da mulher.

Secção 7

Recomendações

Há seis grupos de intervenções que, com o nível apropriado de investimento, podem melhorar as vidas das mulheres da Região Africana. No entanto, para que esse investimento possa dar frutos, terá de ser apoiado por empenho político e liderança, bem como pelos recursos e apoio de muitos actores, incluindo os governos, os parceiros do desenvolvimento, as comunidades e as próprias mulheres.

1. Boa governação e liderança, para melhorar, promover, apoiar e investir na saúde das mulheres

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos locais e nacionais

- Priorizar as questões da saúde das mulheres nas agendas nacionais de desenvolvimento e políticas e garantir que estas sejam apoiadas por recursos orçamentais apropriados.
- Criar e/ou apoiar os órgãos ou instituições nacionais mandatadas para promover e monitorizar os progressos feitos na saúde das mulheres e no desenvolvimento.
- Promover uma boa liderança, reconhecendo e premiando as realizações locais e nacionais nas áreas da saúde das mulheres e do desenvolvimento.

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

- Introduzir medidas que exijam responsabilidades aos países que não cumpram os compromissos relativos à saúde das mulheres, tais como os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), Plano de Acção de Maputo, Comissão para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), Carta Africana, Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA), etc.
- Encorajar abordagens regionais/multinacionais para enfrentar os desafios comuns da saúde das mulheres, tais como o tráfico de meninas, a mutilação genital feminina (MGF) e os problemas relacionados com factores geográficos/ambientais.
- Advogar a favor de recursos essenciais necessários para apoiar a implementação de intervenções de saúde com boa relação custo-eficácia nos Países-Membros.
- Assegurar a estabilidade sociopolítica, sendo mais pró-activo nas guerras e conflitos no seio da Sub-região e elaborando protocolos regionais robustos, para proteger e reduzir o fardo das guerras e conflitos sobre as mulheres e raparigas.

Parceiros do desenvolvimento

- Mobilizar os recursos necessários ao financiamento da implementação das principais intervenções de saúde, com uma boa relação custo-eficácia.
- Estabelecer parcerias com os governos, para conceber mecanismos e protocolos destinados a melhorar a responsabilização e a gestão a todos os níveis de recursos para os sistemas de cuidados de saúde e para

as intervenções na esfera da saúde das mulheres.

- Trabalhar em conjunto com os governos e outros parceiros, para coordenar as suas actividades e programas de apoio à agenda nacional estabelecida para a saúde das mulheres.

2. Iniciativas políticas e legislativas para traduzir a governação e a liderança em acções concretas

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos locais e nacionais

Os governos africanos são exortados a formular políticas e aprovar legislação que estreite o fosso entre os sexos e proteja as mulheres e as raparigas nas seguintes áreas: saúde materna, educação, emprego e práticas socioculturais prejudiciais (tais como a MGF, violência doméstica e tráfico humano).

Todos os países da Região Africana são encorajados a:

- Rever toda a legislação e políticas relacionadas com a saúde das mulheres, com o fim de melhorar essa legislação e promover e/ou proteger a sua saúde até ao ano de 2015.
- Introduzir políticas (tais como, regimes de bolsas de estudo e isenção de propinas escolares), para promover a educação das jovens até ao nível do ensino secundário, com o objectivo de aumentar a percentagem de raparigas que completam o ensino secundário até 30%, por ano.
- Remover todas as políticas e leis restritivas que limitam o acesso das mulheres aos recursos financeiros, propriedade e serviços de cuidados de saúde (por ex., consentimento do cônjuge para o planeamento familiar, cuidados abrangentes no aborto, consentimento do cônjuge para adquirir empréstimos e propriedade).
- Advogar, orçamentar e promover, a nível nacional e local, programas de educação social que aumentem os conhecimentos sobre o impacto negativo da discriminação contra as raparigas e mulheres.

