

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, Ethiopia

P. O. Box 3243

Telephone: 5517 700

Fax: 5517844

Website: [www. Africa-union.org](http://www.Africa-union.org)

CONFERÊNCIA DA UNIÃO AFRICANA

Décima-quinta Sessão Ordinária

25 – 27 de Julho de 2010

Kampala, Uganda

Assembly/AU/2 (XV)

**TEMA DA CIMEIRA: “PROMOVER A SAÚDE MATERNO-INFANTIL E
DA CRIANÇA E O DESENVOLVIMENTO EM ÁFRICA”**

Documento de Base

2010
ACÇÃO PARA A PAZ

Introdução

1. Na Cimeira do Milénio realizada nas Nações Unidas em Nova Iorque, em 08 de Setembro de 2000, o maior número de líderes mundiais que jamais se reuniu, incluindo os 53 Chefes de Estado e de Governo dos Estados-membros da União Africana, fez a seguinte declaração solene:

"Não pouparemos esforços para libertar os homens, as mulheres e crianças como nós, das condições precárias e desumanas de pobreza extrema, à qual estão actualmente sujeitas mais de mil milhões de pessoas. Estamos empenhados em tornar o direito ao desenvolvimento uma realidade para todos e libertar toda a raça humana da carência".

2. Na Cimeira, foram definidos oito (8) Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) universais, com metas para 2015 e indicadores para monitorizar o progresso. Três (3) desses ODM estão directamente relacionados com a Saúde, sendo O ODM 4 - reduzir em dois terços a taxa de mortalidade de menores de cinco anos, o ODM 5 - reduzir a mortalidade materna em três quartos e garantir o acesso universal à saúde reprodutiva e o ODM 6 - estancar e reverter a propagação do VIH/SIDA, garantir o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA em 2010, e estancar a incidência da malária e outras doenças graves.

3. É pertinente ressaltar que outros ODM têm influência indirecta ou resultam em ganhos para saúde e vice-versa. O ODM 1 - reduzir para metade a proporção de pessoas que passam fome e melhorar a condição nutricional das mulheres e crianças; o ODM 2 - o ensino primário; o ODM 3 - investir na mulher e no seu poder; o ODM 7 contém uma meta para reduzir para metade a proporção da população sem acesso sustentável à água potável e ao saneamento básico; e o ODM 8 - proporcionar acesso a medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento. Na verdade, todos os ODM podem ser considerados como estando ligados à saúde.

4. Apesar de os dados recentes sobre a mortalidade materna a nível mundial parecerem encorajadores, praticamente não são um motivo para comemoração. Mundialmente, só 23 países estão em vias de alcançar o ODM 5 relativo à redução em três quartos da mortalidade materna até 2015. Embora tenha havido progressos significativos, a concretização do ODM 5 continua a ser um desafio enorme em África. Para que haja um verdadeiro progresso, há que lutar contra a violência no género e contra a discriminação contra a mulher, aumentar os recursos para fortalecer os sistemas de saúde para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde, particularmente parteiras qualificadas e cuidados de emergência obstétrica e neo-natal e expandir o acesso ao planeamento familiar.

5. A falta de escolhas reprodutivas para as mulheres (com altas taxas de fertilidade), o casamento infantil ou precoce, a violência sexual, os abortos inseguros e o impedimento do direito à propriedade e o acesso desigual aos recursos, estão todos ligados ao lento progresso para o alcance deste e dos outros ODM. Foi igualmente registado progresso no que concerne à redução da mortalidade infantil em algumas partes do mundo. Apesar deste progresso e independentemente dos esforços que os governos Africanos e os parceiros de desenvolvimento têm envidado para a redução da

mortalidade materna e infantil, alguns países de África continuam a ter a maior taxa de mortalidade e de morbilidade materna, recém-nascido e infantil no mundo; e isto **deve-se, em grande medida, a causas evitáveis.**

6. Actualmente, estima-se que 12.000 crianças morrem por dia em África. Em cada minuto, oito (8) crianças morrem de enfermidades facilmente evitáveis ou tratáveis, sendo dois destas recém-nascidas¹. Uma mulher em África tem uma (1) em dezasseis (16) probabilidades de morrer durante a gravidez ou parto, em comparação com a probabilidade de uma (1) em quatro mil (4000) num país em desenvolvimento². Isto é o resultado dos sistemas débeis de saúde, atrasos nos diferentes níveis de acesso aos serviços de saúde e falta de cuidados neo-natais e obstétricos de urgência e de serviços de planeamento familiar; complicações derivadas dos abortos inseguros e insuficiência de recursos humanos qualificados e de investimento para o desenvolvimento social e da saúde, assim como barreiras sócio culturais ao acesso aos cuidados de saúde. Tudo isto é agravado pela dependência excessiva de recursos externos, pela segurança alimentar deficiente e subnutrição, pelos encargos pesados por causa das doenças como VIH/SIDA, tuberculose, malária e outras doenças transmissíveis e não transmissíveis e as doenças tropicais negligenciadas.

