

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 517 700 Cables: OAU, ADDIS ABABA

CONSELHO EXECUTIVO
Quinta Sessão Ordinária
30 de Junho – 3 de Julho de 2004
Adis Abeba, Etiópia

EX.CL/113 (V) a

RELATÓRIO SOBRE O ESTADO DA POPULAÇÃO
AFRICANA – 2004

TEMA: A POPULAÇÃO E O DESAFIO DA POBREZA

RELATÓRIO SOBRE O ESTADO DA POPULAÇÃO AFRICANA – 2004

TEMA: A POPULAÇÃO E O DESAFIO DA POBREZA

INTRODUÇÃO

1. A situação sócio-económica africana tem vindo a deteriorar-se, porquanto no continente, o fenómeno população é caracterizado por tendências demográficas extremas. Em geral, os países africanos são caracterizados pelas altas taxas de fertilidade e igualmente por altas, mas decadentes taxas de mortalidade; altas taxas de crescimento populacional, alta e crescente proporção da juventude e a desproporcional distribuição do espaço. Outro fenómeno da população inclui o alto nível de saúde reprodutiva, a migração das pessoas deslocadas e a rápida urbanização.

2. As rápidas taxas de crescimento populacional, o inadequado acesso à saúde e serviços de educação, a persistente desigualdade no género e a violência contribuem para o agravamento da pobreza no continente. Isto é ainda agravado pelas doenças; especialmente o VIH/SIDA e outras pandemias, a globalização, as políticas de comércio internacional injustas, capital inadequado e o lento progresso tecnológico. Alertas a estes grandes desafios, os Líderes Africanos, colectivamente decidiram intervir no estabelecimento da União Africana para servir de *ponta de lança* para o Renascimento de África no Séc. XXI.

3. A União Africana é o único grupo que tem uma comparativa vantagem sobre as outras instituições no continente. Como um grupo regional, sócio-económico e político, a União Africana, possui considerável potencial para actuar no grande papel de advocacia nas questões sobre população e desenvolvimento, preenchendo desse modo o vazio que existiu durante vários anos e ao preparar o terreno não só para a implementação dos Planos e Programas de Acção, mas também para monitorar e avaliar as actividades em que os Estados Membros da UA são signatários. A actual liderança africana iniciou, com força renovada, a lidar com desafios de guerra e paz, violência, racismo, respeito pela dignidade humana, direitos humanos, pobreza e liberdade de escolha. Assim, o sonho africano foi revitalizado no limiar do novo milénio. Através duma iniciativa mais significativa, a União Africana (UA) e o seu quadro de programa regional, a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD), emergiram como o novo caminho, com vista a alcançar maior unidade e solidariedade entre os países africanos e as populações de África.

4. Neste contexto e, porque o desenvolvimento é sobre a população, a questão lógica de desenvolvimento deveria centrar-se sobre os assuntos da população. Por exemplo, os assuntos que necessitam ser abordados cingem-se à volta de questões como: se a proporção e taxa de crescimento da população de um país é constante em relação aos recursos naturais e a tendência no crescimento dos sectores sócio-económicos básicos, incluindo o padrão de vida. Dadas as actuais taxas de crescimento, é importante saber se os níveis prevaletentes de fertilidade, mortalidade e distribuição da população são desejáveis; e, se as características da população são consistentes com relação aos desenvolvimentos na educação, serviços de saúde, habitação, emprego, mão de obra e força laboral, etc.

5. Ao nível dos agrupamentos regionais, a UA irá trabalhar com as Comunidades Económicas Regionais (CER's) para envolver políticas e programas coordenados e integrados da população, que possam abordar questões pertinentes da população que transcendem as fronteiras nacionais. Estes incluem a saúde reprodutiva, migração laboral, conflitos de populações refugiadas e deslocadas, calamidades naturais, degradação do ambiente e controlo do VIH/SIDA.

6. Para responder a esta preocupação, a União Africana, em colaboração com o Programa das Nações Unidas para a Alimentação e População (FNUAP) comprometeram-se a preparar o Relatório sobre o Estado da População de África, sob o tema: "A População e o Desafio da Pobreza". O Relatório reflecte vários aspectos da população em relação à pobreza. O Resumo Executivo que se segue, faz uma consideração geral do conteúdo do principal documento que está igualmente disponível. O Relatório do Estado da População de África de 2004 será submetido para informação e para ser utilizado por legisladores e implementadores de leis como referência.

RELATÓRIO SOBRE O ESTADO DA POPULAÇÃO AFRICANA – 2004

TEMA: A POPULAÇÃO E O DESAFIO DA POBREZA

RESUMO EXECUTIVO

No décimo aniversário da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (ICPD), a Comissão da União Africana abordou questões relativas aos problemas mais candentes sobre desenvolvimento e população de África, incluindo o impacto das questões da população sobre a pobreza e a epidemia do VIH/SIDA, os altos níveis de morbidez e mortalidade materno-infantil, as implicações do grande número de população juvenil em África e o mais divulgado e mais negligenciado factor do género. A mensagem do relatório é a de população e desenvolvimento, de qualquer modo, é sobre pessoas. Apesar de décadas de debates, decisões e declarações para abordar esses problemas, as pessoas deste continente – afamadas pelas suas fortes ligações familiares, solidariedade comunitária e hospitalidade tradicional – estão a ser ofuscadas por elas. Um factor comum em que se delineiam todos esses problemas é a persistente subestimação da importância de fortes políticas, programas e serviços de saúde reprodutiva. Como resultado, famílias e comunidades são separadas, a pobreza grassa em metade da população, a juventude está sem direcção, muitas mulheres e seus bebés e crianças pequenas morrem todos os anos, e o progresso vai sendo persistentemente prejudicado. Há alguns resquícios de esperança encontrados nos dados e nos exemplos das iniciativas funcionais, quadros de políticas favoráveis em várias áreas, novas estruturas e mecanismos para se caminhar adiante visando somente o real progresso, e uma determinação renovada pelos líderes Africanos para reconstituir as forças tradicionais mesmo quando elas embarcarem por novas vias. Esses resquícios necessitam ser ventilados para cintilar completamente, com a colocação de recursos apropriados, de modo que África e o seu povo possam ocupar o seu devido lugar no mundo. Em resumo, é altura de suportar o consenso regional e internacional relativo à população e ao desenvolvimento em África, com mais forte a acção possível.

Dinâmica da População e Desenvolvimento Sustentável em África

A noção do desenvolvimento não só depende do crescimento económico, no desenvolvimento em termos de infra-estruturas e avanço na tecnologia, mas também no contínuo progresso do capital humano e o seu uso efectivo. Por outras palavras, o crescimento económico só não é suficiente, a não ser que esteja ligado aos esforços para o desenvolvimento social, particularmente aqueles

direccionados às específicas necessidades dos pobres. Assim, em essência, o *desenvolvimento sustentável* é um conceito direccionado às pessoas, que envolve o aumento da produção e do consumo sem comprometer as necessidades das futuras gerações, melhorar os direitos à educação, saúde e cidadania; reduzir as desigualdades; incrementar e conservar de modo apropriado os estoques de capitais incluindo o ambiente; aumentar os conhecimentos; e construir instituições duráveis e eficientes. Dadas as inevitáveis ligações entre população e desenvolvimento, é crítico factorizar as questões da população nas políticas, nos planos e nos programas de desenvolvimento. Os sucessos dos esforços nacionais e internacionais serão julgados sobre a amplitude que os benefícios do desenvolvimento permitam às populações levar uma vida mais completa e rica, salvaguardando as futuras gerações.

Dinâmica da População

A fertilidade, a mortalidade e a migração formam os principais itens determinantes para a dinâmica da população e influenciam mudanças na estrutura etária das populações. A densidade populacional é o segundo maior aspecto. Nos meados de 2002, a população de África era estimada em 840 milhões, constituindo 14% da população mundial e com expectativa de exceder a 1,2 bilhões, até 2005. Em termos de densidade, o geral de 28 pessoas por quilómetro quadrado de África segue somente a Ásia. Altas densidades populacionais, combinadas com altos crescimentos populacionais, causam desequilíbrios na capacidade de cuidar da terra, resultando na poluição do ar e água principalmente pelo processo de produção; degradação da terra e erosão da terra; perda da bio-diversidade; e, desflorestação. Isto se torna uma grande preocupação quando olhamos para as densidades das terras aráveis.

Estrutura Etária. A população de África é jovem, com indivíduos abaixo dos 15 anos de idade constituindo 42% da população em 2000. O grupo etário que constitui a força de trabalho, 15 – 60 anos, a formar cerca de 53,2% do total, enquanto os de 60 anos em diante perfazem somente cerca de 5%. Isto perfaz uma média etária de 18,4% anos, que é substancialmente abaixo dos números correspondentes para os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, que é de 37,4 e 24,3 anos, respectivamente. As populações no mundo tendem a tornar-se mais velhas, entretanto, estima-se que a idade média para África venha a crescer para 27,4% anos até 2050, quando os que estão abaixo dos 15 anos venham a declinar para 28% e a proporção dos adultos atinja 10%. Os grandes números dos muito jovens traduzem-se em altas taxas de dependência, que representam grandes desafios e responsabilidades para as famílias, bem como para os governos na

região. O futuro impacto de altas taxas de dependência infantil é que haverá poucas ou nenhuma reservas para o desenvolvimento futuro, embora as actuais e futuras implicações sejam grandes necessidades na saúde, educação e emprego.

