



Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África

Relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana



Organização Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a **África**

Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África

Relatório da Comissão da Saúde da Mulher
na Região Africana

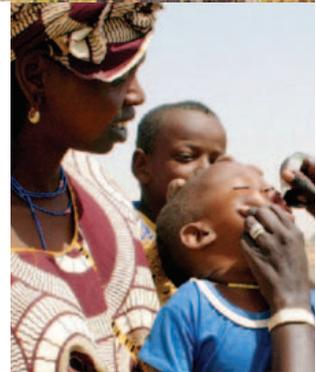


Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a África



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



Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África

Relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a África

Dados da Catalogação na Publicação da Biblioteca da AFRO

Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África
Relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana

1. Saúde da Mulher
2. Serviços de Saúde da Mulher
3. Prestação de Cuidados de Saúde
4. Condições Sociais
5. Desenvolvimento Económico e Social

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

ISBN: 978 929 023 1943 (Classificação NLM: WA 309)

© Escritório Regional da OMS para a África, 2012

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

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

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

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

Impresso no Reino Unido

Índice

Agradecimentos	vi
Membros da Comissão	vii
Prefácio da Presidente	ix
Prefácio do Director Regional	xi
Acrónimos, Siglas e Definições	xiii
Resumo	xv
Introdução	1
Capítulo 1: Repensar a saúde da mulher	3
Capítulo 2: Estado de saúde das mulheres na Região Africana: do nascimento ao início da actividade sexual	12
Capítulo 3: Estado de saúde das mulheres na Região Africana: idade reprodutiva	20
Capítulo 4: Estado de saúde das mulheres na Região Africana: para além da idade reprodutiva	39
Capítulo 5: Benefícios socioeconómicos do investimento na saúde da mulher	46
Capítulo 6: Intervenções para melhorar a saúde da mulher	60
Capítulo 7: Conclusões e recomendações	79
Apêndice: Metodologia usada na preparação deste relatório	87
Apêndice: Fotografias	90

Agradecimentos

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

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

Revisores internos do relatório

Dr. P. Olukoya, Dr. T. Nyagiro, Dr. S. Aboubaker, Dr. S. Abdool, Dr. E. Johansen, Dr. H. Bathija, Dr. H. Diallo, Dr. Chandra Mouli e Dr. E. Mason.

Revisores externos

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

Membros do Grupo de Trabalho Regional Africano da OMS para a Saúde da Mulher

Dr. T. Ketsela, Dr. A. Kosia, Dr. J. Kirigia, Dr. E. Asamoah-Odei, Dr. Patience Mensah, Dr. N. Bakyaita, Dr. D. Munodawafa, Dr. T. Nkurunziza, Dr. K. Mbaye e Dr. P. Mongi.

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

Redactor do relatório: Sr. Gary Humphreys.

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

Os dados e fotografias de nível nacional não poderiam ter sido obtidos sem a valiosa contribuição dos Representantes da OMS nos países.

Membros da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana

Presidente Honorário

Sua Excelência, a Sr.ª Ellen Johnson Sirleaf

Presidente da República da Libéria

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

Prof. Germano Mwabu – *Quênia*
Universidade de Nairobi

Dr.ª Sylvia Deganus – *Gana*
Service de Saúde do Gana

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

Prof. Kodjo Evlo – *Togo*
Universidade de Lome

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

Exmo. Sr. Theo-Ben Gurirab – *Namíbia*
Presidente do Parlamento Mundial

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

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

Afoussatou Diarra – *Mali*
Juíza do Supremo Tribunal

Prof. Christopher B-Lynch – *UK*
Milton Keynes Foundation Trust Hospital

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

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

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

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



Prefácio da Presidente



Sua Excelência, a Sr.^a Ellen Johnson Sirleaf

Na minha qualidade de Presidente Honorária, coube-me o dever e a subida honra de lançar a Comissão da Saúde da Mulher, no dia 14 de Abril de 2010, em Monróvia, na Libéria.

No contexto da África, entre os principais papéis e responsabilidades que cabem às mulheres, é de suprema importância, normalmente, o papel de liderança que desempenham no desenvolvimento da saúde e bem-estar das suas famílias, o que conduz ao desenvolvimento global da saúde e socioeconómico das nações, assim como das famílias. As mulheres enfrentam muitos desafios, incluindo um pesado fardo de doenças, o qual resulta em elevadas taxas de morbilidade e mortalidade; estão também sujeitas a muitas injustiças sociais e práticas socioculturais nocivas, que prejudicam ainda mais a sua saúde e o seu desenvolvimento.

A cerimónia de lançamento constituiu uma oportunidade para a África e o resto do mundo reflectirem sobre a saúde das mulheres, recordando que ela é deplorável na Região, visto que a cada minuto há uma mulher que morre em trabalho de parto ou sofre complicações para toda a vida, associadas à gravidez e ao parto.

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

Tenho o maior prazer em apresentar a todos este Relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana *“Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África”*. O Relatório destaca a situação desesperada que as mulheres africanas enfrentam durante toda a sua vida e apresenta recomendações para melhorar a sua saúde na Região.

Não seria próprio concluir sem vos deixar com estas palavras: “Uma nação prospera quando as mães sobrevivem; temos de nos esforçar por mantê-las vivas”. Embora a tarefa que temos pela nossa frente possa parecer gigantesca, exorto a África a assegurar que *“Nenhuma Mulher Deverá Perder a Vida ao Gerar Vida”*. Trabalhemos todos juntos, incessantemente, para reduzir as doenças, melhorar os estilos de vida e reduzir as mortes na Região Africana.

Sua Excelência, a Sr.^a Ellen Johnson Sirleaf

Presidente da República da Libéria

Prefácio do Director Regional



Dr. Luís G. Sambo

Tenho o maior prazer em partilhar convosco este relatório, que se baseia num vasto leque de factos, demonstrando que o papel da mulher na sociedade ultrapassa em muito a simples procriação e comprovando que as mulheres têm, em primeiro lugar e acima de tudo, o direito a uma boa saúde. O relatório argumenta que é necessário investir mais na saúde da mulher e, em particular, dar às mulheres a oportunidade de desenvolverem o seu potencial, em prol da sua própria realização e da prosperidade das suas famílias e nações.

O relatório foi produzido por uma comissão multidisciplinar para a saúde da mulher na Região Africana, criada em 2009, como resposta à resolução adoptada pelo Comité Regional Africano da OMS, na sua 58.^a sessão, realizada em Yaoundé,

nos Camarões, de 1 a 5 de Setembro de 2008. A Presidente da República da Libéria e Prémio Nobel da Paz, Sua Ex.^{ca}, a Sr.^{ca} Ellen Johnson Sirleaf, é a Presidente Honorária da Comissão.

A Comissão, constituída por 16 peritos, foi mandatada para reunir factos sobre os principais factores que influenciam a saúde da mulher na Região Africana e recomendar medidas apropriadas em todos os sectores da sociedade, para se conseguirem melhorias rápidas e sustentáveis no tocante à saúde das mulheres. A Comissão foi também incumbida de apresentar fundamentação para um investimento alargado neste domínio, como contributo para o desenvolvimento social e económico.

A abordagem do ciclo de vida, para compreender a evolução da saúde ao longo do tempo, é usada para identificar as intervenções mais adequadas à melhoria da saúde da mulher. O relatório realça o direito das mulheres à saúde e reconhece que as mulheres saudáveis representam um importante recurso de capital humano que está ainda muito por explorar.

Reconhece-se que, em África, ainda existem poucos dados científicos de qualidade sobre a saúde da mulher. Por outro lado, verifica-se que, durante as várias fases da sua vida, as mulheres passam por mudanças nas suas necessidades em termos de saúde. É preciso, portanto, gerar dados desagregados para monitorizar o estado de saúde da mulher, apoiar a advocacia e reunir dados para a tomada de decisões.

O relatório mostra que a Região Africana promove a capacitação e o empreendedorismo das mulheres. No entanto, no que se refere à saúde materna a situação é de desalento, sendo a Região responsável, todos os anos, por quase metade dos óbitos maternos de todo o mundo. O relatório revela ainda que a melhoria da saúde da mulher pode gerar consideráveis benefícios socioeconómicos, em termos da produtividade no trabalho e da receita nacional.

O presente relatório recomenda uma análise exaustiva das actuais abordagens à melhoria da saúde da mulher na Região Africana. Para tal, os governos deverão promover firmemente investimentos na saúde da mulher e adoptar medidas vigorosas para desenvolver programas e iniciativas intersectoriais que contribuam para melhorar a saúde da mulher e o seu papel no desenvolvimento.

O público-alvo do presente relatório compreende três categorias de pessoas. A primeira categoria consiste em decisores políticos e funcionários governamentais superiores, que tenham influência a nível nacional na distribuição de recursos destinados a actividades que possam melhorar a saúde da mulher e o seu estatuto social. Entre eles contam-se deputados, funcionários públicos de nível superior e ministros da saúde, educação, finanças, planeamento e assuntos das mulheres. A segunda categoria de público inclui representantes de organizações não governamentais locais e internacionais, agências das Nações Unidas, sociedade civil, comunidades, organizações de comunicação social, activistas dos direitos das mulheres, sindicatos e associações patronais. Este público é importante para a promoção do direito das mulheres a uma boa saúde. A terceira categoria de público inclui profissionais de saúde, economistas, sociólogos, académicos, instituições de investigação e a comunidade empresarial, que podem influenciar os acontecimentos e as opiniões a favor da saúde da mulher.

Ao apresentar este relatório, espero que ele sirva para intensificar as acções dos Estados-Membros, agências e parceiros do desenvolvimento, levando-os a investir substancialmente no bem-estar físico, social e mental das mulheres e a criar abordagens inovadoras que permitam melhorar a saúde e a qualidade de vida de todas as jovens e mulheres em África.



Dr. Luís G. Sambo
Director Regional

Acrónimos, Siglas e Definições

Acrónimos e Siglas

ARV	Anti-retrovirais
CARMMA	Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África
CEDAW	Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DALY	Anos de Vida Ajustados em função da Incapacidade
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FAMPOP	Projecto de Opções sobre Planeamento Familiar
FMD	Fardo Global das Doenças
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para as Populações
IITA	Instituto Internacional da Agricultura Tropical
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITN	Mosquiteiros Tratados com Insecticida
MGF	Mutilação Genital Feminina
MYWO	Organização <i>Maendeleo Ya Wanawake</i> , Quénia
NPC	Clínicos Não Médicos
NUWODU	União Nacional das Mulheres Portadoras de Deficiência do Uganda
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OOP	Pagamento Pessoal
PIB	Produto Interno Bruto
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVH	Papilomavírus Humano
ROSCAS	Rotating Savings and Credit Associations
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TAR	Terapêutica anti-retroviral
TB	Tuberculose
TI	Tecnologias da Informação
TV	Transmissão Vertical
UNECA	Comissão Económica das Nações Unidas para África
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Definições

Aborto de risco	Um procedimento destinado a pôr termo a uma gravidez não desejada executado por pessoas sem as qualificações necessárias ou num ambiente que não está em conformidade com os padrões médicos mínimos, ou ambos
Adolescente	Uma jovem entre 10–19 anos
Agente comunitário de saúde Mulher	Um trabalhador da comunidade que recebeu formação em alguns elementos de cuidados de saúde primários
Adulta	Uma mulher com 20–59 anos
Badienou Gokh	Mentor/tia honorária de cuidados de saúde
Capital humano	Conjunto de competências, conhecimentos e atributos da personalidade expressos na capacidade para realizar trabalho que produza valor económico
Capital social	Ligações dentro ou entre redes sociais que produzem benefícios
Ciclo de vida	Um conceito de transições fisiológicas e sociais na vida de um indivíduo desde o nascimento até à morte
Clínicos não médicos	Agentes de saúde treinados para adquirirem competências que lhes permitam prestar os cuidados normalmente prestados por médicos
Determinante	Um factor como uma característica pessoal, uma condição ambiental ou socioeconómica que afecte a saúde
Distribuidor baseado na comunidade	Um agente comunitário de saúde empregado especificamente para distribuição na aldeia de produtos para o planeamento familiar
Género	Uma conceito social dos papéis dos homens e mulheres na sociedade, com base, principalmente, nas características biológicas e sexuais dos indivíduos
Lei consuetudinária	Leis escritas ou não escritas, elaboradas com base em tradições e costumes das sociedades
Melhor prática	Conhecimentos sobre o que funciona em situações e contextos específicos, sem usar recursos excessivos para obter os resultados desejados e que podem ser usados para conceber e implementar soluções adaptadas a problemas de saúde semelhantes em outras situações e contextos
Menina	Uma mulher com 0–9 anos
Morte materna	A morte de uma mulher, enquanto grávida ou nos 42 dias posteriores ao fim da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada com a gravidez ou seu tratamento, mas não por causas acidentais ou incidentais
Mulher idosa	Uma mulher com 60 anos ou mais
Multissectorial	Uma estratégia de planeamento e implementação de programas de abordagem que envolve muitos sectores da economia
Mutilação Genital Feminina	Um procedimento executado em meninas ou jovens em que partes dos órgãos sexuais externos são removidas ou reconstruídas por razões sociais
Obstetras qualificados	Agentes de saúde que frequentaram um curso certificado e adquiriram um conjunto de competências internacionalmente reconhecidas em cuidados maternos e neonatais
Região Africana da OMS	África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue
Taxas de utilização	Taxas pagas directamente pelos utentes pelos cuidados de saúde e serviços associados



As intervenções destinadas a melhorar a saúde da mulher que visem unicamente as questões de saúde pública falham a interligação fundamental entre a saúde e outros factores sociais. Reconhecer essa interligação é o ponto de partida para repensar multisectorialmente as estratégias dos cuidados de saúde que a Comissão recomenda na Região Africana.

Resumo

Visão geral

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

Um ponto controverso do relatório é que existem várias pressões socioeconómicas adversas, incluindo cuidados de saúde inadequados, que impedem que as mulheres africanas utilizem todo o seu potencial. As intervenções destinadas a melhorar a saúde da mulher, que visem unicamente questões de “saúde pública”, falham a interligação fundamental entre a saúde e outros factores sociais; reconhecer essa interligação é o ponto de partida para salientar a importância da abordagem multisectorial necessária na Região Africana.

Para se compreender a muitas vezes complexa relação entre a saúde da mulher e o seu estatuto socioeconómico, o relatório adopta uma abordagem multidisciplinar à recolha e análise dos dados factuais e adopta a abordagem do ciclo de vida à saúde da mulher, para revelar os desafios específicos que as mulheres africanas enfrentam em diferentes fases da sua vida. A abordagem mostra como as principais intervenções nas primeiras fases da vida das mulheres podem ter um impacto positivo, tanto na sua saúde como, posteriormente, no seu estatuto socioeconómico.

O relatório faz uma ampla apreciação das principais questões relacionadas com a saúde da mulher, sem ser exaustivo. De facto, quando existem lacunas nos dados disponíveis e na investigação, o relatório chama a atenção para elas. Mais importante ainda, o relatório esclarece a interligação entre as questões que muitas vezes são negligenciadas, ao elaborar e implementar as políticas de saúde pública destinadas a melhorar a saúde da mulher, enquanto, ao mesmo tempo, sublinha as muitas oportunidades de desenvolvimento em África, as quais, com um investimento adequadamente dirigido e sustentado, podem exercer um profundo impacto sobre a saúde da mulher, o seu bem-estar e o seu estatuto socioeconómico.

Principais conclusões do relatório

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

↳ O estado da saúde materna em África é desanimador, sendo a Região responsável por mais de metade de todos os óbitos maternos que ocorrem anualmente em todo o mundo; e, infelizmente, a situação não está a melhorar significativamente. ↵

O estado da saúde materna em África é desanimador, sendo a Região responsável por mais de metade de todos os óbitos maternos que ocorrem anualmente em todo o mundo; e, infelizmente, a situação não está a melhorar significativamente. Embora o ODM 5 vise uma redução de 75% da mortalidade materna no

mundo, entre 1990 e 2015, requerendo para isso uma redução média anual de 5,5%, a real redução média anual na Região Africana, desde 1990 até 2010, foi de 2,7%. Mais de metade dos óbitos maternos ocorre nas 24 a 48 horas a seguir ao parto, por complicações que vão desde hemorragias pós-parto a septicemias e problemas de hipertensão. Algumas mães africanas simplesmente sangram até à morte depois do parto, porque não há nenhum profissional de cuidados de saúde disponível para as ajudar. Estima-se que cerca de um quarto dos óbitos maternos poderiam ser evitados, através de cuidados obstétricos de emergência. A situação é ainda mais trágica, se considerarmos que a mortalidade materna é largamente evitável, como comprova a disparidade mundial dos resultados da saúde materna. De facto, na Europa, a mortalidade materna é uma ocorrência rara, registando-se em apenas vinte por 100 000 nados-vivos, em comparação como 480 por 100 000 na Região Africana, o maior rácio de todas as Regiões do mundo.

Enquanto o VIH/SIDA e a mortalidade materna continuam a predominar nas estatísticas da morbilidade e mortalidade da Região, há outros problemas que surgem. Na sua idade avançada, as mulheres africanas sofrem cada vez mais de doenças não transmissíveis (DNT), sobretudo doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas. O relatório nota que as taxas de prevalência de DNT não são, de modo geral, registadas nos serviços de saúde em África, mas os poucos estudos realizados sugerem que elas são elevadas e se encontram mesmo em crescendo. De acordo com a OMS, se nada for feito para resolver o problema das DNT, elas representarão, pelo menos, 50% da mortalidade na Região Africana, até 2020.

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

O relatório mostra que os sistemas de saúde da maioria dos países africanos não consegue prestar cuidados acessíveis e de qualidade adequada, o que é um dos principais motores das tendências adversas dos indicadores da saúde da mulher. Essa situação deriva do subinvestimento na saúde da mulher e de outros factores, como a inadequada capacitação das mulheres e a má concepção dos sistemas de saúde. Desde 2003, a despesa média com a saúde, como percentagem da despesa total dos países africanos, tem

oscilado em torno dos 10%, isto é, dois terços do nível a que os líderes africanos se comprometeram em Abuja, em 2001. Vale a pena notar que, mais de dez anos depois de Abuja, só o Botsuana, Burkina Faso, República Democrática do Congo, Libéria, Ruanda, Tanzânia e Zâmbia estão a cumprir o compromisso, enquanto 13 países afectam agora menos à saúde do que antes de 2001.

No entanto, mesmo com financiamento adequado, os sistemas de saúde da Região continuarão a ter dificuldade em satisfazer as necessidades das mulheres, a menos que se proceda a mudanças fundamentais na concepção dos sistemas de saúde. A maioria dos modernos serviços de cuidados de saúde prestados na Região estão baseados em clínicas, são orientados por médicos e situam-se nos centros urbanos, deixando lamentavelmente mal servida a população predominantemente rural.

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



Torna-se, por isso, crucial que os decisores políticos repensem a concepção dos sistemas de saúde, dando maior relevo aos cuidados de saúde primários (CSP). A organização da prestação de cuidados de saúde materna, em particular, terá de ser reconsiderada e reorganizada, com vista a melhorar o acesso aos cuidados obstétricos de emergência básicos e abrangentes.

Um dos maiores problemas que se colocam aos sistemas de saúde da Região é o número insuficiente de agentes de saúde devidamente qualificados e motivados. Segundo os dados da OMS, 36 dos 57 países de todo o mundo que enfrentam uma insuficiência crítica de agentes de saúde estão localizados em África. As más condições de trabalho e os baixos salários são duas das principais razões para a situação, mas o recrutamento e a retenção de agentes também ficam comprometidos pela instabilidade política, a actual crise financeira e a epidemia do VIH/SIDA.

Alguns países africanos estão a explorar várias opções para maximizar o uso eficaz dos recursos disponíveis, incluindo a rotatividade de tarefas, para permitir que o pessoal de nível médio realize procedimentos essenciais, tais como cuidados obstétricos de emergência. Contudo, são necessárias mais provas para estabelecer o valor dessas abordagens. As mulheres são os principais prestadores de cuidados de saúde na Região. São os principais prestadores de cuidados em casa e no sistema formal de cuidados de saúde. No entanto, raramente estão representadas em cargos de nível executivo ou de gestão, e tendem a realizar tarefas de menor nível, que, embora essenciais, não condizem com todo o seu potencial de gestão, nem com outras capacidades. Esta situação tem de mudar, designadamente assegurando que as jovens tenham as mesmas oportunidades educacionais que os seus pares masculinos, e possam prosseguir os seus estudos em especializações que permitam o desempenho de cargos superiores, no seio do sistema de saúde e em outras áreas.

As mulheres são os principais prestadores de cuidados de saúde na Região. São os principais prestadores de cuidados em casa e no sistema formal de cuidados de saúde. No entanto, raramente estão representadas em cargos de nível executivo ou de gestão e tendem a realizar tarefas de menor nível que, embora essenciais, não condizem com todo o seu potencial de gestão, nem com outras capacidades.