Esforços Continentais

7. A saúde materna e infantil tem sido objecto de atenção considerável por parte da liderança da União Africana. Isto tem sido demonstrado pelo facto de a saúde materna e infantil ter sido um dos temas recorrentes das várias Cimeiras da UA, especialmente desde Janeiro de 2008. A importância atribuída à redução da mortalidade materna e infantil foi ainda mais realçada pela decisão dos líderes do continente, de escolherem a saúde materna e infantil como um tema para esta 15ª Conferência Ordinária dos Chefes de Estado e de Governo da UA em Kampala, em Julho de 2010 (Assembly/AU/Dec.2329XII).

8. Os Chefes de Estado e de Governo da União Africana adoptaram instrumentos políticos relevantes, nomeadamente, a Estratégia de Saúde para África, a Estratégia Regional de Nutrição para África, o Quadro de Política Continental e o seu Plano de Acção (Plano de Acção de Maputo) sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, o Apelo de Abuja para Aceleração da Acção Rumo ao Acesso Universal aos Serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária, a Decisão da Cimeira sobre a Aceleração da Acção para a Sobrevivência da Criança e Desenvolvimento em África para o Alcance dos ODM, Decisão (Assembly/AU/Dec.75 (V) de 2005, o Apelo para Acção Acelerada Rumo à uma África Propícia para as Crianças, a Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança, o Protocolo sobre os Direitos da Mulher e a Carta Africana da Juventude.

¹ Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361:2226–34

² UNICEF. The State of the World's children: Maternal and Newborn Health (2009)

Entre as acções específicas relativamente aos instrumentos políticos da União Africana constam as seguintes:

Estratégia de Saúde da África

9. A UA adoptou a Estratégia de Saúde para África (2007-2015), que serve como um quadro geral para permitir a coerência entre os países, a sociedade civil e a comunidade internacional e visa o reforço dos sistemas de saúde para garantir a equidade e o desenvolvimento. A estratégia define uma visão clara para a saúde - *uma África integrada e próspera, livre do seu pesado fardo da doença, deficiência física e morte prematura*, e uma missão: "*Conceber uma resposta eficaz, dirigida por Africanos para reduzir o fardo da doença e a deficiência física, através do reforço dos sistemas de saúde, melhoria das intervenções de saúde e da acção intersectorial e emancipação comunitária*".

10. O seu principal objectivo é fortalecer os sistemas de saúde, a fim de reduzir as deficiências na saúde e acelerar o progresso rumo à realização dos ODM em África. A Estratégia de Saúde de África assenta nos seguintes princípios:

- A saúde é uma preocupação de desenvolvimento, que requer uma resposta multi-sectorial;
- A saúde e o acesso aos cuidados de saúde de qualidade a preços acessíveis são um direito humano;
- A equidade na saúde é a pedra basilar para todos os sistemas de saúde;
- A eficácia e eficiência são fundamentais para aproveitar ao máximo os benefícios dos recursos disponíveis;
- Os elementos de prova são a base para uma boa política e práticas de saúde pública;

11. A estratégia centra-se no fortalecimento dos sistemas de saúde que compreende, entre outras coisas: Governação, Políticas e Legislação, Organização, Desempenho, Recursos, Financiamento, Cabimentação de Recursos e Aquisição de Serviços de Saúde, Protecção Social, Recursos Humanos, Segurança dos Fornecimentos e Sistemas de Fornecimentos, Operações dos Sistemas de Saúde, Medicina Tradicional Africana, Participação, Envolvimento Comunitário e Emancipação, Reforço das Parcerias, Informação sobre Saúde e Investigação, Vigilância, Preparação e Resposta às Emergências.