Sociedade civil e comunidades

- Advogar junto dos decisores políticos a introdução de políticas de saúde, para promover e proteger a saúde das mulheres.
- Sensibilizar e educar as mulheres e os membros da comunidade para as políticas e legislação nacionais e locais que promovam e protejam a saúde das mulheres.

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

- Harmonizar as políticas de saúde entre as diferentes organizações, para maximizar as sinergias na abordagem dos problemas de saúde das mulheres, durante o seu ciclo de vida.
- Implementar medidas para avaliar o desempenho dos Países-Membros, relativamente aos direitos das mulheres, de acordo com os protocolos mundiais ou regionais acordados.

Parceiros do desenvolvimento

- Ajudar os países-membros a implementar e monitorizar políticas destinadas a melhorar a saúde das mulheres, de acordo com os compromissos regionais e internacionais assinados.

- Apoiar a troca de experiências relativamente à revisão das políticas e legislação relevantes, assim como à sua implementação.

3. Intervenções multissectoriais necessárias para melhorar a saúde das mulheres

Para melhorar a saúde das mulheres e reforçar o seu estatuto social, é necessário mudar das intervenções enraizadas no seio do sector da saúde para abordagens multissectoriais. Por outro lado, o investimento na saúde das mulheres deve ser encarado como uma vertente fundamental para o desenvolvimento socioeconómico global e não como um esforço limitado à luta contra a doença.

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos nacionais e locais

- Formular planos estratégicos multissectoriais nacionais e/ou locais para melhorar a saúde das mulheres, o que realça as ligações, papéis, responsabilidades e metas mensuráveis para todos os sectores, na consecução dos objectivos nacionais acordados.
- Reconhecer a particular importância para a saúde das mulheres que representam os sectores do ambiente, alimentação e agricultura, água e saneamento; estes sectores devem ser encorajados a implementar tecnologias apropriadas para minimizar os riscos de saúde que as mulheres correm.
- Incluir nos orçamentos nacionais, recursos orçamentais identificáveis nos sectores relevantes, tais como o planeamento económico, agricultura, ambiente, segurança social e educação, para melhorar a saúde das mulheres.
- Mandatar as instituições ou ministérios para os assuntos das mulheres e do género, quando existirem, para coordenar as intervenções multissectoriais para a saúde das mulheres.

Sociedade civil e comunidades

- Os grupos multissectoriais, tais como os grupos religiosos, tradicionais, profissionais e grupos sociais masculinos e femininos, comprometem-se a desempenhar papéis activos na melhoria da saúde das mulheres. Devem estabelecer parceria com o sector da saúde, para aumentar os conhecimentos que as mulheres têm das principais questões da saúde, mobilizar recursos e apoiar a implementação correcta das intervenções de cuidados de saúde já comprovadas.

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

- Promover a partilha intersectorial de experiências e melhores práticas nos fóruns regionais/internacionais.
- Elaborar quadros regionais que definam os papéis e responsabilidades de todos os diferentes sectores na saúde das mulheres e no desenvolvimento.

Parceiros do desenvolvimento

- Advogar e promover a inclusão de outros sectores no planeamento, implementação e avaliação dos seus programas apoiados pelos países e relativos à saúde das mulheres.

4. Capacitação das raparigas e das mulheres para serem agentes eficazes dos seus próprios interesses

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos nacionais e locais

- Assegurar a existência de, pelo menos, 30% de representação feminina na governação, a todos os níveis, introduzindo políticas e legislação afirmativas, que incentivem a participação das mulheres nos governos locais e nacionais.
- Garantir que as necessidades e opiniões das mulheres serão plenamente tomadas em consideração em todos os projectos e programas nacionais, elaborando protocolos que garantam a satisfação de todas as considerações de género.
- Dar oportunidades às mulheres desfavorecidas ou menos educadas de se capacitarem a si próprias, elaborando e implementando programas que melhorem o seu acesso ao microfinanciamento e também à educação não formal, como se fez no programa Biruh Tesfa, na Etiópia.