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

C. A abordagem multisectorial é imperiosa para melhorar a saúde da mulher

A falta de saúde é tanto sintoma como causa da falta de capacitação das mulheres – um motor do ciclo de incapacitação das mulheres africanas. A falta de informação e a pobreza económica também desempenham aí um papel importante, alimentando a doença e sendo por ela alimentadas. Por isso, é fundamental que os decisores políticos adoptem medidas multisectoriais ao lidarem com problemas relativos à saúde da mulher. Por exemplo, vários dos principais problemas de saúde que afectam as mulheres em África estão associados às más condições de vida e resolvê-las exige que se resolvam as suas causas de fundo. Sendo as principais recolectoras e carregadoras de lenha e água, bem como

as principais produtoras e transformadoras de alimentos nos lares africanos, as mulheres estão expostas a determinados riscos para a sua saúde. Existem inúmeras provas de que, melhorando as infra-estruturas, tais como as estradas de acesso, e disponibilizando fontes de água seguras e acessíveis, se pode melhorar consideravelmente a saúde da mulher, assim como o seu bem-estar económico. Como principais participantes nestas actividades, as próprias mulheres têm um importante papel a desempenhar na formulação de políticas e na concepção de projectos que melhorem a situação dos combustíveis e da água nos lares africanos, devendo, de modo geral, ser envolvidas nos processos de desenvolvimento a todos os níveis da sociedade.

A falta de informação e a pobreza económica também desempenham um papel importante, alimentando a doença e sendo por ela alimentadas. Por isso, é fundamental que os decisores políticos adotem medidas multisectoriais ao lidarem com problemas relativos à saúde da mulher.

O relatório revela que simples mudanças nos lares podem conduzir a uma melhoria importante na vida das mulheres. Por exemplo, comprar equipamentos domésticos é um investimento que poupa trabalho e que permitirá às jovens dedicarem mais tempo à sua educação e às mulheres darem mais atenção aos filhos ou trabalharem em actividades economicamente mais produtivas; os fogões mais modernos a lenha ou carvão, que já se usam em alguns países africanos, reduzem a poluição na cozinha em cerca de 50%, diminuindo a exposição das jovens e mulheres à poluição interna.

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

Uma das acções mais importantes para uma mudança positiva na Região Africana é melhorar a educação das mulheres. Os decisores políticos terão de fornecer mais recursos para melhorar o acesso das jovens às escolas, terão de lutar contra os estereótipos sociais, que mantêm as raparigas em casa. Esta é mais uma questão que exige uma consulta multisectorial sobre a necessidade de uma mudança de atitude nas famílias e nas comunidades. Por exemplo, os rapazes e as raparigas deverão desempenhar o mesmo tipo de tarefas domésticas, as quais não deverão ser deixadas apenas para as raparigas.

Educar as mulheres promove a sua capacitação socioeconómica. No entanto, essa capacitação ficará incompleta se não lhes for facilitada uma plena participação no mercado de trabalho e se não puderem desfrutar dos resultados do seu próprio trabalho.



A África Subsariana tem as percentagens mais baixas do mundo no que concerne à literacia entre as raparigas, rácio de inscrições no ensino primário e rácio de frequência do ensino primário; por outro lado, a percentagem de frequência do ensino secundário entre as raparigas da África Subsariana é de 22%, em comparação com 52% na Ásia Meridional, por exemplo. Alguns países africanos estão já a tentar resolver este problema, nomeadamente isentando as raparigas do pagamento das propinas e introduzindo programas de almoço gratuito. Estas iniciativas simples levaram a um aumento significativo da frequência escolar, mas muito mais pode ainda ser feito.

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

contribuição das mulheres para o bem-estar das famílias em muitos contextos. As associações de mulheres nas zonas rurais e urbanas têm contribuído significativamente para a criação de redes sociais, capazes de mobilizar recursos para investimento destinados às mulheres das localidades rurais; mas muito mais pode ser feito e o mesmo se aplica às actividades empresariais das mulheres. Como o relatório revela, existem muitos exemplos notáveis de mulheres de negócios com muito sucesso em África, mas o continente continua atrás de outras Regiões em desenvolvimento na promoção da capacidade de empreendimento das mulheres. Em particular, as mulheres africanas enfrentam desafios consideráveis no acesso ao crédito para empresas e aos serviços sociais básicos, tais como os cuidados de saúde e a educação. O direito das mulheres à posse de propriedade também necessita de maior apoio, especialmente através de mudanças legislativas e da aplicação das leis existentes.

A concessão de direitos de propriedade às mulheres não só aumenta o seu estatuto socioeconómico como também reforça a sua participação em actividades cívicas, um importante aspecto da capacitação das mulheres. Embora alguns países tenham atingido uma representação de 50% ou mais, no geral as mulheres estão significativamente sub-representadas na política em África, visto que a maioria dos países da Região têm menos de 10% de deputadas. Este défice começa a nível das bases, porque a discriminação sexual, especialmente a ausência de oportunidades educacionais, dá às mulheres a impressão de que não têm voz activa. Felizmente, esta situação está a mudar para melhor em alguns países. A situação não é melhor relativamente às mulheres que desempenham cargos no governo ou de nível superior no funcionalismo público. A participação das mulheres nas estruturas políticas mais altas do governo é claramente fundamental para a integração das questões da saúde da mulher e já tem sido importante no apoio à aprovação de leis contra a discriminação sexual e práticas culturais nocivas, tais como a mutilação genital feminina.

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

No seu pior, a discriminação sexual assume a forma de violência do homem sobre a mulher. A coacção e a violência sexual prevalecem em muitos países africanos e tendem a aumentar em situações de crise, tais como as catástrofes naturais e os conflitos armados. A violência contra as mulheres torna-se particularmente perniciosa em certas práticas tradicionais nocivas, tais como a mutilação genital feminina, que se estima que seja infligida, todos os anos, a mais de dois milhões de crianças entre os quatro e os doze anos de idade, enquanto se calcula que mais de 92 milhões de mulheres e jovens com mais de 10 anos de idade estejam a viver com a indignidade e a dor resultante desses abusos. Muitos países da África Subariana aprovaram leis que penalizam a referida prática, mas a legislação terá de ser complementada por esforços de base mais alargada, incluindo programas de educação pública e o envolvimento de organizações profissionais e de grupos de mulheres em campanhas anti-MGF, assim como na interacção com as comunidades na abordagem das razões culturais que perpetuam essa prática.

A violência contra as mulheres torna-se particularmente perniciosa em certas práticas tradicionais nocivas, tais como a mutilação genital feminina, que se estima que seja infligida, todos os anos, a mais de dois milhões de crianças entre os quatro e doze anos de idade.

F. A melhoria da saúde da mulher traz inúmeros benefícios socioeconómicos

Como o presente relatório revela, a melhoria da saúde da mulher resulta em grande benefício socioeconómico. Esse benefício encontra expressão numa maior produtividade por parte de uma força de trabalho saudável. As mulheres são a principal fonte de trabalho agrícola na Região e o pilar da economia africana, no seu todo, pelo que investir na sua saúde poderá gerar importantes ganhos económicos. Do mesmo modo, é evidente que melhorar a saúde materna traz igualmente benefícios socioeconómicos. A saúde das mães é vital para a sobrevivência do feto. Investir na saúde materna representa, portanto, um investimento na saúde das futuras gerações.

As mães em África não só acarinham, alimentam, lavam e vestem os seus filhos em ambientes fora do mercado, tais como a casa e o campo, mas também orientam os recursos domésticos para os cuidados e o desenvolvimento dos filhos em ambientes de mercado, tais como centros de cuidados de dia, escolas e clínicas. Quando as mulheres ganham dinheiro, é provável que, mais do que os homens, usem esse dinheiro para comprar bens e serviços que beneficiem a família e os filhos. Obviamente, uma sociedade que limite o papel das mulheres à procriação e educação dos filhos, confinando-as apenas ao ambiente doméstico, pagará um elevado preço em termos socioeconómicos.

↳ A saúde das mães é vital para a sobrevivência do feto. Investir na saúde materna representa, portanto, um investimento na saúde das futuras gerações. ↳

Está comprovado que o planeamento familiar traz benefícios socioeconómicos directos. A Organização Mundial da Saúde estima que em alguns países de baixo rendimento, incluindo a África Subsariana, investir um dólar no planeamento familiar pode significar a poupança de quatro dólares que, de outro modo, teriam sido gastos para solucionar complicações subsequentes, em resultado de uma gravidez não planeada. Outros benefícios são menos facilmente quantificáveis, mas não menos importantes. Por exemplo, reduzindo o número de nascimentos não planeados entre as adolescentes, os decisores políticos poderão prever que haja mais jovens mulheres que continuem na escola, o que, por sua vez, melhora o estatuto social e a produtividade económica. Limitar a concepção pode também beneficiar a família, dando à mãe tempo para recuperar entre as gravidezes e permitindo que ela dedique mais tempo e recursos a cada um dos seus filhos.

O que acontece a nível doméstico reflecte-se muitas vezes na economia mais ampla. Por exemplo, controlar a fertilidade reduz a procura dos recursos necessários para os cuidados de saúde, a educação e os sistemas de segurança social, ao mesmo tempo que alivia a pressão sobre os recursos naturais, tais como a terra arável e a água, e sobre a procura de alimentos que esses recursos produzem. Se o crescimento demográfico não for controlado, há uma pressão indevida que se exerce sobre todos os recursos disponíveis. A África Subsariana tem a taxa de fertilidade mais elevada do mundo, estimada em 5,2 crianças. Reduzir a taxa de fertilidade ajudará, tal como outras coisas, a melhorar a saúde da mulher e o desenvolvimento da Região; a chave para isso é o maior uso de contraceptivos. Infelizmente, os progressos realizados neste domínio, no continente, têm sido relativamente lentos.

G. Há uma necessidade urgente de melhores dados

É de salientar que não existem dados nem investigação específica sobre a saúde da mulher. As necessidades de saúde da mulher mudam durante as várias fases da sua vida, o que torna necessária a existência de dados desagregados por idade e sexo, para monitorizar o estado de saúde da mulher em todas as categorias etárias. Os inquéritos sobre Demografia e Saúde são úteis fontes de informação sobre os indicadores da saúde reprodutiva, visto que são desagregados por idade e sexo, mas não contêm informação suficiente sobre cancros e outras morbilidades que afectam as mulheres mais idosas. Como as mulheres carregam um pesado fardo de doenças durante o período reprodutivo, monitorizar os seus resultados de saúde nessa fase e avaliar a qualidade dos cuidados prestados torna-se particularmente importante. O relatório, portanto, aconselha vivamente os decisores políticos a melhorarem os sistemas de gestão da informação para a saúde da mulher, passando da recolha manual de dados para a recolha electrónica e aplicando regularmente às famílias inquéritos nacionais com múltiplas finalidades.

Conclusão

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

Por fim, os decisores políticos que procuram melhorar a saúde e o estatuto socioeconómico das mulheres africanas não encontram melhor aliado do que as próprias mulheres africanas. Embora as mulheres africanas já estejam a dar um enorme contributo para as actividades sociais e económicas do continente, as evidências apresentadas no presente relatório demonstram que elas podem ainda fazer bastante mais. No entanto, não o podem fazer sozinhas. Precisam do apoio e empenho dos decisores políticos para quebrar o ciclo da pobreza, doenças e incapacitação que as impedem de gozar da saúde e estatuto socioeconómico que são o seu direito natural e restringem o desenvolvimento do seu imenso potencial físico e intelectual. Só quando se compreender a importância do papel das mulheres africanas no desenvolvimento da Região é que esta começará a realizar todo o seu potencial em termos de estabilidade política, prosperidade económica e melhores resultados na saúde para todos.

📖 **...continente, mas as evidências apresentadas neste relatório mostram que podem alcançar muito mais. No entanto, não o podem fazer sozinhas.** 📖

Ver páginas 80–85 sobre Recomendações da Comissão, com destaque para os seguintes tópicos:

- 1. Boa governação e liderança para melhorar, promover, apoiar e investir na saúde da mulher**
- 2. Iniciativas políticas e legislativas, para traduzir a boa governação e liderança em acções concretas**
- 3. Intervenções multisectoriais necessárias para melhorar a saúde da mulher**
- 4. Capacitação das jovens e das mulheres, para que se tornem agentes eficientes dos seus próprios interesses**
- 5. Melhoria da capacidade de resposta dos sistemas de cuidados de saúde, para satisfazer as necessidades de saúde das mulheres**
- 6. Recolha de dados para monitorizar os progressos feitos na consecução das metas de saúde para as jovens e as mulheres**





Adoptando uma abordagem holística, durante o ciclo de vida, à análise da saúde da mulher, o relatório refere não só as questões de saúde pública, mas também os factores socioculturais subjacentes ao estado prevalente da saúde da mulher. Identifica igualmente as intervenções mais indicadas para elevar o estatuto social das mulheres, promover a igualdade de géneros e permitir às mulheres que contribuam em pleno para o desenvolvimento económico e social.

Introdução

O presente relatório foi produzido pela Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana, como resposta à Resolução AFR/RC58/RI do Comité Regional dos Ministros da Saúde Africanos da OMS, que apelava à criação de uma comissão que gerasse evidências sobre a importância da saúde da mulher, como fundamento para o desenvolvimento económico e social. O Grupo foi também mandatado para documentar e analisar os principais determinantes da saúde da mulher em África e para fazer recomendações para a sua melhoria; particular ênfase foi dada ao nível inaceitavelmente elevado da mortalidade materna na África Subsariana, que constitui matéria de grande preocupação para a Organização Mundial da Saúde e seus Estados-Membros na Região Africana.

Adoptando uma abordagem holística, durante o ciclo de vida, à análise da saúde da mulher, o relatório refere não só as questões de saúde pública, mas também os factores sociais, económicos e culturais subjacentes ao estado prevalente da saúde da mulher. Identifica igualmente as intervenções mais indicadas para elevar o estatuto social das mulheres, promover a igualdade de géneros e permitir que as mulheres contribuam em pleno para o desenvolvimento económico e social. Esta análise multisectorial requer uma abordagem multidisciplinar à recolha e avaliação de dados, para esclarecer as muitas vezes complexas relações entre a saúde da mulher e o desenvolvimento socioeconómico das mulheres na Região Africana.

Os dados usados para gerar as evidências apresentadas no relatório são retirados de uma grande variedade de fontes, incluindo a Organização Mundial da Saúde, o Banco Africano de Desenvolvimento, a Comissão Económica das Nações Unidas para África, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Banco Mundial. Outras análises sobre o fardo das doenças foram feitas, utilizando as bases de dados do Fardo Mundial das Doenças (FMD). Os dados sobre as mulheres foram seleccionados das fontes acima mencionadas e foram feitas comparações sobre o estado de saúde entre a Região Africana e outras Regiões da OMS. Na nossa pesquisa sobre literatura relevante, demos elevada prioridade aos artigos publicados em documentos revistos por pares nas áreas da antropologia, epidemiologia, sociologia, economia, demografia e saúde pública. Sendo importante compreender totalmente a metodologia usada na preparação do presente relatório, para ver as recomendações que são feitas na perspectiva dos referidos especialistas, apresenta-se, no Apêndice das páginas 87–89, uma descrição pormenorizada da metodologia.

Para esclarecer a especificidade contextual e as opiniões locais, realizou-se um inquérito sobre as mulheres em África, usando o correio electrónico, questionários e entrevistas telefónicas, que serviram para recolher informação qualitativa sobre a percepção local relativamente à gravidez, partos, mortalidade materna, papéis do género nos cuidados de saúde e experiências das mulheres no uso das unidades de saúde. Importantes fontes destes dados qualitativos incluíram as próprias mulheres, particularmente aquelas que tinham um conhecimento local extenso das práticas tradicionais de saúde e das condições de saúde da mulher. Um requisito era que as mulheres tivessem experiência como doentes das unidades de saúde locais. Foram recrutadas em países de várias Sub-regiões da Região Africana, nomeadamente no Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gana e Guiné-Bissau (África Ocidental); República Democrática do Congo (África Central); e Quênia, Ruanda e África do Sul (África Oriental e Austral).

Este relatório procura esclarecer a inter-relação entre questões que, muitas vezes, foram negligenciadas na concepção e implementação das políticas de saúde pública destinadas a melhorar a saúde da mulher. Quando existem lacunas significativas no conhecimento, no que toca à relação entre a saúde da mulher e os factores culturais e socioeconómicos, o relatório identifica-as e encoraja outras partes interessadas a tentarem colmatá-las. Ainda mais importante, o relatório chama a atenção para as muitas formas através das quais os decisores políticos, com investimento devidamente dirigido e sustentado, podem exercer um profundo impacto sobre a saúde, o bem-estar e a capacitação das mulheres na Região Africana.



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

Dr.^a Margaret Chan, Directora-Geral
Organização Mundial da Saúde¹

Capítulo 1:

Repensar a saúde da mulher

Uma boa saúde resulta de muitos factores. Em muitas culturas africanas, o conceito de saúde significa conseguir um equilíbrio harmonioso entre o corpo e a mente e, muito importante, entre o indivíduo e a comunidade. Os determinantes sociais da saúde são, por isso, uma parte implícita do conceito de equilíbrio. Entre os Wolofs da África Ocidental, por exemplo, o conceito de “*Jamm*” tem a conotação de boa saúde e paz absoluta numa pessoa, na família e na comunidade². Boa saúde e doença são entendidas tanto em termos individuais como comunitários, no pressuposto de que o que é bom para a comunidade é bom para o indivíduo e vice-versa.

É esta natureza complexa e variada da saúde que requer um novo pensamento sobre a saúde da mulher na Região Africana e uma abordagem multisectorial ao desenvolvimento de políticas e intervenções destinadas a melhorar o estado de saúde da mulher. A proposição central do presente relatório é que o que é bom para a saúde das mulheres africanas – em todas as fases da sua vida – é bom para a Região no seu todo. Em determinado sentido, isso é óbvio: a saúde de uma mulher determina a saúde dos filhos que terá. Investir na sua saúde é, portanto, um investimento de futuro. Infelizmente, a percepção que as sociedades africanas têm do papel das mulheres tem sido, durante muito tempo, limitado à procriação. Consequentemente, a contribuição das mulheres para o desenvolvimento socioeconómico é, muitas vezes, ignorado.

As mulheres em África carregam uma parte desproporcionalmente grande do fardo mundial das doenças e mortes, em particular no que diz respeito à morbilidade e mortalidade maternas. A África, no seu todo, é responsável por mais de metade de todos os casos de óbitos maternos, em todo o mundo, e uma mulher em 42 corre o risco de morrer durante o parto, em comparação com uma em 2900 na Europa³. Relativamente ao VIH/SIDA, o quadro é igualmente sombrio. As mulheres africanas carregam com 89% do fardo mundial de Anos de Vida Ajustados em função da Incapacidade (DALY) atribuídos ao VIH/SIDA⁴.

As mulheres em África carregam uma parte desproporcionalmente grande do fardo mundial das doenças e mortes, em particular no que diz respeito à morbilidade e mortalidade maternas.

Repensar a política

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

No entanto, para conseguir uma óptima melhoria na saúde da mulher, os decisores políticos terão, igualmente, de se esforçar por melhorar o estatuto social das mulheres, nomeadamente através da capacitação que deriva da educação e participação sem obstáculos em todas as esferas profissionais⁵. Ao mesmo tempo, olhando para cima, é fundamental que os governos se empenhem em apoiar as mulheres africanas mais vulneráveis, por exemplo, garantindo-lhes nutrição, água e

saneamento adequados, bem como o acesso a cuidados de saúde de qualidade, que sejam gratuitos no ponto de utilização.

Será necessário fazer mais do que repensar, para proceder às mudanças necessárias e, em certa altura, será necessário empenhar-se em acções. Para iniciar investimentos em larga escala na saúde da mulher, são necessários *vontade* política e *empenho* político: vontade política para iniciar e coordenar os investimentos necessários e empenho político para os manter. A herança cultural das mulheres africanas, uma herança que se caracteriza por grande resiliência e capacidades construídas ao longo de séculos a prestar cuidados em circunstâncias adversas, deverá inspirar essa vontade política e esse empenho, sendo, ao mesmo tempo, uma fonte de inspiração e de força para todos.