Níveis de Fertilidade e Tendências. Entre 1995 e 2000, a taxa total de fertilidade manteve-se em 5,27 crianças por mulher para a região em geral, que é a maior taxa no mundo, excedendo sobremaneira os níveis de 2,2 crianças necessários para substituir a população. A implicação da alta fertilidade para as mulheres é realmente séria. Primeiro, cada gravidez tem um risco e ameaça de vida para a mãe;

Indicadores Populacionais Seleccionados		
	Taxa de Natalidade Absoluta	Taxa de Fertilidade Total
• O Mundo	23	2,28
• África	38	5,27
• Ásia	22	2,7
• América Latina/ Caraíbas	23	2,69
• Europa	10	1,41
• América do Norte	14	2

Segundo, a alta fertilidade geralmente não permite que a mulher tenha a oportunidade de desenvolver todo o seu potencial e assim ser uma efectiva participante no processo de desenvolvimento; Terceiro, aumenta a carga, especialmente para as mulheres pobres, como chefes de família.

Mortalidade. A mortalidade em África é também a mais alta do mundo, com uma Taxa Absoluta de Mortalidade (TAM) estimada em 14 por 1000 (1995 – 2000); 11 países na região tiveram TAMs de 20 e acima em 2002. Isto deriva das condições de vida precárias na região e as prevalentes condições de saúde transmissíveis, e, mais recentemente o impacto da epidemia do VIH. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) estimada de África foi de 91 por 1000 nados vivos para o período de 1995 – 2000 e de 86 para 2002.

A rápida urbanização e os bairros não planificados afectam de forma adversa o desenvolvimento humano de formas variadas: decadente qualidade de vida devido à falta de acesso à educação, cuidados de saúde, água potável, depósito de lixo, etc., congestionamento e aumento da poluição do ar e da água. Muitos que deixam as áreas rurais, procurando nova vida nas cidades, encontram somente um novo tipo de pobreza nos bairros de lata com poucas comodidades. O desemprego, exacerbado pelo vasto número de pessoas das áreas rurais recém chegados às cidades, multiplicou o número de crianças de rua e aumentou a sua vulnerabilidade à prostituição, drogas, álcool e, algumas vezes, crimes.

Somente nove países tinham Taxas de Mortalidade Infantil de 50 e menos por 1000 nados vivos, em 2002. As Taxas de Mortalidade de menores de cinco anos mantêm-se geralmente muito altas em África, apesar de ter sido reduzida à metade, de 256 para 175 mortes por 1000 nados vivos entre 1960 e 1995. A alta mortalidade infantil resulta principalmente da má qualidade dos cuidados materno-infantis, particularmente os cuidados pré e pós-natal, incluindo a falta de avisos prévios, má-nutrição e a transmissão do VIH de mãe para filho. Em termos de mortalidade materna, o risco mantêm-se de 1 em 16 para África, comparado com o de 1 em 110 para Ásia, 1 em 160 para a América Latina e 1 em 3.500 para a América do Norte. Contudo, a mortalidade e morbidez materna podem ser prevenidas através de acessos genéricos a cuidados de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, cuidados pré e pós-natais e cuidados obstétricos de emergência.

Esperança de Vida. Durante 1950 – 2000, a *esperança de vida à nascença* para ambos os sexos variava de 38 a 51 anos em África, 41 a 66 anos na Ásia e 47 a 65 anos no mundo. A estimativa para África em 2002 foi de 53 anos para ambos os sexos. Os indicadores de esperança de vida para 1993 – 2003 mostram que ocorreram valiosas melhorias na Líbia, Egipto, Marrocos, Tunísia e Benin; ocorreram declínios substanciais no Botswana, Lesoto, Namíbia, África do Sul e Swazilândia, relacionados principalmente com a prevalência do VIH.

Migração. A migração sempre representou um grande problema sócio-económico em África e continua inseparável dos modos de vida africanos. Um problema recente é a feminização dos migrantes: As mulheres hoje perfazem metade dos migrantes de África, o que sugere que as responsabilidades sociais tradicionais foram modificadas de forma considerável. Entre os principais problemas migratórios, estão as crises de refugiados, o tráfico humano e de trabalhadores migrantes, que são considerados actos ilegais de emigração. Outra situação relacionada com a migração laboral tem a haver com a “fuga de cérebros”, relativamente à migração de indivíduos altamente qualificados. Para reverter à “fuga de cérebros” há a prioridade sectorial e a NEPAD, Nova Parceria para o Desenvolvimento de África, que propôs medidas políticas para aliviar o seu efeito na economia nacional. De igual modo, é de crucial importância para África a identificação de formas de maximizar os efeitos desenvolvimentistas das remessas de dinheiro enviadas para casa, por aqueles que trabalham fora, bem como, melhorar os mecanismos de transferência de remessas de dinheiro.

Urbanização. África possui o mais rápido crescimento da população urbana do mundo, com uma média anual de 4% entre 1995 – 2000.

Actualmente, 38% da população total em África vive nas cidades e, até 2030 espera-se que a proporção atinja 53%.

Além disso, 60,9% da população urbana residia em bairros de lata, em 2001. Nas próximas duas décadas, 87% do crescimento da população em África irá ocorrer nas áreas urbanas.

Pobreza e Desenvolvimento Sustentável

Como é universalmente reconhecida, metade da população de África vive abaixo da linha da pobreza. A maioria da população rural e 41% dos residentes urbanos de África vivem na pobreza, com inadequada capacidade de atingir as necessidades básicas, tais como alimentação, habitação, educação e saúde. Esta penetrante pobreza é a faceta da falha de África em gerar um desenvolvimento sustentável, um processo que envolve o auto-sustentável crescimento económico, os desafios tecnológicos, a modernização das instituições e as mudanças de **atitudes** e valores. Para além da inadequada capacidade de apresentar crescimento económico e lento desenvolvimento social, aqui, as principais questões sócio-económicas incluem a degradação ambiental, os inadequados investimentos no desenvolvimento dos recursos humanos, a baixa produção agrícola, a insegurança alimentar e a prevalecente desigualdade de oportunidade para as mulheres.

Quase todos os estudos levados a cabo em qualquer tipo de população e nível de desagregação, mostram que as famílias mais pobres tendem a ter o maior número de filhos.

O futuro de África depende na forma como os países na região divisam a economia e a governação política e, a medida em que os países evitam os conflitos civis para levar a cabo reformas económicas e sociais efectivas para o alívio da pobreza e criar o desenvolvimento sustentável.

As famílias com altas proporções de filho/adulto são mais susceptíveis à pobreza e incapazes de providenciar os investimentos sociais necessários aos filhos. Dada uma escolha real, as famílias optariam por famílias menos numerosas do que as dos seus pais. O estado de saúde é outra importante consequência e, chave para o desenvolvimento sustentável. Os retornos dos investimentos na educação e saúde feminina, são significativamente maiores do que aqueles para os homens.

Isto deriva, por um lado, da forte interacção entre factores como a escolaridade feminina, a saúde, o estado nutricional e a fertilidade, e, por outro lado, o sinérgico efeito desta combinação de factores na educação, saúde e produtividade futura de África.

O impacto Demográfico e Sócio-Económico do VIH/SIDA em África

O VIH/SIDA é de considerável importância entre o espectro de questões que incluem o desenvolvimento, a segurança, a produção alimentar e a esperança de vida. A SIDA é um desafio ao desenvolvimento, talvez o obstáculo mais importante ao desenvolvimento económico e social na África sub-Sahariana.

Impacto Demográfico. Uma das características perniciosas do VIH/SIDA é que diminui drasticamente a esperança de vida e influencia grandemente a demografia. Os números são bem conhecidos. Desde o início da epidemia, cerca de 15 milhões de africanos morreram, do total global aproximado de 21,8 milhões. A SIDA reduziu a esperança média de vida em 11 países africanos para 47 anos, abaixo dos 62 sem SIDA. A Divisão de População das Nações Unidas projecta que no ano 2015, a população de 35 países africanos mais afectados pelo SIDA será 10% a menos do que seria sem o VIH/SIDA. Devido à larga proporção de mortes na juventude e a alta transmissão vertical (cerca de 30%), antevê-se que a estrutura etária nos países mais afectados venha a mudar. A típica pirâmide populacional com a sua larga base de população jovem afilando-se gradualmente a um pequeno grupo de adultos, está sendo transformada a uma base diminuída com um topo relativamente estreito, “chaminé”, devido à baixa fertilidade e alta mortalidade. A implicação é a significativa redução do futuro potencial e capacidade produtiva.