Sociedade civil e comunidades

- Advogar a favor das mulheres e raparigas, particularmente de contextos marginalizados e/ou desfavorecidos, tais como as mulheres deficientes e vítimas de abuso (p. ex., o programa NUWODU do Uganda).
- Apoiar e promover a saúde das mulheres (p. ex., a iniciativa Badienou Gokh do Senegal).
- Envolver as comunidades, mulheres e homens, nos esforços para reduzir a discriminação social contra as mulheres em posições de liderança.

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

- Advogar e promover o equilíbrio entre os géneros em todas as suas actividades organizacionais.
- Estabelecer parceria e apoiar as organizações regionais de mulheres da sociedade civil que defendam e promovam a saúde das mulheres, tais como o Fórum de Mulheres Educadoras Africanas (FAWE) e a Federação Internacional das Mulheres Advogadas (FIDA).

Parceiros do desenvolvimento

- Dar prioridade ao apoio à implementação dos programas nacionais e locais que capacitem as mulheres para a sua saúde e desenvolvimento, tais como os programas educativos para as meninas e os programas de capacitação económica.
- Apoiar os programas de formação das mulheres em desenvolvimento da liderança.

5. Melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de prestação de cuidados para satisfazer as necessidades de saúde das mulheres

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos nacionais e locais

- Melhorar a aceitação do género e sociocultural dos serviços de saúde das mulheres, introduzindo políticas que garantam que as necessidades e opiniões das mulheres sejam ouvidas na prestação de cuidados de saúde a todos os níveis.

- Implementar todas as intervenções recomendadas de cuidados de saúde custo-eficazes nas várias fases da vida das mulheres.
- Redesenhar urgentemente o sistema de cuidados de saúde, para garantir que, até 2020, todas as mulheres em idade reprodutiva, tenham acesso a cuidados obstétricos básicos e de emergência, sempre que houver necessidade, usando os critérios recomendados pela OMS.
- Melhorar o acesso das mulheres aos serviços de cuidados de saúde reprodutiva, em especial, removendo as barreiras financeiras, através de regimes de seguros de saúde mutualizados ou através de políticas de isenção de taxas.
- Aproximar os serviços de saúde do local onde as mulheres vivem, através de vários programas, incluindo a extensão comunitária, planeamento e serviços de saúde baseados nas comunidades (CHPS) e através do investimento no reforço dos sistemas de cuidados de saúde em geral.
- Abordar as insuficiências de recursos humanos que afectam os serviços de cuidados de saúde – particularmente para as mulheres das comunidades rurais e desfavorecidas – instituindo políticas para corrigir a má distribuição dos prestadores de cuidados, formar mais pessoal, formar pessoal de nível intermédio em competências obstétricas que salvam vidas, conceder incentivos para fidelizar o pessoal e estabelecer parcerias público – privadas.
- Promover o uso de tecnologias da informação, para melhorar o acesso das mulheres aos cuidados e também reforçar a qualidade dos serviços de saúde das mulheres.
- Desenvolver/reforçar sistemas eficazes, nacionais e locais, de monitorização e avaliação dos cuidados de saúde para as mulheres e serviços que usam indicadores recomendados.
- Desenvolver indicadores da qualidade dos cuidados para os serviços da saúde das mulheres e incorporá-los nos critérios de acreditação das instituições.
- Reconhecer e premiar os agentes ou instituições que forneçam serviços de saúde das mulheres de alta qualidade.

Sociedade civil e comunidades

- Mobilizar recursos de apoio ao melhoramento dos serviços de cuidados de saúde para as mulheres e raparigas.
- Envolver o sistema de cuidados de saúde em parcerias que promovam serviços de alta qualidade, sensíveis ao género e à cultura.
- Educar e apoiar a utilização, pelas mulheres, das unidades de saúde existentes.

Organizações profissionais envolvidas nos cuidados de saúde das mulheres

- Elaborar, promover e aplicar orientações éticas e profissionais, para proteger os direitos das mulheres.
- Estabelecer parcerias com os governos, para elaborar protocolos e normas para os serviços de saúde reprodutiva.

