

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone: 517 700 Fax : 517844  
website: [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)

---

**CONSELHO EXECUTIVO**  
**Décima Sessão Ordinária**  
**25 – 26 de Janeiro de 2007**  
**Adis Abeba, Etiópia**

**EX.CL/316 (X)**

**RELATÓRIO DA SESSÃO EXTRAORDINÁRIA DA CONFERÊNCIA DOS**  
**MINISTROS AFRICANOS DA SAÚDE SOBRE A SAÚDE SEXUAL E**  
**REPRODUTIVA EM ÁFRICA**

**Nota Introdutória**

**RELATÓRIO DA SESSÃO EXTRAORDINÁRIA DA CONFERÊNCIA DOS MINISTROS AFRICANOS DA SAÚDE SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM ÁFRICA**

**Nota Introdutória**

A Comissão da União Africana elaborou um quadro de políticas a nível continental para a Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva e dos Direitos em África, num esforço tendente a resolver os problemas ligados a esta matéria. Esse quadro de políticas foi desenvolvido em resposta aos pedidos no sentido de reduzir-se os altos níveis da mortalidade e morbilidade materno-infantil no continente africano, feitos por vários interessados. Esse quadro foi concebido em colaboração com o Gabinete Regional Africano da Federação Internacional da Paternidade Planeada (FIPP), Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e outros parceiros de desenvolvimento.

O quadro aborda os problemas que foram identificados durante as seis consultas sub-regionais, organizadas pela Comissão Africana juntamente com a FIPP. Essas consultas permitiram identificar vários factores que contribuem para a taxa de mortalidade entre mulheres e crianças no continente. As consultas recomendaram a implementação do roteiro para acelerar o processo de redução da mortalidade e morbilidade Materno-infantil, como estratégia para melhorar a Saúde Reprodutiva.

O quadro de Políticas Continental, que visa promover a Saúde Sexual e Reprodutiva e os Direitos em África, foi adoptado pela 2ª Sessão da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, em Gaborone, em Outubro de 2005. Nessa Sessão, os Ministros apelaram pela realização de uma sessão especial para debaterem as questões de forma mais pormenorizada e apresentarem um plano concreto de acção para a integração da SRH e PHC, entre outras coisas. Moçambique ofereceu-se para acolher essa sessão especial. A decisão de realizar uma sessão especial foi endossada pela Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo em Cartum, Sudão, em Janeiro de 2006. A Sessão Especial teve lugar de 18 a 22 de Setembro.

A conclusão principal da Sessão Especial foi o Plano de Acção de Maputo para a operacionalização do Quadro de Políticas Continental de Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva bem como dos Direitos em África.

**AFRICAN UNION**

**الاتحاد الأفريقي**



**UNION AFRICAINE**

**UNIÃO AFRICANA**

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: 251-115 517 700 Fax: 251-11-5 517844

---

**CONSELHO EXECUTIVO**  
**Décima Sessão Ordinária**  
**25 – 26 de Janeiro de 2007**  
**Adis Abeba, Etiópia**

**EX.CL/316 (X)**  
**Anexo I**

**RELATÓRIO DA REUNIÃO DOS MINISTROS**  
**21 – 22 DE SETEMBRO DE 2006**

AFRICAN UNION  
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE  
UNIÃO AFRICANA

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: 251-115 517 700 Fax: 251-11-5 517844

---

**SESSÃO ESPECIAL DA CONFERÊNCIA  
DA UNIÃO AFRICANA DOS MINISTROS DA SAÚDE  
MAPUTO, MOÇAMBIQUE  
18 – 22 DE SETEMBRO DE 2006**

**Sp/MIN/CAMH/Rpt(I)**

Tema: ***“Acesso Universal aos Serviços Alargados da Saúde  
Sexual e Reprodutiva em África”***

**RELATÓRIO DA REUNIÃO DOS MINISTROS  
21 – 22 DE SETEMBRO DE 2006**

**PROJECTO DE RELATÓRIO DA REUNIÃO DOS MINISTROS**  
**21 - 22 DE SETEMBRO DE 2006**

**I. INTRODUÇÃO**

1. A Sessão Especial da Conferência da UA dos Ministros da Saúde realizou-se no Centro de Conferências Joaquim Chissano, sobre o tema: **“Acesso Universal aos Serviços Alargados da Saúde Sexual e Reprodutiva em África”**. A Sessão Ministerial foi precedida por uma reunião de peritos com a duração de três dias. A Conferência foi organizada para implementar a decisão adoptada pela 2ª Sessão da Conferência da UA dos Ministros da Saúde realizada em Gaborone, Botswana em Outubro de 2005 e aprovada pela Cimeira da UA em Cartum, Sudão em Janeiro de 2006. Foi acolhida pelo Governo da República de Moçambique e organizada pela União Africana, com o apoio técnico da FNUAP, IPPF e outros parceiros; e o apoio financeiro da Comissão Europeia. O principal objectivo da Sessão Especial era adoptar um Plano de acção para a implementação do Quadro da Política Continental sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos.

**II. PARTICIPAÇÃO**

2. A Reunião dos Ministros contou com a participação de delegados dos seguintes 46 Estados Membros da UA: África do Sul, Angola, Argélia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Congo, Cote d'Ivoire, Djibouti, Egipto, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Líbia, Madagascar, Malawi, Mali, Maurícias, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Niger, Nigéria, Quénia, República Árabe Saharawi Democrática (RASD), República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé & Príncipe, Seicheles, Senegal, Sierra Leone, Somália, Suazilândia, Sudão, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

3. A Reunião dos Ministros contou igualmente com a presença dos Representantes das seguintes Organizações Internacionais e Regionais, países e ONGs: FNUAP, IPPF, OMS, ECA, UNESCO, IOM, Comité Inter-Africano, WAHO, Fundação Bill e Melinda Gates, Fundação David e Lucile Packard, Fundação William e Flora Hewlett, Universidade Johns Hopkins, USAID, Universidade de Kwazulu-Natal, DELD, AECI, Parceiros de População e Desenvolvimento, Bélgica, Family Health International, Total Health Trust, Comunidade da Saúde da África Oriental, Central e Austral, SADC, JICA, Oxfam GB, AGBEF (Rep. da Guiné), RPMM Network, DFID, JSI/Deliver, Averting Maternal Death, John Hopkins Program for International Education on Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO), Universidade Columbia, AMDP, Conselho das Mulheres Líderes Mundiais, Realizing Rights, Espanha, Alemanha, Palestina, e EUA.

**III. CERIMÓNIA DE ABERTURA**

- (i) **A Presidente da Mesa da 2ª Conferência Ministerial da Saúde (CAMH2) Declara Aberta a Sessão**

4. A Cerimónia de Abertura foi presidida pela Prof. Sheila Tlou, Ministra da Saúde de Botswana e Presidente da Mesa da Conferência da UA dos Ministros da Saúde.

Após dar as boas vindas aos delegados e agradecer Moçambique por ter acolhido a Conferência, solicitou e convidou os dignitários a fazer uso da palavra na Reunião.

(ii) **Discurso de Boas Vindas pelo Ministro da Saúde de Moçambique**

5. No seu discurso de boas vindas, o Ministro da Saúde de Moçambique, Sua Excia Prof. Paulo Ivo Garrido reconheceu os desafios impostos pelos problemas da Saúde Sexual e Reprodutiva e realçou que o continente necessita resolver seriamente esses desafios. Neste sentido, apelou a participação activa de todas as partes interessadas incluindo os doadores e outros parceiros de desenvolvimento. Finalmente agradeceu aos colegas Ministros da Saúde pela sua presença e desejou a todos os participantes uma agradável estadia em Maputo.

(iii) **Discurso da Presidente da Conferência da UA dos Ministros da Saúde, Sua Excia Ministra de Botswana**

6. Sua Excia Ministra da Saúde de Botswana, na sua qualidade de Presidente da Mesa da 2ª Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, elogiou a Comissão da UA pela organização da Sessão Especial e agradeceu ao Governo de Moçambique por se ter oferecido para acolher o evento. Lembrou que a Sessão Especial era um seguimento da 2ª Sessão da Conferência da UA dos Ministros da Saúde que ela teve o prazer de acolher em Outubro de 2005 em Gaborone, Botswana. Informou os delegados que na Sessão de Gaborone os Ministros adoptaram a Política Continental sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos. Observou que o objectivo da Sessão Especial era tratar em conjunto as preocupações relacionadas com SDRS (SRHR) em África e a sua ligação com o VIH/SIDA, bem como adoptar um Plano de Acção para a implementação do Quadro da Política Continental sobre SDRS.

7. Ela exprimiu o seu apreço aos Peritos e ao Secretariado pelo seu trabalho árduo nos três dias anteriores para elaborar e finalizar o Plano de Acção para a operacionalização do quadro da política para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Solicitou os Estados Membros a encarar seriamente a implementação do Quadro da Política Continental.

(iv) **Discurso do Director Geral da IPPF**

8. Ao falar em nome do Director Geral da IPPF, o Sr. Tewodros Melesse, Director Regional da IPPF para a Região Africana, congratulou a UA e o Governo de Moçambique pela organização da conferência bem sucedida. Exprimiu igualmente a sua satisfação pela sólida colaboração entre a UA e a IPPF, juntamente com outros parceiros, no trabalho intensivo para a elaboração do quadro da política para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, e o Plano de Acção, para a sua operacionalização.

9. Observou que a IPPF tem 150 Membros Filiados em 180 países, o que a torna uma das maiores organizações da SDRS do Mundo. Acrescentou que a IPPF é um forte porta-voz global não só para os que não tem voz, mas também para os que, por várias razões, não podem exprimir-se em voz alta. Saliu que os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODMs) não podem ser alcançados sem tomar em consideração as questões da SDRS de uma forma holística e integrada.

10. Concluiu as suas observações realçando o compromisso da IPPF de trabalhar com a Comissão da UA e, em colaboração com outros parceiros, para fazer de “Cada Criança uma Criança Desejada e Amada”.

(v) **Discurso de Sua Excia Sra Peiyun PENG, da República Popular da China**

11. A delegação chinesa, chefiada por Sua Excia Senhora Peiyun Peng, ex-Vice-Presidente do Comité Permanente do Congresso Nacional Popular da China e actual Presidente da Sociedade da Cruz Vermelha da China e Presidente de Associação da População da China da República Popular da China, manifestou o seu apreço às autoridades moçambicanas pela sua hospitalidade e à União Africana pela sua liderança e visão na condução dos problemas africanos.

12. A Sra Peng disse que a Sessão Especial da Conferência da União Africana dos Ministros da Saúde sobre o Acesso Universal aos Serviços Alargados da Saúde Sexual e Reprodutiva era uma das linhas de acção prioritárias da cooperação Sul-Sul em geral e da cooperação Sino-Africana em particular.

13. Depois de partilhar a experiência do seu país sobre SDSR, ela evocou que a China, apesar dos desafios que tem de superar, fez grandes progressos na área da saúde reprodutiva. Concluiu exprimindo o compromisso da China de cooperar com a África no diálogo político, na troca de experiências e capacitação na área de desenvolvimento da população e exortou os delegados a participar no Fórum da China África previsto para este ano.

(vi) **Discurso da Sra Joy Phumaphi, Directora Geral Adjunta da OMS**

14. A Directora Geral Adjunta da OMS salientou que se sentiu privilegiada de fazer uso da palavra na Sessão Especial. Afirmou também que estava preocupada com o facto de esta reunião se realizar num momento em que o mundo estava a atravessar a pior crise da saúde reprodutiva do nosso tempo. Informou os delegados que realçar a saúde reprodutiva era um elemento essencial para a realização dos ODMs.

15. Ela observou ainda que a maioria das pessoas não tem acesso aos serviços para a prevenção de gravidez não desejada ou DSTs (STIs), incluindo VIH/SIDA, particularmente as crianças com menos de 15 anos. Lamentou que tantas mulheres morrem no parto devido a desigualdades; além disso, os serviços de prevenção do VIH/SIDA podem estar disponíveis mas não utilizados de forma adequada.

16. Salientou igualmente a importância da reunião na resolução desses desafios. Neste sentido, afirmou o compromisso da OMS de apoiar a iniciativa da UA na promoção da SDSR, particularmente na implementação do Plano de Acção que estabelece uma oportunidade única para orientar acções, assegurar abordagens abrangentes, incluindo a abordagem da pobreza e a garantia do desenvolvimento sustentável.