Sobrevivência da Criança

12. Quase 90% das mortes de crianças são atribuíveis apenas a seis enfermidades: causas neo-natais, pneumonia, diarreia, malária, sarampo e VIH/SIDA. Para a concretização dos ODM relativos à redução da mortalidade infantil, há que existir uma cobertura geral com intervenções eficazes e a preços acessíveis, tais como: cuidados para os recém-nascidos e suas mães, alimentação dos lactentes e crianças, vacinação,

prevenção e gestão dos casos de diarreia, pneumonia e septicemia, controlo da malária e prevenção, bem como o tratamento do VIH/SIDA. Em países com alta mortalidade, estas intervenções podem reduzir o número de mortes em mais de metade. A morte de crianças não é apenas aleatória, ela é evitável.

13. A União Africana adoptou o Apelo para uma Acção Célere do programa sobre uma África Propícia para a Criança, a qual enfatiza a questão da sobrevivência e do desenvolvimento da criança. A Comissão da UA concluiu um relatório sobre o Estado da Criança Africana, que servirá como um instrumento de referência útil para enriquecer o trabalho do Comité Africano de Peritos. A Comissão iniciou a revitalização do Comité Africano de Peritos sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança (ACERWC), um órgão com a responsabilidade de fiscalizar a aplicação da Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança. O objectivo é fortalecer e melhorar a eficácia do Comité de Peritos para poder responsabilizar os Estados-membros pela forma como tratam as crianças.

Nutrição

14. A nutrição é mais do que a simples ingestão, absorção e metabolismo de alimentos. Ela significa também o equilíbrio entre o que se come e o que o corpo realmente necessita. As repercussões da subnutrição nas crianças são profundas, gerais e irreversíveis. A subnutrição contribui para mais de 35 por cento das mortes de crianças. Enfraquece o sistema imunológico das crianças, tornando-as mais propensas às doenças, e reduz as probabilidades de sobreviverem a doenças tais como diarreia, pneumonia e malária. As crianças que sobrevivem, enfrentam um ciclo de doenças recorrentes e crescimento titubeante, e prejudica de forma irreversível o seu desenvolvimento físico e a capacidade mental. Por isso, elas são menos propensas a frequentar a escola e têm um desempenho pior do que os seus colegas bem alimentados e nutridos. Na idade adulta elas enfrentam um maior risco de doenças do que as que não eram desnutridas enquanto crianças; a sua capacidade de ganhar a vida de forma digna é reduzida e são menos capazes de cuidar dos seus próprios filhos. Assim, o ciclo vicioso da subnutrição e da pobreza geralmente continua por gerações.

15. A União Africana adoptou em 2005, a Estratégia Regional de Nutrição para África (2005-2015), cujo principal objectivo é fazer advocacia e sensibilizar os líderes Africanos sobre o papel essencial da nutrição e segurança alimentar no desenvolvimento socioeconómico. Foi criado o Grupo Africano Especializado para o Desenvolvimento Alimentar e Nutricional (ATFFND) para servir como o braço consultivo da União Africana no apoio aos Estados-membros para implementar a estratégia.

VIH, Malária e Tuberculose

16. O VIH/SIDA, a tuberculose e malária prejudicam a capacidade produtiva das populações, perpetuam a pobreza, agravam os problemas sociais e sobrecarregam os serviços de saúde, bem como contribuem para o retrocesso do estado de saúde dos Africanos e ameaçam os ganhos de desenvolvimento alcançados nos anos anteriores.

17. O VIH/SIDA, a tuberculose e malária prejudicam a capacidade produtiva das populações, perpetuam a pobreza, agravam os problemas sociais e sobrecarregam os serviços de saúde. A tuberculose é a principal causa de morte das pessoas que vivem com VIH, devido à alta infecção combinada VIH e tuberculose. A malária ameaça uma percentagem desproporcionalmente elevada da população em África, com cerca de 350 milhões de casos clínicos anuais.

18. Calcula-se que o prejuízo no PIB em África devido ao VIH/SIDA, esteja situado entre 0,5% e 2,6% anualmente. Em países com alta prevalência de tuberculose, o prejuízo económico é estimado entre 4% e 7% do PIB anualmente. Devido à alta prevalência da malária nos últimos 30 anos, o PIB do continente perdeu até 100 mil milhões de Dólares.

19. Mais de 90% das 430 mil infecções pelo vírus da imunodeficiência humana do tipo 1 (VIH-1) em crianças, em cada ano ocorrem em África, onde a infecção pelo VIH-1 através do leite materno representa mais de 40% das infecções. Deve ser possível eliminar novas infecções perinatais do VIH-1 mundialmente com o uso da terapia anti-retroviral para a saúde materna quando necessário.