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

- Monitorizar os progressos feitos pelos países-membros na consecução das metas estabelecidas para os serviços de saúde das mulheres, usando os indicadores e os critérios acordados.
- A OMS deverá apoiar um estudo multicentrado sobre o uso de NCP, para abordar as necessidades de saúde das mulheres.

Parceiros do desenvolvimento

- Apoiar os governos na implementação de intervenções de cuidados de saúde custo-eficazes para a saúde das mulheres, particularmente nos Estados-Membros com um pesado fardo de morbilidade e mortalidade entre as raparigas e mulheres.
- Estabelecer parcerias com os governos, para procurar financiamento para o desenvolvimento de infra-estruturas dos sistemas de saúde, particularmente para a criação de unidades de cuidados obstétricos básicos e de emergência em comunidades pobres e mal servidas.

6. Recolha de dados, para monitorizar os progressos feitos na consecução das metas relativas à saúde das raparigas e mulheres

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos nacionais e locais

- Analisar e rever os sistemas de registo vital e os sistemas de informação para a saúde, de modo a reforçar a disponibilidade de dados desagregados por sexo e idade, para a monitorização e avaliação das intervenções de saúde das mulheres, durante todo o ciclo de vida.
- Reforçar, encorajar e financiar as instituições de investigação nacionais e locais, para conduzir investigação qualitativa e quantitativa relevante, com a finalidade de fornecer dados rigorosos para a identificação de problemas da saúde das mulheres e para a formulação de políticas e programas.
- Estabelecer parcerias com as organizações internacionais, regionais, locais e comunitárias, para mobilizar recursos destinados à investigação e à recolha de dados sobre a saúde das mulheres.
- Coordenar a abordagem multisectorial à saúde das mulheres, promovendo a recolha de dados em todos os sectores relevantes, com a finalidade de proporcionar uma avaliação mais abrangente da saúde das mulheres para a formulação e implementação de políticas.
- Assegurar que os planos estratégicos para melhorar a saúde das mulheres incluam mecanismos eficazes de recolha de dados, para os programas de monitorização e avaliação.

Sociedade civil e comunidades

- Sensibilizar as mulheres, homens e comunidades para a importância de participarem nos registos de estatística vital, tais como o nascimento e a morte.
- Encorajar a criação de registo básicos simples de estatística vital baseados em todas as comunidades em que não existam ou estejam inacessíveis serviços oficiais. As organizações religiosas e os líderes tradicionais poderão indicar o local para esses registos.

Instituições de investigação

- Estabelecer parcerias com as comunidades, governos, grupos e agências locais, regionais e internacionais de investigação, para conduzir investigação quantitativa e qualitativa de qualidade sobre os problemas de saúde que afectam as mulheres.

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

- Promover a recolha regional de dados sobre a saúde das mulheres, como parte integrante da formulação de políticas regionais, elaboração de programas e mobilização de recursos.
- Até 2013, definir e obter consenso sobre os indicadores essenciais para monitorizar os progressos alcançados na melhoria da saúde das mulheres em todos os sectores dos países-membros.

Parceiros do desenvolvimento

- Apoiar o reforço da investigação e das instituições de estatísticas vitais que visem a saúde das mulheres.

Monitorizar os progressos

À luz das recomendações acima mencionadas, alguns indicadores identificados para monitorizar os progressos na Região Africana incluem:

- Número/percentagem de países com quadros/ mecanismos nacionais multissectoriais elaborados e orçamentados para melhorar a saúde das mulheres.
- Número/percentagem de países com recursos orçamentais específicos para melhorar a saúde das mulheres.
- Número/percentagem de países com legislação criada para proteger as mulheres contra as práticas prejudiciais e contra a discriminação.
- Número/percentagem de países que atingiram a meta de 30% de aumento da inscrição de raparigas no ensino secundário.
- Percentagem de mulheres dos países-membros que ganham abaixo do nível de pobreza.
- Percentagem de mulheres nomeadas para cargos públicos nos países-membros, aos níveis do governo nacional e local, incluindo deputadas.
- Número de publicações de investigação sobre a saúde das mulheres no seio de instituições dos países-membros.
- Número/percentagem de países com cobertura de seguros ou isenção de taxas para os cuidados maternos e neonatais.
- Taxa anual de diminuição do rácio de mortalidade materna nos países-membros.
- Percentagem de necessidades não satisfeitas de planeamento familiar nos países-membros.