17. Finalmente, sublinhou a necessidade de mobilizar os mídia para a promoção da SDSR; reforçando as parcerias, e incrementando a liderança global. Para o efeito, reiterou que a UA pode sempre contar com a cooperação e colaboração da OMS.

(vii) **Discurso da Directora Executiva do FNUAP**

18. A Directora Executiva do FNUAP disse que o acesso universal aos serviços da saúde sexual e reprodutiva era mais do que um objectivo que foi acordado por 179 governos no Cairo em 1994 na Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, e reafirmado pelos líderes na Cimeira Mundial em 2005. Ela acrescentou que o acesso universal aos serviços da saúde sexual e reprodutiva era mais do que um meio eficaz para reduzir a pobreza, capacitar as mulheres e promover a igualdade do género; para combater o VIH/SIDA, melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil; e para assegurar o desenvolvimento sustentável. É mais do que uma estratégia efectiva para a realização dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio.

19. Ela realçou que a saúde sexual e reprodutiva é um direito humano, o direito à saúde. Por conseguinte, recusar a qualquer pessoa os seus direitos humanos é desafiar a sua própria humanidade. A chave para o sucesso reside nos planos nacionais de saúde reprodutiva consistentes financiados pelos recursos internos. Afirmou igualmente que a feminização da pandemia do SIDA deve ser invertida através da ligação do VIH e planeamento familiar, e integração do VIH/SIDA nos programas da saúde materna e dos recém-nascidos. Salientou que a prevenção é particularmente importante para os jovens e apelou para a disponibilização de serviços abrangentes e alargados favoráveis à juventude. Aos jovens deve ser dada uma oportunidade de conduzir esta luta no sentido de satisfazer as suas necessidades para a concretização dos seus direitos humanos.

20. Explicou que se todos os indivíduos devem ser capazes de exercer o seu direito humano à saúde sexual e reprodutiva, é essencial que seja garantido um fornecimento seguro e consistente de produtos para a saúde reprodutiva. Ela concluiu reiterando o apoio do FNUAP no desenvolvimento da capacidade nacional para a avaliação dos custos, desenvolvimento, implementação e alavancagem e mobilização de fundos para os planos nacionais da saúde reprodutiva.

(viii) **Discurso da Advogada Bience Gawanas, Comissária para os Assuntos Sociais, Comissão da União Africana**

21. Depois de desejar as boas vindas aos delegados à Sessão Especial dos Ministros da Saúde sobre a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, a Comissária agradeceu aos Ministros pela sua presença, sobretudo por terem estado particularmente ocupados nos últimos tempos. Ela evocou o tema da Sessão Especial: **“Acesso aos Serviços Alargados da Saúde Sexual e Reprodutiva em África”**. Agradeceu a S.E. o Presidente, S.E. a Primeira Ministra, ao Governo e Povo de Moçambique pelo acolhimento da Sessão Especial, e pela recepção cordial e hospitalidade dispensadas aos delegados. Agradeceu particularmente ao Ministro da Saúde de Moçambique e sua equipa pelo sucesso na coordenação e convocação da



conferência. Informou os participantes que os Comissários da UA tinham, de facto, sido eleitos para os seus cargos em Maputo em 2003.

22. A Comissária exprimiu depois o seu apreço aos colaboradores incluindo FNUAP, IPPF, UE, OMS e Fundação Bill e Melinda Gates pelo seu apoio, que permitiu a realização e o sucesso da Conferência. Falando como uma mulher africana, ela exortou os participantes a assegurar que as mulheres estejam no centro das políticas para a promoção dos seus direitos humanos.

23. Elogiou mais uma vez os Ministros da Saúde por decidirem reunir-se e planear a forma da operacionalização da decisão dos Chefes de Estado e de Governo, adoptada em Cartum, Sudão, em Janeiro de 2006. Apelou para a utilização de uma abordagem inclusiva, integrada, harmonizada e bem coordenada na implementação dos resultados da Sessão Especial. Solicitou os parceiros e outros intervenientes a conceder o apoio necessário. Concluiu a sua intervenção desejando aos Ministros sucessos nas deliberações.

(ix) **Discurso de Abertura por S.E Primeira Ministra da República de Moçambique Dra. Luisa Dias DIOGO**

24. A Conferência Ministerial foi oficialmente aberta pela Primeira Ministra Moçambicana Dra Luisa Dias Diogo. No seu discurso de abertura, a Dra Diogo disse que o seu país se sentiu honrado em acolher a Sessão Especial e deu as calorosas boas vindas a todos os delegados. Continuou a afirmar que o seu país integrou a SSR nos seus programas e reconheceu a ameaça que representa a pandemia do VIH/SIDA. Ela reiterou o sentimento dos Ministros na Conferência de que o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva (SSR) é importante para o desenvolvimento da África, especialmente no contexto da necessidade de atingir os ODMs.

25. Ela defendeu uma abordagem holística à SSR e apelou para mais esforços por parte dos países africanos para a realização do objectivo da Declaração de Abuja de afectar 15 % dos orçamentos nacionais para a saúde. Concluiu exprimindo a sua confiança de que a reunião contribuiria para a harmonização das estratégias para atingir os ODMs.

**Moção de Agradecimentos pelo Primeiro Vice-Presidente da Conferência da UA dos Ministros da Saúde**

26. A Moção de Agradecimentos foi proferida por S.E Wilfred Machape Vice-Ministro da Saúde do Quênia, e 1º Vice-Presidente da Conferência da UA dos Ministros da Saúde em nome de todos os Ministros da Saúde. Ele transmitiu o apreço dos Ministros pela hospitalidade que lhes foi proporcionada pelo Governo de Moçambique e elogiou o Presidente da República de Moçambique pela paz e estabilidade prevaletentes no país. Realçou que a paz era essencial para a realização dos objectivos e do tema da Sessão Especial.

27. Agradeceu à Primeira Ministra por reservar tempo na sua agenda sobrecarregada para prestigiar a ocasião. Observou que um Moçambicano tinha sido seleccionado como único candidato da África para o cargo de Director Geral da OMS e

solicitou todos os Estados Membros do Continente a apoiar colectivamente esse candidato. Elogiou os Oradores Convidados e Autoridades pelos seus discursos brilhantes e marcantes. Concluiu agradecendo a todos cujas contribuições tornaram possível a realização e o sucesso da Conferência.

#### **IV. QUESTÕES PROCESSUAIS**

##### **(a) Adopção da Agenda**

28. A agenda foi adoptada tal como apresentada.

##### **(b) Organização dos Trabalhos**

29. O Programa dos Trabalhos foi adoptado sem emendas e com o seguinte horário de trabalho:

Manhã	:	09.00	-	13.00 hrs.
Tarde	:	15.00	-	18.00 hrs.

#### **V. MESA REDONDA SOBRE “ABORDAGENS DE PROGRAMAS PARA A LIGAÇÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E DO VIH/SIDA” -**

30. A Mesa Redonda foi presidida pela Comissária da UA para os Assuntos Sociais, S.E Advogada Bience Gawanas com os seguintes apresentadores: Vice-Ministro da Saúde do Quénia em representação do Ministro, o Ministro da Saúde de Lesoto em representação dos Ministros da Saúde da SADC; Directora Executiva do FNUAP; Director dos Conhecimentos e Apoio Técnicos da IPPF em representação do Director Executivo e o Secretário Geral do Ministério da Saúde Pública dos Camarões em representação do Ministro.

31. Um resumo das discussões sobre o tema é apresentado a seguir.

#### **ORADORES:**

##### ***Vice-Ministro da Saúde, Dr. Wilfred Machape, sobre a Ligação dos Serviços da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos e do VIH/SIDA no Quénia***

30. S.E o Vice-Ministro da Saúde apresentou os indicadores demográficos do Quénia em relação ao total da população, taxas de mortalidade, planeamento familiar (PF) e utilização de contraceptivos, e taxas de prevalência do VIH. Afirmou que a utilização de contraceptivos aumentou de forma constante entre 1978 e 1998 e depois estagnou e que a taxa total de fertilidade (TTF) tinha baixado de 8 para 4,9 em 20 anos, mas agora mostrava uma tendência crescente. Os factores que permitem a integração no Quénia são: um ambiente político propício com ênfase sobre o pacote essencial da saúde em todas as fases do ciclo da vida realçando a tendência do género para as mulheres. Estruturas de informação estão criadas; o controlo do VIH/SIDA já existe

como uma componente com a Estratégia de SR (RH); e existem directivas relevantes de provisão de serviços.

31. Sobre os progressos registados até agora, o Vice-Ministro salientou a integração significativa do PF e Aconselhamento e Testes Voluntários (VCT); os cuidados gerais após a violação, e a prevenção da transmissão da mãe para o filho (PMTCT) do VIH. Entre os desafios enfrentados, ele apontou os seguintes: recursos inadequados, aceitabilidade e apropriação pelos prestadores de serviços, deficientes sistemas de saúde incluindo a falta de pessoal; mentalidade enraizada de projectos verticais por parte dos gestores e falta de conhecimentos adequados sobre SR e PF;

32. Como acções a serem empreendidas, o Vice-Ministro indicou as seguintes: PMTCT a ser alargada a todo o país como um serviço pré-natal de rotina (ANC); preparação rápida de mais centros de VCT a serem integrados nos serviços de SR; finalização de estudos piloto importantes; garantia de segurança dos artigos da SR e VIH/SIDA através das afectações orçamentais, e mobilização das comunidades para o aumento da procura dos serviços da SR e VIH.

33. Durante a discussão que se seguiu, o Vice-Ministro foi elogiado por ter partilhado a experiência queniana que podia servir de exemplo para os outros países.

***Ministro da Saúde de Lesoto e Presidente dos Ministros da SADC, Dr. M. Phooko, acerca do Relatório de Auditoria sobre a Saúde Reprodutiva e Respectiva Mortalidade e Morbidez na Região da SADC***

34. O Presidente dos Ministros da Saúde da SADC, Ministro da Saúde de Lesoto, S.E Dr M Phooko, fez uma apresentação relativa à Estratégia da SADC sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva. Esta Estratégia é informada pelo Relatório de Auditoria da morbidez e mortalidade relacionadas com a saúde reprodutiva. S.E o Ministro começou por apresentar um breve resumo da situação regional sobre os problemas da saúde sexual e reprodutiva. Em termos de morbidez e mortalidade maternas, a região da SADC tem taxas de mortalidade que variam entre 124 (África do Sul) e 1.300 (Angola) por 100.000 nados vivos, excepto Maurícias que é 45/100.000 nados vivos. A maior parte dos países apresenta elevadas taxas de cuidados pré-natais (ANC) para uma visita (superior a 90%), ao mesmo tempo que atinge cobertura de menos de 50% para 4 visitas pré-natais. A cobertura de serviços para a prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho (PMTCT) é fraca apesar da elevada assistência dos cuidados pré-natais (ANC), o que reflecte a falta de integração dos serviços e problemas relacionados com a compreensão dos serviços. Parto com assistência qualificada varia de 42% em Angola para 99% nas Maurícias.

35. Para resolver os problemas acima mencionados, os Ministros da Saúde da SADC aprovaram a Estratégia da SADC sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva, que abrange o período de 2006 a 2015. A Estratégia identifica as principais questões prioritárias e realça as estratégias e actividades que visam: i) A melhoria dos serviços da SSR que tratarão das causas directas da mortalidade materna; ii) o reforço dos sistemas de saúde; iii) a disponibilização de recursos humanos qualificados; iv) a mobilização de recursos; v) o reforço do compromisso do governo; vi) a criação da base de dados sobre a SSR; vii) o desenvolvimento e harmonização de políticas e

estratégias; viii) a integração dos serviços da SSR; ix) a mobilização e o envolvimento das comunidades; x) o reforço de parcerias; e xi) a criação de plataformas para a troca de experiências. S.E o Ministro reiterou a necessidade de a região intensificar a colaboração com entidades relevantes na implementação da Estratégia.

***Thoraya Ahmed Obaid, Directora Executiva do FNUAP e Secretária Geral Adjunta das NU, sobre " Tornar a integração da SR / VIH uma Realidade: O Momento da Liderança"***

36. A Sra Thoraya Obaid exprimiu que se sentia muito honrada em dirigir-se aos Ministros da Saúde Africanos como um grupo pela primeira vez. Ela agradeceu à Comissão da União Africana e ao Governo de Moçambique por tornarem isso possível. Estendeu os seus agradecimentos a todos os outros dignitários presentes. Disse que a promoção da saúde e direitos sexuais e reprodutivos era o mandato do FNUAP, e o acesso universal aos serviços era uma meta do Plano de Acção de ICPD. Os Estados Membros da UA e o FNUAP estão por conseguinte todos empenhados a salvar vidas através dos serviços da saúde e direitos sexuais e reprodutivos. O Quadro da Política Continental para a Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva é uma realização bem aceite, por isso elogiou o Presidente da Comissão da UA e a Comissária dos Assuntos Sociais.