20. Desde a adopção do Apelo de Abuja para uma Acção Célere Rumo ao Acesso Universal aos Serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária, pelos Chefes de Estado e de Governo da UA em 2006, os Estados-membros têm feito progressos significativos. Isto foi revelado na Avaliação Quinquenal do Apelo de Abuja para uma Acção Célere Rumo ao Acesso Universal aos Serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária realizada em 2010, em cumprimento do mandato dos Chefes de Estado e de Governo da UA [Assembly/AU/Dec.115 (VII)].

21. Apesar do louvável progresso feito, ainda é insuficiente para alcançar a meta de Abuja do acesso universal aos serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária até 2010. Há necessidade de se obter uma melhor harmonização e coordenação aos níveis continental, regional e nacional, através da adopção de uma abordagem integrada para as três doenças.

Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SRHR)

22. A Comissão elaborou programas e concebeu políticas e estratégias, tal como o Quadro Político Continental sobre a SRHR e o Plano de Acção de Maputo, adoptados pelos órgãos políticos/de tomada de decisão da UA em 2006 e 2007, respectivamente. A elaboração e aprovação dos instrumentos de política foram orientadas pela Visão, Missão e Quadro Estratégico da CUA para o período 2003-2007 e continua a beneficiar das directivas e do plano estratégico principal para o período 2009-2012.

23. O Quadro Político da SRHR foi concebido em resposta ao apelo para a redução da morbidade e da mortalidade infantil em África. Também foi concebido como uma contribuição da África para a implementação dos Programas de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), uma vez que a saúde reprodutiva e os direitos das mulheres, assim como dos homens, constavam dos objectivos prioritários da CIPD. Além disso, o quadro político continental da SRHR

visava acelerar a acção em torno da implementação dos ODM, especialmente os relacionados com a saúde, ou seja, os ODM 4, 5 e 6.

24. À Comissão da União Africana foi confiado o mandato (Decisão do Conselho Executivo EX.CL/Dec.327 (X) rev.1) de desempenhar o papel de advocacia, supervisão e avaliação, divulgação das boas práticas e harmonização das políticas e das estratégias. Nesta conformidade, a Comissão envidou esforços consideráveis para promover a implementação do Plano de Acção de Maputo, utilizando diferentes plataformas de advocacia aos níveis continental, regional e internacional. Em 2009, a Comissão preparou e divulgou, junto dos Estados-membros, o Instrumento de Avaliação do Progresso (IAP) para a monitorização e avaliação do estado de implementação do Plano.

25. Quarenta e três (43) Estados-membros preencheram e devolveram o questionário do IAP à Comissão. Com base nas respostas dos Estados-membros acerca da sua implementação do Plano de Acção, a CUA preparou um Relatório de Actividades detalhado sobre o estado da saúde materna e infantil, direitos reprodutivos das mulheres e jovens, situação do VIH/SIDA, aborto inseguro e planeamento familiar, assim como sobre as necessidades ainda não atendidas para os serviços de saúde reprodutiva. O Relatório de Actividades foi examinado por peritos dos Estados-membros na Reunião de Peritos da UA sobre Saúde Materna e Infantil em África, realizada em Adis Abeba, de 19 a 21 de Abril de 2010. A reunião contou com a participação de peritos de 43 Estados-membros e especialistas das Agências das Nações Unidas, Organizações da Sociedade Civil e os parceiros de desenvolvimento. O Relatório de Actividades e as recomendações dos peritos que incluíram uma extensão do Programa de Acção de Maputo para mais cinco anos foram aprovados pelos Ministros da Saúde na sua sessão extraordinária em Genebra, em 15 de Maio de 2010. O Relatório de Actividades e as recomendações adoptadas pelos Ministros são os principais documentos de trabalho para as discussões na 15ª Conferência Ordinária a decorrer em Kampala em Julho de 2010.

Campanha sobre a Redução Célere da Mortalidade Materna em África

26. Apesar do esforço corajoso da liderança da UA para adoptar o Programa de Acção de Maputo, as dificuldades para redução da mortalidade materna persistiram. Foi ao aperceber-se deste facto, que a União Africana lançou a sua Campanha para a Redução Rápida da Mortalidade Materna em África (CARMMA), na 4ª Sessão da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde (CAMH4), realizada em Adis Abeba, Etiópia, de 4 a 8 Maio de 2009. O tema da CARMMA é: **"A África preocupa-se: Nenhuma mulher deve morrer ao dar a vida"**.