Repensar o financiamento dos sistemas de saúde

Há muitos factores que explicam a estatística alarmante das doenças entre as mulheres na Região Africana, mas a incapacidade dos sistemas de saúde, da maioria dos países, para prestarem cuidados acessíveis e de qualidade adequada, é um importante factor. Isso deve-se, em parte, ao baixo financiamento e, em parte, à concepção do sistema. A despesa per capita com a saúde em 21 países africanos, em 2008, estava estimada bem abaixo do mínimo de 44 dólares



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

americanos per capita, recomendado pelo Grupo de Acção para o Financiamento Internacional Inovador dos Sistemas de Saúde⁶, com a finalidade de prestar serviços essenciais, incluindo acesso a intervenções que, comprovadamente, reduzem a mortalidade das mães, recém-nascidos e crianças menores de cinco anos⁷. Os líderes africanos demonstraram que estavam conscientes deste facto, em 2001, quando adoptaram a Declaração de Abuja, comprometendo-se a afectar, pelo menos, 15% dos seus orçamentos anuais ao sector da saúde⁸. Infelizmente, mais de 10 anos depois, apenas o Botsuana, Burkina Faso, República Democrática do Congo, Libéria, Ruanda, Tanzânia e Zâmbia estão a cumprir esse compromisso, enquanto 13 países africanos estão agora a afectar, na realidade, menos do seu orçamento nacional total à saúde do que antes de 2001⁹. Desde 2003, a despesa média geral do governo com a saúde, como percentagem da despesa total dos governos dos países africanos, tem sido em torno dos 10%, isto é, dois terços daquilo que os governos tinham prometido.

O impacto do subfinanciamento, especialmente dos sistemas de saúde, sobre as mulheres será discutido nos capítulos seguintes, notando-se que, se os sistemas de saúde dos países africanos não forem adequadamente financiados, numa base sustentável, não poderão dar resposta às necessidades das pessoas que os utilizam. Isto é particularmente verdade para os serviços de saúde materna, onde é premente a necessidade de um maior investimento. A falta de recursos para prestar cuidados profissionais de qualidade às mulheres, durante a gravidez, parto e período pós-parto, é uma das principais razões para as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil na Região¹⁰⁻¹².

Repensar o pagamento directo dos serviços de saúde

O impacto de um financiamento inadequado sobre a saúde da mulher é agravado pela dependência do pagamento de taxas de utilização, também chamadas de

pagamento pessoal (OOP), pelos serviços de cuidados de saúde. Isso coloca um problema a ambos os sexos e o seu particular impacto sobre as mulheres será discutido em capítulos subsequentes. Actuando como um obstáculo e um desincentivo financeiro no acesso aos cuidados, as taxas levam muitas mulheres a adiarem o recurso aos cuidados preventivos e curativos necessários. As taxas de utilização podem também colocar as pessoas em situação financeira difícil, se não houver nenhum acesso alternativo ao tratamento, sem pagamentos directos. Os resultados de um inquérito em 89 países, publicados em 2007, mostravam que ocorre uma catástrofe financeira – que a OMS define como pagamento forçado de mais de 40% do rendimento familiar para obter cuidados médicos, depois de satisfeitas as necessidades básicas – em todos os países e a todos os níveis de rendimento, mas que 90% ocorre em países de baixo rendimento, dos quais muitos estão em África¹³. Quando as taxas de utilização foram introduzidas no Ruanda, em 1996, a utilização dos serviços de saúde baixou para metade¹⁴. É preciso fazer mais investigação nesta área, pois não existem dados desagregados por sexo sobre os gastos com os OOP. No entanto, sabe-se que os OOP correspondem a quase três quintos da despesa total com a saúde em África, tendo um estudo demonstrado que uma redução do pagamento de OOP e taxas de utilização contribui para um maior recurso aos cuidados de saúde, especialmente por parte das mulheres e crianças¹⁵.

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

A protecção dos riscos financeiros consegue-se partilhando o fardo financeiro do pagamento pela saúde, mas não tem necessariamente de ser dispendiosa. O Ruanda, com uma despesa total de saúde per capita de apenas 45 dólares americanos (em 2008), fornece serviços básicos de saúde através de um sistema de seguros de saúde de baixo custo, que actualmente abrangem mais de 90% da sua população. Esse sistema tem tido um efeito positivo acentuado, nomeadamente em relação à mortalidade infantil⁹. Infelizmente, com duas excepções, a maioria dos sistemas de financiamento da saúde em África não tem nenhum mecanismo de centralização de riscos e o nível de subsídio aos pobres, necessário em todos os países, qualquer que seja a sua situação económica, é baixo ou inexistente. Por outro lado, a sustentabilidade dos actuais sistemas de centralização de riscos em África não tem sido devidamente investigada.

Repensar a prestação de serviços

Um dos desafios que enfrenta o decisor político africano é a forma de prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e abrangentes, às mulheres e raparigas, tanto nas comunidades rurais isoladas como nas cidades em rápido crescimento. As mulheres de muitas comunidades rurais têm, muitas vezes, de viajar longas distâncias para aceder aos cuidados, enquanto as que vivem nas grandes cidades têm de esperar muitas horas para receberem cuidados em serviços superlotados.

A Região tem sistemas de saúde fracos e disfuncionais, que são afectados pela falta de fundos, a crise de recursos humanos e infraestruturas frágeis e inadequadas. O sistema hierárquico e piramidal existente agrava ainda mais o

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



problema para as mulheres, particularmente para aquelas que se encontram nos seus anos reprodutivos, visto que limita o acesso a cuidados obstétricos de emergência, por concentrar as competências que salvam vidas no topo, em especial nos hospitais regionais e universitários.

Também ficou demonstrado que os cuidados de baixa qualidade são um importante determinante dos maus resultados na saúde das mulheres do continente, visto que muitas vezes limitam o acesso e a utilização dos serviços pelas mulheres.

Também ficou demonstrado que os cuidados de baixa qualidade são um importante determinante dos maus resultados na saúde das mulheres do continente, visto que muitas vezes limitam o acesso e a utilização dos serviços pelas mulheres. Mesmo quando os serviços existem e são comportáveis, muitas vezes não conseguem abordar as sensibilidades de género e culturais das mulheres. Por exemplo, a exigência de que as mulheres dêem à luz na posição dorsal em muitas unidades de saúde, em vez da tradicional posição de cócoras, tem impedido muitas mulheres de recorrerem ao parto assistido. A relutância em serem examinadas por prestadores masculinos de cuidados tem impedido muitas mulheres africanas de usar os serviços e muitas adolescentes não casadas vêem ser recusado o seu acesso aos serviços de planeamento familiar devido à atitude hostil dos prestadores de cuidados perante o sexo antes do casamento.

As mulheres africanas têm de se envolver no planeamento e organização dos seus próprios serviços de cuidados de saúde.

Para evitar desvios não intencionais na identificação dos principais problemas relacionados com a saúde da mulher, é necessário adoptar a “abordagem do ciclo de vida”. Esta abordagem é fundamental para se compreender a saúde da mulher nas várias fases da sua vida¹⁶. Permite o uso de categorias etárias para identificar os problemas da saúde da mulher que são exclusivos de cada fase do seu ciclo de vida. Segundo o antropólogo nigeriano Oyéronké Oyéwùmi, a idade é o principal princípio organizador das identidades e relações sociais em muitas sociedades africanas¹⁷.

As categorias etárias que constam do relatório da OMS “Mulheres e Saúde”¹⁸ abrangem grupos e subgrupos etários socialmente construídos, relevantes na maioria das culturas africanas, onde os termos genéricos os designam, por exemplo, como “criança menina”, “menina adolescente”, “mulher adulta em idade reprodutiva” e “mulher após a idade reprodutiva”.

Repensar as atitudes da sociedade para com as mulheres

Apesar da importância da reforma do sistema de saúde para a obtenção de melhores resultados na saúde das mulheres em África, existe a necessidade absoluta de um esforço semelhante, para repensar e reformar o contexto sociocultural mais alargado em que as mulheres africanas vivem. Aqui, as barreiras à saúde são menos facilmente discerníveis mas, apesar de tudo, reais. Com muita frequência, essas barreiras são influenciadas, quando não determinadas, por parcialidade relativamente ao género. Isto pode assumir a forma de exclusão legal das mulheres da propriedade de terra ou outra, o que aumenta a sua vulnerabilidade social, física e financeira. Um outro exemplo de discriminação sexual é confinar as mulheres às tarefas domésticas, pela simples razão de que “foi sempre assim”: cozinhar com combustíveis sólidos em habitações mal ventiladas expõe as mulheres africanas a fumo prejudicial, o que poderá causar milhões de mortes todos os anos¹⁹.

A discriminação sexual está também, muitas vezes, ligada a algumas práticas tradicionais que podem resultar em danos físicos directos. Um exemplo disso é a mutilação genital feminina (MGF). Estima-se que 92 milhões de mulheres e jovens com mais de 10 anos de idade em África vivam com as consequências da MGF e todos os anos cerca de três milhões mais sejam mutiladas^{20,21}. As mulheres também estão expostas a riscos de saúde, através de casamentos precoces, prática de herança das esposas e escravatura infantil.

A reforma das políticas destinadas a melhorar a saúde da mulher em África deverá, por isso, abordar a questão do lugar da mulher na sociedade africana. As intervenções nesse sentido deverão basear-se nos conhecimentos das relações entre os géneros, visto que elas afectam a saúde, e no entendimento de que as mulheres, tal como os homens, têm o direito básico à saúde.

Repensar as atitudes da sociedade para com as mulheres deve também incluir o reconhecimento de que um dos principais recursos disponíveis aos decisores políticos, que pretendam melhorar a saúde da mulher, são as próprias mulheres. Os programas e as políticas destinadas a melhorar a saúde da mulher devem, por isso, reconhecer o potencial das mulheres para mobilizar recursos, devendo aproveitar a sua capacidade para iniciar a mudança. Nas palavras de um editorial da revista *Lancet*: “É muito frequente a comunidade da saúde ignorar o potencial das mulheres para se mobilizarem no domínio da saúde. Os defensores da saúde das mães e das crianças ainda não aprenderam devidamente as lições do movimento contra a SIDA – nomeadamente, que a auto-organização pode trazer não apenas o sucesso político, mas também melhorias tangíveis nos resultados da saúde”²².

A reforma das políticas destinadas a melhorar a saúde da mulher em África deverá, por isso, abordar a questão do lugar da mulher na sociedade africana. As intervenções nesse sentido deverão basear-se nos conhecimentos das relações entre os géneros, visto que elas afectam a saúde, e no entendimento de que as mulheres, tal como os homens, têm o direito básico à saúde.

Repensar o direito da mulher à saúde

Embora o principal objectivo do presente relatório seja analisar a ligação entre a saúde da mulher e o desenvolvimento socioeconómico das mulheres, é importante recordar que a saúde é um direito humano básico e que as mulheres têm o mesmo direito que os homens.

O direito à saúde está consagrado em vários tratados de direitos humanos internacionais e regionais, incluindo a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, que afirma, no seu Artigo 25.º, que todas as pessoas têm o direito “a um padrão de vida adequado para a sua própria saúde e bem-estar e da sua família”.



As Nações Unidas desenvolveram a ideia de direito à saúde no Artigo 12.º da Convenção Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, de 1966, o qual afirma que o direito à saúde é assegurado, em parte, “reduzindo a mortalidade infantil e assegurando o desenvolvimento saudável da criança” e ainda criando as condições para “assegurar o acesso de todos aos cuidados de saúde”. As Nações Unidas voltaram a retomar o assunto em 2000, com o Comentário Geral n.º 14, que alarga o direito à saúde, não só a cuidados de saúde atempados e apropriados, mas também aos determinantes subjacentes da saúde, tais como o acesso a água potável e a saneamento apropriado, adequado abastecimento em alimentos seguros, nutrição e habitação, condições ambientais e profissionais saudáveis e acesso a educação e informação relacionadas com a saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.

A necessidade de encarar a saúde da mulher como direito humano é amplamente reconhecida. Mary Robinson, ex-Presidente da Irlanda, e ex-Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, argumenta que a melhoria dos direitos da saúde materna e da saúde reprodutiva deve ser vista como parte integrante de questões mais amplas de direitos humanos, tais como: o direito de acesso aos cuidados de saúde e planeamento familiar; o direito a uma alimentação adequada; e o direito a libertar-se de discriminação, violência e casamentos forçados²³. Investir na saúde da mulher, o que inclui o investimento na educação e noutras formas de capacitação socioeconómica das mulheres, é fundamental para garantir o direito das mulheres à saúde.

O direito à saúde está contido em vários tratados internacionais essenciais de direitos humanos, de que a maioria dos países da Região Africana são partes oficiais²⁴⁻²⁶. Específica da saúde da mulher é a Convenção das Nações Unidas para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), que especifica as obrigações dos Estados-Parte na prevenção da morbilidade e mortalidade maternas e na prestação de serviços apropriados de cuidados de saúde a todas as mulheres. Os 46 países da Região Africana são signatários da CEDAW. A nível regional, a Carta Africana de Direitos Humanos (Carta de Banjul)²⁷, juntamente com o Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos sobre os Direitos das Mulheres em África²⁸, reconhece o direito das mulheres à saúde e identifica várias medidas a tomar pelos Estados-Parte, para assegurarem a plena implementação dos instrumentos. A nível nacional, o direito à saúde, que inclui a saúde das mulheres, está incluído em mais de 80% das constituições dos países da Região Africana.

Uma das formas mais directas de combater a discriminação sexual em África é capacitar as mulheres, através da educação e participação em assuntos sociais, económicos e políticos. A Comissão de Macroeconomia e Saúde identifica a educação como um importante determinante da saúde da mulher. Realmente, o efeito positivo da educação sobre a saúde está bem documentado. Por exemplo, as interligações entre a educação das jovens e o seu estado de saúde têm sido demonstradas em vários estudos sobre o VIH/SIDA, incluindo o trabalho de Vandemoortele e Delamonica²⁹, que revela que o VIH/SIDA na Zâmbia se propagou mais rapidamente entre as jovens não educadas do que entre as jovens educadas. No Zimbabwe, os estudos demonstram que as jovens que abandonam a escola têm mais probabilidades de ser infectadas pelo VIH do que aquelas que continuam os estudos³⁰. No Quênia, provou-se que as jovens que ficam na escola retardam, mais frequentemente, a sua iniciação sexual do que aquelas que a abandonam. O efeito da educação não se limita, de modo nenhum, a melhorar os resultados na saúde; a educação pode também facilitar a capacitação socioeconómica em contextos socioculturais, onde essa capacitação seja permitida. Mostra-se, assim, que a educação é um instrumento poderoso, não só para melhorar a saúde da mulher, mas também para o desenvolvimento socioeconómico.



┌ Durante séculos, as mulheres africanas foram o pilar das famílias e das comunidades, muitas vezes na presença de adversidades extremas. Apesar do nível do seu estatuto social e da grande parte do fardo de doenças e mortes que carregam, elas continuam a ser pacifistas, fontes de vida, empreendedoras e prestadoras de cuidados às crianças – as construtoras do futuro da África. ┐

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

Repensar as práticas tradicionais

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

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

A saúde é tanto causa como consequência do desenvolvimento socioeconómico³¹. Usando termos puramente utilitários, investir na saúde da mulher pode intensificar o desenvolvimento, através de um aumento da produtividade económica. Como as mulheres constituem aproximadamente 50,2% da população total da Região Africana, isso significa que a maior parte dos recursos humanos da Região está a ser altamente subutilizada. O circuito de feedback positivo liga o investimento na saúde ao desenvolvimento económico.

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

O desenvolvimento económico fornece os recursos necessários para melhorar a saúde da mulher e a melhor saúde da mulher impulsiona o desenvolvimento económico. A melhor saúde da mulher também estabelece a base para a capacitação, através da educação, a qual, por sua vez, tem reflexos na saúde, impulsiona o enriquecimento sociocultural e abre a possibilidade de progresso, em todas as esferas da vida profissional.

Poder-se-á argumentar que investir na saúde da mulher é custo-eficaz, porque ajuda a poupar recursos que, de outro modo, seriam gastos em tratamentos e cuidados médicos para as mulheres cronicamente doentes, em casa ou em instituições de saúde. Entretanto, onde existem sistemas de pagamento baseados no pré-pagamento e na centralização, os pagamentos pessoais (OOP) pelos cuidados médicos para as mulheres e crianças poderão ser gradualmente eliminados, reduzindo a incidência do empobrecimento e libertando recursos domésticos para um investimento a longo prazo na nutrição e educação. Neste sentido, investir na saúde da mulher significa investir no futuro.

Estima-se que as taxas de mortalidade materna e neonatal, só por si, causem perdas de produtividade a nível mundial de 15 mil milhões de dólares por ano e constituam um sério obstáculo ao crescimento económico dos países de baixos rendimentos. Além disso, de acordo com algumas estimativas, 30–50% do crescimento económico da Ásia, entre 1965 e 1990, é atribuível à redução da mortalidade infantil, taxas mais baixas de fertilidade e melhoria na saúde reprodutiva³².

Principais considerações e pontos de acção

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

Referências

1. Chan M. *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. Niang Cl. *Santé, société et politique en Afrique*. Dakar: Livre vert du CODESRIA; 2008.
3. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates*. Geneva: World Health Organization; 2012:55.
4. UNAIDS. *AIDS in Africa*. Geneva: United Nations; 2008.
5. Organização Mundial da Saúde. *Saúde da Mulher. Estratégia para a Região Africana*. Brazzaville: OMS, Escritório Regional para a África; 2008.
6. High Level Taskforce on Innovative Financing for Health Systems. *More Money for Health, and More Health for Money ... to Achieve the Health MDGs, to Save the Lives of Millions of Women and Children, and to Help Babies in Low-Income Settings have a Safer Start to Life*. Geneva, Switzerland: High Level Taskforce on Innovative Financing for Health Systems; 2009. http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/taskforce_report_EN.pdf. Consultado em 29 de Novembro de 2011.
7. Robert F. Mills A. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems: Showing the Way Forward. *Bull World Health Organ* 2010;88:476–7.
8. African Union. *Abuja Declaration*. Addis Ababa: African Union; 2001.
9. WHO. *World Health Statistics 2011*. Geneva: World Health Organization, 2011.
10. World Health Organization. *Working together for health. The World Health Report 2006*. Geneva: World Health Organization; 2006.
11. Anderson FW *et al.* Who will be there when women deliver? Assuring retention of obstetric providers. *Obstet Gynecol* 2007;110(5):1012–6.
12. Berhan Y. Medical doctors profile in Ethiopia: production, attrition and retention. In memory of 100-years Ethiopian modern medicine & the new Ethiopian millennium. *Ethiop Med J* 2008;46(Suppl 1):1–77.
13. Xu K *et al.* Protecting Households From Catastrophic Spending. *Health Affairs* 2007;26(4):972–83.
14. Save the Children UK. *Mind the Gap: The Cost of Coping with Illness: Rwanda*. London: Save the Children UK; 2005.
15. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User Fees in Government Health Facilities in Kenya: Effect on Revenue and Attendance. *Health Policy Planning* 1995;17(2):164–70.
16. Allotey P, Gyapong M. *The Gender Agenda in the Control of Tropical Diseases: A Review of Current Evidence*. Geneva: World Health Organization; 2005.
17. Oyéwúmi O. *The Invention of Women: Making an African Sense of Western Gender Discourses*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2003.
18. World Health Organization. *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Geneva: World Health Organization; 2009.
19. Smith KR. *Biomass Fuels, Airs Pollution and Health: A Global Review*. New York: Plenum Press; 1987.
20. Yoder PS. *Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total*. Calverton, MD: Macro International; 2007.
21. UNICEF. *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Florence: UNICEF; 2005.
22. Horton R. Ten Reasons Why Women and Children Remain Invisible. *Lancet. Women Deliver Special Issue Release*. 2010.
23. Robinson M. *Time to Step Up Efforts to Improve Maternal health, Millennium Development Goals*. September 2010; Available from: www.realizingrights.org
24. United Nations. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*. United Nations; 1966.
25. United Nations. *Convention on the Rights of the Child (CRC)*. United Nations; 1991.
26. United Nations. *Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women (CEDAW)*. United Nations; 1979.
27. African Union. *African Charter on Human and People's Rights (Banjul Charter)*. African Union; 1979.
28. African Union. *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. African Union; 2003.
29. Vandermoortele J, Delamonica E. The education vaccine against HIV. *Curr Issues Comp Ed* 2000;3(1).
30. Gregson S, Wadell H, Chandiwana S. School Education and HIV control in Africa Subsariana: From Discord to Harmony? *J Int Dev* 2001;3(4):467–85.
31. World Health Organization. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: World Health Organization; 2001.
32. Pascale A, Gyapong M. The gender agenda in the control of tropical diseases: a review of current evidence. *Social, Economic and Behavioural Research, Special Topics No. 4*; 2005.

Capítulo 2:

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

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

As mulheres que vivem na Região Africana enfrentam ameaças assustadoras à saúde durante toda a sua vida. Dada a importância da saúde da mãe para o feto que carrega, é evidente que para o bebê que cresce, quer seja rapaz ou rapariga, os desafios começam no momento da concepção. Se uma mãe for mal alimentada, é provável que o seu filho sofra de atraso de crescimento no útero e nasça pequeno e com falta de peso. Isso, por seu lado, aumenta as hipóteses de o bebê morrer nos primeiros dias de vida. Mesmo para as crianças que sobrevivem, isso tem consequências no seu desenvolvimento posterior. Dos 40 países em todo o mundo que notificam uma prevalência de atraso no crescimento de 40% ou mais, 23 são africanos¹.