Impacto sócio-económico. O VIH/SIDA empobreceu famílias já pobres que perdem rendimentos e, para além de mais, têm de suportar despesas para os cuidados médicos, os custos elevados de funerais e apoiar as crianças deixadas órfãs. Deixa os filhos de pais doentes com responsabilidades acrescidas na contribuição destas para a sobrevivência do lar sacrificando a sua educação. A carga emocional pela perda repetida de amigos e ente-queridos, toma uma grande carga psicológica. As raparigas, em casa, suportam a maioria da carga na prestação de cuidados, sacrificando a sua educação e autopromoção, o que irá afectar negativamente a perspectiva de convencional do género para o desenvolvimento. Outras consequências incluem o número crescente de mulheres e crianças como chefes de família, e a situação de negligência ou abuso dos órfãos adoptados. Os avós podem ter que suportar responsabilidades paternais, que resultam numa maior deterioração da qualidade de vida dos que já são pobres. O impacto económico da pandemia é manifestado em todos os sectores, incluindo a educação, a saúde, o trabalho e a agricultura. Afecta orçamentos nacionais e esforços de erradicação da pobreza e, pode reduzir o crescimento per capita anual até 1 a 2% nos países africanos mais fortemente afectados. Até 2010, o PIB per capita em alguns desses

países poderá cair a 8% e, o consumo per capita muito mais. A pressão na despesa nacional poderá aumentar como resultado do VIH/SIDA, enquanto as receitas podem baixar com o declínio da economia. A qualidade e a eficiência dos sistemas de educação e saúde estão desfavoravelmente afectados devido à crescente morbidez e mortalidade entre os professores e profissionais de saúde infectados. Como a SIDA afecta grandemente aos grupos de pessoas em idade economicamente produtiva – 25-45 anos de idade – afecta desfavoravelmente a dimensão e produtividade da força de trabalho. Os grupos etários mais afectadas são dos 20-29 anos, para as mulheres e, 30-39 anos, para os homens. A maioria das pessoas que morrem de SIDA, estão no início da sua vida laboral. A morte é somente a perda final. Normalmente se tornam improdutivo por um longo período, devido a múltiplas doenças, antes de morrer. Muitas mortes ocorrem entre os mais habilitados e trabalhadores experientes, em postos de base ou executivos.

Saúde reprodutiva e VIH/SIDA: Escolhas e Implicações

A relação entre a economia e a saúde precária é complexa. O principal efeito sobre a economia é através de equidade na distribuição dos rendimentos e a correspondente redução da pobreza. Na redução da mortalidade, são de extrema importância quatro factores, com importantes sinergias entre eles: o aumento dos rendimentos; melhorias na tecnologia médica; educação básica; e, acesso aos serviços de saúde pública. Especificamente para a mortalidade materna, um estudo demonstra que as relativas altas taxas, em muitos países em vias de desenvolvimento do mundo, são consequência da *contínua negligência da saúde reprodutiva da mulher* adicionada ao legado de programas de intervenção ineficazes. Das 529.000 mortes maternas em todo o mundo, 240.000 (45%) foram na África Sub-Sahariana. As cifras de mortalidade materna são menos de metade, porque por cada mãe que morre, mais de 20 desenvolvem incapacidades - por vezes severas - relacionadas com a maternidade.

Estado da Saúde Reprodutiva

No contexto africano, a gravidez e o nascimento de crianças envolvem riscos significantes mesmo para mulheres sem antecedentes de problemas de saúde. Cerca de 40% das mulheres grávidas passam por problemas de saúde relacionados com a gravidez e, 15% contraem complicações de longo-prazo e com risco de vida. Os problemas de saúde materna traduzem por mais de 2% do total peso de doenças e, quase 3,5% na África Sub-Sahariana. Isto não deve ser assim. Em óptimas condições, menos de 10 por 1000 gravidezes têm um

problema e, como mostram as experiências nos países desenvolvidos, muito poucas mulheres morrem.

O impacto económico e social da alta mortalidade e morbidez materna é alto – o custo da negligência. A mortalidade materna é uma trágica perda que ocorre no início da vida e tem múltiplas ramificações. Significa a quebra da família e a perda de uma força produtiva para a comunidade. Significa não só a morte de uma mãe, apesar de trágica e desnecessária, periga toda uma família e as crianças, em particular. Contudo, apesar de trágica a mortalidade materna pode ser pelo facto da saúde reprodutiva não dominar a atenção prioritária que merece por ser considerada essencialmente como um “problema de mulher”. Há indícios de esperança. O contexto político e sócio-económico parece estar a progredir; estão emergindo compromissos claros para priorizar a saúde reprodutiva e as intervenções sobre o VIH/SIDA. Entretanto, se os níveis de investimentos e implementação é qualquer marca, os compromissos ainda não estão em paridade com a urgência destas questões.

Alguns estudos dos benefícios dos serviços de saúde reprodutiva indicam que num certo país africano com alta mortalidade e alta fertilidade típicas, o custo de prevenção de uma simples gravidez indesejada através do planeamento familiar é de 380.00 \$EU, enquanto as estimativas de reservas para o governo seriam de 440.00 \$EU. Muitos estudos mostram que cada dólar investido em planeamento familiar cria uma reserva de 9-32 \$EU em diferentes contextos de mortalidade e fertilidade e, o custo por usuário baixa com o aperfeiçoamento do programa. Os custos de prevenção da mortalidade e morbidez materna e peri-natal é estimado em 140.00 \$EU, ao passo que os benefícios, apesar de difícil de quantificar, são múltiplos. As contribuições da melhoria da saúde reprodutiva para o desenvolvimento global são altas, como sendo a redução da mortalidade e morbidez materna e infantil, a redução da fertilidade, a contribuição acrescida à força de trabalho, o bem-estar geral e a qualidade de vida da família, da comunidade e da nação.

As complicações de abortos inseguros são grandes problemas de saúde pública em África. A OMS estima que haja cerca de 5 milhões de abortos inseguros por ano, em África e, isto resulta em 34.000 mortes. Como o aborto é ilegal em quase todos os países africanos, quase todos os abortos provocados são realizados em condições de insegurança, o que resulta em altas taxas de complicações. Abortos seguros, em todas as circunstâncias que a lei permita, salvam muitas vidas. Cuidados Pós Aborto (PAC) efectivos baixam a mortalidade materna em cerca de um quinto, em muitos países de baixa renda.

Factores Subjacentes à Elevada Morbidez e Mortalidade Materna

Os acessos e o uso dos serviços de saúde têm implicações importantes para a saúde reprodutiva. Entretanto, os acessos aos serviços de saúde qualificados são limitados em muitos países africanos e a utilização desses serviços é ainda menor. Entre os principais factores que contribuem para a alta morbidez e mortalidade maternas em África, destaca-se:

- Falta de serviços de saúde de qualidade e particularmente cuidados essenciais e de emergência obstétricos;
- Falta de informação adequada (cujos casos geralmente são de informações atrasadas sobre os cuidados pré-natais) e, da capacidade e desejo de fazer uso e pagar pelos cuidados de saúde.

**Iniciativas Seguras de Maternidade:
Potenciais Benefícios**

- Melhoria da saúde da mulher e da família e, em seguimento, aumento das oportunidades laborais, capacidade produtiva e do bem-estar económico das comunidades.
- Redução da escassez da força produtiva feminina causada por frequentes gravidezes, da pobre sanidade materna, das complicações derivadas de gravidez e parto e, dos cuidados com crianças adoentadas, desprendendo assim a sua energia psíquica, aumentando a sua capacidade de auferir rendimentos e contribuindo para a redução da pobreza.
- Redução da carga emocional e económica causada por gravidezes indesejadas ou não planificadas que interferem com as actividades sócio-económicas das mulheres.
- Aumento das perspectivas das crianças para a condução de uma vida produtiva devido à...

- Subdesenvolvimento e pobreza, que ultrapassam os baixos rendimentos e o limitado acesso aos serviços sociais que propiciam a inferioridade social, a fraqueza física, a vulnerabilidade, a impotência e a humilhação – todos os factores que têm um grande impacto na saúde reprodutiva.
- Casamentos precoces, gravidezes de risco, nascimento de crianças prematuras, alta violência do género e doméstica (Estima-se que no ano 2000, em África 86.000 mulheres morreram de ferimentos intencionais – As vítimas são geralmente muito jovens ou fracas para se autoprotger e são silenciadas por convenções ou pressões sociais).
- Mutilação Genital Feminina (FGM), que é ainda praticada em 28 países da África Sub-sahariana, do Leste ao Oeste e concentrada ao longo do Vale do Nilo, afecta negativamente a sexualidade feminina e conduz a várias complicações.

Intervenções de Saúde Reprodutiva Funcionais: Lições de África

Mesmo no limiar do Século XXI, é comum para as mulheres em África, prestes a dar a luz, despedir-se da sua criança. O que é necessário fazer para dar esperança e os sorrisos às mães africanas é bem sabido: evitar as gravidezes indesejadas, não planificadas ou muito próximas, garantir a disponibilidade de cuidados obstétricos de emergência (EOC) com sistemas de encaminhamento funcionais e, tomar medidas para reduzir os três atrasos (na decisão sobre a procura de cuidados apropriados, em chegar às instalações apropriadas e na recepção de cuidados adequados nas instalações). Uma vez que muitas complicações de gravidez e de trabalho de parto, não podem ser previstas ou prevenidas, podem ser tratadas por cuidados obstétricos de emergência habilitados, e, mais mulheres sobreviverão.