37. Ela citou o ex-Presidente da República da África do Sul, Dr Nelson Mandela, que disse que "recusar a qualquer pessoa os seus direitos humanos é desafiar a própria humanidade da pessoa"; realçando que o acesso ao serviço da saúde sexual e reprodutiva é um direito humano. Afirmou que o Quadro da Política sobre SDRS era uma base para a prestação dos serviços da SDRS, mas a verdadeira tarefa era a implementação do Plano de Acção adoptado a níveis nacionais. Observou que havia muitos problemas incluindo a mobilização dos recursos necessários. Assegurou à sessão o apoio do FNUAP nos seus esforços e exortou todos os outros parceiros de desenvolvimento a prestar apoio às iniciativas dos países africanos. Não havia tempo a perder.

38. Ela saudou a integração do VIH na SDRS e salientou que sem tratamento em vista, deve ser dada atenção especial à prevenção, especialmente entre os jovens. Recomendou que fosse dada a oportunidade aos jovens de conduzir a estratégia para a prevenção da infecção do VIH. Disse que uma África forte requer um povo saudável e o progresso para as mulheres significa progresso para todos. Todas as mulheres devem estar livres de aborto sem segurança e fístula obstétrica através do acesso aos serviços que protegem as mulheres. Ela divulgou dados estatísticos espantosos sobre a saúde materna e dos recém-nascidos e a violência baseada no género. Observou que cerca de 50% das mulheres grávidas não têm assistência qualificada no parto, uma questão que merece ser dada a atenção adequada.

39. A Sra Obaid disse que como existe agora uma vacina contra o papilovirus humano que provoca o cancro do colo do útero, ela deve ser acessível a todos. O FNUAP, OMS, UNICEF, ONUSIDA e outros parceiros definiram os indicadores para o controlo dos progressos na prestação dos serviços da SDRS. Realçou a necessidade de reforçar os programas da SDRS da juventude. Os líderes comunitários, incluindo os parlamentares, devem ser sensibilizados para a importância dos serviços de SDRS.

**Director dos Conhecimentos e Apoio Técnicos da IPPF sobre  
Reposicionamento do Planeamento Familiar no século 21**

40. Na sua apresentação, o Dr. Nono Princess Simelela, Director dos Conhecimentos e Apoio Técnicos da IPPF, salientou a importância dos actuais desafios para o reposicionamento do planeamento familiar, tais como a desigualdade no acesso especialmente para populações vulneráveis, pobreza e demandas de concorrência no sector da saúde. Isso resultou na elevada necessidade não realizada de muitas intervenções da saúde, incluindo SSR/PF. Contudo, SSRH/PF é essencial e fundamental para a realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, incluindo a erradicação da pobreza.

41. Por conseguinte, para reposicionar SSR/PF, há necessidade de resolver as necessidades não realizadas (particularmente os produtos contraceptivos); integrar e aumentar serviços; e reforçar os sistemas de coordenação, controlo e avaliação. Também é preciso dar resposta às necessidades urgentes das populações vulneráveis e marginalizadas. Mais importante ainda, é necessário adoptar a abordagem do ciclo de vida para o planeamento, desenvolvimento de políticas e de instrumentos, mobilização de recursos e disponibilização de serviços de saúde para cada fase da vida no âmbito de uma parceria global de “Aliança para a Vida.” Isso asseguraria que as intervenções fossem abrangentes e satisfaria todas as necessidades preventivas e terapêuticas numa dada fase da vida (nascimento até meses, 6 meses – 5 anos; 6 – 12 anos; 13 – 19 anos; 20 – 35 anos e acima de 35 anos). Deve ser continuado como um contrato inter-gerações para as diferentes fases da vida, em que cada geração garante a saúde e o bem-estar da outra para *“concebermos uma Sociedade Africana onde cada criança é uma criança desejada, todas as pessoas gozam de boa saúde e os homens, mulheres e jovens vivem sem o espectro VIH/SIDA.”*

42. Na discussão que se seguiu, a proposta de considerar as necessidades nas fases da vida foi reconhecida com apreço como apresentação de meios pelos quais as necessidades específicas de cada grupo etário podiam ser abordadas de forma mais eficaz.

**Secretário Geral do Ministério da Saúde Pública de Camarões, sobre Práticas Tradicionais Nocivas para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos.**

43. Na sua intervenção, em nome do Ministro da Saúde Pública de Camarões, o Prof. Angwafo considerou que “As práticas tradicionais nocivas constituem uma ameaça para a nossa sobrevivência quanto mais para o nosso desenvolvimento”. Salientou os vários tipos de práticas nocivas que têm as suas origens nas nossas culturas, tradições, e atitudes dos homens e mulheres em relação ao sexo, comportamento sexual e funções dos homens e mulheres.

44. Reiterou que “Um esforço completo de educar, legislar sobre questões do género e da família é a única luta continental que deve destruir as correntes dessas práticas nocivas”. Propôs que fossem envolvidas várias partes interessadas, por exemplo, chefes e líderes de opinião, na luta contra as práticas tradicionais nocivas. Realçou

ainda que a readaptação da consciência africana para o direito à saúde total para todos os seus filhos, especialmente crianças do sexo feminino, é um pré-requisito para a salvação, desenvolvimento e sobrevivência da África.

45. Finalmente, propôs que fosse adoptada uma abordagem holística na investigação operacional, bem como uma encorajadora colaboração interministerial e intersectorial na eliminação de práticas tradicionais nocivas.

46. Na discussão que se seguiu, os participantes elogiaram o apresentador e sublinharam a necessidade da erradicação das práticas nocivas no contexto do Quadro da Política Continental para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos bem como o Plano de Acção a ser analisado nessa ocasião.

## **VI. ANÁLISE DO PLANO DE ACÇÃO PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO DA POLÍTICA CONTINENTAL SOBRE A SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS**

47. Este tópico foi apresentado aos Ministros da Saúde por S.E Bience Gawanas, Comissária para os Assuntos Sociais na União Africana. Ela proporcionou as informações gerais do Plano de Acção afirmando que o referido Plano visava a operacionalização do Quadro da Política Continental sobre a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos adoptado em Gaborone, Botswana e aprovado pelos Chefes de Estado em Cartum em Janeiro de 2006.

48. Observou que o Plano foi estabelecido sobre SSR no seu contexto mais amplo como definido no Plano de Acção da ICPD em 1994 que toma em consideração a abordagem do ciclo de vida. Estes elementos da SDSR incluem a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes (ASRH); Maternidade Segura e Cuidados dos Recém-Nascidos; Cuidados do Aborto; Planeamento Familiar; Prevenção e Controlo das Infecções Sexualmente Transmitidas incluindo ISTVIH/SIDA; Prevenção e Controlo da Infertilidade; Prevenção e Controlo dos Cancros do Sistema Reprodutivo; Abordagem das Preocupações de Quarentena dos Rapazes, Raparigas, Homens e Mulheres; Saúde e Desenvolvimento; Redução da Violência baseada no Género; Comunicação e Aconselhamento Inter-pessoais; e Educação para a Saúde.

49. A Comissária observou igualmente que o Plano é especificamente amplo e flexível de modo a permitir a adaptação a nível dos países. Estipula um conjunto importante de acções, mas nem limita os países nem exige que os que já têm estratégias comecem de novo. Mais propriamente, encoraja todos os países a rever os seus planos em comparação com este plano de acção para a identificação das lacunas e áreas para melhoria.

50. Ela resumiu em seguida a exposição fundamentada, as principais estratégias operacionais e as implicações dos custos observando especificamente que é necessário um total de 16 biliões de dólares americanos para o período de 4 anos que termina em 2010.

51. Em relação à população-alvo, a Comissária referiu que uma vez que a Saúde Reprodutiva abrange todo o período de vida de um indivíduo desde a concepção até a

velhice, os serviços da SSR devem ser proporcionados a todos que deles precisarem. Ênfase será dada aos homens e mulheres de idade reprodutiva, recém-nascidos, jovens, populações rurais, móveis, e transfronteiriças, pessoas deslocadas e outros grupos marginalizados. Realçou ainda a principal acção estratégica e indicadores contidos no plano como apresentado na matriz.

52. No decorrer das discussões após a sua apresentação, os delegados salientaram a necessidade de incluir os indicadores do impacto e reiteraram que a redução da pobreza deve ser incorporada na parte introdutória. Foram também realçadas questões de igualdade, envolvimento da comunidade, cultura e religião uma vez que afectam a saúde reprodutiva. Houve também propostas sobre a inclusão dos homens e o envolvimento dos ministérios da saúde na resolução dos conflitos. Foram feitos alguns comentários importantes relativamente aos resultados, acções estratégicas e indicadores no Plano. Trata-se de considerações sobre a segurança sanguínea, promoção da abstinência, necessidade de comemorar um dia da maternidade segura e dos jovens, fornecimento dos serviços integrados de VCT e criação de comités de RHCS a níveis nacional e regional.

53. O Plano de Acção de Maputo sobre a Operacionalização do Quadro da Política Continental sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos foi depois adoptado com estas emendas.

## **VII. DISCUSSÃO DO PAINEL SOBRE A MAIOR VULNERABILIDADE DAS MULHERES E RAPARIGAS AO VIH/SIDA**

54. A Discussão do Painel sobre a Maior Vulnerabilidade das Mulheres e Raparigas ao VIH/SIDA foi presidida pela Prof. Sheila Tlou, Ministra da Saúde de Botswana e Presidente da Mesa da Conferência da UA dos Ministros da Saúde. Na sua introdução enfatizou a preocupação em relação às mulheres jovens e sua vulnerabilidade. Solicitou em seguida os participantes da mesa redonda a fazer as suas apresentações.

55. A Dra Aida Libombo, Vice-Ministra da Saúde de Moçambique, falou sobre a Feminização do VIH/SIDA com especial atenção sobre Moçambique. Ela realçou que as jovens, de 15-24 anos de idade, tinham 2-5 vezes mais probabilidade de ser infectadas pelo VIH. Os factores responsáveis são a pobreza e a fraca situação socio-económica das mulheres, a falta de informação, o baixo nível de educação, o casamento precoce e as normas sociais sobre o sexo extra-marital, a incapacidade de negociar, o sexo comercial, a susceptibilidade das IST, a violência doméstica e sexual e a situação das pessoas deslocadas e dos refugiados. As recomendações que ela propôs para resolver a maior vulnerabilidade das raparigas incluem uma estratégia alargada da redução da pobreza, particularmente para os grupos vulneráveis, aperfeiçoamento das políticas do género, aumento do acesso à educação e outras oportunidades, actividades de promoção, envolvimento de homens, intensificação de IEC e VCT, educação dos pares, implementação das intervenções focadas na juventude, PMTCT, integração do VIH/SIDA nos sistemas nacionais de saúde e incorporação de pesquisas nas estratégias do SIDA.

56. A Comissária Ângela Melo, Relatora Especial sobre os Direitos das Mulheres, informou a Conferência de Ministros que o Protocolo dos Direitos Humanos e dos

Direitos das Mulheres foi ratificado por 21 países. Os países devem depois adoptá-los na sua legislação e promover os direitos no protocolo. SDSR é um direito das mulheres que deve ser prestado e as mulheres devem ter os direitos de escolher e de não serem discriminadas. Há necessidade de uma mudança de opinião para a realização da implementação do plano de acção. Ela lembrou aos delegados os elementos essenciais da Declaração de Cairo de 1994 da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento e a necessidade de implementar os seus compromissos. Os países devem adoptar o quadro da política, incluindo legislação e desenvolver os programas prioritários.