Os riscos da infância

Quando a criança sobrevive ao nascimento, quer seja rapaz ou rapariga, fica exposta aos mesmos desafios ambientais e sociais, com resultados na saúde semelhantes durante a infância. A criança depende nutricionalmente da mãe. O leite materno é o alimento ideal para os recém-nascidos e bebês, porque melhora a sua saúde e as hipóteses de sobreviver. A Região Africana caracteriza-se, em geral, por baixas taxas de amamentação exclusiva (31%)², os alimentos complementares são temporalmente e nutricionalmente inadequados e não seguros. Estima-se que a contaminação dos alimentos complementares, incluindo a “fórmula” para bebês e a água com que são misturados, cause até cinco

episódios de diarreia por criança e por ano na Região³, e cada episódio expõe a criança ao risco de desidratação e morte.

A terapêutica de reidratação oral (TRO), o tratamento mais simples para a diarreia e também o mais eficaz, deveria estar ao alcance de todos, incluindo a mais pobre das mães. Contudo, apenas 37% das crianças da Região o recebem, porque as mães muitas vezes preferem tratar a diarreia com substâncias e medicamentos impróprios para esse fim, nomeadamente antibióticos.

Para as mães que vivem com o VIH, existe outra fonte de confusão, devido à crença de que o risco de transmissão torna a amamentação muito perigosa. Dados recentes da investigação, porém, mostram que administrar intervenções anti-retrovirais (ARV), quer à mãe infectada pelo VIH quer ao bebê exposto ao VIH, pode reduzir o risco de transmissão pós-natal do VIH, através da amamentação, para menos de 2%⁴. Mesmo na ausência de intervenções ARV, a amamentação exclusiva representa um risco menor de transmissão do que a alimentação mista⁵. O maior declínio na amamentação regista-se em países onde houve uma extensa distribuição de ajuda alimentar – sendo a África do Sul um bom exemplo.

Baixas taxas de amamentação – a experiência sul-africana

A África do Sul, onde 20% dos bebês menores de três meses não são amamentados, é um dos países com as taxas mais elevadas de não amamentação na África Subsariana. Esta situação ocorre, em parte, como resultado da falta de agentes de saúde com as competências necessárias para oferecer um bom aconselhamento e apoio, quando os problemas surgem, como é frequente acontecer; a amamentação pode ser natural, mas nem sempre é simples. As mães recebem, com demasiada frequência, instruções para suspenderem completamente a amamentação e darem substitutos artificiais aos bebês. Essas instruções poderão ser dadas ainda com maior probabilidade, quando os representantes dos fabricantes de fórmulas, em violação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, visitam os profissionais de saúde, para promover a venda e o uso dos seus produtos. Além disso, os alimentos, incluindo as fórmulas para bebês, foram também distribuídos para evitar a transmissão do VIH da mãe para o filho, uma iniciativa que, inevitavelmente, prejudicou a amamentação, inclusive entre as mães não infectadas pelo VIH⁶.

Infelizmente, o leite em fórmula não é um produto esterilizado e é facilmente contaminado. A maioria das crianças nascidas de mães infectadas pelo VIH e alimentadas com fórmulas morrem, não do VIH, mas de subnutrição, diarreia e outras enfermidades não relacionadas com o VIH⁴.

A diarreia é seguida de perto pelo paludismo como causa de morte prematura nas meninas de 0 a 4 anos de idade (ver **Figura 2.1**), sendo o paludismo responsável por 16% das mortes em menores de cinco anos na Região Africana, em comparação com uma média de 7% a nível mundial. O paludismo é também uma causa indirecta de mortalidade materna, como a seguir se discute, e contribui para nados-mortos, parto prematuro e insuficiência ponderal à nascença⁵.

Como o filho é dependente da mãe, a saúde desta é também uma medida da saúde da criança. De facto, no caso das mães que vivem com o VIH, a própria mãe representa uma ameaça directa. A transmissão vertical (TV) é um risco significativo na África Subsariana. Em 2009, a TV ocorreu em, aproximadamente, 370 000 nados-vivos⁷. Na verdade, quase todas as infecções por VIH nas crianças são resultantes da infecção da mãe. Só em 2009, de todas as novas infecções de crianças pelo VIH, em todo o mundo, 91% ocorreram na Região Africana¹.

Felizmente, trata-se de uma área em que se têm feito progressos. Até agora, 43 países da Região têm implementado programas para a prevenção da transmissão vertical (PTV) do VIH. A percentagem de grávidas que vivem com o VIH e receberam intervenções ARV para a PTV do VIH, na África Subsariana, aumentou de 15%, em 2005, para 45%, em 2008, e 54%, em 2009. A maioria desses progressos tem sido feita na África Oriental e Austral, onde a prevalência do VIH é mais elevada.

Mesmo sem a ameaça de infecção ou o desafio colocado pelo facto de terem nascido subnutridos e com pouco peso, o próprio nascimento expõe a criança, quer seja rapaz ou rapariga, ao perigo de asfixia e trauma – riscos que aumentam drasticamente, se a mãe não tiver acesso a cuidados apropriados, administrados por obstetras qualificados. Infelizmente, é este o caso que ocorre frequentemente na Região. Em geral, a cobertura dos partos assistidos na Região continua a ser baixa, aproximadamente 47%, embora as taxas



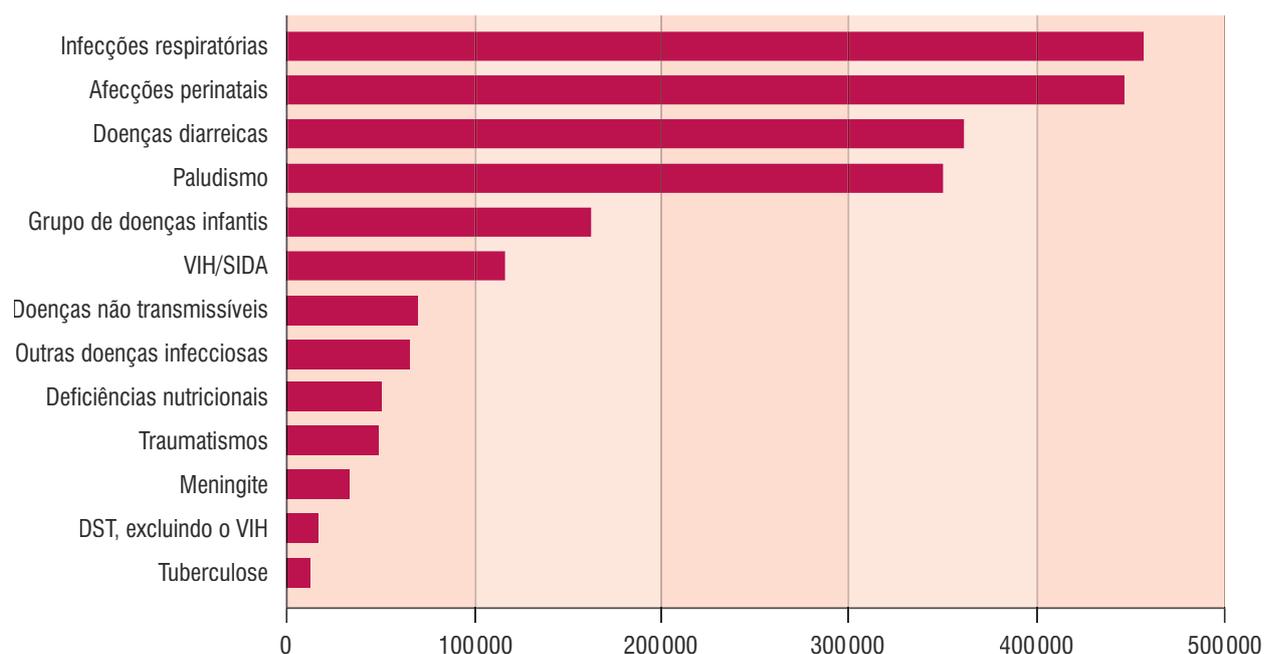
Como o filho é dependente da mãe, a saúde desta é também uma medida da saúde da criança.

variem muito entre os países africanos. Para a Região, no seu todo, as condições perinatais, como a asfixia e trauma, são a segunda principal causa de morte prematura e incapacidade entre as crianças menores de cinco anos, depois das infecções respiratórias agudas, sobretudo as pneumonias, sendo responsáveis por cerca de uma em cada cinco mortes neste grupo etário^{8,9}.

Dada a variedade de adversidades que se colocam à criança, talvez não seja surpreendente que a mortalidade de menores de cinco anos na Região Africana continue a ser a mais alta do mundo, apesar do decréscimo de 172 por 1000, em 1990, para 119 por 1000, em 2010. No mesmo período, a taxa média mundial caiu de 88 por 1000 para 57 por 1000¹⁰.

A mortalidade infantil na Região tem estado a diminuir a uma taxa média de 1,4% ao ano desde 1990, em comparação com a diminuição necessária de 8%, para cumprir o ODM 4, entre este ano e 2015. Não é provável que este requisito seja satisfeito sem um aumento maciço do investimento durante os próximos quatro anos. Sete países estão no bom caminho para atingirem este objectivo; 27 países estão a fazer progressos, embora insuficientes; e 12 países não fizeram qualquer progresso¹¹. A Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Maurícia e Seychelles parecem estar no bom caminho.

Figura 2.1 Principais causas de morte na Região Africana, sexo feminino 0–4 anos, em 2004



Fonte: Construído a partir dos quadros-resumo GBD 2004 da Organização Mundial da Saúde, Departamento de Estatística da Saúde e Informática, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, Outubro de 2008.

À medida que as raparigas crescem na Região Africana, têm de lidar com desafios comparáveis aos dos seus pares masculinos, especialmente a exposição ao paludismo e má nutrição. Em alguns cenários, sobretudo nas sociedades matrilineares e algumas sociedades bilineares com fortes antecedentes históricos matrilineares, as raparigas recebem realmente um tratamento preferencial, quando se trata da alimentação. Isto é verdade para os Wolofs da África Ocidental que acreditam que uma rapariga traz sorte à família, especialmente se for a primogénita. No entanto, de modo geral, existe uma preferência acentuada pelos rapazes na Região, geralmente, em alguns grupos étnicos da Nigéria, onde, de acordo com

alguns estudos, os rapazes são melhor alimentados do que as raparigas, devido à convicção de que a sobrevivência da linhagem depende do homem^{12,13}. Algumas culturas também mantêm hierarquias no consumo dos alimentos, colocando as mulheres no fundo da ordem de prioridades. Nas duas últimas décadas, não se assistiu a qualquer alteração na percentagem de crianças que sofrem de má-nutrição na Região, o que resulta na morte de, aproximadamente, 30 000–50 000 crianças todos os anos.

A água não potável e o mau saneamento representam outra ameaça; muitos agentes patogénicos de transmissão hídrica causam doenças, como as diarreias, que são uma das principais doenças mortais para as crianças da Região. A percentagem da população mundial que usa fontes de água de beber “melhoradas” aumentou de 77% para 87%, entre 1990 e 2008, uma taxa suficiente para se atingir a meta do ODM 7, a nível mundial. No entanto, a Região Africana, apesar do aumento da percentagem de 50%, em 1990, para 61%, em 2008, ainda fica aquém da meta do ODM 7 e a percentagem da população que usa melhores serviços de saneamento está a aumentar muito lentamente – de 30%, em 1990, para 34%, em 2008².

Desafios da infância e da adolescência

Depois das dificuldades da primeira infância, a rapariga africana começa a enfrentar os desafios que a distinguirão dos seus pares masculinos para o resto da sua vida, à medida que se aproxima da idade adulta e inicia a actividade sexual. No início desse período, a rapariga começa a sofrer a discriminação sexual que é um dos determinantes socioeconómicos, tão fundamentais para os resultados na saúde da mulher. Desde os primeiros anos, são atribuídas à rapariga tarefas domésticas diárias como limpar, lavar, ir buscar água e combustível, assim como preparar e cozinhar os alimentos.

Em muitos cenários, as raparigas são envolvidas em tarefas domésticas, logo que ficam fisicamente capazes. Também lhes dão tarefas fora de casa, como ir ao mercado vender ou trocar alimentos e outros produtos. Se a mãe morrer ou ficar incapacitada por doença, o fardo do trabalho doméstico recai frequentemente sobre as filhas, a quem também é atribuída a responsabilidade de cuidar dos idosos ou doentes mentais. Obviamente, esse trabalho põe, muitas vezes, em risco a escolaridade das raparigas.

Como foi referido no Capítulo 1, existem evidências da correlação entre a educação e o estado de saúde das raparigas. Por exemplo, vários estudos sobre VIH/SIDA, realizados por Jean Vandemoortele e Enrique Delamonica, na Zâmbia¹⁴ revelaram que o VIH/SIDA se propaga mais rapidamente entre as raparigas sem instrução do que entre as raparigas educadas. Embora não exista uma relação causal clara, os dados e a informação disponíveis revelam que, em África, a educação das raparigas funciona em alguns níveis que são benéficos para a saúde das raparigas e das mulheres em que mais tarde se tornam. É esse o caso, nomeadamente, com as questões de capacitação social, em que a educação pode reforçar a posição negocial das jovens mulheres relativamente ao sexo. No Quênia, ficou demonstrado que as raparigas que permanecem na escola têm mais probabilidade de iniciar a sua actividade sexual mais tarde do que aquelas que abandonam a escola¹⁵.



Na Região Africana, no seu todo, a iliteracia entre os adultos continua a ser elevada e a África Subsariana tem o rácio mais baixo de literacia adulta da mulher para o homem, em todo o mundo, excepto na Ásia Meridional. Também tem a percentagem mais baixa de literacia entre as mulheres jovens, o rácio mais baixo de inscrições no ensino primário e o rácio mais baixo de frequência da escola primária. Relativamente ao ensino secundário, em comparação com o resto do mundo, incluindo a Ásia Meridional, o fosso aumenta verdadeiramente: no período de 2000 a 2007, a frequência do ensino secundário pelas raparigas, na África Subsariana, foi de 22%, em comparação com 43% na Ásia Meridional (ver **Quadro 2.1**).

Quadro 2.1 Metas educativas do sexo feminino atingidas em África, relativamente a outras Regiões do mundo, 2000–2007

Região e Sub-regiões	Taxa de literacia em adultos: mulheres como % dos homens	Taxa de literacia dos jovens (15–24 anos)		Ensino primário:				Ensino secundário:			
		H	M	Rácio de inscrição		Rácio de frequência		Rácio de inscrição		Rácio de frequência	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
África Subsariana	75	77	68	75	70	64	61	28	24	26	22
África Oriental e Austral	79	78	69	83	81	66	66	30	27	20	18
África Ocidental e Central	72	77	66	67	58	63	56	26	20	31	26
Médio Oriente e Norte de África	78	93	85	86	81	88	85	67	62	54	52
Ásia Meridional	71	84	74	88	83	81	77	–	–	51	43
Ásia Oriental e Pacífico	93	98	98	98	97	92	92	60	62	60	63
América Latina e Caraíbas	99	97	97	94	95	90	91	69	74	–	–
CEE/CIS*	97	99	99	92	90	93	91	79	75	79	76

*Europa Central e Oriental e Comunidade dos Estados Independentes; H = homens; M = mulheres

Fonte: UNICEF. *Rapport sur la situation des enfants dans le monde*. New York: UNICEF; 2009.

Por outro lado, as raparigas são excluídas da educação por outras razões, incluindo a incapacidade das famílias para pagarem as propinas e a sua preferência por destinarem os seus recursos à educação dos rapazes. O casamento precoce poderá, igualmente, ser um factor, assim como ambientes escolares que não foram pensados para satisfazerem as necessidades físicas das raparigas, por exemplo, a ausência de instalações sanitárias especificamente destinadas a raparigas^{16,17}. As sociedades que limitam o acesso das raparigas à educação pagam um elevado preço, não só em termos do óbvio fardo económico imposto pela relativamente má saúde das mulheres adultas, mais tarde, mas também em termos da respectiva perda de desenvolvimento económico, visto que, aproximadamente 50% da população é impedida de progredir em termos profissionais. A última parte desta terrível equação não pode ser subestimada e será objecto de discussão mais adiante, no Capítulo 5.



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

Do mesmo modo que, normalmente, sofrem a pressão cultural para executarem tarefas domésticas, as raparigas também são preparadas para o seu papel como procriadoras. Em certos países, essa preparação encontra expressão em algumas práticas rituais que são prejudiciais. A mutilação genital feminina (MGF), que envolve a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos, por corte, queima ou raspagem¹⁸, é infligida a mais de dois milhões de raparigas entre os quatro e os doze anos, nomeadamente na Etiópia, Quénia, Nigéria e Uganda. Entretanto, estima-se que

cerca de 92 milhões de mulheres com mais de dez anos vivem com a indignidade e a dor da mutilação genital, das quais 12 milhões são raparigas entre os 10 e os 14 anos¹⁹. A mutilação genital feminina é, realmente, perigosa para a saúde das mulheres, sendo o trauma psicológico e físico, muitas vezes, acompanhado de hemorragias abundantes, septicemia das feridas, infecção pelo VIH e, subsequentemente, complicações nos partos. Trata-se de uma violação condenável dos direitos humanos, sujeita a julgamento em tribunal.

Muitos países africanos subsarianos, incluindo o Benim, Burkina Faso, Gana, Senegal, Tanzânia e Uganda aprovaram leis que penalizam essa prática, mas as leis, por si só, raras vezes conduzem a uma mudança de comportamentos sustentável. As pessoas – tanto as mulheres como os homens – continuam a mutilar as jovens, apesar da lei, ou atravessam simplesmente as fronteiras, para executarem o procedimento fora do alcance das autoridades judiciais. Há também provas de que esse procedimento é, por vezes, “medicalizado”, com o fim de contornar a lei e de que um número cada vez maior de raparigas estão a ser mutiladas antes dos cinco anos de idade.

Os esforços de eliminação da mutilação genital feminina têm tido muito êxito, quando desenvolvidos conjuntamente e em parceria com os perpetradores, isto é, os guardiães dessas tradições. Por exemplo, desde 1993, a Organização *Maendeleo Ya Wanawake* (MYWO), do Quênia, em colaboração com uma ONG (PATH) tem trabalhado com líderes tradicionais no sentido de persuadir as comunidades a substituírem as cerimónias tradicionais do corte por oferendas simbólicas, embora mantendo outros aspectos do rito tradicional da passagem. O número de raparigas que participam nesta cerimónia alternativa cresceu, assim, de 79, em 1996, para mais de 1000 em 1998²⁰. Por mais horrível que a MGF possa ser, a boa notícia é que ela não faz parte da experiência de todas as raparigas africanas.

Infelizmente, a violência contra as raparigas, nesta faixa etária, é relativamente comum e está, muitas vezes, ligada a formas de violação sexual. De facto, a coacção e a violência sexual prevalecem em muitos países africanos, afectando as raparigas desde tenra idade, como comprovam os dados sobre gravidezes precoces não planeadas^{21,22}. Esta violência torna-se mais aguda em situações de crise, tais como catástrofes naturais ou conflitos armados, quando as meninas e adolescentes estão mais vulneráveis. Infelizmente, essas situações abundam na Região e a África tem um dos mais pesados fardos do mundo de populações internamente deslocadas. Essa movimentação de pessoas deslocadas está também vulgarmente associada ao tráfico humano, especialmente de raparigas. Aproximadamente, 80% das vítimas de tráfico são mulheres e crianças e 43% delas são exploradas sexualmente e oprimidas por outras formas²³.

Jovens mulheres em situações de conflito

O colapso das estruturas sociais que resulta de conflitos prolongados expõe as crianças de ambos os sexos a vários riscos de saúde, desde a cólera até à má-nutrição e da mutilação deliberada ao abuso sexual. De acordo com Pernille Ironside, um especialista em protecção da criança que trabalha com a UNICEF, a “maioria” das raparigas que regressa de zonas de conflito passou por situações de violência sexual extrema, que descrevem como violação sistemática, muitas vezes acompanhada de mutilação, durante longos períodos, por vezes mesmo anos. De acordo com as Nações Unidas, entre Junho de 2007 e Junho de 2008, na província de Ituri, no leste da República Democrática do Congo, foram notificados 6766 casos de violação – um número que, provavelmente, representa apenas uma fracção das agressões que realmente ocorreram naquela província. Desses casos notificados, 43% envolveram crianças, sobretudo raparigas.

Os traumas psicológicos que resultam dessas experiências são acompanhados por um elevado risco de infecções sexualmente transmissíveis, em particular o VIH/SIDA. Fístulas traumáticas e ruptura dos tecidos causadas por agressão sexual violenta são também amplamente notificadas, tal como a fístula obstétrica.