27. A CARMMA deriva das áreas prioritárias principais consagradas no Quadro Político da UA para a Promoção da Saúde e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos em África e no Plano de Acção de Maputo (2006).

28. O principal objectivo da CARMMA é acelerar a disponibilização e a utilização de serviços de saúde de qualidade universalmente acessíveis, que são essenciais para a redução da mortalidade materna. A aposta é garantir a responsabilização, a coordenação e a implementação efectiva dos actuais planos e estratégias. Desde a sua promoção continental, a CARMMA foi lançada em 16 Estados Membros da UA com os

respectivos dirigentes nacionais nomeadamente Presidentes, Primeiros-ministros, Vice-presidentes e Primeiras Damas.

29. A campanha visa reduzir a mortalidade materna nos países com altas taxas. A divulgação de informações positivas promove os bons exemplos e os êxitos em alguns Estados Membros e a sua repetição noutros países e mais acções para impedir mortes de mães e de recém-nascidos. A campanha tem em conta a realidade Africana - os direitos e as escolhas sexuais das mulheres, a igualdade no género, a dependência económica e as escolhas de saúde de forma esclarecida, os conflitos armados, as situações dos refugiados, as práticas tradicionais perigosas, tais como o casamento precoce, a mutilação genital feminina, bem como as doenças e o sexo inseguro. Sem a implementação efectiva de uma estratégia de saúde sexual e reprodutiva abrangente, na qual as mulheres tenham o controlo sobre os seus corpos e os meios para o fazer, a mortalidade materna continuará a ser um problema para África e a retardar o desenvolvimento.

30. Os outros aspectos das políticas nacionais em que a CARMMA se incide são: práticas culturais e tradicionais que atribuem menos valor à vida das mulheres, igualdade na educação das mulheres, direitos das mulheres no casamento e direitos sexuais fundamentais, número de filhos que gostariam de ter e relações sexuais desiguais, sobretudo o sexo violento e sob coerção.

31. Desde que a CARMMA foi lançada ao nível continental, em Maio de 2009, dezasseis (16) países nomeadamente, Chade, Camarões, República Centro Africana, Etiópia, Gana, Lesoto, Mauritânia, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Sierra Leone, Suazilândia, Uganda e Zâmbia, procederam ao seu lançamento. Nove (9) países nomeadamente, Egipto, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Senegal, Sudão, Tanzânia, Tunísia e Zimbabué, comprometeram-se a lançar a CARMMA em 2010. Este é um indicador da forma como as políticas continentais podem motivar e dar um impulso à acção a nível nacional. Por isso, a CARMMA deve ser utilizada como um dos melhores exemplos para estabelecer o equilíbrio entre as iniciativas globais e continentais e o seu efeito impulsionador sobre a acção local. O lançamento da CARMMA não é um fim em si, pois existe muito mais trabalho a fazer, sobretudo acções urgentes a realizar. É imperioso investir na saúde das mulheres e das crianças, pois elas são o motor que produz energia para contribuir e trazer o desenvolvimento nacional.

32. Felizmente, uma das principais recomendações adoptadas pelos Ministros da Saúde na sua sessão especial em Genebra, em 15 de Maio de 2010, e que está perante os Chefes de Estado e de Governo para aprovação é: *"Acelerar a redução da mortalidade materna e infantil em África, utilizando a CARMMA como uma estratégia de advocacia para a promoção da saúde materna, neo-natal e infantil e envolver todas as partes interessadas nomeadamente, homens, mulheres e jovens, parlamentares, líderes comunitários e religiosos, a imprensa e o sector privado"*.

Questões Principais para o Debate

33. Na 15^a Sessão Ordinária da Conferência, os Chefes de Estado e de Governo irão debater o tema *"Promover a Saúde Materno-infantil e Desenvolvimento em África"*. Ao propor as principais questões para o debate, há três aspectos a ponderar.

34. Em primeiro lugar, este é um tema amplo que não pode ser abordado de forma eficaz num debate de 2 a 3 horas. **Por conseguinte, há necessidade de tornar o debate específico e substancial, centrando-se nas questões que irão acelerar a redução da mortalidade materna, do recém-nascido e da criança**, facilitando assim o alcance dos ODM.