57. A Sra Diakhoumba Gassama da Direcção da UA para o Género e o Desenvolvimento das Mulheres fez uma apresentação sobre o Término da Maior Vulnerabilidade das Mulheres Jovens e Raparigas à infecção do VIH/SIDA em África: Uma Campanha Continental da UA. Ela agradeceu ao Governo de Moçambique e aos seus colegas do Departamento dos Assuntos Sociais por lhe concederem a oportunidade de usar da palavra na Conferência da UA dos Ministros da Saúde. Explicou em seguida que o seu Departamento estava a dar uma ênfase especial às mulheres jovens e raparigas porque as taxas de infecção do VIH entre elas são seis vezes mais elevadas do que nos homens e rapazes devido à iniciação sexual precoce e relações com homens mais velhos, nomeadamente sexo transgerações. Descreveu como, começando com uma Consulta de Peritos realizada em Julho em Adis Abeba, a Direcção do Género se envolveu num processo por meio do qual a UA e os seus parceiros, que inclui Internacional dos Serviços das Populações, desenvolverá um movimento social em toda a África para tratar do assunto em questão. Informou a sessão que os planos estavam em curso para o lançamento da Campanha antes do fim do ano. Na sua exposição resumiu as apresentações de John Berman de PSI e Adv. Joy Ngozi Eizelo de WACOL, que não puderam estar presentes na reunião. As suas contribuições debruçaram-se sobre a interpretação da maior vulnerabilidade das mulheres jovens e raparigas e intervenções no sentido de pôr termo ao sexo transgerações e violência sexual e baseada no género.

58. Ela salientou ainda que a Sessão Especial em Maputo foi considerada não só como uma oportunidade para informar os Ministros sobre a iniciativa da sensibilização continental mas também como uma grande ocasião de explorar a interligação entre a questão do acesso universal aos serviços alargados da saúde sexual e reprodutiva e a questão da maior vulnerabilidade das mulheres jovens e raparigas à infecção do VIH/SIDA em África. Concluiu realçando que o Quadro da Política Continental, seu Plano de Acção e o Protocolo sobre os Direitos das Mulheres em África lançam um apelo aos Ministros da Saúde, peritos e outros delegados no sentido de concederem o seu apoio no processo de integração e contribuírem de forma urgente, eficaz e oportuna tanto para a aceleração na luta contra o VIH/SIDA como na realização do acesso universal aos serviços da SDSR para mulheres jovens e raparigas.

59. Na discussão que se seguiu, foram realçados os seguintes pontos essenciais:

- O sexo transgerações é um problema grave e deve ser analisado seriamente;
- Há um apelo para o Organismo das NU sobre Mulheres Jovens e para o apoio da Campanha Continental da UA para a Maior Vulnerabilidade das Mulheres Jovens e Raparigas ao VIH/SIDA;



- As vítimas dos casamentos precoces necessitam de assistência psicológica e material;
- O abuso é fortemente motivado pela ignorância e pobreza. Por conseguinte, as intervenções devem abordar a pobreza;
- Foi reiterada a necessidade de reanalisar as práticas tradicionais que reduzem a vulnerabilidade das mulheres jovens e raparigas;
- Exemplos devem ser proporcionados de medidas alternativas de sucesso para as raparigas que querem avançar;
- A importância da pesquisa operacional foi salientada;
- Após a sensibilização, as mulheres jovens em alguns países ganharam confiança na negociação para a utilização dos preservativos;
- Há necessidade de abordar outros problemas que afectam as mulheres jovens instruídas dos ambientes familiares padrão.

#### **IX. INFORMAÇÃO SOBRE A CONFERÊNCIA DE BAMAKO SOBRE HPAI, 28 NOV-1 DEZ 2006**

60. Por se tratar de uma Conferência muito importante que acolheria com agrado a participação dos Ministros da Saúde, a CUA aproveitou a oportunidade concedida pela Sessão Especial para informar os Ministros. O Representante do escritório da UA-IBAR estabelecido em Nairobi, Quênia, proporcionou a informação. Descreveu o sub-tipo A H5N1 da Gripe que causa a doença nos seres humanos. Afirmou que a África era muito vulnerável à Gripe Aviária. Cinco países em África já tinham registado casos da Gripe Aviária antes da epidemia asiática, mas que foram de tendências diferentes. Oito países africanos, incluindo Egipto e Nigéria, foram afectados por 1401 surtos em 2006 até o fim de Agosto de 2006. Houve 15 casos nos seres humanos e 6 mortes. O grande risco é de uma mutação genética que pode resultar na transmissão de indivíduo para indivíduo. Ele realçou as implicações no caso de essa eventualidade ocorrer.

61. Existem características clínicas nas aves que podem levar à suspeita da presença do vírus da Gripe Aviária. A vigilância epidemiológica é uma componente essencial de uma série de medidas de controlo, que incluem o desenvolvimento de uma vacina.

62. Foi prevista a realização de uma Conferência sobre a Gripe Aviária em Bamako, Mali de 6-8 de Dezembro de 2006, a ser organizada pela Comissão da UA. Uma conferência preparatória, preparada através da colaboração internacional, desenvolveu um plano de acção e estratégia globais. O plano de acção africano baseia-se nos princípios epidemiológicos. É um plano de acção de 3 anos, que abrange intervenções nacionais, regionais e internacionais e 3 sectores de intervenção incluem a saúde animal, saúde humana e comunicação e coordenação. O principal objectivo da Conferência de Dezembro é transformar decisões em acção. A UA lançou um website [www.avianinfluenzaconference4.org](http://www.avianinfluenzaconference4.org)

63. Nos comentários que se seguiram propôs-se que a África deve desenvolver um plano consolidado e transmitir mensagens claras. Foi manifestado o apoio à África para a planificação e preparação cuidadosas. Foi feita uma proposta no sentido de partilhar o plano de SADC com todo os delegados. Expressou-se preocupação

acerca da deficiente comunicação sobre a Gripe Aviária. Perguntou-se como é que os países poderiam ter acesso a Tamiflu, se for necessário.

## **VII. DIVERSOS**

### **(a) Mensagens de Apoio pelos Parceiros de Desenvolvimento**

#### **(i) Dr. Francisco Songane, Director de Parcerias para a Saúde Materna, dos Recém-nascidos e Crianças**

64. Na sua intervenção o Dr. Songane agradeceu à Comissão da UA por ter convidado PMNCH à reunião e felicitou a Comissão e os Ministros por terem realizado um documento muito bom. Sugeriu alguma priorização das actividades no Plano de Acção e a conciliação deste plano com os 2 quadros existentes, nomeadamente o Roteiro da Saúde Materna e dos Recém-nascidos e o Quadro da África para a Sobrevivência das Crianças. Observou que a discussão sobre o aborto foi inconclusivo e alertou para o facto de que os trabalhadores da saúde estão a enfrentar um duplo fardo de responder à demanda dos serviços e gerir as consequências administrativas e legais quando ocorrem. Advertiu que em alguns casos os trabalhadores da saúde recebem solicitações das autoridades para a realização de procedimentos como o aborto quando os cidadãos comuns não têm abertamente acesso a esses serviços. Solicitou deste modo a reanálise das políticas existentes nos países africanos.

#### **(ii) Sra Joy Phumaphi, Directora Geral Adjunta da OMS**

65. A Directora Geral Adjunta da OMS agradeceu à UA pela sua liderança na organização da Sessão Especial. Explicou que o papel dos parceiros de desenvolvimento é proporcionar instrumentos para a operacionalização dos compromissos sob a orientação dos políticos. Salientou que a ONU tinha iniciado o processo de harmonização dos programas das várias Agências, e recomendou que o Banco Mundial e as Organizações da Sociedade Civil devem proceder do mesmo modo nesse quadro. Concluiu reiterando a necessidade de discutir a forma de conceder o apoio coordenado.

#### **(iii) Sra Fama Ba, Directora para a África, FNUAP**

66. A Representante do FNUAP elogiou os Estados Membros pela adopção do Plano de Acção para o Quadro da Política Continental sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR), e a UA pela liderança do referido processo. Este deve ser imediatamente seguido pela implementação uma vez que afecta as vidas das pessoas. Reiterou o compromisso do FNUAP de trabalhar com os outros Parceiros de Desenvolvimento e de harmonizar e coordenar o seu apoio. Realçou a ligação entre VIH/SIDA e SDSR e reiterou que o FNUAP trabalharia com os Parceiros de Desenvolvimento para apoiar a integração.

#### **(iv) Sr Tewodros Melesse, Director Regional da IPPF para a África**

67. O Director Regional da IPPF para a África elogiou a UA pela liderança da organização da Sessão Especial, com a colaboração dos Parceiros de

Desenvolvimento. Agradeceu aos outros parceiros, incluindo a Fundação Hewlett, pelo seu apoio. Evocou que isso era a culminação das actividades que foram empreendidas durante mais de um ano. Afirmou que instituições e projectos múltiplos estavam a diluir os esforços nacionais, e solicitou a harmonização. Concluiu garantindo que a IPPF respeitaria os esforços nacionais.

(v) **Dr. Khama Rogo, Representante do Banco Mundial, e nome dos Parceiros de Desenvolvimento**

68. O Representante do Banco Mundial exprimiu o seu apreço aos Organizadores da Sessão Especial em nome dos Parceiros de Desenvolvimento. Recomendou que a finalização do Plano de Acção considerasse: o aspecto da demanda da SDSR; os sectores tripartidos (público, privado e comunitário); bem como a multi-sectorialidade da SDSR e não apenas o Ministério da Saúde. Realçou ainda a urgência das acções para a realização dos ODMs, mobilização de recursos, e responsabilidade pelos resultados porque as pessoas morrem devido à negligência por parte dos trabalhadores da saúde desmoralizados. Melhor coordenação, mobilização e integração devem deixar de ser apenas retóricas, uma vez que particularmente não necessitam de muitos recursos. O desembolso de fundos deve igualmente ser acelerado. Finalmente reiterou o apoio do Banco Mundial.

(b) **INTERVENÇÕES DOS ESTADOS MEMBROS**

(i) **S.E Ministro da Saúde da Libéria**

69. Após agradecer à UA pela organização da Conferência, o Ministro da Saúde da Libéria recomendou que SDSR fosse discutida a níveis nacionais, envolvendo outros Ministérios e o Parlamento, porque esta questão é não só política como cultural. Solicitou que fosse organizada uma outra Sessão Especial envolvendo a administração local para levar a questão ao mais alto nível.

(ii) **S.E Ministro da Saúde das Maurícias**

O Ministro da Saúde das Maurícias apoiou a proposta apresentada pelo seu colega da Libéria, e sublinhou a responsabilidade relativa aos pais, desde antes do nascimento do filho. Apelou para a condenação das práticas tradicionais inadequadas, uma questão que é negligenciada em prol da preservação do poder político. Concluiu pedindo aos participantes para refutar as práticas inadequadas e promover as boas práticas.

(iii) **S.E Ministra da Saúde da África do Sul**

70. A Ministra da África do Sul focou a sua intervenção sobre a Conferência da Federação Internacional dos Diabéticos, que será realizada na África do Sul, de 3 – 7 de Dezembro de 2006. Ela explicou que a missão da Federação é prevenir Mellitus da Diabete, um assassino silencioso e comum. Informou que uma Sessão Especial seria dedicada à África. Os participantes devem trocar informações e contribuir para a Declaração. Convidou os Estados Membros a participar.

(iv) **S.E Ministro da Saúde de Lesoto**

71. O Ministro da Saúde de Lesoto falou em nome dos Ministros da Saúde da SADC que se reuniram recentemente para discutir a situação da extrema TB multi-resistente a medicamentos (ERTB) na região. Trocaram informações sobre experiências e problemas da ERTB, que existe na África do Sul e mais provavelmente em outros países da SADC. Os principais problemas são: não foram produzidos novos medicamentos para a TB durante as décadas recentes; a resistência aos medicamentos de 1ª e 2ª linha podem acarretar o uso de medicamentos antigos com mais efeitos secundários; é uma questão transfronteiriça que deve ser resolvida. O Ministro recomendou melhor vigilância, melhoria no controlo da infecção, partilha de experiências e informações, trabalhar com empresas farmacêuticas para a elaboração de novos medicamentos, mandar os peritos em matéria da TB a se reunirem urgentemente antes do fim do ano; e os Estados Membros a garantir a sua presença na Reunião da OMS sobre a TB.