Há duas áreas críticas para a redução da morbidez e mortalidade RH em África. A primeira é o asseguramento de atendimento qualificado à todos os níveis dos serviços de saúde, juntamente com fornecimentos essenciais de equipamentos e infra-estruturas para cuidados maternos e de recém nascidos. Segundo, é o fortalecimento da capacidade individual, familiar e comunitária para a melhoria da saúde materna e dos recém nascidos, incluindo o aumento das instalações de saúde para as comunidades e famílias bem como a institucionalização da sensibilização para a maternidade ao nível da comunidade.

Os serviços de planeamento familiar envolvem uma outra grande área. O planeamento familiar reduz a fertilidade e por isso os riscos perpétuos de morte materna. Além do mais, o uso do planeamento familiar está a libertar e a fortalecer as mulheres e, conseqüentemente, tem um importante impacto no desenvolvimento da família e da comunidade. Os governos africanos reconheceram a importância da administração dos mais variados métodos contraceptivos possíveis. Há a necessidade de melhorar as escolhas através do maior balanceamento e promover maior aceitação das barreiras ou da dualidade dos métodos, tendo em conta a alta prevalência das doenças de transmissão sexual, particularmente o VIH/SIDA, em África. A participação masculina no uso de métodos preventivos.

O custo da inactividade é alto. Estima-se que caso as questões de saúde reprodutiva não sejam abordadas de forma efectiva, haverá 2,5 milhões de mortes maternas, 7,5 milhões de mortes infantis e 49 milhões de incapacidades maternas em África, nos próximos dez anos. Mas, apesar de tudo, há razões para esperança. Os problemas de saúde reprodutiva são corrigíveis com soluções práticas provadas. Muitas delas foram bem articuladas em África. O custo anual estimado para o serviço nos países de baixa-renda foi de 90 \$EU por caso para

cuidados pré-natais e de parto, 12 \$EU para o planeamento familiar e, 11 \$EU para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (por volta de 1990). O que é necessário é uma liderança melhorada e escalonamento de intervenções com sucesso.

O VIH/SIDA

Já com níveis epidemiológicos em mais de 22 países africanos (com prevalência maior de 5%), o VIH/SIDA é actualmente a causa principal de morte na África Sub-sahariana. Todos os anos há cerca de 3 milhões de novas infecções, o que é ameaçador, porque a maioria dos novos infectados são adultos/jovens abaixo dos 25 anos. Como é bem sabido, a magnitude e o impacto da pandemia está a iniciar particularmente na África Austral, que é a parte mais fortemente afectada do continente; mas o VIH/SIDA tem igualmente progredido em outras partes de África. Estão infectadas mais mulheres – maior vulnerabilidade – do que homens (110 para 100 em África). As idades de maior prevalência são homens jovens (20 – 54 anos de idade), mulheres de idade reprodutiva (15 – 49) e crianças menores de cinco anos.

A tuberculose é a mais importante doença relacionada com o VIH nos países de pobres recursos. Uma vez a mais mortífera em África, a tuberculose foi controlada através de tratamentos e imunizações maciças nos anos 70 e 80, mas voltou com vingança guarneçada pela epidemia do VIH/SIDA. Aqueles que tenham o sistema imunológico enfraquecido pelo VIH/SIDA são particularmente susceptíveis de ser afectados, uma vez que casos passivos têm ganhado expressão. O emergir de focos de resistência aos medicamentos, é outra característica do ressurgimento da doença.

O sector da saúde está cercado devido às pandemias, a crescente necessidade de serviços e a reduzida capacidade de prestação derivada da saúde precária e das doenças entre os provedores de serviços infectados pelo HIV.

A educação é encarregue da tarefa de habilitar o jovem a permanecer sem infecção, enquanto estiver a estudar e de promover a adopção de padrões comportamentais que o mantenha sem infecção por toda a vida – “a vacina social”. A SIDA está a subestimar esta instituição com um contacto gradual, mas irreversível de ...

Em alguns países africanos, os pacientes de VIH/SIDA ocupam mais de 50% das camas. Significativamente, a crescente necessidade é de pessoas jovens que normalmente não fazem uso dos cuidados de saúde. Os efeitos morais são particularmente marcantes no sector da saúde, uma vez que o volume de trabalho e igualmente o stress

umentam, acirrados pela alta mortalidade infantil, de jovens adultos e de colegas.

O impacto da SIDA sobre a educação é particularmente profundo porque a educação é um incentivo pessoal. Estimativas mostram que até ao final da primeira década do Século XXI haverá menos crianças no primeiro nível em 12 – 24%, em vários países na África do Leste e Austral. Estudos mostram que o nível de infecção do VIH nos Professores é maior do que noutros grupos da população, com alguns países a perder tanto quanto cerca de metade destes trabalhadores qualificados por ano.

As ameaças às famílias tomam várias formas, tanto económicas como psicológicas. Na Tanzânia, um simples caso de infecção de VIH custa 2.462 \$EU - 5.316 \$EU (1985) para o tratamento e abstinência. Ligado ao preexistente baixo rendimento e ao lento crescimento, o resultado da infecção do VIH para essas famílias é mais um mergulho para a pobreza. Isso é combinado ao facto de que os que morrem de SIDA são maioritariamente os jovens adultos em quem as crianças e velhos dependem, deixando as crianças ou os avós a chefiar os lares. Em 2000, a África Sub-sahariana teve 18 milhões de crianças com menos de 15 anos órfãs – 70% devido ao VIH/SIDA. Espera-se que o número atinja 24 milhões até 2010. O cuidado dessas crianças geralmente recai sobre a família distante, dilatando os seus limitados e decadentes recursos.

Transmissão

O VIH/SIDA é um componente principal da saúde sexual e reprodutiva e, muitas transmissões do VIH em África são através do sexo heterossexual. Ainda assim, a sexualidade em África, como em muitas sociedades, é um tema de tabu. Quase não há diálogo sobre sexo e sobre o VIH/SIDA entre pais e filhos (jovens), entre parceiros sexuais ou entre grupos de amigos, mesmo no ambiente universitário. As ramificações do tradicional estatuto baixo das mulheres são notáveis que as discussões em situações de intercâmbio mútuo de informações é impossível – nenhum tipo de negociação acerca de qualquer aspecto como, por exemplo, o uso do preservativo.

Os padrões de comportamento sexual são determinados pelos factores de complexo, não só de moralidade individual, escolha pessoal e decisão privada acerca do risco, mas também por uma variedade de factores da sociedade. Apesar das interacções e ligações não serem sempre claras, está bem documentado que os múltiplos parceiros sexuais, o sexo com trabalhadoras comerciais de sexo (prostitutas) e a história das doenças sexualmente transmissíveis constituem altos

factores de risco para a transmissão sexual. Os outros grandes modos de transmissão em África incluem a transfusão de sangue, a pobre qualidade dos serviços de saúde (uso repetido de seringas, lapsos em precauções universais, etc.), uso de drogas intravenosas – crescente nas áreas urbanas – e a homossexualidade. A transmissão de mãe para filho (MTCT) concorre para 90% das infecções nas crianças, que afecta 30 – 40% dos bebés nascidos de mães seropositivas - VIH.

Lições Apreendidas

Liderança. A função das lideranças a todos os níveis e, as importâncias do compromisso político ao mais alto nível, foram amplamente demonstradas pelas estórias de sucesso da última década, por exemplo, o Uganda. Os líderes africanos comprometeram-se, na Declaração de Abuja, a proporcionar liderança directa e constituíram o AIDS WATCH AFRICA GROUP (Grupo de Vigilância da SIDA de África), constituída pelos Chefes de Estado, para levar a cabo este e outros compromissos. Muitos líderes estão a dar início a políticas, a liderar concelhos e a dirigir comícios. Os compromissos e acções dos líderes religiosos/espirituais e comunitários, são igualmente de grande valia.

Advocacia e Comunicação para Mudança de Comportamento (BCC). Esta desempenha um duplo e importante papel nas intervenções contra o VIH/SIDA. Há igualmente bons exemplos de mensagens e métodos apropriados de BCC, que alcançaram mudanças comportamentais (por exemplo, educação de paridade entre os jovens). Estes incluem os esforços para a promoção do sexo seguro e menos comportamentos de risco, incluindo a abstinência, redução no número de parceiros, uso consistente e correcto dos preservativos e, evitar o uso de drogas injectáveis. O Envolvimento de Pessoas que Vivem com o VIH/SIDA (PLWHAs), claramente melhorou o sucesso das intervenções, apesar de estar dificultado por altos níveis de recusa, medo, rejeição e estigmatização. Muitos países africanos têm associações bem estabelecidas de PLWHAs e de Maior Envolvimento de Pessoas que Vivem ou Afectadas pelo VIH/SIDA (GIPA) que têm levado a cabo trabalhos louváveis no cenário internacional.

Prevenção, Cuidado e Tratamento. Prevenção sustentável requer grandes avanços em direcção ao desenvolvimento sustentável, redução da pobreza e Capacitação das Mulheres. Os métodos de melhoria de entendimento e comunicação entre os jovens começam, a dar frutos. O desafio é adapta-las às circunstâncias locais e dar informação correcta, apropriada e importante.