35. Em segundo lugar, os Chefes de Estado e de Governo da UA fizeram muitos compromissos no passado. Desde a Cimeira do Milénio, em 2000, à Decisão da Cimeira para Aceleração da Acção para a Sobrevivência da Criança e Desenvolvimento em África, visando alcançar os ODM em 2005, até ao Apelo de Abuja para o Acesso Universal em 2006. A África não precisa mais de novos compromissos, mas sim de implementar os que já existem. Por essa razão, **o debate deve centrar-se nas medidas de baixo custo com grande impacto, que irão acelerar a redução da mortalidade materna, do recém-nascido e da criança**.

36. Em terceiro lugar e relacionado com a segunda reflexão é que as dificuldades para alcançar os ODM são enormes, mas as soluções não precisam de ser complexas. A partir do Relatório de Actividades sobre o Plano de Acção de Maputo, as intervenções mais eficazes têm sido as mais simples e talvez as menos óbvias. Por essa razão, **o debate deve centrar-se igualmente na partilha de experiências entre os Chefes de Estado e de Governo sobre as práticas bem sucedidas e que funcionem nos seus países**.

37. Por conseguinte, propõe-se que o debate seja centrado no seguinte:

- a) A forma como a CARMMA pode continuar a ser utilizada para acelerar a redução da mortalidade materna e infantil por meio do plano nacional;
- b) Os desafios enfrentados na redução da taxa de mortalidade materna, do recém-nascido e da criança em África, com particular ênfase no seguinte: prestação de cuidados primários de saúde de qualidade generalizados, integrados e a custos acessíveis, para assegurar o cuidado integral, promover a maternidade segura, a sobrevivência da criança, da mulher e do recém-nascido;
- c) O impacto da nutrição, da alimentação e do saneamento na saúde materna, do recém-nascido e da criança;
- d) A prevenção da transmissão do VIH/SIDA de mãe para filho (PMTCT);
- e) O aumento dos recursos internos para a saúde, através do orçamento nacional e parcerias público-privadas;
- f) A prestação de contas, a melhoria da governação no sector da saúde e a instituição de mecanismos de supervisão e avaliação.

Formato e estrutura do debate

38. As discussões serão conduzidas por um painel moderador, de forma interactiva, e irão incidir sobre questões específicas dirigidas ao painel para sua resposta. As perguntas basear-se-ão nas questões principais acima identificadas.

39. Prevê-se que o painel seja composto por dois (2) Presidentes e outras duas (2) Personalidades Eminentes mais um (1) moderador. A Comissária para os Assuntos Sociais, S.E Bience Gawanas fará observações preliminares, de modo a dar início à discussão.

40. Após a sessão interactiva, as discussões serão abertas para todos os Chefes de Estado e de Governo, que optarem por fazer uma intervenção. Espera-se que as suas intervenções se centrem nas áreas principais que são objecto de discussão.

41. Haverá alocações finais proferidas possivelmente pelo Presidente da União Africana, que irá também ler o documento final sobre as discussões.

Resultado das discussões

42. Espera-se que a Cimeira adopte uma série de Acções Principais, que visem acelerar a redução da mortalidade materna e infantil e garantir que nossos sistemas de saúde estejam virados para as mulheres e crianças e com resultados concretos para saúde, sobretudo das mulheres e crianças.

43. A África tenciona sair do compromisso para a acção orientada para resultados práticos e a mensagem principal para uma saúde melhor para a África é focalizar nas intervenções integradas, abrangentes e de baixo custo. O papel dos Cuidados Básicos de Saúde é ainda tão importante como era há mais de 30 anos, desde a Declaração de ALMA ATA.

44. Finalmente, as discussões devem permitir renovar a atenção sobre os problemas e reconhecer que o momento de agir é este, se tivermos que reverter esta imagem negativa das mulheres e crianças a morrerem de causas evitáveis em África.

Documentos

45. Os documentos de trabalho a seguir designados foram postos a disposição para facilitar a preparação e serem usados durante o debate:

1. Relatório de Actividades sobre a implementação do Plano de Acção de Maputo sobre a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos;
2. Relatório de Actividades do Apelo de Abuja para Acção Célere Rumo ao Acesso Universal aos Serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária;
3. Textos para Discussão Temática: SMNI, Nutrição e Segurança Alimentar; e Financiamento da Saúde;

4. Relatório do Estado da Criança Africana de 2010.

Documentos de Referência

1. Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança;
2. Protocolo sobre os Direitos da Mulher;
3. Quadro Político Continental da Carta da Juventude relativa à Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos;
4. Plano de Acção de Maputo sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (Plano de Acção de Maputo);
5. Apelo para Acção Célere rumo à uma África Propícia para a Criança;
6. Quadro de Política Social.