(c) **INFORMAÇÃO SOBRE A 3ª SESSÃO DA CONFERÊNCIA DA UNIÃO AFRICANA DOS MINISTROS DA SAÚDE PELA COMISSÁRIA DA UA PARA OS ASSUNTOS SOCIAIS**

72. A Comissária para os Assuntos Sociais evocou a decisão tomada pelos Ministros da Saúde em 2005 segundo a qual a Sessão de 2007 deve focar o seguinte tema: **“Reforço dos Sistemas da Saúde para a Igualdade e Desenvolvimento”**. Ela anunciou que a Sessão seria realizada na África do Sul, de 9 – 13 de Abril de 2007, antes da Assembleia da Saúde Mundial. Entre outros, os assuntos a serem discutidos incluem um Plano Africano de Desenvolvimento da Saúde, a questão de acesso aos serviços de saúde incluindo a protecção social, questões negligenciadas e emergentes relacionadas com a saúde como doenças não contagiosas e doenças contagiosas tais como pólio, malária. A este respeito, a Mesa da Conferência dos Ministros da Saúde e outros Estados Membros devem ser solicitados a contribuir.

73. A Comissária apresentou desculpas pela impossibilidade de Lançar o Relatório de 2006 sobre a Situação da População Africana como tinha sido planeado. Isto foi porque a tradução em todas as linguas da UA não ficou pronta.

**X. APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA REUNIÃO DE PERITOS**

74. Este ponto foi apresentado pela Sra K. Mompoti de Botswana que presidiu a Reunião de Peritos. Ela resumiu os procedimentos sistematicamente desde a cerimónia de abertura, as questões processuais, os documentos apresentados, a discussão do painel e o processo em que o Plano de Acção foi analisado e recomendado aos Ministros para consideração e para registo.

**XI. ENCERRAMENTO**

75. A Cerimónia de Encerramento foi presidida por S.E Dr. Wilfred Machape, Vice-Ministro da Saúde do Quénia e 1º Vice-Presidente da Conferência da UA dos Ministros da Saúde. Ao dar início à Sessão de Encerramento, ele convidou os Oradores a proferir as suas intervenções.

**Discurso de Encerramento por S.E o Ministro da Saúde de Moçambique, Dr. Paulo Ivo Garrido**

76. S.E o Ministro da Saúde de Moçambique elogiou os seus colegas Ministros pela decisão que adoptaram em Outubro de 2005 para a realização da Sessão Especial sobre o Acesso aos Serviços da Saúde Sexual e Reprodutiva. Agradeceu a todos os delegados que se deslocaram até Maputo para a Sessão Especial e pelas contribuições que a tornaram um sucesso. Concluiu a sua intervenção agradecendo a todos pela honra conferida a Moçambique de aceitar a sua oferta de acolher a Sessão Especial e pela sua presença e participação activa.

**Discurso de Encerramento pela Presidente da Conferência da UA dos Ministros da Saúde, Prof. Sheila Tlou, Ministra da Saúde de Botswana**

77. Depois de elogiar os Ministros pelos bons resultados da reunião, S.E a Ministra Tlou evocou que o processo para a realização da Sessão Especial tinha sido iniciado em Gaborone, Botswana, em Outubro de 2005 durante a 2ª Sessão da Conferência da UA dos Ministros da Saúde. Explicou que o objectivo do Plano de Acção que tinha sido adoptado era orientar e ajudar os Estados Membros a melhorar a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos (SDSR) das suas respectivas comunidades. Realçou que o aborto não deve ser um método de planeamento familiar. A Prof. Tlou observou ainda que os países precisam de um instrumento jurídico cuidadosamente planeado para promover o direito das mulheres à saúde. Concluiu a sua intervenção solicitando os Estados Membros a assegurar que, por ocasião da realização da próxima Sessão da Conferência da UA dos Ministros da Saúde (África do Sul, Abril de 2007), tenha sido efectuada a melhoria de acções visíveis da SRHR.

**Moção de Agradecimentos por S.E o Ministro da Saúde da República Árabe Saharaoui, e Relator da Conferência da UA dos Ministros da Saúde**

78. Em nome dos seus homólogos, S.E o Ministro da República Árabe Saharawi exprimiu a sua gratidão a Moçambique por acolher a Sessão Especial e pela hospitalidade dispensada aos delegados. Evocou que os participantes tinham trabalhado muito durante cinco dias em excelentes condições para elaborar as recomendações incluídas no Plano de Acção. Agradeceu ao Secretariado, intérpretes e pessoal de apoio pela sua colaboração. Elogiou em seguida o Governo de Moçambique pela sua contribuição para a luta contra o apartheid e a sua liderança na promoção do desenvolvimento da África. Finalmente, agradeceu ao Presidente, Primeira Ministra e Ministro da Saúde de Moçambique pelo excelente acolhimento da Sessão Especial.

79. Após a Moção de Agradecimentos, S.E o Vice-Ministro da Saúde do Quénia declarou encerrada a Sessão Especial sobre SDSR.

AFRICAN UNION  
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE  
UNIÃO AFRICANA

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: 251-115 517 700 Fax: 251-11-5 517844

---

**CONSELHO EXECUTIVO**  
**Décima Sessão Ordinária**  
**25 – 26 de Janeiro de 2007**  
**Adis Abeba, Etiópia**

**EX.CL/316 (X)**  
**Anexo II**

**PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO PARA A PERACIONALIZAÇÃO DO**  
**QUADRO DE POLÍTICA CONTINENTAL PARA A SAÚDE E DIREITOS**  
**SEXUAIS E REPRODUTIVOS**  
**2007 - 2010**

**AFRICAN UNION**  
الاتحاد الأفريقي



**UNION AFRICAINE**  
**UNIÃO AFRICANA**

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P.O. Box 3243 Tel: 251-115 517 700 Fax: 251-11-5 517844

---

**SESSÃO ESPECIAL DA CONFERÊNCIA  
DOS MINISTROS AFRICANOS DA SAÚDE  
DA UNIÃO AFRICANA  
18 – 22 DE SETEMBRO DE 2006  
MAPUTO, MOÇAMBIQUE**

**Sp/MIN/CAMH/5(I)**

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

**PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO  
PARA  
A OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO DE POLÍTICA  
CONTINENTAL PARA A SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E  
REPRODUTIVOS  
2007 - 2010**

**PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO DE  
POLÍTICA CONTINENTAL PARA A SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS  
2007 - 2010**

## **INTRODUÇÃO**

1. Reconhecendo que os países africanos poderão não alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs) sem melhoramentos significativos da saúde sexual e reprodutiva dos povos de África, que é crucial na abordagem do primeiro ODM sobre a redução da pobreza, a 2ª Sessão Ordinária da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, reunidos em Gaborone, Botswana, em Outubro de 2005, adoptou um Quadro Continental de Políticas para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, que foi endossado pelos Chefes de Estado da UA em Janeiro de 2006.
2. O Quadro Continental de Políticas para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos aborda os desafios relativos à saúde e direitos sexuais reprodutivos que a África enfrenta. Ele requer também um reforço na componente do sector de saúde através do aumento da alocação de recursos para a saúde, a fim de melhorar o acesso aos serviços. Os assuntos da integração do género nos programas de desenvolvimento sócio-económico e a segurança dos produtos de SSR mereceram também uma abordagem. Além disso, os Ministros da Saúde da UA recomendaram que a SSR deve estar entre as primeiras seis prioridades do sector de saúde. Em harmonia com esta recomendação ministerial, o resultado da Cimeira Mundial realizada em Nova Iorque em Setembro de 2005, reiterou a necessidade de se obter o acesso universal aos serviços, incluindo os cuidados da saúde reprodutiva.
3. Os Ministros da Saúde também apelaram para que fosse convocada uma Sessão Especial a fim de discutir questões ligadas ao melhoramento da saúde sexual e reprodutiva e a necessidade de desenvolver um Plano de Acção concreto e de custos conhecidos para a implementação do Quadro. Esta decisão foi aprovada pela Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo em Cartum, Sudão, em Janeiro de 2006.
4. A Declaração de Gaborone sobre o Roteiro para o Acesso Universal a prevenção, tratamento e cuidados, entre outras questões, sublinha a necessidade de desenvolver um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde com base em pacotes essenciais de saúde e elaboração de um plano para o desenvolvimento da saúde com o respectivo orçamento.
5. O Plano de Acção de Maputo para a Operacionalização do Quadro Continental de Políticas para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos procura levar o continente a avançar em prol do objectivo de acesso universal aos serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva em África até 2015. É um Plano a curto prazo que se estende até 2010, contendo nove áreas de acção: integração dos Serviços Sexuais de Saúde Reprodutiva nos Serviços de Cuidados Primários de Saúde; Reposicionamento do Planeamento Familiar; Serviços Amigos do Jovem; Abordo Inseguro; Maternidade Segura, Mobilização de Recursos; Segurança dos Produtos; e Monitoria e Avaliação. O Plano concentrou-se sobre a saúde sexual e reprodutiva no seu contexto integral, conforme



definido no PdA/CIPD de 1994, tomando em conta a abordagem sobre o ciclo de vida. Estes elementos da SDSR incluem a Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes (SSRA); Maternidade Segura e Cuidados Neo-natais; Atendimento ao Aborto<sup>1</sup>; Planeamento Familiar; Prevenção e Gestão de Infecções de Transmissão Sexual, incluindo o ITS/VIH/SIDA; Prevenção e Gestão da Infertilidade; Prevenção e Gestão de Câncer do Sistema Reprodutivo; Abordagem de Preocupações da Meia Idade de rapazes, raparigas, homens e mulheres; Saúde e Desenvolvimento da Mulher, incluindo a Redução da Violência Baseada no Género; Comunicação Inter-pessoal e Aconselhamento; e Educação para a Saúde.

6. O Plano tira lições das melhores práticas e das intervenções sustentáveis e responde à vulnerabilidade em todas as suas formas, da desigualdade do género à vida rural e jovens, para grupos específicos vulneráveis, tais como pessoas deslocadas, imigrantes e refugiados. Conhece a importância da criação de um ambiente favorável, bem como do empoderamento da comunidade e das mulheres e o papel dos homens.

7. Enquanto reconhece a necessidade de dar ênfase sobre a SSR, o Plano reconhece também que isto deve fundamentar-se num sistema de saúde efectivo e suficientes recursos financeiros e humanos. Reconhece também que as intervenções na área de SSR não serão possíveis até que a crise nestes factores seja resolvida. Por isso, é essencial mobilizar recursos internos para apoiar os programas de saúde, incluindo a observância dos Compromissos de Abuja de 2001 de aumentar a dotação de recursos para o sector da saúde para pelo menos 15% do orçamento nacional.

8. Reconhecendo as circunstâncias específicas de cada país, o Plano é especificamente amplo e flexível de modo a permitir que sejam feitas adaptações de acordo com as necessidades de cada país. Oferece um conjunto-chave de acções, mas nem limita os países, nem requer aqueles que já possuem estratégias para começarem do ponto zero. Antes pelo contrário, encoraja a todos os países para fazerem a revisão dos seus planos cruzando com este Plano de Acção, de modo a identificarem as lacunas e áreas que precisam de melhorias. Ao mesmo tempo, o Plano de Acção, embora se concentre na acção de cada país, faz uma fusão de um leque de papéis nas oito áreas de acção para a União Africana, as Comunidades Económicas Regionais, continente e parceiros internacionais. Reconhece também o papel da sociedade civil e do sector privado no âmbito dos programas nacionais. O Plano estabelece indicadores para a monitoria dos avanços registados nestes diferentes níveis.

9. Além do Quadro Continental de Políticas da Saúde Sexual e Reprodutiva, o Plano reconheceu também e baseou-se na Declaração de Gaborone sobre o Roteiro para o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento e Cuidado, o Compromisso de Brazzaville sobre o Aumento do Acesso Universal e o Apelo de Abuja para Acção Acelerada em prol do Acesso Universal aos Serviços de Tratamento de ITS/VIH/SIDA, Tuberculose e Malária em África.

---

<sup>1</sup> O aborto, conforme especificado no parágrafo 8.25 do PdA/CIPD, inclui a prevenção do aborto, a gestão das consequências do aborto e o aborto seguro, quando este não conflitua com a lei.

## **FUNDAMENTO**

10. As condições de saúde reprodutiva são devastadoras para o continente africano: 25 milhões de africanos estão infectados com VIH, 12 milhões de crianças que ficaram órfãs devido a mortes relacionados com a SIDA, 2 milhões de mortes provocadas pela SIDA por ano, maior número de mulheres afectadas com a feminização da epidemia; um milhão de mortes maternas e infantis por ano, uma mulher africana num universo de 16 morre durante o parto e elevado número de necessidades não satisfeitas para o planeamento familiar, com rápido crescimento da população e, geralmente a sufocar o crescimento económico e o dos serviços sociais básicos (educação e saúde), contribuindo, deste modo, para o ciclo vicioso da pobreza e de maus cuidados de saúde. A solução dos problemas da pobreza (ODM1) e SDRS reforça mutuamente as duas áreas.