**...mais de metade ...
ocorre em mulheres com
idades entre os 16 e 19 anos.
Este grupo etário carrega
também...**

Na Região Africana, o início da actividade sexual, uma actividade geralmente considerada como uma das mais enriquecedoras e positivas experiências de vida, é, com demasiada frequência, uma fonte de infelicidade, morte e doença. Nas adolescentes com idades entre os 16 e os 19 anos, o VIH/SIDA é responsável por quase um terço das mortes, enquanto as complicações da gravidez e parto respondem por 28%. É também de notar que mais de metade de todas as mortes maternas ocorrem neste grupo etário, que também carrega o mais pesado fardo de doenças devidas à violência.

Em algumas situações, o início da actividade sexual ocorre surpreendentemente cedo. Em Lusaka, por exemplo, um estudo revelava que 16% dos partos eram de raparigas entre 12–19 anos²⁴. O mesmo estudo mostrava que 10% das doentes que eram submetidas a aspiração manual por vácuo, devido a complicações relacionadas com abortos, tinham entre 12 e 19 anos de idade. Além disso, entre as mulheres internadas no Hospital Universitário de Lusaka por complicações relacionadas com abortos, 60% tinham idades entre os 15 e os 19 anos.

Para as raparigas africanas que, por várias razões, decidem não levar a gravidez até ao fim, existe o perigo do aborto de risco, que foi responsável por 35592 mortes na Região Africana, em 2004, e parece estar a aumentar, particularmente entre as mulheres jovens não casadas nas zonas urbanas²⁵. A prevalência de gravidezes não planeadas aumentará, previsivelmente, na África Subsariana, nas próximas décadas, devido aos problemas ligados à actividade sexual precoce e ao baixo uso de contraceptivos²⁵.

Os problemas ligados à saúde reprodutiva na Região voltarão a ser tratados com mais pormenor no próximo capítulo, que abordará os anos reprodutivos.

Principais considerações e pontos de acção

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

Referências

1. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA *et al.* Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008;371(9608):243–60.
2. World Health Organization. *World Health Statistics*. Geneva: World Health Organization, 2011.
3. Organização Mundial da Saúde. *Actividades da OMS na Região Africana 2008–2009, Relatório Bienal*. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Shapiro RL, Hughes MD, Ogwu A, Kitch D, Lockman S, Moffat C *et al.* Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. *N Engl J Med* 2010;362(24):2282–94.
5. Lindsay S. *et al.* Effect of Pregnancy on exposition to malaria mosquitoes. *Lancet* 2000;355(9219):1972.
6. Reimers P. *The Influence of the Workplace Environment on Breastfeeding Practices of Working Mothers: A Case Study of Two Companies in KwaZulu Natal*. Durban: M. Tech. Nursing Durban University of Technology; 2009.
7. UNAIDS. *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. Geneva: UNAIDS; 2010.
8. World Bank. *Safe Motherhood and the World Bank*. Washington, DC: The World Bank; 1999.
9. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, DC: World Bank; 1993.
10. UNICEF. *Levels and Trends in Child Mortality, Report 2011*. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF, WHO, The World Bank, UN DESA/ Population Division; 2011.
11. UNICEF. *Levels and Trends in Child Mortality, Report 2010*. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF; 2010.
12. Owumi BE. *A socio-cultural analysis of female circumcision among the Urhobos: a study of the Okpe people of Delta State*. Lagos: Inter-African Committee; 1995.
13. Owumi BE. *The Political Economy of Maternal and Child Health in Africa*. In: Isiugo-Abanihe UC, Isamah A, Adesina J, eds. *Currents and Perspectives in Sociology*. Ibadan: University of Ibadan Press; 2002.
14. Vandermoortele J, Delamonica E. The education vaccine against HIV. *Curr Issues Comp Ed* 2000;3(1).
15. Gregson S, Wadel H, Chandiwana S. School Education and HIV control in Sub-Saharan Africa: From Discord to harmony? *J Int Dev* 2001;3(4):467–85.
16. UNESCO. *Education for all: Global Monitoring Report*. Paris: UNESCO; 2005.
17. UNFPA. *The state of the world's adolescent 2003*. New York: UNFPA; 2003.
18. World Health Organization. *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva: World Health Organization; 2008.
19. Yoder PS, Khan S. *Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 2007.
20. Muteshi J, Sass J. *Female Genital Mutilation in Africa: An Analysis of Current Abandonment Approaches*. Nairobi: PATH; 2005.
21. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *Afr J Reprod Health* 2002;6(1):65–73.
22. Baker BK. The impact of the International Monetary Fund's macroeconomic policies on the AIDS pandemic. *Int J Health Serv* 2010;40(2):347–63.
23. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2010.
24. Likwa RN, Whittaker M. The characteristics of women presenting for abortion and complications of illegal abortion at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: An explorative study. *African J Fertil Sexual Reprod Health* 1996;1(1):42–9.
25. Shah IH, Lale S. Maternal mortality and Maternity Care from 1990 to 2005: Uneven but Important Gains. *Reprod Health Matters* 2007;15(30):17–27.

Capítulo 3:

Estado de saúde das mulheres na Região Africana: idade reprodutiva

À medida que uma menina cresce, também cresce o trabalho que ela tem de fazer e os papéis que tem de desempenhar. As responsabilidades, que ela começa a assumir como menina, aumentam pela adolescência fora, até que acaba por ficar envolvida numa grande variedade de tarefas diárias que são indispensáveis para a sobrevivência da família, incluindo a produção, o tratamento, a preparação e preservação dos alimentos. Estima-se que as mulheres em África produzam até 80% das necessidades alimentares do continente¹. As mulheres são também os principais prestadores de cuidados de saúde aos membros doentes ou incapacitados da família e desempenham um papel fundamental nos cuidados a prestar àqueles que sofrem de doenças mentais². A maior parte do trabalho das mulheres é dedicada ao nascimento e criação dos seus filhos.



Elevadas taxas de fertilidade

A África Subsariana tem a taxa de fertilidade mais alta de todo o mundo, estimada em 5,2. Em alguns países, por exemplo, o Chade, a República Democrática do Congo, Níger e Uganda, as taxas de fertilidade podem ascender a 6,0 ou mais³. Uma taxa de fertilidade elevada está associada à baixa prevalência de contraceptivos⁴. De acordo com a OMS, uma em quatro mulheres que desejam atrasar ou parar a concepção na Região Africana não usa qualquer método de planeamento familiar⁵.

Entre as razões para tal, incluem-se a má qualidade dos serviços disponíveis e a limitada escolha dos métodos que são oferecidos. O baixo consumo de contraceptivos deve-se, muitas vezes, aos conhecimentos e atitudes para com o planeamento familiar, à acessibilidade dos contraceptivos e às relações entre os sexos, no que diz respeito à capacidade da mulher para negociar os termos da actividade sexual⁶. Contudo, na Região Africana, esta questão é também significativamente influenciada por aspectos culturais que deveriam ser tomados em conta em qualquer debate sério sobre a saúde da mulher. De facto, em muitas culturas africanas, a maternidade está no próprio centro do nexos social e colocam-se grandes expectativas nas mulheres em idade reprodutiva relativamente aos filhos que terão de criar⁷. Assim, a identidade de uma mulher está, muitas vezes, associada à sua capacidade de dar à luz e, em alguns cenários tradicionais, a principal finalidade de socialização das mulheres é permitir-lhes dar à luz, servir como parteira para outras e criar os filhos. Por isso, sob a pressão cultural para terem filhos, as mulheres tendem a olhar para a contracepção, não tanto como forma de evitar a gravidez, mas como meio de gerir a sua vida reprodutiva, de forma a assegurarem a sua posição numa sociedade dominada pela sua família alargada.

Podem até usar a contracepção para ter todos os filhos que Deus lhes quiser dar, ajustando o momento e as circunstâncias das suas gravidezes⁸.

Embora estas considerações não se apliquem em igual medida a todos os cenários, para muitas mulheres africanas, e certamente para as mulheres que vivem em meios rurais, a abordagem da idade adulta e da maternidade traz consigo pressões socioculturais que começaram a moldar a sua experiência como criança, mas agora colocam dificuldades aos inelutáveis determinantes da sua saúde.

O problema negligenciado do aborto de risco

Embora o aborto de risco seja evitável, continua a representar um risco desnecessário para as vidas das mulheres africanas. Os abortos de risco contribuem para cerca de 14% dos óbitos maternos no continente. Estima-se que trinta e uma em cada 1000 mulheres africanas, com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos, passem por experiências de aborto de risco todos os anos. Os países da África Oriental e Central parecem ser os que têm as taxas mais altas de aborto de risco, 36 por 1000, enquanto as taxas mais baixas se encontram na África Austral (9 por 1000)⁹.

Em geral, os países africanos subsarianos têm algumas das leis anti-aborto mais restritivas. Embora as leis limitem o acesso aos serviços de aborto, é importante notar que muitos factores socioculturais do continente empurram as mulheres para o aborto de risco. Por outro lado, o estigma associado ao aborto desencoraja as mulheres, que têm complicações pós-aborto, de procurarem cuidados profissionais. As atitudes desfavoráveis dos prestadores de saúde para com essas doentes têm, por vezes, resultado em cuidados negligenciados e mortes desnecessárias. Evitar a morte e a incapacidade devidas a abortos de risco requer evitar gravidezes não desejadas, através de um melhor acesso aos serviços de planeamento familiar e aos serviços de aborto seguro.

O flagelo do VIH

De acordo com as estatísticas da OMS, a nível mundial, o VIH é a principal causa de doença e morte entre as mulheres em idade reprodutiva (15–44 anos), sendo responsável por 19% da mortalidade feminina¹⁰. É matéria de grande preocupação que a prevalência da infecção pelo VIH nas mulheres tenha aumentado nas duas últimas décadas e que essa tendência seja mais acentuada na África Subsariana, onde as mulheres representam 60% das pessoas que vivem com o vírus¹¹.

Quadro 3.1 Prevalência do VIH em África e em outras Regiões do mundo, 2007

Região	Número estimado de mulheres acima dos 15 anos que vivem com o VIH (em milhares)	Prevalência do VIH entre os jovens de 15 a 24 anos %
África Subsariana	12 000	3,2
África Oriental e Austral	8 970	4,5
África Ocidental e Central	3 000	1,9
Médio Oriente e Norte de África	220	0,2
Ásia Meridional	930	0,2
Ásia Oriental e Pacífico	750	0,1
América Latina e Caraíbas	660	0,4
CEE/CIS (Europa Central e Oriental e Comunidade de Estados Independentes)	460	0,5

Fonte: UNUSIDA: Genebra; 2008.

Com muito poucas excepções, o mesmo se verifica a nível regional, onde as raparigas e mulheres do grupo etário 15–24 são particularmente vulneráveis; a prevalência do VIH/SIDA na Região está estimada em 3,2% (ver **Quadro 3.1**), isto é, mais do que cinco vezes a taxa de prevalência mundial para a mesma faixa etária¹²⁻¹⁴. Na África Subsariana, no seu todo, as mulheres também têm mais probabilidades de ficarem infectadas com o VIH do que os homens, um facto confirmado pelos dados de prevalência mais recentes, indicando que para cada 10 homens há 13 mulheres que ficam infectadas. Também aqui o padrão se repete a nível sub-regional, apesar de diferentes tipos de epidemias e modos de transmissão¹⁵. Os rácios mulher-para-homem de novas infecções pelo VIH vão de 2,22:1, na África Ocidental e Oriental, a 1,33:1, na África Austral¹⁶.

Há alguns factores subjacentes a esta tendência e um deles é biológico. O aparelho genital feminino tem uma área de superfície maior do que o aparelho genital masculino e, portanto, está mais exposto ao vírus. Por outro lado, como há níveis mais elevados de VIH no sémen do que nos fluidos vaginais e como durante o sexo heterossexual é trocado mais sémen do que fluidos vaginais, as mulheres estão mais expostas ao vírus. Finalmente, como o delicado tecido genital das mulheres jovens é facilmente danificado, o sexo coercivo ou forçado representa particular risco. Um estudo recente realizado na África Austral revelou que, em comparação com os homens, as mulheres têm mais probabilidade de contrair infecção pelo VIH com um parceiro infectado, durante relações heterossexuais não protegidas¹⁷. Mesmo assim, há factores socioeconómicos que intervêm, especialmente em culturas que limitam os conhecimentos das mulheres acerca do VIH ou minam a sua capacidade para se fazerem ouvir em debates sobre práticas sexuais seguras. Ficou demonstrado que há menos raparigas do que rapazes a saberem que os preservativos podem oferecer protecção contra o VIH¹⁸. Claramente, a incapacitação das mulheres é muito mais provável onde os factores são a pobreza, a falta de educação ou estatuto social. Em cenários onde as mulheres estão confinadas exclusivamente ao trabalho doméstico, são excluídas da educação e repetidamente sujeitas a violência, incluindo a violência sexual, as mulheres estão ainda mais expostas ao risco de infecção pelo VIH.



A exposição das jovens ao VIH é matéria de especial preocupação na Região.

A exposição das jovens ao VIH é matéria de especial preocupação na Região. Elas não só enfrentam barreiras à informação sobre o VIH e, em particular, o que pode ser feito para evitar a infecção, mas, em alguns contextos, têm relações sexuais com homens que são mais velhos e que têm mais probabilidades de estar infectados. Não existem dados sobre este fenómeno, mas os inquéritos sobre demografia e saúde de alguns países da Região revelam que as taxas de infecção aumentam substancialmente no grupo etário 20–24, em comparação com a faixa de 15–19 anos. Enquanto os níveis de infecção pelo VIH entre os homens sobem lentamente e atingem o seu pico quando estão entre os 35 e os 40 anos, a prevalência entre as mulheres sobe rapidamente e atinge o pico perto do 30 anos¹⁹.

A violência ou ameaça de violência do homem para a mulher também desempenha um papel importante a favor da epidemia, como revela um estudo de 2010, na África do Sul, que sugere que a violência entre parceiros íntimos aumenta o risco de infecção pelo VIH entre as mulheres jovens sul-africanas²⁰. A violência afecta também a capacidade das mulheres para se protegerem da infecção, incluindo a capacidade de se fazerem ouvir nas negociações sexuais. Uma vez infectadas, há também mais probabilidades de que as mulheres sejam vítimas de agressões²¹. Na Suazilândia, que tem o nível mais elevado de prevalência do VIH na Região, um estudo realizado em 2007 revelou que 33% das mulheres com idades compreendidas entre os 13 e os 24 anos afirmaram ter sido vítimas de uma qualquer forma de violência sexual, antes dos 18 anos de idade²². Até ao momento, poucos países tomaram medidas direccionadas para evitar a violência ou para capacitar as mulheres sobreviventes da violência^{21,23}. É também de notar que, enquanto muitos países têm leis para punir a violação, poucos têm legislação que penalize a violência doméstica.

Além do risco da violência, as mulheres que vivem com o VIH/SIDA na Região Africana sofrem muitas vezes graves consequências sociais devido à sua infecção. O diagnóstico positivo numa mulher pode, muitas vezes, levar à desagregação da família, ao seu abandono pelo marido e/ou à recusa dos seus direitos em matéria de heranças, quando estas existem. Pode mesmo implicar, pura e simplesmente, a sua exclusão social. O VIH/SIDA tem contribuído, igualmente, para a marginalização das categorias de mulheres que já foram vítimas de exclusão social, tais como as profissionais do sexo, que sofrem o estigma, discriminação e outras acções punitivas que apenas exacerbam a sua vulnerabilidade.

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

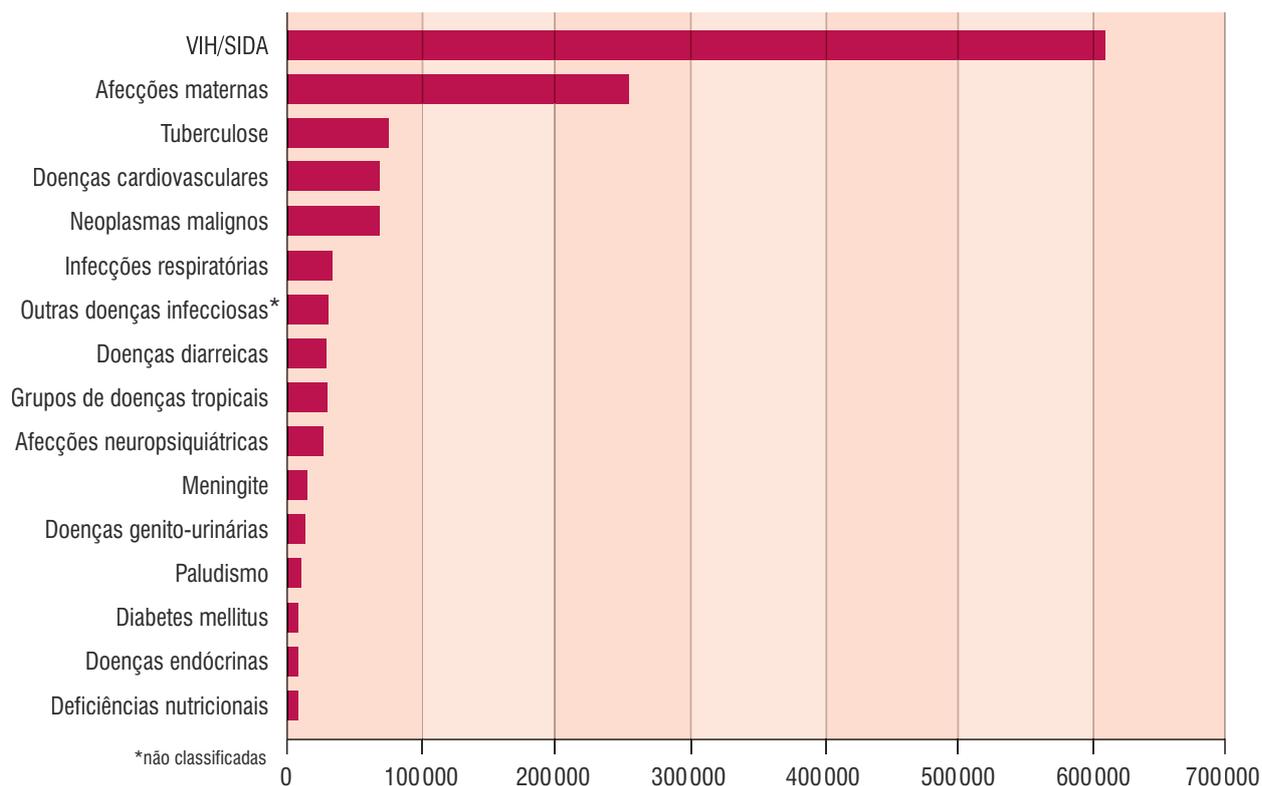
As profundas necessidades por satisfazer de saúde sexual e reprodutiva, especialmente das jovens, uma população que já é gravemente afectada pelo VIH e pela violência, reforça a urgente necessidade de abordar conjuntamente os ODM 3, 4, 5 e 6, isto é, de levar a abordagem multisectorial para aquilo que é verdadeiramente um problema multisectorial. Isso significa também levar a cabo uma consulta alargada sobre problemas relacionados com a saúde da mulher e reunir activamente as partes interessadas de múltiplos sectores, para convencer os líderes a afectarem mais recursos à saúde da mulher²⁴. Em alguns países, este processo já se iniciou. Nos Camarões, por exemplo, o envolvimento do ministério das finanças na elaboração do plano estratégico de segurança dos produtos para a saúde reprodutiva ajudou a reforçar a sensibilização para a necessidade de incluir uma dotação para contraceptivos no orçamento nacional²⁵.

Melhorar a distribuição da terapêutica anti-retroviral (TAR) às mulheres é um objectivo importante e o aumento do número de homens e mulheres, que recebem TAR na Região, de 100 000, em 2003, para um pouco menos de 3 milhões, em 2008, é louvável, embora se possa fazer muito mais para mudar os determinantes sociais que alimentam a epidemia²⁶. A alta prevalência da violência e das infecções pelo VIH, que, muitas vezes, caminham par a par, exige, mais uma vez, respostas multisectoriais integradas que abordem, particularmente, o problema da capacitação das mulheres.