Boletim Informativo

**Campanha da UA sobre a Redução Acelerada da Mortalidade
Materna em África (CARMMA)**

Boletim Informativo

Campanha da UA sobre a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA)

“África Preocupa-se: Nenhuma Mulher deve Morrer durante o Parto”

O que é CARMMA?

1. A Campanha sobre a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA) é uma importante iniciativa levada a cabo pelo Departamento de Assuntos Sociais (DAS), e lançada em Maio de 2009 sob o tema: Preocupação de África: Nenhuma Mulher deve Morrer durante o Parto”. A CARMA foi concebida tendo como alicerce as principais áreas prioritárias consagradas no Quadro de Política da UA de 2005 para a Promoção da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos em África, e no Plano de Acção de Maputo (2006). A Saúde Materna e Infantil será o tema da Conferência da UA de Julho de 2010 a ser realizada em Kampala, Uganda.
2. A CARMA centra-se em três principais áreas: mensagem positiva; encorajamento de realizações e progressos alcançados em alguns países na redução da mortalidade materna e nos esforços para a sua replicação; e intensificação de acções destinadas a reduzir a mortalidade materna e infantil. A campanha visa eliminar a mortalidade materna nos países com taxas elevadas. A mensagem positiva promove bons exemplos e realizações em alguns Estados Membros (por exemplo, Malawi, Maurícias, Tânzania e Uganda) e sua replicação em outros países, e mais acções para pôr termo à mortalidade materna e infantil. Ela centra-se em factores que dizem respeito à África – direitos e escolhas sexuais da mulher, igualdade do género, dependência económica e escolhas de saúde informadas, conflitos armados, situações de refugiados, casamento prematuro e outros abusos, doenças e sexo inseguro. Sem a implementação efectiva de uma estratégia abrangente de saúde sexual e reprodutiva, com base na qual a mulher pode ter controlo sobre o seu corpo e meios para esse fim, a mortalidade materna será um problema de África e vai retardar o desenvolvimento.
3. Os outros aspectos das políticas nacionais que merecem ênfase incluem: práticas culturais e tradicionais que valorizam pouco a vida da mulher; igualdade na educação para as mulheres; direitos das mulheres em relação ao casamento e direitos sexuais fundamentais, e o número de filhos que elas gostariam de ter; relações sexuais desiguais, incluindo sexo violento e forçado.
4. O objectivo da CARMMA é contribuir para promover mais o desenvolvimento social no continente através de apoio pró-activo aos esforços nacionais e à liderança nacional com vista a reduzir a mortalidade materna. O seu principal objectivo é acelerar a disponibilidade e a utilização de serviços de saúde de qualidade acessíveis universalmente, incluindo os relacionados com a saúde reprodutiva e sexual, os quais são essenciais para a redução da mortalidade materna. Isto poderia ser alcançado através do reforço dos sistemas da saúde com vista a realizar os ODM e outras metas e objectivos conexos, e através do reconhecimento da mortalidade materna como um indicador chave da eficácia dos sistemas da saúde.

5. A CARMMA procura sensibilizar e estabelecer ligações com as campanhas internacionais, bem como reforçar e integrar os sistemas da saúde através de intervenções com elevados impactos nos países seleccionados. Ela vai promover o financiamento sustentável e divulgar os principais assuntos através dos órgãos de comunicação social e outros apoios. Estabelecerá igualmente instrumentos de monitorização e avaliação e trabalhará com parceiros, incluindo os ministérios da saúde.

Principais Políticas e Estratégias

- A Visão, Missão e o Quadro Estratégico da UA (2004-2007 e além), que coloca a saúde no topo da agenda do continente;
- Decisões da Cimeira da UA sobre a Saúde Materna e Infantil;
- O Quadro de Política Continental de 2005 sobre a Promoção da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SRHR) em África e o Plano de Acção de Maputo (2006) para a sua implementação;
- O Apelo de Abuja para Acções Aceleradas rumo ao Acesso Universal aos serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária (ATM) em África (2006);
- A Estratégia Africana para a Saúde (Abril de 2007);
- Documento de estratégia da CARMMA.