11. De qualquer maneira, hoje menos de um-terço de africanos tem acesso à Saúde Reprodutiva (SR). Com as actuais tendências e os acontecimentos gerais, a África não será capaz de alcançar o acesso universal à SR. O desafio é de aumentar, redobrar esforços e acelerar os programas com vista ao aumento rápido e o acesso à cobertura em prol dos objectivos finais do acesso universal à saúde reprodutiva até 2015.

12. O Compromisso de Brazzaville de 2006 sobre a Intensificação do Acesso Universal, entre outros elementos, reconhece:

- i. A importância da construção de infra-estruturas permanentes, do fortalecimento de sistemas e da criação de capacidades a todos os níveis do sistema de cuidados de saúde para uma acção excepcional contra ITS/VIH/SIDA;
- ii. Que os medicamentos básicos e outros produtos são um direito humano e deverão estar disponíveis e acessíveis a todos aqueles que deles precisem em África.

13. O Apelo de Abuja para acções aceleradas conducentes a um Acesso Universal a serviços de IST/VIH/SIDA, Tuberculose e Malária em África também lança uma exortação para o fortalecimento dos sistemas de saúde e a promoção de serviços integrados de ITS/VIH/SIDA nos Cuidados Primários de Saúde. Este apelo foi apoiado na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o ITS/VIH/SIDA, realizada em 2006.

14. Todos os aspectos atrás mencionados estão em harmonia com o consenso alcançado na CIPD há uma década e reafirmam a urgência de redobrar esforços para garantir o alcance de acesso universal.

15. O Projecto de Plano de Acção tem em consideração a crescente carência de pessoal de saúde, que ameaça a produção e a disponibilidade de medicamentos genéricos. Por conseguinte, dedica-se toda uma secção ao fortalecimento de capacidades e uma outra à questão da disponibilidade de produtos.

## META TRANSVERSAL

16. O objectivo final deste *Plano de Acção* de Maputo consiste em que os Governos, a sociedade civil, o sector privado e todos os parceiros de desenvolvimento juntem forças e redobrem esforços para que, juntos, possam alcançar a implementação efectiva da política continental, incluindo o acesso universal a saúde sexual e reprodutiva até 2015 em todos os países de África.

17. As estratégias essenciais para a implementação do Quadro de Políticas para a Saúde Sexual e Reprodutiva consistem no seguinte:

- (i) Integração dos programas e serviços de ITS/VIH/SIDA e de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o cancro do aparelho reprodutivo a fim de maximizar a eficácia da utilização de recursos e atingir uma sinergia complementar das duas estratégias;
- (ii) Reposicionamento do planeamento familiar como uma parte essencial da realização dos ODMs no que toca à saúde;
- (iii) Satisfação das necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e dos jovens como uma componente importante deste domínio;
- (iv) Resolução do problema dos abortos inseguros;
- (v) Prestação de serviços de qualidade e acessíveis com vista a promover Maternidade Segura, sobrevivência dos recém-nascidos, assim como saúde para as mães, os recém-nascidos e as crianças;
- (vi) Cooperação africana sul-sul para a materialização dos objectivos do CIPD e ODMs em África.

18. A estratégia inclui as questões transversais de:

- Aumentar recursos internos para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a resolução da crise dos recursos humanos;
- Incluir os homens como parceiros principais nos programas da SDSR;
- Adoptar uma abordagem multi-sectorial em relação ao SDSR;
- Promover o envolvimento e a participação da comunidade;
- Fortalecer a segurança dos produtos de base para a saúde sexual e reprodutiva, com especial atenção ao planeamento familiar, e cuidados obstétricos de emergência e serviços de referência;

- Criar serviços de investigação que permitam acções fundadas em factos científicos bem como mecanismos de monitorização eficazes para acompanhar os progressos alcançados na implementação do Plano de Acção;
- Integração da nutrição nos cuidados de ITS/VIH/SIDA e da SDS, especialmente para mulheres grávidas e crianças, incorporando a nutrição no currículo escolar e reforço da alimentação de forma institucionalizada;
- Envolvimento de famílias e comunidades;
- Envolvimento do Ministério da Saúde na resolução de conflitos;
- Equidade na prestação de serviços nas áreas urbanas e rurais.

19. As estimativas de custo apresentadas no presente Plano de Acção são necessidades globais para a prestação de serviços acessíveis e de qualidade no que toca à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos durante o período de quatro anos de 2007 a 2010. Este Plano de Acção será financiado principalmente através de recursos domésticos e serão mobilizados outros para cobrir as carências.

### **GRUPOS ALVO PRIORITÁRIOS**

20. A Saúde Reprodutiva engloba toda a vida de um indivíduo, a partir da concepção até à velhice. Como tal, os Serviços de SSR devem ser prestados a todos aqueles que deles necessitam. Será posta ênfase na mulher em idade reprodutiva recém-nascidos, na população jovem rural, populações móveis e transfronteiriças, pessoas deslocadas e outros grupos marginalizados.

### **RESULTADOS PREVISTOS**

21. Este Plano de Acção, proporcionará o Quadro a partir do qual os países poderão se inspirar. Exigirá a elaboração de novas estratégias, porém, incorporando os elementos desta estratégia dentro das que já existem.

### **FINANCIAMENTO DO PLANO DE ACÇÃO**

22. Foram efectuadas estimativas preliminares para os custos de prestação directa dos serviços necessários com o objectivo de realizar avanços progressivos no que toca ao acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva até 2015 (incluindo planeamento familiar, maternidade segura, saúde de recém-nascidos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis). Para esse efeito, serão necessários 3.5 biliões de \$EU para a prestação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para a África em 2007 e um total de 16 biliões de \$EU para todo o período até 2010.

23. Será necessário fazer revisão e actualização do trabalho das estimativas preliminares de custo, incorporando estatísticas nacionais (ver o Anexo). Estes são resultados provisórios, condicionados aos detalhes constantes no apêndice. Os resultados revelam também que as poupanças noutras intervenções na área de saúde materna e infantil são consideravelmente maiores do que o aumento marginal nas despesas para uma maior prevalência do planeamento familiar.

24. Estas estimativas devem ser revistas e actualizadas com base na experiência ganha durante a implementação dos programas. Todavia, o que é mais importante é que os planos nacionais incluam definições detalhadas de intervenções apropriadas para satisfazer as necessidades nacionais para a saúde sexual e reprodutiva e que os investimentos reflectam e melhorem a capacidade nacional de implementação e monitorização.

25. Há necessidade de se aderir aos princípios da presente análise, incluindo: orientação dos planos no sentido de se alcançar o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015; maior investimento e acção com vista a melhorar os recursos humanos para a saúde; tais planos e estimativas incluem recursos destinados a reforçar o sistema de saúde, incluindo dotações para monitoria, supervisão, funções básicas da saúde pública, acção comunitária e outras funções de apoio que são necessárias, serão necessários recursos adicionais para fazer face a elementos que não estão explicitamente incluídos (tais como investimentos de capital) e será necessário um investimento suplementar nos sectores que não são da área da saúde e que apoiam e impulsionam o seu avanço, de modo a alcançar os objectivos na área de saúde, incluindo os contidos nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. As actuais estimativas são um indicativo do aumento do esforço necessário e deveriam mobilizar a resposta apropriada por parte dos governos, doadores, sociedade civil e sector privado

**PDA para a Implementação do Quadro de Política Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos  
2007 – 2010**

<b>Resultados Previstos</b>	<b>Acções Estratégicas</b>	<b>Indicadores para Monitoria do Progresso</b>
1. Serviços do VIH, ITSs, Malária e SSR integrados nos Cuidados de Saúde Primários		
1.1. <i>Advocacia/Política</i>	1.1.1 <sup>a</sup> . Integrar SDSR e ITS/VIH/SIDA e a Malária nos documentos-chave e planos nacionais de saúde.	1.1.1.b. # de países com documentos de política e planos nacionais sobre a SDSR/ITS/VIH/SIDA.
	1.1.2 a. Desenvolver políticas e quadros legais para a prevenção de ITS/VIH/SIDA, apoiar a provisão da prevenção, cuidados e tratamentos adequados e abrangentes de ITS/VIH/SIDA e malária para todos, incluindo mulheres grávidas, mães, infantes, famílias e PVCVS.	1.1.2.b. # de países com políticas e quadros legais para garantir o acesso a opções abrangentes para os cuidados e o tratamento da ITS/VIH/SIDA e a Malária para as mulheres graves, mães e infantes, e famílias e PVCVS.
	1.1.3.a. Desenvolver e/ou implementar estratégias para abordar a Violência Baseada no Género (VBG), em colaboração com outros actores relevantes.	1.1.3.bi. Número de países com estratégias que se lidam com VBG desenvolvidas e implementadas.
	1.1.4.a. Investigar e desenvolver e/ou implementar estratégias para abordar casamentos precoces e Práticas Tradicionais Nocivas (PTN) tais como a Mutilação Genital Feminina (MGF).	1.1.3.bii. Estabelecidas legislações sobre a VBG. 1.1.4.b # de países com programas que abordam PTNs
	1.1.5.a. Incorporar a gestão de saúde da VBG nos currículos de formação dos trabalhadores e provedores da saúde e dos serviços jurídicos.	1.1.5.bi # de países com currículos que incorporam componentes relacionadas com a saúde de VBG.

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	1.1.6.a. Desenvolver políticas para garantir o acesso a preservativos, especialmente entre as pessoas que vivem com o VIH/SIDA.	1.1.6.b. # de países com políticas que garantem acesso a preservativos especialmente para os PVCVS
	1.1.7.a. Desenvolver políticas que promovem o envolvimento da sociedade civil e do sector privado na prestação de serviços da SDSR nos programas nacionais.	1.1.7.bi # de países com políticas sobre parceria privada em relação aos programas de SDSR desenvolvidos e implementados.
	1.1.8.a Advogar por esforços multi-sectoriais a fim de criar um ambiente de apoio para a promoção das políticas e programas nacionais da SDSR.	1.1.8.bii # de países com planos multi-sectoriais de apoio à SDSR.
	1.1.9.a. Desenvolver e implementar estratégias para reduzir as Práticas Tradicionais Nocivas.	1.1.9.b. # de países com programas e políticas que abordam as Práticas Tradicionais Nocivas.
		1.1.6.bi. # de países que desenvolvem e implementam políticas capazes de encorajar o envolvimento do sector não-estatal.
		1.1.7.bii. # de países com planos multisectoriais que apoiam SDSR.
1.2. <i>Reforço de Capacidades</i>	1.2.1.a. Avaliações compreensivas dos sistemas de prestação de cuidados de saúde em torno da gestão, da infraestrutura e das necessidades de recurso para a integração efectiva do VIH e SIDA nos serviços da SDSR.	1.2.1.b # de SDPs que proporcionam serviços do VIH e SIDA e SDSR
	1.2.2.a. Reforçar as capacidades e autonomizar as comunidades para estabelecerem parcerias efectivas com a SDSR/VIH e SIDA/SDPs para melhores respostas baseadas na comunidade.	1.2.2.b. # de SDPs com parcerias comunitárias.
	1.2.3.a. Rever os currículos de formação dos provedores de serviço no sentido de	1.2.3.b. # de instituições de formação que incluem nos seus currículos matéria relativa ao