Maus cuidados de saúde materna

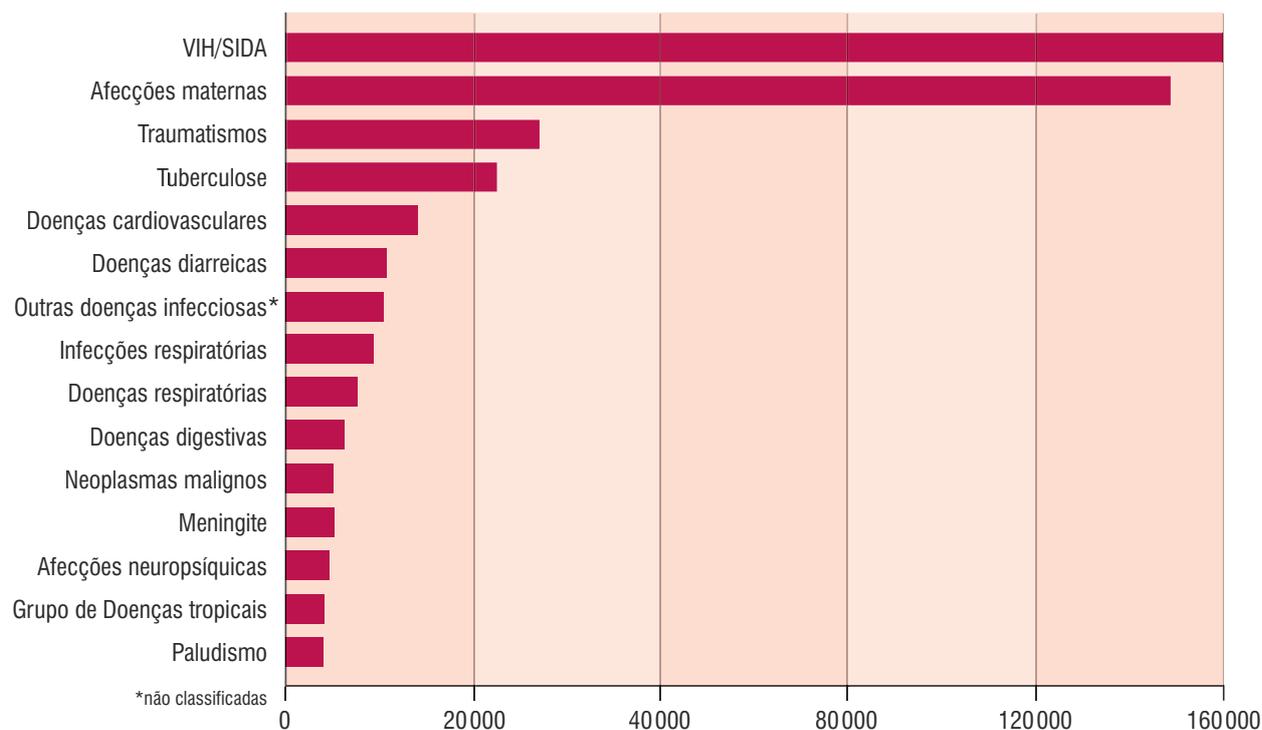
Embora o VIH/SIDA possa ser a principal causa de morte entre as mulheres africanas, na sua idade reprodutiva, as condições maternas também têm a sua responsabilidade (**Figura 3.2**). Particularmente, na faixa etária dos 15 aos 29 (**Figura 3.3**), a incidência da mortalidade materna é ainda maior. De facto, aproximadamente 51% de todos os

Figura 3.2 Causas de morte na Região Africana entre as mulheres com 15–44 anos, 2004



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

Figura 3.3 Causas de morte na Região Africana entre as mulheres com 15–29 anos, 2004



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

óbitos maternos envolvem mulheres africanas com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos.

Os cuidados profissionais são um dos requisitos para que a mãe e o filho sejam acompanhados com segurança durante a gravidez e o parto. Os cuidados pré-natais são essenciais para avaliar os riscos, bem como para rastrear e tratar certas afecções. Também aqui as mulheres africanas estão lamentavelmente mal servidas. No Burkina Faso, Chade, Mali, Mauritânia, Níger, Ruanda e Senegal, por exemplo, menos de 25% das grávidas fazem as quatro consultas pré-natais recomendadas pela OMS, com um médico, enfermeira ou parteira especializados. Sabe-se que a assistência profissional ao nascimento é crucial para a sobrevivência da mãe do filho; no entanto, a maioria das mulheres africanas não têm acesso ao parto assistido. O mesmo se passa com os cuidados pós-parto, que são necessários para detectar e tratar as infecções e outros problemas, incluindo a depressão pós-parto. Os cuidados pós-parto são também essenciais para prestar aconselhamento sobre planeamento familiar e outras questões, como a amamentação (Quadro 3.2).

Quadro 3.2 Cobertura dos cuidados pré-natais e assistência ao parto

Região/Sub-regiões	Cobertura dos cuidados pré-natais (%) 2000–2007		Cobertura da assistência aos partos (%) 2000–2007	
	<i>Recorreu à clínica, pelo menos, uma vez</i>	<i>Recorreu à clínica, pelo menos, quatro vezes</i>	<i>Assistência profissional ao parto</i>	<i>Parto numa instituição de saúde</i>
África Subsariana	72	42	47	40
África Oriental e Austral	72	40	40	33
África Ocidental e Central	71	44	49	46
Médio Oriente e Norte de África	72	–	81	71
Ásia Meridional	68	34	41	35
Ásia Oriental e Pacífico	89	66	87	73
América Latina e Caraíbas	94	83	85	86
CEE/CIS*	90	–	94	89

* Europa Central e Oriental e Comunidade dos Estados Independentes

Fonte: UNICEF. *Progress for Children*, New York; 2007.

Insuficiência de cuidados profissionais

A insuficiência de profissionais de obstetrícia é apenas um dos problemas relativos aos recursos humanos para a saúde na Região. Em muitos países, é difícil ter uma noção clara da situação, devido à falta de dados fiáveis²⁷, mas dos 57 países, em todo o mundo, que sofrem de uma insuficiência crítica de profissionais de saúde, 36 estão na Região Africana²⁸. Quando os profissionais de saúde recebem a devida formação, a sua retenção é problemática devido às más condições de trabalho, sobretudo aos baixos salários. Além disso, alguns são obrigados a abandonar os seus cargos, devido à instabilidade política, conflitos militares ou à epidemia do VIH/SIDA^{29,30}.

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

sofrer relativamente mais, quando os sistemas de saúde não dispõem dos recursos necessários. Estima-se que são necessários cuidados abrangentes de emergência para 15% das mulheres que desenvolvem complicações durante o parto.

Isso pode incluir intervenções dispendiosas, como cesarianas que, muitas vezes, podem significar a diferença entre a vida e a morte de uma mãe e/ou do seu bebé. As cesarianas são feitas em menos de 3% dos partos na Região, muito abaixo dos 5–15% estimados pela OMS, para satisfazer as necessidades das mulheres ao dar à luz.

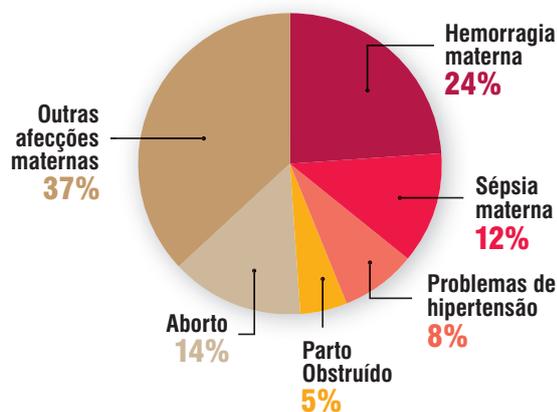


Para começarem a corrigir estes problemas, os governos nacionais e os parceiros internacionais do desenvolvimento precisam, claramente, de cumprir as promessas de financiamento que fizeram no passado. A insuficiência das dotações orçamentais ao sector da saúde é um dos principais obstáculos à formação e retenção de profissionais de saúde motivados. As instituições africanas de formação em saúde não têm a capacidade de substituir os recursos humanos numa base regular. Entretanto, os profissionais de saúde no terreno são confrontados com excesso de trabalho, baixos salários, equipamento inadequado e menos oportunidades de progressão na carreira. Todos estes problemas são mais agudos nos ambientes rurais.

Elevada mortalidade materna

Em todo o mundo, registam-se anualmente mais de meio milhão de mortes maternas, das quais 99% ocorrem nos países em desenvolvimento e destes mais de metade na Região Africana⁵. O ODM 5, como já se afirmou, visa 75% de redução no rácio de mortalidade materna mundial, entre 1990 e 2015, o que requer uma redução média anual de 5,5%. Na Região Africana, a redução média anual de 1990 a 2010 foi de 2,7%, e há poucas indicações de qualquer mudança significativa nos últimos três anos. A situação na Região Africana é ainda mais trágica, porque a mortalidade materna é largamente evitável, como comprova a disparidade mundial nos resultados da saúde materna (Figura 3.4). De facto, na Europa, a mortalidade materna é uma ocorrência rara, acontecendo apenas em 20 por 100 000 nados-vivos, em comparação com 480 por 100 000 na Região Africana (ver Quadro 3.3), o rácio mais elevado de todas as Regiões do mundo³¹.

Figura 3.4 Causas de morte materna na Região Africana



Fonte: Organização Mundial da Saúde, Genebra; 2008.

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

Mais de metade das mortes maternas ocorrem nas 24–48 horas a seguir ao parto, por complicações que vão desde a hemorragia pós-parto até à septicemia e problemas de hipertensão^{32,33}.

Quadro 3.3 Estimativas do rácio de mortalidade materna (óbitos maternos por 100 000 nados-vivos), óbitos maternos e risco vitalício por região da OMS, 2010

Região	Rácio de mortalidade materna	Número de óbitos maternos	Risco vitalício de óbito materno (1 em :)
África	480	148 000	42
Américas	63	9 700	710
Mediterrâneo Oriental	250	39 000	120
Europa	20	2 200	2 900
Sudeste Asiático	200	76 000	190
Pacífico Ocidental	49	12 000	1 200
Mundo	210	287 000	180

Fonte: OMS, UNICEF, FNUAP e Banco Mundial. *Tendências da Mortalidade Materna: 1990 – 2010*. Geneva: OMS; 2012.

Quadro 3.4 Serviços de cuidados obstétricos de emergência em certos países da Região Africana

País e ano	Cinco serviços de cuidados obstétricos de emergência por 500 000 habitantes, em % do número total necessário
Camarões (2000)	29
Mauritânia (2000)	31
Moçambique (1999)	34
Malawi (2000)	36
Mali (2002)	38
Senegal (2002)	39
Chade (2002)	40
Uganda (2002)	44
Benin (2002)	67
Níger (2002)	68
Ruanda (2003)	86

Fonte: Shah IH, Say L. Maternal Mortality and Maternity Care from 1990 to 2005: Uneven but Important Gains. *Reprod Health Matters* 2007;15(30):17–27.



Algumas mães na Região Africana sangram até à morte depois do parto, por não estar presente nenhum profissional de cuidados de saúde para as ajudar. A disponibilidade de profissionais de obstetrícia varia muito de país para país, mas, de modo geral, a cobertura é baixa, cerca de 47%²⁶. Estima-se que cerca de um quarto das mortes maternas poderiam ser evitadas por cuidados obstétricos de emergência (**Quadro 3.4**).

Importância de cumprir as promessas feitas às mães africanas

Ao longo das últimas décadas, a Assembleia-Geral das Nações Unidas, a Assembleia Mundial da Saúde, o Comité Regional Africano da OMS e outras conferências internacionais aprovaram várias resoluções destinadas a promover a saúde das mulheres africanas. Os governos dos países, em colaboração com os seus parceiros do desenvolvimento em África, também estabeleceram acordos a nível mundial, regional e nacional. O direito à saúde está incluído em vários importantes tratados internacionais de direitos humanos[†], assinados pela maioria dos países da Região Africana. Como anteriormente referido no relatório, a Convenção das Nações Unidas para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) trata expressamente da saúde da mulher, especificando as obrigações governamentais de prevenção da morbilidade e mortalidade maternas e a disponibilidade de serviços adequados de cuidados de saúde às mulheres. Todos os 46 países da Região Africana são signatários da CEDAW. A nível regional, a Carta Africana dos Direitos Humanos (Carta de Banjul), em conjunto com o respectivo Protocolo sobre os Direitos das Mulheres em África, reconhece o direito das mulheres à saúde e identifica diferentes medidas a tomar pelos Estados para assegurarem a plena implementação deste instrumento. A nível nacional, o direito à saúde, que inclui a saúde das mulheres, foi incluído em mais de 80% das constituições dos países da Região Africana.



Em 2000, as Nações Unidas adoptaram a Declaração do Milénio, que estabelece oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) a atingir até 2015, incluindo: a) o ODM 5A que se destina especificamente a reduzir a mortalidade materna em três quartos, entre 1990 e 2015; e b) o ODM 5B que se destina a atingir o acesso universal à saúde reprodutiva. É importante registar que os outros objectivos estão também relacionados, directa ou indirectamente, com a saúde da mulher, particularmente o ODM 3, que procura promover a igualdade dos géneros e a capacitação

das mulheres, e o ODM 4 que visa a redução da mortalidade infantil. Mais recentemente, em Maio de 2010, o Banco Mundial anunciou um Plano de Acção Quinquenal para a Saúde Reprodutiva, para reduzir os óbitos maternos e as taxas de fertilidade, em 58 países de baixos rendimentos. Ao abrigo desse plano, o Banco Mundial prometeu aumentar o seu empréstimo para ajudar a alargar o acesso à contracepção, a cuidados pré-natais e à educação das mulheres e das raparigas. Este empréstimo ajudará ainda a dar formação ao pessoal de saúde na área das causas mais comuns da mortalidade materna.

[†] Que incluem o Convénio Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (ICESCR), a Convenção dos Direitos da Criança (CRC) e a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) *Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África*

Os países africanos estabeleceram ainda muitos acordos regionais e sub-regionais para melhorar a saúde da mulher, o mais recente dos quais foi a Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna em África (CARMMA), lançada em Maio de 2009 com o lema – *A África Preocupa-se: Nenhuma mulher deverá perder a vida ao gerar vida*. A União Africana, em colaboração com o FNUAP, UNICEF e OMS, lançou a CARMMA em 32 países da Região, no final de 2011.

No entanto, apesar do elevado número de convenções e de iniciativas, das quais apenas aqui mencionamos algumas, as boas intenções não conseguiram muitas vezes resultar em mudanças. É o caso, por exemplo, da Iniciativa da Maternidade Segura, lançada numa conferência em Nairobi, no Quênia, em 1987, que apelava para a redução em 50% da mortalidade materna até ao ano 2000 e que exortava os países a melhorar a situação e a educação das mulheres. Na sequência da reunião de Nairobi, muitos países africanos comprometeram-se a reduzir a mortalidade e a morbilidade maternas e iniciaram os Programas Nacionais de Maternidade Segura, mas conseguiram-se poucos progressos concretos.

Embora muitos países analisem e revejam a sua legislação e políticas, por exemplo, para as harmonizar com as declarações dos ODM, existe ainda um grande fosso entre as prioridades políticas declaradas e os compromissos financeiros necessários à sua implementação. Relativamente à redução da mortalidade materna, os progressos foram especialmente desanimadores. Uma forma de confirmar isto é verificar os progressos realizados no ODM 5, que exige uma média anual de 5,5% de redução da mortalidade materna, entre 2000 e 2015. Na Região Africana, a média anual real da redução durante o período de 1990 a 2010 foi de 2,7%. Até 2010, apenas dois países da Região Africana estavam no bom caminho para atingirem o ODM 5.



Relativamente à redução da mortalidade materna, os progressos foram especialmente desanimadores.

Numa reunião da União Africana em Kampala, em Julho de 2010, mais uma vez os líderes prometeram investir mais em agentes comunitários de saúde e reafirmaram o seu compromisso com a meta da Declaração de Abuja sobre as despesas de saúde. Como se refere no Capítulo 1, até hoje, apenas sete países estão a cumprir a meta da Declaração de Abuja. Alguns líderes na cimeira de Kampala expressaram a sua preocupação sobre a escassez de recursos para dar prioridade aos cuidados de saúde, sendo claramente um problema a questão do financiamento³⁴.

Os líderes africanos presentes na Cimeira de Kampala também prometeram reduzir as despesas directas com os cuidados de saúde, manifestando a sua intenção de o fazer através de certas estratégias, como a prestação gratuita de cuidados obstétricos e cuidados às crianças menores de cinco anos. Uma forma de garantir que estas decisões são plenamente implementadas a nível nacional seria introduzir mecanismos de monitorização. Os líderes africanos poderiam também ajudar se estabelecessem e anunciassem publicamente um calendário com prazos claros para atingir as metas, na corrida para a consecução dos ODM para 2015.



Figura 3.5 Os três níveis de cuidados de saúde na Região Africana



Figura 3.6 Modelo de cuidados otimizados à maternidade

É evidente que construir novas clínicas e equipá-las com pessoal, só por si, não será suficiente. Como se afirma no Capítulo 1, é necessária uma mudança de mentalidades no que respeita ao desenho de um sistema de saúde, com maior ênfase na abordagem dos cuidados de saúde primários (CSP), baseado em princípios de justiça social, equidade, solidariedade, eficaz participação comunitária e acção multisectorial. Os actuais sistemas de saúde escalonados em pirâmide (ver **Figura 3.5**), em que os serviços de saúde prestam sistematicamente cuidados básicos rudimentares, não conseguem responder às necessidades das mulheres africanas, as quais são na verdade excluídas dos cuidados prestados em sofisticados hospitais urbanos, devido à distância, custos e barreiras subtis, como a atitude do pessoal para com os pobres das zonas rurais.

O melhor desenho do sistema para a prestação de serviços de saúde materna na Região Africana inclui dois níveis (ver **Figura 3.6**) de prestação de cuidados obstétricos básicos e abrangentes³⁵. Isto porque mesmo os cuidados obstétricos básicos, se forem prestados com eficácia no momento adequado, podem salvar vidas. A dificuldade dos hospitais distritais em fornecer

tratamentos que salvam vidas nas emergências obstétricas – parte da chamada “terceira demora” nos cuidados – contribuiu largamente para os altos rácios de mortalidade materna na Região Africana.

A importância das abordagens dos CSP na prestação de cuidados de saúde em África é hoje compreendida, tal como prova a adopção da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, a qual foi aprovada pelo Comité Regional Africano em 2008 e que reafirma os princípios da Declaração de Alma-Ata de 1978. No entanto, há ainda muito a fazer em termos de vontade política e de compromisso, para que a Declaração de Ouagadougou não se torne apenas mais uma Declaração na lista das Declarações de há várias décadas até à data. Há ainda sinais de que os cuidados de saúde maternos estão a tornar-se uma prioridade em alguns lugares. Segundo a Organização Mundial da Saúde, ao longo dos últimos três anos, foram iniciados nos países estudos concertados dos óbitos maternos e perinatais, em 27 países da Região, enquanto que 17 países iniciaram a tarefa de melhorar as capacidades do

pessoal de saúde em cuidados essenciais aos recém-nascidos, através do uso de materiais de formação da OMS. A OMS publicou também um guia de prática clínica para cuidados obstétricos e neonatais de emergência, assim como materiais de formação em cuidados domiciliários para agentes comunitários de saúde²⁶.

As taxas de utilização penalizam as mulheres pobres

É evidente que, embora possam ser fisicamente acessíveis e estejam devidamente equipadas em material e pessoal, as clínicas e os hospitais pouco servirão às necessidades de saúde das mulheres africanas, se estas não sentirem que têm o direito de lá entrar e procurar ajuda. Se uma mulher tiver que pagar a consulta ao médico do seu próprio bolso, ela poderá adiar até ser demasiado tarde para receber um tratamento eficaz. As taxas de utilização foram introduzidas na maioria dos países africanos na sequência da recessão mundial dos anos 70, o que resultou em políticas de ajustamento estrutural para restringir a despesa governamental^{36,37}.

Um importante relatório do Banco Mundial, publicado em 1987, sugeria que essas taxas de utilização não eram apenas uma boa forma de gerar receitas, mas também que iriam reduzir a sobreutilização e encorajariam a prestação de serviços com poucos encargos e a baixo custo³⁸. Esse relatório também defendia que as taxas de utilização deveriam melhorar a equidade, uma vez que o dinheiro angariado nas cidades e povoações maiores poderia ser usado para subsidiar os pobres das zonas rurais. Porém, tal como referido no Capítulo 1, a experiência africana das taxas de utilização não tem sido positiva.

As taxas de utilização foram introduzidas em alguns países nas décadas de 80 e 90, muitas vezes como parte de condições para atribuição de empréstimos pelo Banco Mundial e o FMI. Em 2007, 90% da catástrofe financeira mundial (definida como o desembolso forçado de mais de 40% dos rendimentos familiares após terem sido satisfeitas as necessidades básicas) resultou de taxas de utilização ocorridas na Região, onde os empréstimos e as vendas de bens para financiar cuidados de saúde eram práticas comuns³⁹. Mesmo quando as taxas cobradas são bastante baixas, podem desencorajar o uso dos serviços de saúde. Sobre este assunto, um recente estudo no Quênia revelou que a introdução de uma taxa de 0,75 dólares americanos nos mosquiteiros impregnados que antes eram grátis reduziu a sua procura em 75%⁴⁰.