Prevenção da Transmissão, Senegal

O Senegal é visto como a história de sucesso na prevenção. Manteve a prevalência em menos de 2%. Isto pode ser atribuído a:

- Normas culturais relativas ao sexo antes do matrimónio, que é menos comum no Senegal, em comparação aos seus vizinhos.
- Envolvimento activo da comunidade, líderes políticos e religiosos e ...

Ao fortalecimento de aconselhamento e avaliação voluntária deve ser dada a atenção devida e, os líderes africanos reconhecem uma clara obrigação moral de proporcionar qualquer cuidado, apoio e auxílio necessário ou fiável para os indivíduos infectados ou afectados com o VIH/SIDA, tal como para qualquer outra doença. A falta ou o inadequado tratamento de infecções relacionadas ao VIH ou oportunistas, é uma das principais causas de sofrimento desde a evolução recente de VIH ao SIDA e até à morte. Os benefícios dos cuidados incluem a redução do sofrimento, a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da sociedade em geral e, a possibilidade de prolongar a actividade produtiva económica e social. A questão do cuidado deve ser vista como multi-sectorial. Enquanto o sector da saúde pode ter a função de direcção, a participação de todos os colaboradores em todas as fases da doença e durante a continuidade dos cuidados é importante. As actividades na comunidade e no lar são decisivas. O envolvimento dos praticantes da medicina tradicional provou-se de grande valia em muitas comunidades, e pode ajudar a diminuir muitas práticas prejudiciais (Mutilação Genital Feminina (FGM), cortes da úvula, escarificação, etc.).

O tratamento com a alta terapia anti-retroviral (HAART) mudou o espectro do VIH/SIDA, aumentando dramaticamente a sobrevivência e qualidade de vida dos PLWHAs. De igual modo, o tratamento é complexo e os medicamentos são caros, apesar das dramáticas baixas de preços. Os medicamentos genéricos estão disponíveis por preços baixos de 350 \$EU por ano (2002) ao invés dos 10.000 \$EU e mais a alguns anos atrás, mas os resultados para a maioria dos países africanos com despesas anuais em saúde pública per capita de cerca de 10 \$EU está a alternar. Estão a ser feitos estudos para desenvolver regimes mais simples e baratos. A OMS iniciou a iniciativa "3 por 5": 3 milhões que a necessitam (50% do número estimado) a receber tratamento ART até 2005. Muitas discussões para a aplicação do

tratamento ART em África são baseadas em bases políticas, éticas e de direitos humanos. Há poucos estudos sobre as implicações económicas e de prestação de serviços. A necessidade de tratamento é obrigatória, mas, não deverá agora desprestigiar as acções preventivas ou a necessidade de desenvolvimento de novos métodos – vacinas, microbicidas, etc. – para melhor prevenção, nem poderá retirar os financiamentos de outras actividades de saúde.

Adolescentes e Juventude em África

A população de África é jovem, exuberante e enfrenta dramáticos modos de mudança de vida e de expectativas. A juventude não é só o futuro, é o presente e, as sociedades africanas devem estar de mãos dadas com as suas mudanças de necessidades e exigências.

A população jovem é extremamente diversificada – na escola ou fora dela, casada ou não, trabalhadora ou não, de diferentes precedentes culturais, etc. Entretanto, não pode haver uma metodologia de “**Um formato convém para todos**”.

A sua saúde e desenvolvimento é a chave para o desenvolvimento do continente. Requerem atenção não inferior, porque são muitos. A população juvenil em África (10 – 25 anos) é de cerca de 255 milhões, e estima-se que venha a atingir 465 milhões até 2010. Cresce em paralelo com outros grupos etários porque a juventude é a mais fértil secção da sociedade: Cerca de 75% das raparigas adolescentes (15 – 19) em África, tornaram-se mães, representando 13% de toda a fertilidade.

Necessidades Peculiares dos Adolescentes

A adolescência como um período distinto do crescimento, não é completamente reconhecida em muitas sociedades africanas, mas, é a altura de mudanças dramáticas e rápidas, um período de transição de realizar experiências e assumir qualquer risco com adolescentes quase sempre sem habilidades de compreender a dimensão da sua exposição ao risco. Muitos eventos sociais, económicos, biológicos e psicológicos importantes que estabelecem a etapa para a vida adulta acontecem na adolescência. Enquanto algumas pessoas jovens passam por este período sem grandes problemas, um número significativo não. Em todo o mundo, incluindo África, a puberdade ocorre mais cedo e a idade de casamento vai crescendo. Assim, prontos sexualmente (e activos), os jovens permanecem fora do casamento por períodos mais longos – o intervalo “bio-social”. Este fenómeno é novo em muitas comunidades africanas/tradicionais e inclui desafios invulgares. Milhões de pessoas jovens encaram o panorama da educação incompleta e a ameaça do

VIH/SIDA que constituem problemas tradicionais do casamento e gravidez precoce, etc.

Ao mesmo tempo, mais jovens africanos crescem com menos oportunidades para a educação, saúde, recreação e emprego rentável que lhes permita empregar todo o seu potencial como contribuintes para o desenvolvimento do que era o caso anteriormente, derivado das guerras, dos conflitos e dos problemas sócio-económicos que a África enfrenta. Para os adolescentes, o futuro pode ser igualmente desolador. Em países com prevalência do VIH/SIDA de 15% e mais, pelo menos um terço daqueles que hoje têm 15 anos de idade, morrerão de SIDA. O risco está acima dos 50% no Botswana, Quênia, África do Sul, Zâmbia e Zimbabwe. Esta trágica situação poderia ser atenuada por estratégias que assegurem que as crianças terão uma infância segura, saudável e com boa educação, estabelecendo as bases para uma vida adulta produtiva como contribuintes para o desenvolvimento total dos seus países – ao invés de crescer com problemas arrebatados da sua infância.

Falta de Oportunidades. A pobreza e os problemas relacionados de oportunidades limitadas, a falta de habilidades e de emprego, são as bases das questões de muitos adolescentes em África. Os jovens são as principais vítimas porquanto a austeridade económica e o desassossego civil empurram um número cada vez maior das suas casas para a cidade e, geralmente, para as ruas, expondo-os aos abusos e exploração. A taxa de desemprego juvenil é alta e crescente – 56% na África do Sul – atingindo o dobro das taxas para os adultos em muitos países, por exemplo, a Argélia e a Nigéria. Por outro lado, apesar das leis sobre o trabalho infantil, a proporção de crianças com menos de 14 anos como força laboral em 1996, era de mais de 40%. É culturalmente aceite em África que as crianças trabalhem no seio da família ou da comunidade, especialmente agora que os rendimentos familiares têm sido desgastados pelo desemprego, salários nominais estagnados e, perda de empregos e/ou falência do negócio. Muitos adolescentes trabalham principalmente para aumentar os rendimentos familiares, mas, os problemas económicos da região e o VIH/SIDA geralmente os desviam para a exploração e vulnerabilidade acrescidas.

Os Problemas de Saúde. Há crescente consciencialização da importância actual e futura implicação dos problemas de saúde dos adolescentes e, da necessidade para uma política e dum quadro de funcionamento para lidar com os mesmos. Toda a questão sobre a saúde reprodutiva, por exemplo, ganha uma diferente dimensão na adolescência. A mortalidade materna é mais alta neste grupo, devido aos riscos da gravidez precoce associada com os factores médicos, relacionados com o serviço e sociais – que têm forte impacto sobre o

jovem. Apesar de haver indicadores de que a idade de casamento aumenta em África, como em outras partes do mundo, os casamentos precoces mantêm-se norma em África. Uma vez casada, a rapariga está sujeita a engravidar logo que atinja a puberdade – tão cedo quanto aos 11 – 12 anos de idade em alguns casos. Raparigas menores de 15 anos de idade têm entre 5 – 7 vezes maior risco de morrer durante a gravidez e parto do que aquelas mais velhas, entre 20 – 24 anos de idade. Muitas dessas raparigas enfrentam obstrução no parto, porque o canal de parto da rapariga é muito pequeno. Isto, sob as condições da falta de parteiras habilitadas em África, conduz a um trabalho de parto prolongado, que resulta na morte da criança no útero, ferimentos no canal de parto que provoca fístula e, até mesmo a morte da mãe por hemorragia, ruptura uterina e/ou exaustão. Se o bebé nasce vivo, é normalmente de baixo peso, e tem maior risco de morte.