Apêndice: Referências

1. UNAIDS. *AIDS in Africa*. Geneva: United Nations; 2008.
2. Organização Mundial da Saúde. *Saúde da Mulher. Estratégia Regional Africana*. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África; 2008.
3. World Health Organization. *World Health Statistics 2011*. Geneva: World Health Organization, 2011.
4. Yoder PS. *Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total*. Calverton, MD: Macro International; 2007.
5. UNICEF. *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Florence: UNICEF; 2005.
6. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA et al. *Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences*. *Lancet* 2008;371(9608):243–60.
7. World Health Organization. *The Work of WHO in the African Region 2008–2009, Biennial Report*. Geneva: World Health Organization; 2009.
8. World Health Organization. *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. UNDP. *Human Development Report 2009*. New York: Oxford University Press; 2009.
10. WHO/UNAIDS. *Addressing Violence Against Women and HIV/AIDS: What Works?* Geneva: WHO/UNAIDS; 2010.
11. World Health Organization. *World Health Report 2006: Working together for Health*. Geneva: World Health Organization; 2006.
12. Chan M. *Women and health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. Geneva: World Health Organization; 2009.
13. WHO, UNICEF, UNFPA, *The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates. Geneva: WHO; 2012.
14. Organização Mundial da Saúde. *Alcançar um Desenvolvimento Sanitário Sustentável na Região Africana. Orientações Estratégicas para a OMS 2010–2015*. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde; 2010.
15. Unwin N, Alberti KG. *Chronic noncommunicable diseases*. *Ann Trop Med Parasitol* 2006;100:455–64.
16. World Health Organization. *Women, Ageing and Health: a Framework for Action*. Geneva: World Health Organization; 2007.
17. Bunwaree V. *Address to the 35th Session of the General Conference of UNESCO*. Mauritius: Republic of Mauritius, Ministry of Culture and Education; 2009.
18. Singh, S, et al. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, Outmatched Institute and UNFPA, the United Nations Population Fund, New York, 2009:28 <http://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf>
19. UN Millennium Project. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women; Task Force on Education and Gender Equality*. London and Sterling, Virginia: Earthscan; 2005.
20. UNECA. *UNECA African Women's Report 2009*. Addis Ababa: UNECA; 2009.
21. Organização Mundial da Saúde. *Reposicionar o planeamento familiar no quadro dos serviços de saúde reprodutiva para uma acção mais rápida 2005–2014*. Brazzaville: Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde, 2005.
22. Organização Mundial da Saúde. *Roteiro para acelerar a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde materna e neonatal em África*. Brazzaville: Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde, 2004.
23. Organização Mundial da Saúde. *Sobrevivência da Criança: estratégia para a Região Africana*. Brazzaville: Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde, 2007.
24. World Health Organization. *Lancet Newborn Survival Series. Child and Adolescent Health and Development 2005*. [cited 2011 March 7]; disponível em: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/lancet_newborn_survival/en/
25. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.

Apêndice: Fotografias

Todas as fotografias e ilustrações
© Organização Mundial da Saúde, salvo indicação em contrário.

Página 1 – © M&H Sheppard | iStockphoto.com

Página 2 – © Hongqi Zhang | Dreamstime.com



“ Há séculos que as mulheres africanas são o pilar das famílias e das comunidades, muitas vezes na presença de adversidades extremas. Apesar do nível do seu estatuto social e da sua grande quota-parte no fardo das doenças e mortes, elas continuam a ser apaziguadoras, fontes de vida, empreendedoras e cuidadoras de crianças – as construtoras do futuro da África. ”



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a África