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

A alternativa às taxas de utilização é uma qualquer forma de centralização de recursos financeiros, de modo a que o risco de pagar os cuidados de saúde seja suportado por todos os membros do grupo e não apenas pelo indivíduo, quando este ou esta ficarem doentes. Para materializar esta centralização, os fundos terão de ser pré-pagos, seja na forma de uma taxa ou de prémios de seguros⁴¹. Alguns países africanos, nomeadamente o Gana e o Ruanda, já começaram a agir nesta direcção, e existem já muitos exemplos em todo o mundo de países de baixos e médios rendimentos que adoptaram o pré-pagamento e a centralização de recursos, como base para financiar cuidados de saúde universais.

No entanto, deverá registrar-se que o problema colocado pelas taxas de utilização não poderá ser resolvido com a sua abolição pura e simples. Quando o Uganda aboliu as taxas de utilização em 2001, a incidência dos gastos catastróficos com a saúde entre os mais pobres não desceu imediatamente, pois, muito provavelmente, a frequente indisponibilidade de medicamentos nas unidades governamentais, após 2001, forçou alguns doentes a recorrerem a farmácias privadas⁴². Sem um planeamento adequado, a abolição das taxas de utilização pode também conduzir a um aumento de taxas de utilização não autorizadas por parte dos agentes de saúde. Assim, a transição deverá processar-se cuidadosamente se os decisores políticos pretendem evitar que o pessoal sem salários abandone as clínicas. Um recente estudo da UNICEF em seis países subsarianos que suspenderam o pagamento das taxas de utilização revelou que o processo é facilitado quando há uma clara liderança de topo no sistema político, e sempre que houver um diálogo entre os líderes políticos e os técnicos nacionais⁴³. Sempre que os políticos tentaram abolir as taxas demasiado depressa, muitas vezes por razões políticas, os técnicos por vezes tentaram contrariar a formulação e a implementação das reformas. Segundo a OMS, 13 países da Região removeram as barreiras financeiras aos cuidados obstétricos e neonatais de emergência, desde 2008.

Cuidados de saúde não sensíveis ao género nem à cultura

As mulheres africanas carecem de recursos financeiros e o isolamento geográfico de uma percentagem significativa da população da Região é muitas vezes citada como a causa da baixa utilização dos serviços de saúde materna. É dada pouca atenção a atitudes perante a gravidez que podem resultar de crenças culturais fortemente enraizadas, mas que são contrárias às actuais melhores práticas médicas. Por exemplo, o Annang da Nigéria favorece a posição de cócoras durante o parto, por oposição à litotomia geralmente adoptada pelos sistemas de saúde⁴⁴. Essa posição tem conotações cosmológicas e filosóficas e aproveita a vantagem da gravidade para ajudar na expulsão do bebé através do canal vaginal. Tal como a posição de joelhos, a posição de cócoras é uma das mais largamente escolhidas em todo o mundo, sobretudo em culturas em que são as próprias mulheres que controlam a forma de dar à luz⁴⁵. Parte dos desafios enfrentados pelos decisores políticos é, assim, argumentar a favor dessas práticas que se baseiam no conhecimento dessas tradições. Não chega dizer simplesmente “É assim que se deve fazer.” É preciso usar uma certa dose de sensibilidade à cultura se se quiserem melhorar as taxas de utilização. Outros obstáculos a que as mulheres procurem os cuidados de que precisam podem incluir os preconceitos relativamente à gravidez precoce. Em muitas sociedades tradicionais africanas, a gravidez é escondida o mais tempo possível durante os primeiros meses e há quem se refira a este período usando palavras que o traduzem literalmente como “o não dito”. Também aqui, o acesso e a educação sobre a importância das consultas pré-natais terão de ser concebidos sem esquecer a perspectiva tradicional.

Têm de ser desenvolvidos esforços para envolver e educar as comunidades em questões da saúde materna, com a consciência do facto de que a mulher grávida faz parte de uma rede social e de que a sua situação e conexões no seio dessa rede determinam, muitas vezes, a sua capacidade para responder a campanhas de saúde pública. No contexto africano, a mulher grávida relaciona-se muitas vezes com os serviços de cuidados de saúde através de uma complexa rede social que reflecte a luta pelo poder dentro da família, o círculo de alianças e a comunidade.

Como se afirma no Capítulo 1, as crenças tradicionais sobre a saúde em África baseiam-se geralmente na noção de que a saúde individual e comunal estão interligadas, o que dificulta discutir com um elemento sem a presença do outro. O povo Nguni da África Austral resume isto nas palavras: “*umuntu ngumuntu*

ngabantu” – uma pessoa é uma pessoa através das pessoas. Consequentemente, os esforços para dar resposta às necessidades que uma jovem mulher tem de cuidados pré-natais, são por vezes mais eficazes se forem dirigidos às mulheres mais velhas da comunidade. As mulheres mais velhas – sogras, mães e tias – são muitas vezes consideradas mais experientes e como tendo a responsabilidade social de tratar da gravidez da jovem mulher. Por conseguinte, as campanhas para encorajar a amamentação poderão ter melhores resultados se tiverem em consideração de que são as avós, mais do que as mães, quem toma as principais decisões acerca da alimentação dos bebés, um fenómeno que tem sido debatido no contexto da África do Sul, por exemplo⁴⁶. Infelizmente, a maioria das vezes, as opiniões destas mulheres mais velhas não são tidas em conta nos sistemas de saúde formais.

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

As mulheres africanas são um valioso recurso e deverão ser capacitadas sempre que possível; isto é tanto mais verdade quanto é importante o seu papel de apoiar as suas irmãs através de um processo tão problemático e, no contexto africano, de alto risco, de levarem uma gravidez até ao fim e conseguirem dar à luz. A mudança das práticas tradicionais e o aproveitamento daquelas que podem considerar-se apropriadas, pode aperfeiçoar a eficácia da prestação de serviços e melhorar a acessibilidade económica aos serviços. Mais do que isso, conhecer os conceitos culturais acerca da gravidez, nascimento e cuidados pós-parto não só ajudará a conceber novas respostas dirigidas à mortalidade materna, mas terá também efeitos sinérgicos sobre os problemas de saúde das outras mulheres.

Na Região Africana as mulheres são os principais prestadores de cuidados no seio das famílias e ocupam uma posição de grande importância nos sistemas de saúde públicos e privados. De facto, as mulheres predominam na força de trabalho formal da saúde em muitos países africanos. No entanto, elas tendem a concentrar-se em cargos como os de enfermeiras, parteiras e serviços comunitários de saúde. As tarefas mais técnicas – médicos, cirurgiões, anestesistas – tendem a ser ocupados por homens e, à excepção do Burundi, Guiné e Moçambique, onde o rácio de homens médicos para mulheres médicas se situa entre 0,7 e 1; o rácio situa-se normalmente entre 0,2 e 0,3 mulheres para homens em outros países africanos.



Na Região Africana as mulheres são os principais prestadores de cuidados no seio das famílias e ocupam uma posição de grande importância nos sistemas de saúde públicos e privados.

A análise dos dados qualitativos nesta área revela que, em muitos casos, as mulheres africanas não gostam de ser examinadas por pessoal masculino durante a gravidez e o parto e, portanto, o domínio dos homens nessa categoria de pessoal

de saúde funciona como uma barreira ao acesso. Este dado é confirmado por alguns estudos efectuados em todo o mundo, incluindo nos países industrializados, revelando que o sexo do médico é um importante factor na comunicação eficaz entre doentes e médicos, e na apreciação global da qualidade dos serviços feita pelos doentes^{47,48}. A evidência relativa às taxas de utilização entre doentes com cancro do colo do útero, um importante problema na Região, também sugere que as mulheres às vezes atrasam o rastreio devido ao desconforto por serem vistas por um prestador de cuidados de saúde do sexo oposto⁴⁹. Estas conclusões dos nossos estudos na República Democrática do Congo sugerem que, em zonas de guerra e de conflito, as mulheres que foram vítimas de violação ou de violência sexual preferem ser tratadas pelo pessoal de saúde do sexo feminino. Para melhorar a utilização dos serviços pelas mulheres doentes é, portanto, crucial capacitar o pessoal de saúde do sexo feminino na Região e aumentar a participação das mulheres a todos os níveis da governação da saúde, especialmente na tomada de decisões, uma vez que a efectiva participação das mulheres na concepção e implementação dos serviços de saúde é essencial⁵⁰.

Aumentar o número de mulheres prestadoras de cuidados de saúde altamente qualificadas é um problema complexo que pode demorar décadas a conseguir. Só resta, assim, iniciar programas de educação para mudar as atitudes das mulheres face à aceitação do tratamento por pessoal do sexo masculino, enquanto se aguarda a formação de uma força de saúde mais equilibrada em termos de género. No entanto, a médio e a longo prazo, a integração de mulheres em níveis mais elevados do sistema de saúde deverá ser uma prioridade e os governos deverão comprometer-se a reconhecer o valor do trabalho que elas já executam através da formação inicial e em serviço, bem como em programas de acompanhamento, encorajando as mulheres a seguirem mais além. Como atrás se disse, a educação das mulheres em África é uma das chaves para a sua capacitação e um instrumento para um desenvolvimento socioeconómico mais alargado. Este assunto será retomado no Capítulo 5.

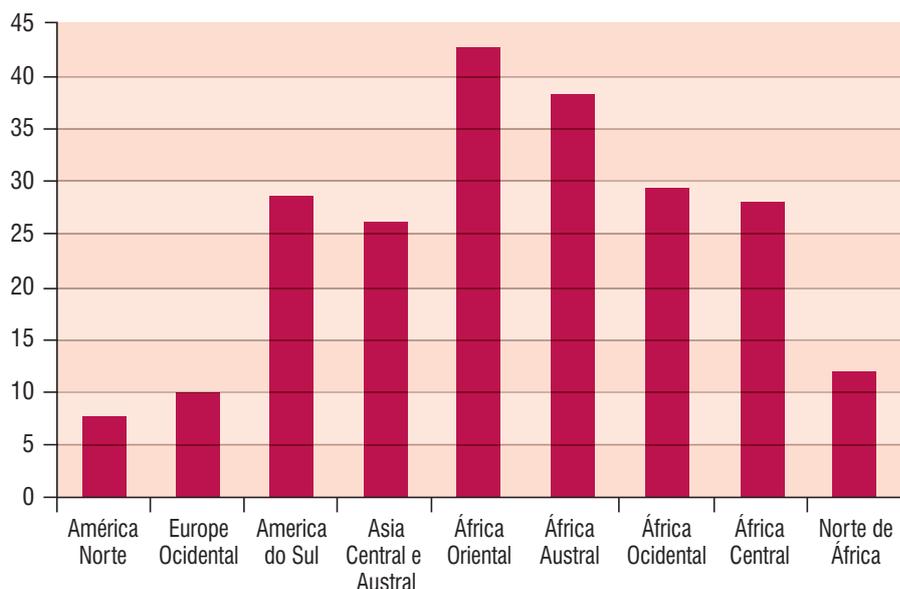
Cancro do colo do útero

A África Subsariana tem a mais alta incidência do cancro do colo do útero a nível mundial (**Figura 3.7**)⁵¹. Este é o cancro mais comum nas mulheres africanas, representando mais de um quinto de todos os casos de cancro. O cancro do colo do útero está a aumentar em muitos países africanos, nomeadamente no Mali, Uganda e Zimbabwe, mas desconhece-se a verdadeira dimensão do problema devido à deficiente notificação e à escassez de dados fiáveis. Em quase todos os casos, o cancro do colo do útero está relacionado com infecções genitais pelo papilomavírus humano (PVH), uma vulgar infecção sexualmente transmissível (IST) que se encontra em 10% das mulheres em todo o mundo, mas que se estima que afecte uma em cinco mulheres na Região Africana⁵². Apesar da existência de uma vacina altamente eficaz contra o PVH e do próprio cancro do colo do útero poder ser evitado através de um rastreio regular e de tratamento adequado, as mulheres continuam a morrer desta doença na Região Africana por falta de acesso a ambos.

Segundo um estudo efectuado em quatro países da África Ocidental⁴⁹, só menos de 1% das mulheres foram alguma vez rastreadas para esta doença. Consequentemente, apenas 21% das mulheres africanas sobrevivem à doença, em comparação com 70% e 66% respectivamente, nos Estados Unidos e na Europa Ocidental.

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

Figura 3.7 Incidência, em função da idade, do cancro do colo do útero por 100 000 habitantes mulheres e por Região do mundo



Fonte: Adapted from Anorlu RI. Cervical cancer: the Sub-Saharan African perspective. *Reprod Health Matters* 2008;16(32):41–9.

De certa maneira, os padrões da infecção pelo PVH tipificam a experiência das mulheres africanas na esfera das doenças sexualmente transmissíveis que são caracterizadas por diagnóstico e tratamento tardios, pelas razões socioeconómicas já referidas. Devido ao tratamento tardio e a uma maior vulnerabilidade biológica das mulheres a complicações de infecções não tratadas, as mulheres carregam um peso bastante maior dessas doenças específicas do que o homem na Região Africana. Infecções facilmente tratáveis, como a gonorreia, a clamídia, a sífilis ou a tricomoníase resultam em sintomas agudos e em infecção crónica, provocando infertilidade, gravidez ectópica e cancro, assim como uma maior vulnerabilidade à infecção pelo VIH, o qual, como atrás foi mencionado, é a principal causa de morte entre as mulheres nesta faixa etária. Estima-se que cerca de uma em quatro mulheres na África Subsariana tenha uma das quatro infecções mortais tratáveis, em qualquer momento da sua vida.

Infertilidade e outras patologias ginecológicas e obstétricas da idade reprodutiva na Região Africana

Na generalidade, um casal é considerado como tendo um problema de infertilidade, se a mulher não engravidar no espaço de 1 ano de relações sexuais regulares, sem o uso de contraceptivos⁵³.

A infertilidade é um importante problema de saúde pública na Região Africana, uma vez que a incapacidade de procriar gera, muitas vezes, frustração e desgaste emocional, bem como uma sensação de culpa e ressentimento; a infertilidade pode até levar ao divórcio.

Infelizmente, em muitos cenários africanos, é à mulher que se atribui a culpa da infertilidade. Isso pode conduzir a várias consequências sociais e económicas adversas para a mulher, incluindo o abandono e o divórcio.

Entre os factores determinantes da infertilidade contam-se a idade dos parceiros, a duração da exposição sexual, órgãos genitais normais e IST, assim como os tabus.

O tratamento da infertilidade é individualizado para responder aos factores causais identificados. A abordagem mais custo-eficaz à infertilidade é a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e uma melhor educação. As tecnologias de reprodução assistida podem ajudar a tratar a infertilidade e a esterilidade. Alguns países na Região Africana criaram clínicas de reprodução assistida.

Outros problemas ginecológicos e obstétricos prevalentes na Região incluem distúrbios hipertensivos da gravidez, diabetes na gravidez, doença cardíaca durante a gravidez, miomas do útero, infecções urinárias durante a gravidez, anemias e cancro ginecológicos, como o do colo do útero, da mama, do endométrio, vulvar e vaginal.

Outros riscos

Este Capítulo tem-se centrado nas principais causas de doença e morte das mulheres na Região Africana durante a sua idade reprodutiva. Mas o VIH/SIDA e o largo espectro de condições de risco para a vida das mães são apenas dois dos desafios que as mulheres africanas enfrentam nesta faixa etária. Outros riscos de relevo incluem a ameaça das doenças infecciosas como a tuberculose, a doença que está muitas vezes associada ao VIH/SIDA, até ao ponto de 35% dos casos de tuberculose na Região co-infectados com o VIH representarem cerca de 40% dos óbitos de pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Também as doenças não transmissíveis (DNT), incluindo a violência e os traumatismos, são problemas altamente preocupantes.

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

Principais considerações e pontos de acção

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

Referências

1. Africa News network. *Irrigation-scheme-brings-rice-and-hope*. Africa News network; January 30. 2007.
2. Shepherd CM. *Women as healers across cultural perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1989.
3. UNDP. *Human Development Report 2009*. New York: Oxford University Press; 2009.
4. Sachs J. *Common Wealth: Economics for a Crowded Planet*. New York: Penguin Books; 2008.
5. Chan M. *Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. Geneva: World Health Organization; 2009.
6. Sedgh G, et al. *Women with unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method*. New York: Guttmacher Institute; 2007.
7. Amadium I. *Male daughters, female husband: gender and sex in an African society*. London: Zed Books; 1987.
8. Blesdoe, CH. *Contingent Lives Fertility, Time and Aging in West Africa*. Chicago: University of Chicago Press; 1999.
9. World Health Organization. *Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6th edn. Geneva: WHO; 2008.
10. Ribeiro P, et al. Priorities for woman's health from the Global Burden of Disease study. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;102:82–90.
11. Sambo G. *Alocução no Lançamento da Comissão de Saúde da Mulher*, Monrovia, Libéria; 14 de Abril de 2010.
12. Gay J, et al. *What works for women and girls: evidence for VIH/SIDA interventions*. New York: Open Society Institute; 2010.
13. UNAIDS. *Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and VIH – operational plan for the UNSIDA action framework: addressing women, girls, gender equality and VIH*. Geneva: UNSIDA; 2010.
14. World Health Organization. *Global Burden of Disease 2004: Summary Tables*. Geneva: Health Statistics and Informatics Department, World Health Organization; 2004.
15. UNAIDS. *UNAIDS Global Report 2010*. Geneva: UNSIDA; 2010.
16. UNAIDS. *Global Report; UNSIDA Report on the Global SIDA Epidemic*. Geneva: UNSIDA; 2010.
17. Chersich M, Rees H. Vulnerability of women in Southern Africa to infection with VIH: biological determinants and priority health sector interventions. *SIDA* 2008;22(Suppl 4):S27–S40.
18. UNAIDS. *Preventing new VIH infections: the key to reversing the epidemic. Report on the global SIDA epidemic*. Geneva: Joint United Nations Programme on VIH/SIDA (UNSIDA); 2008.
19. Gouws E, et al. The epidemiology of VIH infection among young people aged 15–24 years in southern Africa. *SIDA* 2008;22(Suppl 4):S5–S16.
20. Jewkes R, et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of VIH infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet* 2010;376:41–4.
21. WHO/UNAIDS. *Addressing violence against women and VIH/SIDA: what works?* Geneva: WHO/UNAIDS; 2010.
22. UNICEF. *Violence against children in Swaziland – findings from a national survey on violence against children in Swaziland*. New York: UNICEF/United States Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
23. UNAIDS. *UNGASS-AIDS and sexual and reproductive health of women: civil society report 2010*. Recife, Brazil: GESTOS; 2010.
24. Macro International. *Rwanda Demographic and Health Survey. Preliminary data from Rwanda's 2008 Demographic and Health Survey*. Washington, DC: Macro International; 2008.
25. USAID. *USAID in Africa: 2006 Meeting Demand for Reproductive Health*; <http://Áfricastories.usaid.gov/USAID>; 2006.
26. Organização Mundial da Saúde Alcançar o Desenvolvimento Sustentável na Região Africana. *Orientações Estratégicas para a OMS/AFRO 2010–2015*. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, AFRO; 2010.
27. World Health Organization. *World Health Report 2006: Working together for Health*. Geneva: World Health Organization; 2006.
28. World Health Organization. *WHO Global Atlas of the Health Workforce*. Geneva: World Health Organization. Available from: www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp [online database].
29. Berhan Y. Medical doctors profile in Ethiopia: production, attrition and retention. In memory of 100-years of Ethiopian modern medicine & the new Ethiopian millennium. *Ethiop Med J* 2008;46(Suppl 1):1–77.
30. Anderson F, et al. Who will be there when women deliver? Assuring retention of obstetric providers. *Obstet Gynecol* 2007;110(5):1012–6.
31. WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank. *Trends in maternal mortality 1990–2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates*. Geneva: WHO; 2012.
32. Hallman K. *Socioeconomic disadvantage and unsafe sexual behavior among young women and men in South Africa*. New York: Population Council; 2004.
33. Blue, et al. *Women and mental health*. Geneva: WHO; available from: http://www.allcountries.org/health/women_and_mental_health.html 1995.
34. Assembly of the African Union. *Decisions, Declarations, Resolutions*. Adopted at the 15th Ordinary Session of the Assembly of the Union, Kampala, Uganda, July 2010.
35. UNICEF. *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services*. New York, 1997. New York: UNICEF/WHO/UNFPA; 1997.
36. Yates R. *International Experiences in removing User Fees for Health Services – Implications for Mozambique*. London: DFID Health Resource Centre; 2006.