Por outro lado, o aborto é um grande problema entre a juventude, com um terço à metade das gravidezes precoces serem deliberadamente abortadas. O aborto é ilegal em muitos países africanos (somente três – Cabo Verde, África do Sul e Tunísia – permitem acesso ao aborto sem restrição), por isso há um alto risco desses abortos incluindo a morte ou hemorragias com perigo de vida e infecção. Os casos de aborto são vistos de todos os estratos sociais – juventude estudante, não estudante, mulheres casadas, etc. A pobreza, a fraca possibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde, o uso limitado de contraceptivos (mesmo onde o conhecimento é considerado alto) e, as altas pressões dos parceiros para experiência sexual são geralmente mencionadas como as principais causas para a prevalência do aborto. Os abortos são também geralmente associados com a violência sexual, as violações, os raptos, os casamentos precoces e/ou a dissolução do casamento. Os pesos de outras doenças notados entre os jovens incluem a Tuberculose, que sempre prevaleceu entre a juventude e está agora a ser acompanhada pelo VIH/SIDA, e, a malária, que é particularmente de alto risco para a rapariga adolescente grávida. Além disso, doenças como a pólio e a doença reumática coronária manifestam-se primeiramente na juventude, mas, originam-se na infância.

Educação

O significado e o impacto da educação no desenvolvimento humano é indiscutível. Entretanto, o acesso à escola primária é baixo em muitos países africanos e em 19 países da África Sub-sahariana, menos de 30% do grupo etário tem acesso à educação secundária. No Burundi, República Centro Africana, Mali e Níger, menos de 10% das raparigas recebem pelo menos sete anos de escolaridade. A juventude com

baixos níveis de escolaridade enfrenta perspectivas muito limitadas para a auto-suficiência económica.

VIH/SIDA. Os legisladores africanos têm conhecimento do impacto do VIH/SIDA sobre a população jovem de África. Três quartos (8,6 milhões) da juventude mundial que vive com o VIH/SIDA são da África Sub-sahariana, com uma prevalência rondando de 33% no Botswana à 0,3% na Mauritânia, em 1999. Invariavelmente, a prevalência do VIH entre as raparigas jovens em África é maior do que nos rapazes. As raparigas dos 15 – 24 anos de idade constituem 64% que vive com o VIH/SIDA. A juventude sexualmente activa está sob grave risco particularmente quando têm múltiplos parceiros sexuais, praticam sexo sem protecção e, para mulheres jovens, têm parceiros masculinos mais velhos. A taxa mais alta das doenças de transmissão sexual, incluindo a infecção do VIH, é encontrada entre a população jovem entre 20 – 24 anos de idade e a seguir, entre os adolescentes, 15 – 19 anos. Os jovens são particularmente vulneráveis ao VIH/SIDA devido aos atributos fisiológicos, psicológicos, sociais e económicos da adolescência.

Salvaguarda do Futuro de África através do Desenvolvimento da Juventude

A apetência dos adolescentes por comportamentos de risco e as susceptibilidades de pressão dos parceiros acentuam a sua vulnerabilidade. Em parte, isto deriva pela carência de informações de confiança, apropriadas e consistentes sobre a sexualidade, VIH/SIDA, etc., e, como se proteger e dirigir. Alguns pais ainda pensam que a educação sexual encoraja a experimentação sexual, apesar das evidências indicarem que a educação sexual parece delongar o início da actividade sexual, reduz o número de parceiros sexuais e aumenta a possibilidade do uso de preservativos. Estudos mostram que a mais importante fonte de informação para muitos jovens africanos é o parceiro – que geralmente são mal informados, e assim perpetuam o fluxo da má informação.

O silêncio em volta da sexualidade é uma das forças motrizes para a vulnerabilidade dos adolescentes. Os líderes africanos reconheceram que os adolescentes, como um grupo discreto com características, problemas e necessidades específicos. Há agora a necessidade de reconhecer que as intervenções para eles funcionam melhor como parte de amplos programas sustentáveis de desenvolvimento e redução da pobreza. A melhoria das condições para o diálogo e participação activa por parte dos pais/familiares, da escola e, da comunidade, podem ser criados fornecendo aos jovens conhecimentos e informações exactas. É igualmente importante envolver a juventude,

incluindo jovens PLWHAs no caso do VIH/SIDA, na conceitualização, planeamento, implementação e avaliação dos programas. A juventude acolhe a oportunidade de participar e o seu envolvimento reduz custos e assegura a posse, o sucesso e a sustentabilidade. A educação em parceria, na escola ou fora dela, é um elemento chave. Acrescentando, os jovens necessitam estar equipados com habilidades da vida, incluindo as habilidades na criação de amizades, na comunicação, autoconsciência e confiança, na negociação, na tolerância, no pensamento crítico e criativo e, na reacção à emoção e à pressão. Os programas devem ser abrangentes principalmente aos jovens em risco – órfãos, crianças trabalhadoras, crianças de rua, consumidores de drogas, etc. – e fornecer serviços harmonizados à juventude. Estes se confirmaram como importantes para os serviços de saúde, em particular.

Implicações dos Programas de Adolescentes para o Desenvolvimento Sócio-Económico

A compensação económica dos programas de adolescentes é difícil de estimar por ser complexa, multi-sectorial e multidimensional. A pesquisa limitada realizada mostra que 1 \$EU investido nos programas de educação sobre o VIH/SIDA em adolescentes, nas escolas, por exemplo, deu um reembolso de 0,5, \$EU, 5 \$EU e 99 \$EU nas áreas de menos de 1%, 10% e 20% de prevalência do VIH, respectivamente. Alguns estudos mostram que o reembolso sobre 1 \$EU investido na escolaridade dos adolescentes é 3,3 \$EU e que na educação de adultos para os jovens é 19.90 \$EU. Um estudo nas Caraíbas mostrou que para a gravidez precoce, o custo financeiro directo é de 28 \$EU – 262 \$EU, dependendo do local e, 33 \$EU – 363 \$EU por parto anualmente. Uma vez que estes dados são considerados mais certamente uma subestimação, o custo anual de evitar gravidez usando o planeamento familiar será somente de 17 \$EU.

A falta de capacitação derivada da pobreza e, para as raparigas, a desigualdade no género e a discriminação, são factores subjacentes. A adolescência poderia ser uma importante escapatória no sentido de alcançar estatutos iguais para as mulheres, eliminando as praticas tradicionais molestantes, etc., porque é uma idade receptiva à mudança. Entretanto, a oportunidade é geralmente perdida, devido à insuficiência de educação e a pressão social na forma de casamento precoce e outras tradições.

Os Estados Africanos há muito reconheceram os direitos da juventude na Declaração dos Direitos da Criança e outros instrumentos internacionais e regionais. Entretanto, muitos desses direitos continuam a ser ignorados, devido à negligência pública e à pressão social. Os

delegados à Assembleia Geral das Nações Unidas na Sessão Especial sobre o VIH/SIDA (2001), por exemplo, resolveram “reduzir até 2005 a prevalência do VIH entre os rapazes e raparigas jovens de idade compreendida entre 15 – 24 anos nos países mais afectados em 25% e, totalmente em 25% até 2010”. Hoje sabemos que a meta para 2005 não será alcançada.

Tem-se dito que investir na criança e na juventude é o melhor investimento que um Governo pode fazer. São feitas informações de retornos na agricultura, na criação de gado e na indústria e, nos serviços de saúde. Os retornos nos investimentos da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes são altos e competitivos. Estudos mostram que países no Leste Asiático foram mais bem sucedidos no desenvolvimento económico do que os países da África Sub-sahariana nos anos 70 e 80, devido aos grandes investimentos nas crianças e da boa gestão macro-económica nas décadas precedentes. Ultimamente, os Governos africanos deverão decidir se conseguirão suportar os enormes custos futuros da inércia. Se o Século XXI é para ser africano, deverá edificar-se através do desenvolvimento e da completa participação da juventude africana – de ambos géneros.

Questões do Género e Dinâmica da População em África

Desde a era pós-independência, a vida das mulheres africanas submeteu-se a profundas mudanças positivas que foram facilitadas pelos esforços nacionais, instrumentos regionais e internacionais que promoveram a capacitação das mulheres.

As condições sociais, económicas e políticas das mulheres são uma das determinantes principais do desenvolvimento...

Neste sentido, o primeiro tratado especialmente elaborado para tratar das preocupações e direitos das mulheres, conhecido como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) ou a Convenção das Mulheres, tornou-se efectiva em 1981. Apelava igualmente à tomada de medidas apropriadas para eliminar as discriminações contra a mulher em todas as questões relacionadas com o casamento e relações familiares, bem como a modificação de outros preconceitos baseados no género, porém profundamente enraizadas, e, acrescentando à três conferências internacionais entre 1975 e 1995 que abordavam especificamente sobre as mulheres. Outras numerosas Conferências das Nações Unidas durante os anos 90 que revelaram as desvantagens enfrentadas pelas mulheres, incluíam: A Conferência Mundial das Nações Unidas sobre o Ambiente e Desenvolvimento

(UNCED, Rio de Janeiro, 1992); A Segunda Conferência Mundial das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena, 1993); A Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (ICPD, Cairo, 1994) e, a Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social (WSSD, Copenhaga, 1995). Todas estas conferências indicavam o tipo de legislação e intervenções estratégicas que deviam ser feitas. Mais adiante identificavam as principais metas que deviam ser usadas para avaliar os progressos tendentes a capacitação das mulheres. Algumas das metas, especialmente aquelas relacionadas com a educação e saúde foram debatidas na reunião sobre “Metas de Desenvolvimento do Milénio” (Millenium Development Goals – MDGs) e subseqüentemente na NEPAD e muitos documentos estratégicos de redução da pobreza.

A Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (ICPD) é digna de realce pelo facto de ter movido o objectivo total da política populacional de um objectivo direccionado a atingir metas populacionais à saúde sexual e reprodutiva das pessoas, bem como os seus direitos. Ainda aqui, a capacitação das mulheres foi destacada como uma determinante principal das consequências reprodutivas. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) ou a Convenção das Mulheres foi das primeiras a incluir o direito da escolha reprodutiva. O ambiente político positivo contribuiu claramente para intensificadas tomadas de decisão por mulheres, alargamento do acesso das raparigas na educação primária, emprego, planeamento familiar, entre muitas outras áreas de relativa melhoria do estatuto da mulher.

Entretanto, o progresso não foi tão longe e, a função e condição da mulher africana bem como o seu impacto no desenvolvimento social não são geralmente reconhecidos por completo. As iniciativas de desenvolvimento são geralmente baseadas na acepção que a função das mulheres são limitadas à simplificada versão de “trabalho doméstico” e cuidado com os filhos. Isto, apesar das grandes instituições de estudos, facilitados principalmente pelas primeiras conferências de mulheres das Nações Unidas realizadas entre 1975 e 1995, que revelaram a substancial função das mulheres na agricultura de subsistência e produção de cereais para venda, tanto na economia formal como na informal (por exemplo, comércio local). Os estudos revelaram igualmente que o funcionamento da economia dependia no que foi geralmente considerado negativamente como “trabalho doméstico” não económico. Estas actividades que consomem tempo e energia ajustavam-se à produção de serviços – incluindo a cozinha e limpeza para a família e os membros da comunidade, velar pelas crianças, pelos doentes e velhos e, cuidar das necessidades

emocionais da família e dos membros da comunidade – manter uma provisão do trabalho para a economia.

A Feminização da Pobreza

A dimensão do género na pobreza inclui factores como o acesso a recursos de propriedade comum, tais como as florestas e rios, serviços fornecidos pelo Estado e, recursos tais como a saúde, a educação, a terra e os equipamentos. De igual modo, a pobreza envolve a falta de dignidade, de autonomia e de tempo livre. Mesmo na mesma casa, as mulheres e as raparigas podem ser relativamente mais pobres do que outros membros da família, mesmo se a família em si não esteja na linha definida da pobreza. Estas formas de disparidade no género indicam as ligações da pobreza à desigualdade na distribuição de recursos e de rendimentos nas sociedades africanas. A magnitude da recusa de dar direitos varia de país para país, mas, o padrão geral indica desigualdade no acesso e distribuição de recursos entre homens e mulheres bem como a limitada participação das mulheres nas instituições políticas e económicas. As mulheres são igualmente afectadas pela Falta de Infra-estruturas e Pobreza de Tempo. Um importante elemento do bem-estar das mulheres está relacionado com a distribuição de trabalho e de tempo livre. Em todos os países cujos dados sobre o uso do tempo por homens e mulheres estão disponíveis, as mulheres trabalham mais tempo do que os homens tanto na área rural como na urbana, com as últimas, na área urbana, a trabalhar por mais tempo. O “tempo extra” é o resultado da função reprodutiva das mulheres acrescida à sua participação nas actividades agrícolas e de geração de recursos com os mínimos retornos.

Nas áreas rurais, onde o investimento nas infra-estruturas é baixo e a degradação do ambiente é crescente, as mulheres perdem longas horas acarretando água, combustível e forragens. Mas este trabalho cansativo (de quebrar as costas), que consome tempo e energia e não remunerável não é considerado como trabalho nos sistemas de contabilidade nacionais (SNA) e, aquelas que realizam tais tarefas não são economicamente remuneradas nem valorizadas como membros produtivos da sociedade. A pobreza das mulheres é um dos factores que causa a baixa inscrição e permanência das raparigas na escola. A pobreza também afecta negativamente a saúde das mulheres e das crianças.

Ausência de Direitos e Conhecimentos Jurídicos. As mulheres estão desequilibradamente mais pobres devido à ausência ou não-cumprimento do casamento, da herança e das leis de trabalho e de terra. Mesmo quando as leis existem, muitas mulheres não têm conhecimentos delas. Às mulheres falta o acesso à propriedade e uso

de terras, a créditos e a outros recursos produtivos e a essa falta de titularidade sobre os recursos limita os retornos das suas empresas agrícolas. Além disso, a discriminação do mercado contra as mulheres resulta na sua concentração em trabalhos de baixa remuneração. Mesmo quando às mulheres são dadas acessos a serviços tais como o micro-crédito, elas geralmente não estão treinadas em marketing ou em outras habilidades melhor remuneradas.

A Pobreza e a Saúde das Mulheres

As mulheres pobres carregam um peso desproporcional da alta fertilidade. A pobreza aumenta a necessidade por crianças. Às mulheres e aos homens pobres faltam a instrução e informação que os permita fazer escolhas esclarecidas sobre a saúde reprodutiva. A falta da instrução limita o acesso das mulheres ao controle da natalidade, e o desejo de homens e mulheres em investir na educação das crianças especialmente na educação das raparigas, um investimento que torna famílias numerosas menos capacitadas financeiramente.

Embora os homens tenham taxas elevadas de fertilidade, é mais frequente que as mulheres carreguem o peso da responsabilidade contraceptiva. O evidenciar crescente na sexualidade e saúde reprodutiva dos adolescentes abrem uma oportunidade para as desafiantes normas, as crenças e as práticas relacionadas com os estereótipos do género e para a promoção de iguais responsabilidades em áreas tais como a fertilidade, a prevenção de doenças de transmissão sexual e, o bem-estar dos parceiros sexuais e das suas crianças.

A via para a mortalidade materna é acelerada pelo estatuto subordinatório das mulheres, de práticas tradicionais discriminatórias e de condições ambientais empobrecidas incluindo a falta de água potável. Estas formas de saúde precária se exprimem na transferência entre gerações das desvantagens.

O hiato do género alarga-se para a instrução secundária e terciária. Apesar desta relativa media baixa, há um número de países que o encurtaram no acesso ao nível secundário. Até 1999/2000, a Argélia, a Líbia, a Tunísia, o Lesoto, a Namíbia, o Botswana, as Ilhas Maurícias e Madagáscar haviam-no encurtados com o acesso preciso à educação. Apesar de tal progresso, em 11 dos 33 países na África Sub-Sahariana...

Um estatuto nutritivo pobre de uma mãe resulta no nascimento de bebés de baixo peso e, há uma probabilidade maior de 3 – 10 vezes dos bebés órfãos morrer nos primeiros dois anos de vida do que os bebés com os pais vivos.

Em geral, as várias dimensões do género e pobreza resultam no precário cuidado infantil, que resulta por sua vez na mortalidade e morbidez infantis extremamente elevadas, que resultam ambos no aumento da fertilidade e da pobreza.

A Feminização do VIH/SIDA

As inúmeras desvantagens que enfrentam as mulheres resultaram em terem cargas desproporcionais da pandemia do VIH/SIDA. Em muitos países africanos, em comparação aos homens, as mulheres experimentam a discriminação nos seus estatutos legais e tratamento. Isto pode incluir direitos diminuídos de posse, herança ou disposição de propriedade, de participação nos processos democráticos ou de tomada de decisões sobre o casamento ou sobre a educação das suas crianças. O VIH/SIDA agrava as dificuldades que as mulheres enfrentam e pode tornar difícil que elas exercitem os seus direitos à propriedade, ao emprego, ao estatuto marital e à segurança.

Mudança de Padrões de Transmissão do VIH. Em todo mundo, os padrões de infecção do VIH/SIDA em homens/mulheres estão diversificados. Houve um desvio progressivo para a transmissão heterossexual e as taxas de infecção nas mulheres aumentaram. As mulheres são biologicamente mais vulneráveis à infecção; os dados de ONUSIDA indicam que a transmissão do VIH de homem-para-mulher é estimada ser duas vezes mais provável do que de mulher-para-homem. Há mais mulheres do que homens a morrer de SIDA, e o padrão etário da infecção é significativamente diferente para os dois sexos. Na África Sub-Sahariana as mulheres constituem 55% de todos os adultos infectados pelo VIH, enquanto as raparigas adolescentes são infectadas numa taxa cinco ou seis vezes maior do que seus companheiros masculinos.

A Face Escondida da Falta de Força.

Um contribuinte principal à feminização do VIH/SIDA é a falta do poder económico e social e, daí a impotência das mulheres em negociar a prática de sexo mais seguro. Na maioria das sociedades, as mulheres e as raparigas não têm poder de se abster do sexo ou insistir no uso do preservativo. Frequentemente coagidas ao sexo desprotegido ou correm o risco de ser infectadas pelos maridos nas sociedades onde é comum que os homens tenham mais de uma parceira. Contudo um outro factor contribuinte tem a ver com o inadequado conhecimento sobre O SIDA. Outras razões incluem o acesso insuficiente aos serviços da prevenção do VIH, e à falta de métodos de controlo feminino de prevenção do VIH tais como microbicidas. Tornar-se VIH positivo geralmente um maior impacto económico nas mulheres do que

nos homens. As mulheres são passíveis de perder o emprego no sector formal e sofrer ostracismo social e expulsão de seus lares.