Acções do Departamento de Assuntos Sociais

6. O DAS desenvolveu o documento de estratégia para a CARMMA que foi apresentado e adoptado pela Conferência dos Ministros da Saúde em Maio de 2009. Os Ministros da Saúde concordaram em apoiar e lançar a CARMMA nos seus respectivos países.

7. Desde então, os lançamentos tiveram lugar durante o ano de 2009 nos seguintes países:

- *Maputo, (Moçambique), 3 de Agosto;*
- *Lilongwe, (Malawi), 7 de Agosto;*
- *Kigali (Ruanda) 7 de Outubro;*
- *Abuja (Nigéria), 16 de Outubro;*
- *Mbabane (Suazilândia);*
- *Gana, 25 de Novembro;*

- Ndjamená, (Chade) 15 de Dezembro;
 - Gobabis, (Namíbia), 16 de Dezembro
8. Mais lançamentos estão previstos em cerca de 9 outros países até Julho de 2010.
9. No lançamento da Campanha, o DAS também preparou documentos e folhetos para distribuição. O departamento está em processo de preparação de actividades de seguimento, mobilização de recursos e um plano de sustentabilidade, incluindo a criação de um grupo de parceiros em países seleccionados.
10. O DAS está a trabalhar com os Estados Membros, as CER, as agências da ONU e uma série de outros intervenientes. Os Estados Membros são encorajados a desenvolver a sua própria estratégia, a mobilizar todos os principais intervenientes, incluindo a nível comunitário, e a lançar a CARMMA nos seus respectivos países. Na promoção da CARMMA, o DAS também contou com a colaboração internacional. Neste contexto, um novo grupo líder internacional para combater a Mortalidade Materna foi lançado no dia 12 de Março de 2009 em Londres, com Bience Gawanas (União Africana) e Sarah Brown como co-presidentes. Este grupo de alto nível, iniciado por organizações de base e apoiado pela Rede de Líderes Mundiais, ajudará a levar a cabo a luta mundial contra a mortalidade materna. O grupo, anunciado como um grupo de activistas de luta contra a Mortalidade Materna, será composto por académicos, profissionais da saúde e primeiras-dama de todo o mundo. Os seus membros efectivos serão anunciados nos próximos meses. O grupo vai procurar catalisar esforços a nível nacional e internacional para resolver o problema.
11. O DAS também apoiou na organização da reunião da Rede de Parlamentares Africanos para o Desenvolvimento e Financiamento da Saúde, realizada a 9 de Setembro de 2009, que adoptou uma resolução em apoio à CARMMA que exorta o PAP, os Parlamentos das CER e todos os parlamentos nacionais a adoptar formalmente a CARMMA.
12. O DAS está a levar a cabo várias actividades em preparação do debate da Cimeira da UA de Julho de 2010 subordinado ao tema “Saúde Materna e Infantil”, tais como a organização da Conferência Pan-Africana sobre a Saúde Materna e Infantil, realizada em Abril de 2010 para avaliar os progressos alcançados na implementação do Plano de Maputo, a organização da Sessão Especial da Conferência da UA dos Ministros da Saúde para, entre outros aspectos, produzir recomendações para a Cimeira de Julho de 2010.

Como contactar o DAS

The Director
Department of Social Affairs
African Union Commission
PO Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia
Tel: + 251 11 5517700 ext. 300
Fax: +251 11 5533616
Email: dsocial@africa-union.org
Website: www.africa-union.org

“Nós, estamos determinados a acabar de uma vez por todas com o flagelo de conflitos e violência no nosso Continente, reconhecendo as nossas deficiências e erros, atribuindo os nossos recursos e envolvendo os nossos melhores quadros, e aproveitando todas as oportunidades para avançar com a Agenda sobre a Prevenção de Conflitos, Instauração da Paz, Manutenção da Paz e Reconstrução Pós-conflito. Nós, na qualidade de líderes, não podemos simplesmente transferir o fardo dos conflitos para a nova geração de Africanos” (Parágrafo 9 da Declaração de Tripoli, de 31 de Agosto de 2009)

AFRICAN UNION UNION AFRICAINE

African Union Common Repository

<http://archives.au.int>

Organs

Assembly Collection

2010-07-27

Theme of the Summit: “Promoting Maternal, Infant and Child Health and Development in Africa” Background Document

African Union

DCMP

<https://archives.au.int/handle/123456789/9104>

Downloaded from African Union Common Repository