<b>Resultados Previstos</b>	<b>Acções Estratégicas</b>	<b>Indicadores para Monitoria do Progresso</b>
	incorporarem a integração da SSR nos serviços do VIH e SIDA	VIH e SIDA e SDSR.
	1.2.4.a. Dar formação pré e no serviço para os provedores de saúde na prestação de serviços integrados da SSR e do VIH e SIDA.	1.2.4.b. # de provedores formados em SDSR integrando matéria relativa a VIH e SIDA.
	1.2.5.a. Reconstituir a estrutura e reorganizar a provisão de serviços, a fim de garantir a efectiva prestação destes últimos.	1.2.5.b. # de SDPs com a prestação de serviços reorganizada .
	1.2.6.a. Desenvolver um plano de formação de quadros para utilização local: distribuição, utilização e retenção de trabalhadores de saúde a todos os níveis.	1.2.6.b. Proporção de trabalhadores de saúde por população, nível de pessoal qualificado nas facilidades rural/urbanas.
1.3. <i>Serviços</i>	1.3.1.a. Garantir acesso ao aconselhamento rotineiro em VIH e testagem de ITs, no planeamento familiar, nos serviços de cuidados materno-infantis e cancro de sistema reprodutivo.	1.3.1.b. % dos Pontos de Prestação de Serviços (PPSs). Oferecer aconselhamento e despistagem do VIH rotineiros nas ITs, no planeamento familiar e nos serviços dos cuidados neo-natais.
	1.3.2.a. Integrar a prevenção, a gestão e o tratamento compreensivos do VIH/SIDA e ITs na SDSR, incluindo a dupla protecção.	1.3.2.b. % de PPSs que oferecem serviços integrados e compreensivos da prevenção, da gestão e do tratamento do VIH.
	1.3.3.a. Garantir acesso a serviços que abordam a violência baseada no género, incluindo a gestão do abuso sexual, a anti-concepção de emergência e a profilaxia do VIH e SIDA pós-exposição e tratamento de ITs.	1.3.3.b. % de PPSs que oferecem serviços de PEP e EC.
	1.3.4.a. Garantir a integração de serviços para a prevenção e a gestão da infertilidade	1.3.4.b. Prevalência da inexistência de crianças.
	1.3.5.a. Proporcionar informação apropriada sobre a provisão de serviços integrados do VIH e SIDA e da SDSR.	1.3.5.b. Ampla disponibilidade de informação apropriada s/ provisão de serviços integrados do VIH e SIDA e SDSR.
	1.3.6.a. Proporcionar serviços para as necessidades da	1.3.6.b. Cobertura dos serviços de SSR por



Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	SSR de todas as pessoas, incluindo os grupos vulneráveis e populações móveis especialmente mulheres migrantes, bem como as PDIs e em situação de conflito.	Grupos Alvo.
	1.3.7.a. Proporcionar serviços de diagnóstico para cancro dos canais reprodutivos.	1.3.7.b. # de mulheres e de homens escrutinados em relação ao cancro dos canais reprodutivos (HPV) e Câncer da próstata.
<b>2. Planeamento Familiar Repositionado como uma estratégia Chave para a Realização dos ODMs</b>		
2.1. <i>Advocacia/Política</i>	2.1.1.a. Mobilizar a vontade e a liderança políticas para a provisão de serviços de planeamento familiar de qualidade a todos os níveis da população	2.1.1.b. Orçamento para SSR afecto ao planeamento familiar.
	2.1.2.a. Desenvolver e/ou implementar políticas/legislações sensíveis ao género e à cultura para garantir o acesso universal a serviços de PF de qualidade	2.1.2.b. # de países que removeram as barreiras reguladoras do PF.
2.2. <i>Reforço de Capacidades</i>	2.2.1.a. Desenvolver ou implementar estruturas e sistemas para incrementar o acesso ao PF.	2.2.1.b. # de países com estruturas funcionais para a prestação de serviços no PF.
	2.2.2.a. Formar provedores dos cuidados de saúde para a prestação de yuma gama compreensiva de serviços de PF.	
2.3. <i>Prestação de Serviços</i>	2.3.1.a. Desenvolver informação e mecanismos apropriados sobre o género e a cultura para alcançar populações, IEC.	2.3.1.b. Legislação de apoio, protocolos e directrizes para o planeamento familiar.
	2.3.2.a. Desenvolver sistemas para incrementar a cobertura dos serviços do PF, incluindo a distribuição baseada na comunidade e métodos alternativos de prestação de serviços.	2.3.2.b. CPR. 2.3.2.b. CYP

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	2.3.3.a. Integrar e fornecer o PF como uma componente do pacote de serviços MNHCH.	2.3.3.b. Necessidades não satisfeitas no PF. 2.3.3.b. % de clientes com acesso ao PF através de mecanismos baseados na comunidade e modelos alternativos.
<b>3. Serviços da SDSR favoráveis aos jovens posicionados como estratégia chave para a autonomização, o desenvolvimento e o bem-estar dos jovens.</b>		
3.1. <i>Advocacia/Política</i>	3.1.1.a. Reforçar a implementação e/ou a advocacia por políticas que apoiam a provisão de serviços da SDSR que abordam as necessidades dos jovens. 3.1.2.a. Criar um Dia da Juventude Africana alusivo à SSR	3.1.1.b. # de países que desenvolveram políticas em apoio dos serviços da SSR para os jovens 3.1.2.b. # de países que comemoram o Dia da SSR.
3.2. <i>Reforço de Capacidades</i>	3.2.1.a. Desenvolver e implementar estratégias de informação e comunicação que apoiam tanto a abstinência como o uso de preservativos, como estratégias efectivas para prevenir o VIH e SIDA/ITSS e gravidezes não planificadas e kigar a informação à prestação de serviços.	3.2.1.b. # de países com estratégias da IEC/BCC que promovem a abstinência e o uso de preservativos.
	3.3.2.a. Reforçar as capacidades dos PPSs e a todos os níveis dos provedores de serviços, a fim de proporcionar um pacote compreensivo e sensível ao gênero dos cuidados para com os jovens.	3.3.2.b. # de países com serviços de saúde favoráveis aos jovens incluídos nos seus currículos de formação.
3.3. <i>Prestação de Serviços</i>	3.3.1.a. Avaliar e estabelecer/reforçar serviços favoráveis aos jovens nos PPSs.	3.3.1.b. # de PPSs favoráveis a jovens por população,

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
		3.3.1.b. % de jovens com conhecimento sobre a abstenência e o uso de preservativos.
	3.3.2.a. Integrar a provisão de serviços favoráveis aos jovens, incluindo a promoção de métodos duplos nos serviços existentes.	3.3.2.bi. % do uso de preservativos entre os jovens. 3.3.2.bii. Nível de gravidezes entre as adolescentes.
	3.3.3.a. Desenvolver mecanismos alternativos de prestação de serviços para alcançar jovens incluindo campanhas de educação de pares, CBD e marketing social.	3.3.3.b. Fertilidade dos adolescentes como proporção a fertilidade total.
	3.3.4.a. Proporcionar educação na sexualidade para jovens nas escolas e fora destas.	3.3.4.b. Idade do início da actividade sexual.
	3.3.5.a. Apoiar a participação significativa de jovens, incluindo PVCVS e comunidades no posicionamento e na prestação de serviços favoráveis de jovens.	3.3.5.b. Nível de envolvimento dos jovens incluindo PVCVS e comunidades no posicionamento e na prestação de serviços favoráveis aos jovens.
<b>4. Incidência do Aborto Inseguro Reduzida.</b>		
4.1. <i>Advocacia/Políticas</i>	4.1.1.a. Compilar e disseminar dados sobre a magnitude e as consequências do aborto inseguro.	4.1.1.b. # de países com relatórios disseminados sobre a situação do aborto.
	4.1.2.a. Promulgar políticas e quadros legais para reduzir a incidência do aborto inseguro.	4.1.2.b. # de países com clima sem restrição de prestação de Serviços da SSR.
	4.1.3.a. Preparar e implementar Planos de Acção nacionais para reduzir a incidência de gravidezes indesejadas e aborto inseguro.	4.1.3.b. # de países com planos de acção para reduzir o aborto inseguro.
4.2. <i>Reforço de Capacidades</i>	4.2.1.a. Formar provedores de serviços abrangentes de cuidados pós-aborto de acordo com a lei vigente.	4.2.1.b. # de serviços formados.

Resultados Previstos	Ações Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	4.2.2.a. Reconstituir e equipar facilidades para a prestação de serviços compreensivos dos cuidados do aborto.	
4.3. <i>Prestação de Serviços</i>	4.3.1.a. Proporcionar serviços de aborto seguro tanto quanto a lei o permita.	4.3.1.b. # de facilidades que oferecem cuidados de aborto compreensivos. 4.3.1.b. MMR relacionado ao aborto.
	4.3.2.a. Educar comunidades sobre serviços de aborto seguro disponíveis, tanto quanto permitido pelas legislações nacionais	4.3.2.b. # de países com programas de consciencialização estabelecidos.
	4.3.3.a. Formar provedores de saúde na prevenção e na gestão do aborto inseguro.	4.4.3.b. # de países com uma massa crítica de provedores formados.
<b>5. Aumento do acesso aos Serviços Qualificados de Maternidade Segura e Sobrevivência da Criança</b>		
5.1. <b>Advocacia</b>	5.1.1a Desenvolver e/ou implementar um Plano de Actividades para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantis.	5.1.1b Número de países que desenvolveram roteiros para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantis.
5.2 <b>Reforço da Capacidade Institucional</b>	5.2.1a Desenvolver e implementar estratégias nacionais para uma rápida produção e retenção de parteiras, incluindo a harmonização curricular ao nível regional.  5.2.2a Integrar Serviços de Emergência, Cuidados Obstétricos Essenciais na formação de pré-serviços dos provedores dos cuidados de saúde.  5.2.3.a. Transferência com urgência de pacientes em casos de Cesariana.	5.2.1bi Número de parteiras por população.  5.2.1bii Cobertura para atendimento qualificado de partos.
5.3 <b>Serviços</b>	5.3.1a Aumentar os serviços de maternidade segura, através da implementação do roteiro para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantis.	5.3.1bi MMR 5.3.1bii Taxa de mortalidade neo-natal

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
		5.3.1biii Número de unidades sanitárias por população de 500.000 que prestam serviços básicos e abrangentes de Cuidados Obstétricos de Emergência.
Indicadores de Revisão e resultados	5.3.2a Aumentar os serviços de cuidado neo-natal, incluindo a criação de serviços de reanimação neo-natais nas maternidades.	5.3.2bi Taxas de cobertura de vacinação com idade de 1 ano. 5.3.2bii Taxa de mortalidade peri-natal.
	5.3.3a Aumento de Cobertura dos serviços de sobrevivência da criança (programa alargado de vacinação (PAV), sais/soluções e reidratação oral (SRO), amamentação prematura, nutrição, consultas na 1ª semana de vida .	5.3.3.bi Cobertura de serviços de imunização no 1º ano de vida. 5.3.3bii Prevalência de crianças com baixo peso.
	5.3.4a Adoptar a gestão integrada de doenças infantis (IMCI).	5.3.4bi Disponibilidade protocolos de IMCI. 5.3.4bii IMR 5.3.4biii Mortalidade de crianças abaixo de 5 anos de idade.
	5.3.5a Integrar os serviços de VIH nos cuidados obstétricos.	5.3.5b Prevalência de infecções de VIH em recém-nascidos.
<b>6. Reforços dos Serviços baseados na comunidade de VIH/SIDA/IDS e SDSR</b>	6.1.1a Reforçar a capacidade das estruturas da comunidade e redes de referência para prestar uma continuidade dos serviços de VIH e SIDA nos Locais de Prestação de Serviços e de SDSR.  6.1.2a Reforço de capacidade de todas as categorias dos provedores de serviços de SDSR (incluindo enfermeiros, parteiras tradicionais (TBAs), distribuidores comunitários (CBDs) e outros, com vista a facilitar a integração efectiva de serviços de VIH e SIDA nos serviços de SDSR.	6.1b Estatísticas de cobertura da SR.

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
<b>7. Aumento de Recursos para SDSR</b>		
7.1 Aumento da dotação orçamental para a saúde em geral e para SDSR, em particular	7.1.1a Implementar a Declaração de Abuja dos Chefes de Estado sobre a dotação orçamental nacional à saúde em geral de pelo menos 15% do total do orçamento nacional, uma proporção apropriada do mesmo em relação a SDSR.	7.1.1b Número de países com 15% do orçamento alocado à saúde.
	7.1.2a. Institucionalizar as Contas Nacionais da Saúde 7.1.2a Advogar a priorização da SDSR nos documentos da estratégia nacional de redução da pobreza (PRSPs).	7.1.2b. # de países que actualizaram as CNSs 7.1.2b Percentagem do orçamento nacional da saúde alocada a SDSR.
	7.1.3a Considerar/Introduzir partilha de custos nos serviços de saúde em casos aplicados.	7.1.3b Percentagem da contribuição para a despesa da saúde da comparticipação de custos.
	7.1.4a Desenvolver e implementar uma estratégia de recursos humanos para aumentar, formar e colocar e reter os trabalhadores do sistema de saúde.	7.1.4b Quadro do pessoal por população de 100.000
<b>7.2 Parcerias para a Mobilização de Recursos a todos os níveis</b>	7.2.1a Desenvolver parcerias com empresários locais e internacionais com o sector privado, organizações não-governamentais (ONGs) e a comunidade internacional.	7.2.1b Número de parcerias formadas
	7.2.2a Advogar o aumento do apoio aos programas da SDSR dos doadores e parceiros de desenvolvimento.	7.2.2b Total dos recursos mobilizados.
<b>8. Estratégias de Segurança dos produtos da SDSR para todos os componentes da SSR</b>		
8.1 Advocacia	8.1.1a Desenvolver estratégias e planos de acção nacionais/regionais e planos para a previsão e distribuição de produtos da SR.	8.1.1b # de países com planos da SDSR.
	8.1.2a Desenvolver uma estratégia e plano de acção nacional/regional da SDSR	8.1.2b Criado o sistema regional de produtos da SR.