Medo da Divulgação. As mulheres são responsabilizadas como vectores da pandemia (aos filhos e aos parceiros) mesmo que geralmente seja o marido que passa a infecção de VIH a sua esposa. Pode ser rotulada como promiscua e, abusada, abandonada ou até morta. Como um estudo notou, a consequência negativa da divulgação pode ser mais severa para as mulheres do que para os homens, em parte porque as mulheres são económica e socialmente mais vulneráveis, e porque há menos tolerância da sociedade para as mulheres, vistas como tendo parceiros sexuais múltiplos, do que para os homens. Consequentemente, uma das causas principais para a propagação rápida da pandemia é que a maioria das portadoras da doença não divulgam o seu sero-estado de VIH.

Peso Acrescido do Cuidado e Destituição. Num estudo recente, a FAO mostrou que “o VIH/SIDA não é só um outro problema de saúde e de subdesenvolvimento. É uma doença única devido ao seu impacto devastador, sistemático e cumulativo”. Em termos gerais, a epidemia produz mecanismos novos para o empobrecimento e cria assim padrões novos de pobreza e insegurança dos meios de subsistência. O resultado é o aparecimento de uma nova categoria de pobres. As mulheres são não só mais vulneráveis à infecção biológica do VIH, mas igualmente suportam a carga dos custos sociais e económicos da doença.

A escala e profundidade das responsabilidades das mulheres aumentaram durante a era do SIDA. O crescente cuidado dado aos doentes e parentes em fase terminal, foi adicionado ao peso do trabalho existente. Isto conduziu à retirada das raparigas e, em menor escala, dos rapazes da escola, para reter os gastos e adicionar ao trabalho doméstico. Em consequência, o VIH/SIDA está facilitando um aumento nas disparidades no género. Nas áreas rurais onde as mulheres frequentemente perfazem a maioria da força laboral agrícola, especialmente na produção dos alimentos, revelou que a sua prestação nos cuidados, reduz os rendimentos agrícolas para o consumo da família e para a venda.

Às mulheres viúvas e às crianças órfãs por acção do VIH/SIDA são-lhes despojadas as propriedades e os recursos como o gado e as ferramentas e desalojadas das lavras por parentes do doente. Num estudo piloto de 29 viúvas que vivem com o VIH/SIDA, 90% teve conflitos de propriedade com os parentes e 88% destes nas áreas rurais foram incapazes de juntar os básicos necessários. Sendo retirados das lavras significa o desamparo, contribuindo para a

destruição das mulheres e das crianças. Tal calamidade, frequentemente incentiva o comportamento de alto risco, tal como o sexo inseguro pelo dinheiro, a habitação, a alimentação ou a educação, mais adiante agravando a propagação da pandemia.

O Género e a Educação

Na África Sub-sahariana, inacreditavelmente, elevados números de crianças em idade escolar não têm acesso à escola. Destes um número desproporcional é de raparigas. O acesso primário preciso na África Sub-sahariana é de 57%, a taxa mais baixa do mundo é mais elevado na África do Norte com 81%. O hiato do género começa a alargar-se para a instrução secundária e terciária. Apesar da relativa média baixa, há um número de países que o encurtaram no acesso ao nível secundário. Até 1999/2000, a Argélia, a Líbia, a Tunísia, o Lesoto, a Namíbia, o Botswana, as Ilhas Maurícias e Madagáscar tinham-no encurtado no acesso preciso à educação. De facto, a maioria destes países, especialmente os três na África Austral, exibiram um hiato reverso no género, onde a taxa precisa de acesso dos rapazes foi mais baixa.

Taxas de Alfabetismo

Em termos globais, há mais mulheres jovens analfabetas do que homens. Os dados disponíveis sugerem que há muito maior hiato nas taxas de analfabetismo no género, do que no acesso à escola. O problema é maior na África Sub-sahariana, onde 35 a 41 países para os quais há dados disponíveis têm uma proporção de menos de 100 mulheres alfabetizadas para cada 100 homens.

Se os países em África encurtassem o hiato do género na educação entre 1960 e 1992 tão rapidamente como se fez na Ásia do Leste, os seus rendimentos per capita poderiam ter aumentado 0.5 - 0.9 pontos adicionais percentuais por ano. Em África, isto significaria quase o dobro do crescimento dos rendimentos per capita.

Os estudos mostraram a ligação entre o alfabetismo das mulheres e os resultados demográficos. Estudos demográficos e de saúde num número de países africanos mostram que o aumento de 10% na alfabetização das mulheres reduzia a mortalidade infantil em 10%, mas as mudanças na alfabetização masculina têm pouca influência.

Educação como uma rota para a Capacitação. Há uma grande evidência do apoio da educação como a rota para a capacitação das mulheres. A educação beneficia o acesso ao conhecimento, as informações e as novas ideias bem como habilita ao uso eficaz destas.

Um estudo do Banco Mundial sobre o Género e as MDGs afirma que a eliminação das disparidades do género na educação é uma das medidas mais eficazes para o desenvolvimento que um país pode operar. Quando um país educa tanto raparigas como rapazes, a produtividade económica geralmente tende a aumentar, a mortalidade materna e infantil baixa, as taxas de fertilidade declinam e a saúde e o progresso educacional das gerações vindouras são melhorados.

Muitos factores limitam o acesso e a permanência educacional das raparigas na maioria dos países da África Sub-sahariana. Entre estes incluem a falta de escolas ou da sua localização em longas distâncias que expõe as raparigas à possível violência e a ausências longas do lar; os casamentos precoces; o volume de trabalho pesado de mãe; a pobreza do lar e o aumento dos custos na educação; o estereótipo do género no currículo da escola que prescreve opções limitadas para as raparigas; a violência nas escolas e as atitudes preconceituosas dos professores sobre o género e a falta de emprego viável para mulheres. Na maioria de países, as mulheres enfrentam, no mercado do trabalho, desigualdades baseadas no género, tais como, salários mais baixos, menor emprego regular e um nível mais elevado de sub-emprego do que os homens. Onde a agricultura é uma das formas essenciais de subsistência, a participação das mulheres nos empregos não-agrícolas é pequena.

Abrindo novas Perspectivas. Muitos estudos mostraram que o emprego fora de casa tem a capacidade de reduzir a dependência das mulheres, fornece fontes alternativas da identidade e de sustentação sociais; e aumentam o desejo de retardar o casamento e permite ter partos espaçados ou limitados às mulheres. O potencial de capacitação do emprego depende de uma variedade de outros factores. Tais incluem um ambiente satisfatório e saudável de trabalho, a protecção contra o desemprego nos casos de gravidez e de casamento, e o acesso aos serviços apropriados, tais como os cuidados infantis. De igual importância são as medidas que assegurem que as mulheres não só tenham acesso aos rendimentos, mas, também o controlo de tais rendimentos. De igual modo, o emprego torna-se mais capacitativo quando permite às mulheres alcançar um apoio que não seja dos parentes, incluindo dos grupos de mulheres, de fontes independentes de informação e serviços tais como o crédito, o marketing e a saúde. Tais apoios e serviços geralmente facilitam o melhor uso do controlo de natalidade e da melhoria significativa no bem-estar da criança.

O Caminho

Os principais desafios ao desenvolvimento sustentável em África circundam sobre a eficaz direcção às causas da raiz da pobreza, e a propagação de VIH/SIDA. Nesta conformidade, as acções principais necessárias são:

Uma pessoa não anda para muito longe ou muito rápido com uma perna só. Como podemos esperar que metade da população desenvolva uma nação?

- Julius Nyerere

- Aumentar a vontade política para a execução dos planos de acção aceites regional e internacionalmente, incluindo aqueles enunciados pela ICPD, pela Plataforma de Beijing e as Declarações de Dakar/Ngor, bem como aquelas adoptadas na Cimeira Social sobre o Desenvolvimento Sustentável e em outros fóruns.
- Fazer vigorar os mecanismos eficazes que reforçam a legislação que visa a equidade do género, a igualdade e a capacitação das mulheres incluindo a protecção dos direitos de propriedade e de uso da terra. Reforço dos aspectos positivos da cultura africana ao erradicar aqueles que são nocivos e aqueles que retardam os processos de desenvolvimento.
- Execução eficaz de estratégias e de programas eficientes para a redução da pobreza.
- Reverter a degradação ambiental e da insegurança alimentar. Controlar a subnutrição e a má-nutrição crónica, particularmente entre as mulheres grávidas e crianças.
- Assegurar o acesso universal e aumento do investimento na educação e na saúde.
- Redução da mortalidade e da morbidez materno-infantil, bem como das doenças sexualmente transmissíveis.
- A melhoria da disponibilização de dados actualizados com o aumento da capacidade no levantamento de dados, para permitir que os governos atinjam políticas e programas, fortaleçam a integração da população e o planeamento do desenvolvimento e, monitoraram o progresso para esses objectivos.

2004

The state of Africa's population Report- 2004 theme: Population and the poverty challenge

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/4387>

Downloaded from African Union Common Repository