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	<p>8.1.3a.i Rever as listas dos medicamentos essenciais de modo a incluir os produtos de saúde reprodutiva.</p> <p>8.1.3.a.ii. Criar uma linha de orçamento para produtos básicos de SSR.</p>	<p>8.1.3bi # de países que possuem lista de medicamentos essenciais para SR.</p> <p>8.1.3bii Percentagem do orçamento da saúde alocado aos produtos da SR.</p> <p>8.1.3biii # de países com uma linha orçamental nacional para garantia de produtos básicos de SSR.</p>
<b>8.2 Reforço da Capacidade</b>	<p>8.2.1a Desenvolver e implementar LMS para SDSR.</p> <p>8.2.2a Formar o pessoal relevante em LMS para SDSR.</p>	8.2.1b # de países que têm problemas de stocks.
	8.2.3a Criar um sistema efectivo de gestão para todos os produtos básicos.	8.2.3b # de países com sistemas de gestão de produtos.
	8.2.4a Desenvolver a capacidade para compra de grandes volumes utilizando encomendas em grupo a nível nacional e regional.	8.2.4b # de países com sistemas integrados de compra e distribuição.
	8.2.5a Formação em matéria de gestão de produtos.	8.2.5b # de pessoas formadas em sistemas de gestão logística.
<b>9. Instrumentos e Mecanismos de Monitorização e Avaliação para o Plano de Acção da SDSR</b>		
9.1 Advocacia	9.1.1a Fazer advocacia para a atribuição de recursos nacionais para recenseamentos regulares, DHS e revisões anuais da mortalidade materna.	9.1.1b Recenseamento regular, DHS e revisões de mortes maternas.
9.2 Reforço de Capacidades	9.2.1a Estabelecer um sistema continental de monitorização, acompanhamento para os agregados, análise e disseminação dos dados recebidos do nível nacional.	9.2.1b Unidade/Sistema continental criado

<b>Resultados Previstos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Indicadores para Monitoria do Progresso</b>
9.3 <b>Recolha e Utilização de Dados</b>	9.3.1a Institucionalizar a monitorização e avaliação ao nível da administração pública e das ONGs e alocar recursos humanos e financeiros adequados .	9.3.1b Número de países com mecanismos M&A criados
	9.3.2a Recolher, analisar e disseminar ao nível mais baixo a informação necessária para uma base de dados de âmbito continental.	9.3.2b Número de países que mantêm intercâmbio de informação à base de dados continental.
	9.3.3a Apoiar a pesquisa operacional para acção baseada em provas.	9.3.3b Resultados da pesquisa operacional.
	9.3.4a Colaborar com as agências das NU e doadores na harmonização dos sistemas de recolha de dados, a fim de garantir consistência.	9.3.4b Criado sistema harmonizado de recolha de dados.
	9.3.5a Criar mecanismos de coordenação para monitorar e avaliar a alocação eficiente de recursos e implementação de leis.	9.3.5b # de países capazes de monitorar e avaliar a alocação de recursos e a implementação de leis.
	9.3.6a Documentar e partilhar melhores práticas, incluindo intercâmbios técnicos sul-sul.	9.3.6bi Número de relatórios publicados. 9.3.6bii Periodicidade dos relatórios.



## **PAPEL DOS PARCEIROS**

### **(a) União Africana**

26. A União Africana irá, dentre outros aspectos, desempenhar o papel de advocacia e mobilização de recursos, monitorização e avaliação e disseminação das melhores práticas e harmonização de políticas e estratégias.

### **(b) Comunidades Económicas Regionais**

27. As Comunidades Económicas Regionais irão, dentre outras tarefas, prestar apoio técnico aos Estados membros, incluindo formação na área da saúde reprodutiva, fazer advocacia para o aumento de recursos para a saúde sexual e reprodutiva, harmonizar a implementação dos Planos de Acção Nacionais, monitorar a implementação, identificar e trocar experiências sobre as melhores práticas.

### **(c) Estados Membros**

28. Os Estados membros irão adaptar e implementar o Plano de Acção para a operacionalização do Quadro Continental de Políticas de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Eles irão também criar uma disposição de advocacia, mobilização de recursos, orçamentação, monitoria e avaliação como manifestação do sentido de propriedade. Eles irão também convidar a sociedade civil e o sector privado a participar nos programas nacionais.

### **(d) Parceiros**

29. Os parceiros de desenvolvimento, internacionais e locais, irão harmonizar os seus programas às necessidades nacionais, bem como providenciar apoio financeiro e técnico para a implementação do Plano de Acção. Todavia, cabe ao governo a responsabilidade de coordenar os parceiros.

## **CONCLUSÃO**

30. Os líderes africanos têm a obrigação cívica de responder as necessidades de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos do seu povo. O presente Plano de Acção é uma demonstração clara do seu cometimento em relação a melhoria da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos em África.

## ANEXO

### **Metodologia e Resultados de Financiamento dos Serviços de SDR**

1. Foram feitas estimativas, utilizando a informação disponível, sobre o nível nacional e agregando-as aos totais regionais. Estes custos reflectem as necessidades de prestação directa de serviços para a cobertura das metas fixadas para os objectivos da CIPD (correspondente a ODMs). Além disso, foram feitos ajustamentos aos custos directos daí resultantes.

2. Estes ajustamentos incluem a duplicação de salários médicos e para-médicos necessários para aumentar o cometimento, a retenção do pessoal, quando suplementado com outros incentivos não monetários, motivação e qualidade dos serviços; assuntos reconhecidos, antes da actual União Africana e hoje, bem como outras deliberações. Os ajustamentos incluem 37% que consistem dos seguintes elementos acrescentados aos custos directos totais, incluindo salários, sistemas de gestão de reforços (incluindo gestão financeira) ao valor de 20%; melhoramento, monitoria, avaliação e garantia de qualidade em 15%; e, reforço de capacidades para uma pesquisa básica e desenvolvimento a 2%. Para além disso, será necessário um incremento de 67% para despesas gerais (pessoal de apoio, electricidade, manutenção e outros), funções da saúde pública (incluindo a geração da demanda da comunidade) e requisitos regulamentados. Em resumo, estes suplementos reflectem o esforço necessário para a prestação directa de serviços, desenvolvimento do sistema de saúde e várias actividades essenciais de apoio.

3. As intervenções de prevenção no âmbito da SSR foram estimadas através da especificação da contribuição da ONUSIDA – actividades de prevenção identificadas que estão relacionadas a SDR. Por exemplo, toda a distribuição de preservativos e gestão das ITS, partilhas substanciais das intervenções na área dos jovens e da população especial, bem como pequenas trocas de experiências sobre intervenções fracassadas (no último caso, com base numa estimativa da proporção e transfusões de sangue necessárias para hemorragias maternas). Serão necessários recursos adicionais para a parte que resta da prevenção, tratamento, cuidado e serviços de apoio.

4. A Tabela 1 Anexa reflecte a estimativa de necessidades para a prestação de serviços no que toca a serviços de saúde sexual e reprodutiva, agrupados com base em análises de nível nacional, no âmbito de dois cenários: (1) A projecção da variante média da Divisão da População das Nações Unidas sobre o declínio da fertilidade durante o período 1997-2010 e (2) níveis de prevalência da fertilidade e da contracepção, associados à eliminação progressiva das actuais necessidades não satisfeitas no domínio do planeamento familiar antes de 2015. Os resultados apresentados para este cenário incluem este processo logo no início, na sequência dos progressos.



**Tabela 1 Anexa: Necessidades em Recursos para a Prestação de Serviços Directos de Saúde Reprodutiva, Materna e de Recém-Nascidos em África (2007-2010)**

**projecção de Cenários de Variante Média e Necessidades Não Satisfeitas, com ou sem Sistema de Ajustamentos (milhões de \$US)**

	2007	2008	2009	2010	2007-2010
<b>VARIANTE MÉDIA</b>					
Custos de pessoal					
Planeamento familiar	29,2	31,5	33,8	36,2	130,6
Cuidados pré-natais e parto normal	281,5	308,2	335,1	362,0	1,286,7
Suplemento (mães/recém-nascidos) *	156,0	178,1	198,5	217,8	750,5
DSTs	55,4	61,9	68,5	75,2	261,1
<b>Total de Pessoal</b>	<b>522,2</b>	<b>579,7</b>	<b>635,9</b>	<b>691,2</b>	<b>2,429,0</b>
Custos de medicamentos/meios					
Planeamento familiar	85,5	92,3	99,3	106,5	383,6
Cuidados pré-natais e parto normal	360,6	381,3	402,0	422,5	1.566,4
Suplemento (mães/recém-nascidos)*	216,7	252,3	286,2	319,2	1.074,4
DSTs	23,6	26,3	29,1	32,0	111,0
<b>Total de Medicamentos/meios</b>	<b>686,3</b>	<b>752,2</b>	<b>816,6</b>	<b>880,2</b>	<b>3.135,4</b>
<b>Total geral (sem ajust. salarial)</b>	<b>1.730,7</b>	<b>1.911,5</b>	<b>2.088,4</b>	<b>2.262,7</b>	<b>7.993,3</b>
<b>TOTAL GERAL (com custos de sistemas)</b>	<b>3.530,5</b>	<b>3.899,5</b>	<b>4.260,3</b>	<b>4.616,0</b>	<b>16.306,4</b>
<b>NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS</b>					
Custo de pessoal					
Planeamento familiar	30,4	33,3	36,3	39,5	139,5
Cuidados pré-natais e parto normal	279,4	303,5	327,4	350,9	1.261,3
Suplemento (mães/recém-nascidos)*	155,0	175,8	194,7	212,2	737,7
DSTs	55,4	61,9	68,5	75,2	261,1
<b>Total de Pessoal</b>	<b>520,2</b>	<b>574,6</b>	<b>627</b>	<b>677,8</b>	<b>2.399,6</b>
Custos de Medicamentos/meios					
Planeamento familiar	88,3	97,2	106,4	116,0	407,9
Cuidados pré-natais e parto normal	358,0	375,8	393,1	410,0	1.536,9
Suplemento (mães/recém-nascidos)*	215,3	248,9	280,6	310,8	1.055,6
DSTs	23,6	26,3	29,1	32,0	111,0
<b>Total de Medicamentos/Meios</b>	<b>685,1</b>	<b>748,2</b>	<b>809,2</b>	<b>868,8</b>	<b>3.111,4</b>
<b>Total geral (com ajust. salarial)</b>	<b>1.725,6</b>	<b>1.897,4</b>	<b>2.063,2</b>	<b>2.224,4</b>	<b>7.910,7</b>
<b>TOTAL GERAL (sem custos de sistemas)</b>	<b>3.520,2</b>	<b>3.870,8</b>	<b>4.208,9</b>	<b>4.537,8</b>	<b>16.137,7</b>

\* As intervenções materno-infantis adicionadas incluem cuidados obstétricos de emergência, saúde dos recém-nascidos e outras situações maternas.

\*\* Não estão incluídos os custos adicionais de preservativos para VIH e SIDA.

4. Os totais resultantes das actividades de prevenção da SSR e VIH e SIDA correspondem ao aumento das despesas per capita de 6,03 a 8,14 dólares (dos 34 dólares per capita reconhecidos pela UA como sendo necessários para a saúde) durante este período. Comparando, nas despesas de 2005 para a SSR, calculou-se as despesas em aproximadamente 2 dólares per capita. Estas estimativas de custo foram preparadas por peritos com base nos pressupostos a que nos referimos atrás.

2007

# Report of the extraordinary session of the AU conference of ministers of health on sexual and reproductive health in Africa

African Union

African Union

---

<http://archives.au.int/handle/123456789/4253>

*Downloaded from African Union Common Repository*