37. World Health Organization. *The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Geneva: World Health Organization; 2008.
38. Akin J, Birdsall N, de Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. World Bank Policy Study. Washington, DC: World Bank; 1987.
39. Adam L, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: Empirical Evidence from 15 countries. *Bull World Health Organ* 2008;86:849–56.
40. Cohen J, Dupas P. *Free distribution or cost-sharing: evidence from a randomized malaria prevention experiment*. Washington, DC: Brookings Institution; 2007.
41. World Health Organization. *World Health Report 2010: the Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2010.
42. Xu K, et al. Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Soc Sci Med* 2006;62:866–76.
43. UNICEF. *Policy guidance note on removing user fees in the health sector*. New York: UNICEF; 2009 May.
44. Brink P. Traditional birth attendants among the Annang of Nigeria: current practices and proposed programs. *Soc Sci Med* 1982;16(21):1883–92.
45. Harper B. *Gentle Birth Choices*. New York: Inner Traditions Bear & Company; 2005 August.
46. World Health Organization. Langa L. Breast is always best, even for VIH-positive mothers. *Bull World Health Organ* 2010;88:9–10.
47. Hall JA, Debra LR. Do patients talk differently to male and female physicians?: A meta-analytic review. *Patient Ed Counsel* 2002;48(3):217–24.
48. Roter DL, et al. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol* 1999;93(5):635–41.
49. Anorlu RI. Cervical cancer: the Sub-Saharan Africa perspective. *Reprod Health Matters* 2008;16(32):41–9.
50. Sen G, Östlin P. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Final report to the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf [accessed 14 April 2009]; 2007.
51. World Health Organization. *Strengthening cervical cancer prevention and control*. Geneva: World Health Organization; 2010.
52. World Health Organization. *WHO Women and Health Report 2009*. Geneva: World Health Organization; 2009.
53. *The Merck Manual*, 17th edn, Section 18. Rahway, NJ: Merck; 1999:1991–5.
54. Leke RJI, Oduma JA, Bassol-Mayagoita S, Bacha AM, Grigor KM. Regional and geographical variation in Infertility: Effects of environmental, cultural and socio-economic factors. *Environ Health Perspect* 1993;101(Suppl 2):73–80.
55. Fomulu JN, Nasah BT. Review of sexuality transmissible diseases and infertility in Africa and the world. *Ann Sc De Santé* 1986;3(3):215–22.
56. Nasah BT. Etiology of infertility in Cameroon. *Nigerian Med J* 1978;8(5).

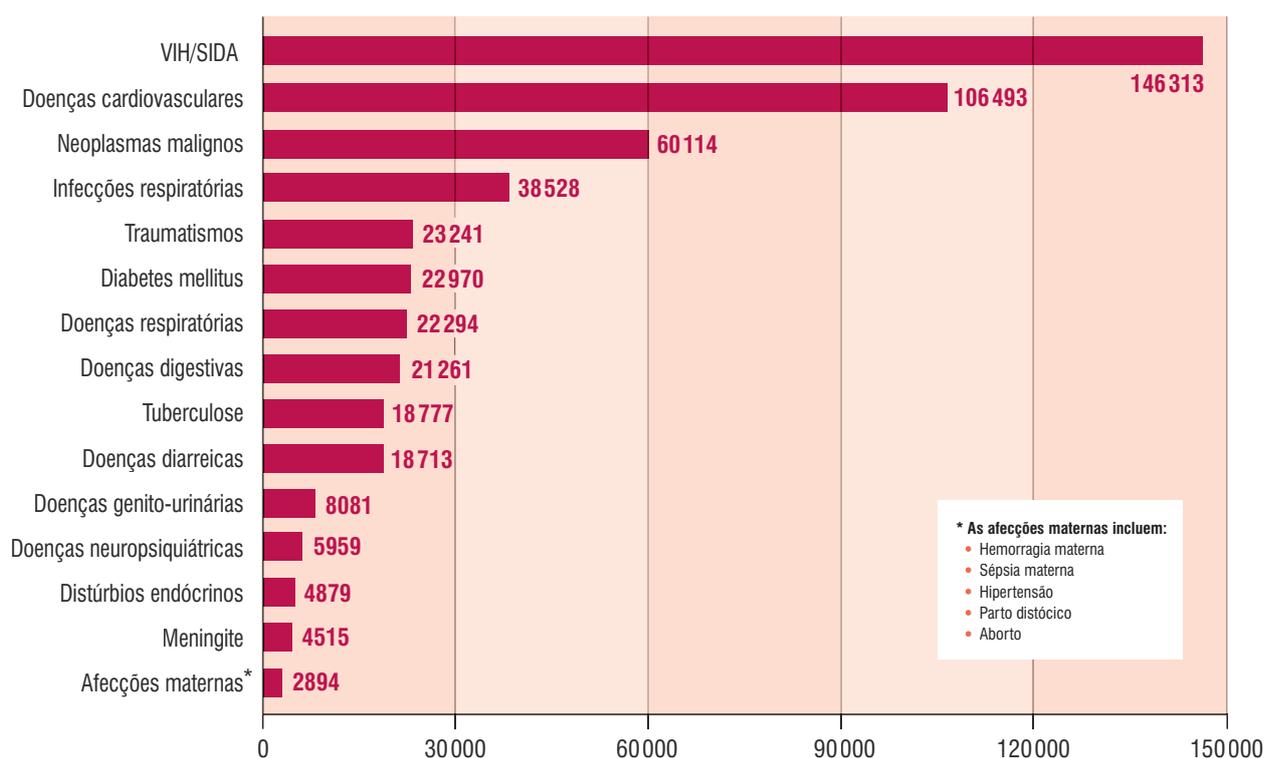
Capítulo 4:

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

Principais factores de risco de doenças

Tal como a idade da procriação acarreta consigo inúmeras pressões para a saúde das mulheres na Região Africana (biológicas, socioculturais e económicas), o mesmo acontece nos anos seguintes. Muitas dessas pressões são uma sucessão de condições de stress acumuladas desde o nascimento. Problemas de saúde, como a má-nutrição, o paludismo ou as doenças diarreicas, precedem o início da actividade sexual e continuam durante a idade de procriar e para além dela. Depois, à medida que a vida continua, as mulheres africanas debatem-se com novos riscos e o seu perfil de morbilidade e mortalidade começa a alterar-se. O VIH/SIDA continua a ser o principal responsável pela perda de vidas no grupo etário dos 45–59 anos, mas, como pode ver-se na **Figura 4.1**, as doenças não transmissíveis (DNT) começam a pesar bastante, nomeadamente as doenças cardíacas, cancro e doenças respiratórias crónicas.

Figura 4.1 Principais causas de morte entre as mulheres de 45–59 anos na Região Africana, 2004



Fonte: Construído a partir de: Organização Mundial da Saúde, Departamento de Estatística da Saúde e Informática, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, Outubro de 2008.

Alguns destes problemas de saúde são o resultado da exposição a riscos iniciados na juventude, incluindo o tabaco e o abuso do álcool e uma dieta com elevado teor de colesterol, sal e gorduras saturadas, mas pobre em frutas frescas e vegetais. Os problemas de saúde nesta faixa etária podem ainda reflectir falta de exercício

físico, excessivo cansaço físico, especialmente no campo, a recolher e transportar alimentos, lenha, água e outros produtos, bem como a criar os filhos. Podem ainda reflectir uma exposição permanente a violência e acidentes no campo, nas ruas e nas próprias casas.

O excesso de peso e a obesidade, que são importantes factores de risco de diversas DNT crónicas, incluindo a diabetes, tensão arterial elevada e doença cardíaca, afectam desproporcionalmente as mulheres na Região, conforme indica um recente Inquérito STEPS, realizado no Malawi. O inquérito revelou que 28% das mulheres têm excesso de peso, em comparação com apenas 16% dos homens¹. Um Inquérito STEPS, na Serra Leoa, revelou resultados semelhantes, relatando obesidade em 10,8% das mulheres². Na África do Sul, o excesso de peso e a obesidade são hoje importantes componentes da epidemia da má-nutrição e uma em cada três mulheres é considerada obesa^{3,4}.

Tal como outros problemas de saúde pública na Região, a epidemia da obesidade tem de ser compreendida no seu contexto sociocultural mais alargado. Em certos cenários, a obesidade e o excesso de peso são admirados como beleza desejável nas mulheres, tornando difícil para estas adoptarem estilos de vida saudáveis⁵. A obesidade pode ainda resultar da alimentação forçada das grávidas em alguns contextos tradicionais. Para além disso, a epidemia da obesidade pode reflectir uma transição na Região, tanto económica como social. Esta transição está a afectar o modo de vida das mulheres. Um dos principais motores da epidemia das DNT na África Subsariana é o crescimento das cidades. Na Região, como um todo, a taxa média de crescimento anual da população é de 4,5%⁶ e, como em outras partes do mundo, a rápida urbanização é grandemente responsável pelo aumento dos níveis de obesidade.

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

As DNT aumentam nas mulheres com mais de 60 anos

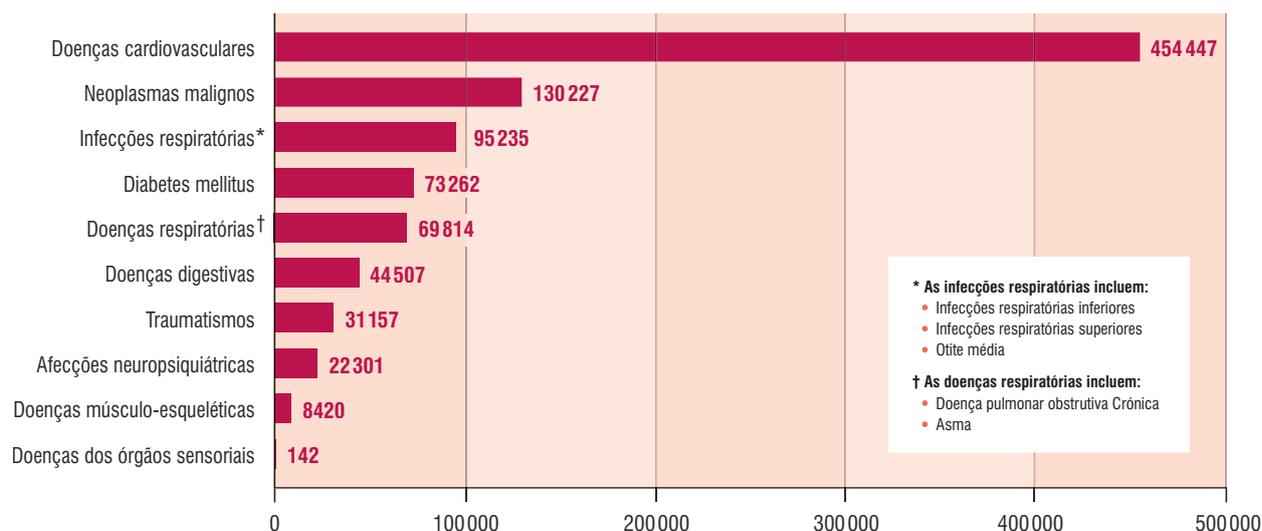
O crescimento da população urbana está também associado à diabetes e às doenças cardiovasculares⁷, que, em 2004, mataram mais de 106 000 mulheres na faixa etária dos 45–59 anos, na Região, o que faz delas a segunda maior causa de morte, após o VIH/SIDA. As doenças cardíacas continuam a atacar as mulheres africanas nos últimos anos de vida e representam mais de 450 000 óbitos em 2004 (**Figura 4.2**).

Longe de serem doenças da abundância, as doenças cardiovasculares matam duas vezes mais mulheres, a partir dos 60 anos, nos países de baixos e médios rendimentos do que nos países ricos⁸. O mesmo se aplica, na generalidade, às DNT. Contrariamente à ideia convencional de que DNT são um problema dos países ricos, na realidade elas constituem uma crescente preocupação nos países de baixos rendimentos, onde são também a segunda causa de morte entre as mulheres⁵. As taxas de prevalência das DNT não são, habitualmente, registadas pelos sistemas de saúde na Região, mas estudos seleccionados sugerem que são muito altas e estão a aumentar. Segundo a OMS, se nada se fizer para resolver o problema das DNT, elas serão responsáveis por, pelo menos, 50% da mortalidade na Região Africana, até 2020⁹.

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

Os determinantes socioculturais específicos que determinam a alta prevalência do cancro do colo do útero foram debatidos no Capítulo anterior, mas irão agora ser retomados como um exemplo do desafio ímpar que a África Subsariana enfrenta,

Figura 4.2 Causas de morte entre as mulheres com 60 anos ou mais, na Região Africana, 2004



Fonte: Construído a partir de: Organização Mundial da Saúde, Departamento de Estatística da Saúde e Informática, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, Outubro de 2008.

relativamente ao rápido aumento da prevalência das DNT, contra o pano de fundo da alta morbidade e mortalidade das doenças transmissíveis. Em idades avançadas, na maioria dos países em todo mundo, a morte e a incapacidade começam por ser provocadas por DNT, mas na Região Africana as doenças transmissíveis continuam a ser a principal causa da morte das mulheres até à idade de 60 anos¹⁰. Por vezes, este duplo risco dá origem a interações entre doenças transmissíveis e não transmissíveis, a acrescentar ao peso da morbidade e mortalidade das mulheres. O papilomavírus humano e o cancro do colo do útero são um exemplo¹¹ e a esquistossomíase é outro.

Normas relativas aos géneros e doenças

Dado que muitas culturas africanas tendem a confinar as mulheres às tarefas domésticas, incluindo à prestação de cuidados, as mulheres, mais do que os homens, correm um maior risco de sofrerem de certas doenças específicas. Por exemplo, como principais fornecedoras e processadoras de alimentos, as mulheres e as raparigas estão quase sempre na presença de combustíveis sólidos a arder, em casas mal ventiladas, o que as obriga a inalar grandes quantidades de partículas e de monóxido de carbono¹². A África Subsariana é uma das duas Regiões com o fardo mais pesado de doenças provocadas pelos combustíveis domésticos¹³.

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

As mulheres correm um maior risco de má saúde relativamente aos homens, em parte porque o seu acesso ao tratamento é limitado, mas também devido aos seus papéis na sociedade que as predispõem às doenças^{14,15}. Por exemplo, as mulheres correm também um grande risco de sofrer de tracoma, a principal causa de cegueira em África. A prevalência da infecção pelo tracoma nas mulheres da Região Africana é cerca de 2 a 3 vezes superior à do homem. Devido à sua tarefa de ir buscar água, as mulheres estão mais expostas às infecções de esquistossomíase do que os homens. A esquistossomíase está primariamente associada a uma exposição frequente e prolongada a água infestada com caracóis, como nos

lagos, pântanos e águas pouco agitadas. Num estudo, a percentagem de cancro da bexiga devido a esquistossomíase foi estimada em 28%. Em zonas onde a esquistossomíase é endémica, as mulheres estão 1,5 vezes mais sujeitas a contrair cancro da bexiga do que os homens¹⁶.

Foram estimados 313000 óbitos por cancros da mama, do útero e do ovário, em 2004, número esse que reflecte em parte a exposição ao fumo do tabaco e à poluição do ar interno das casas (que também provoca doença obstrutiva pulmonar crónica), assim como um acesso limitado ao rastreio, diagnóstico tardio e acesso insuficiente a um tratamento eficaz¹⁷.

Os custos económicos e sociais das DNT são debatidos em pormenor no Capítulo 5, basta registar entretanto que o tratamento das DNT é muito caro, sendo por isso um pesado fardo para os sistemas de saúde já assoberbados com as doenças epidémicas e transmissíveis. Para além disso, uma vez que o tratamento das DNT não contribui para reduzir a sua incidência, elas apresentam-se aos decisores políticos com a perspectiva de um aumento anual da despesa, com pouca visibilidade em termos de resultados visíveis. A nível social, as DNT são ainda potencialmente devastadoras, sobretudo para as mulheres idosas que desempenham um papel tão importante em muitas sociedades africanas, especialmente como prestadoras de cuidados aos órfãos do VIH/SIDA.

Felizmente, como muitas DNT podem ser evitadas através de mudanças no estilo de vida, os governos têm vários instrumentos à sua disposição para lutarem contra esta epidemia. A advocacia e reformas políticas bem ponderadas, apoiadas por uma legislação eficaz podem contribuir amplamente para as mudanças positivas. No entanto, as mulheres terão de ser capacitadas através da educação para a saúde nos seus primeiros anos, de modo a possuírem, pelo menos, a informação necessária para levarem uma vida saudável. Finalmente, é importante que os decisores políticos consigam um equilíbrio apropriado entre a saúde pública e os interesses comerciais, nomeadamente no que respeita ao tabaco e ao álcool.

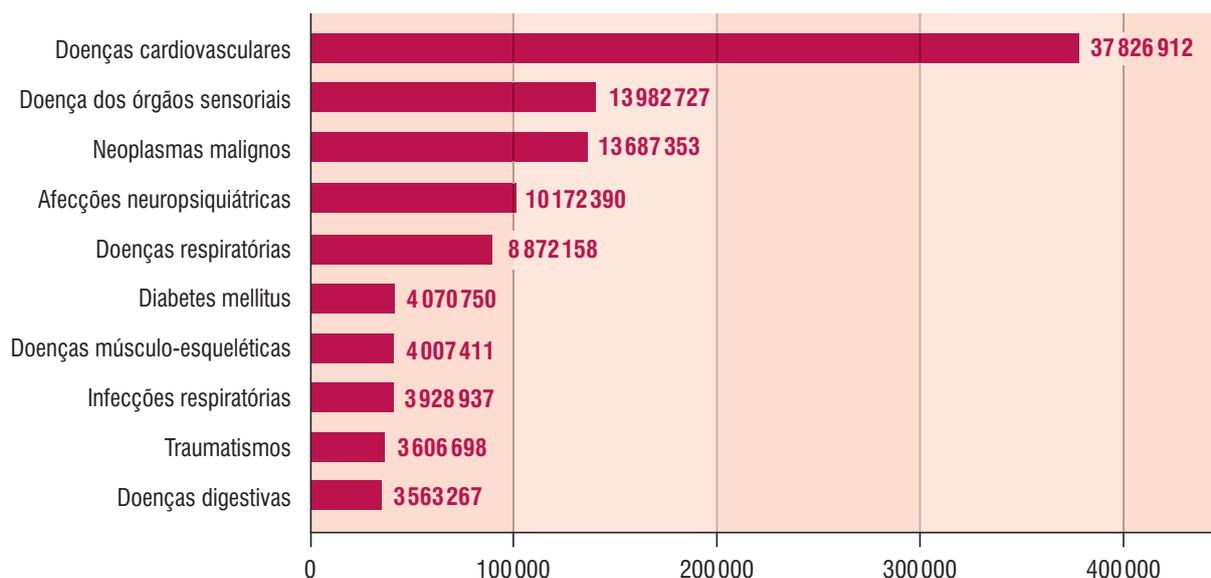
Como se compreende, não há vida saudável que possa adiar indefinidamente o início das mudanças do envelhecimento e respectiva vulnerabilidade. As mulheres idosas, e também os homens, estão expostos a vários problemas de saúde (pode piorar a visão e a audição, pode diminuir a acuidade mental), que representam uma ameaça ao bem-estar no final da vida (**Figura 4.3**).



Estes problemas surgem muitas vezes quando as mulheres mais velhas enfrentam dificuldades financeiras, se não puderem trabalhar e não tiverem benefícios oficiais na velhice. Na África Subsariana a vasta maioria das mulheres tem ocupações informais, que não são cobertas por nenhuma forma de pensão.

Este problema afecta tanto os homens como as mulheres, dado que na África Subsariana só menos de 19% de idosos é que beneficiam de pensão de sobrevivência¹⁸. Consequentemente, as mulheres (e os homens) vivem os seus

Figura 4.3 Principais causas de DALY na Região Africana, mulheres com 60 anos ou mais, 2004



Fonte: Construído a partir de: Organização Mundial da Saúde, Departamento de Estatística da Saúde e Informática, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, Outubro de 2008.

últimos anos de vida na dependência dos seus familiares e da comunidade. Como já se disse, nas sociedades africanas tradicionais, as mulheres idosas podem ainda desempenhar importantes papéis e podem contar com o apoio dos seus filhos ou da sua família alargada. Contudo, com a crescente urbanização na Região, a migração dos jovens para as cidades e a emergência de estruturas familiares nucleares, as idosas ficam muitas vezes isoladas. Como as mulheres tendem a casar com homens mais velhos, a quem costumam sobreviver, muitas ficam viúvas, sem qualquer apoio nos seus últimos anos de vida¹⁸.

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

Quando os idosos são tratados em cenários não institucionais, esses cuidados são prestados pelas mulheres da família que têm, então, o fardo adicional que impede a sua capacitação socioeconómica e que representa uma ameaça à sua saúde, incluindo um maior risco de depressão¹⁹. Cuidar dos idosos em casa pode também ser um fardo financeiro substancial. A este respeito, um estudo no Uganda revelou que as famílias com membros de mais de 65 anos de idade estão mais sujeitas a despesas catastróficas com a saúde do que as famílias sem membros idosos em casa²⁰.

Trata-se de problemas complexos e dolorosos que muitos países em todo o mundo têm de enfrentar, mesmo em países ricos, com esquemas desenvolvidos de pensões de reforma. No entanto, é claro que os sistemas com cobertura universal, através de pré-pagamento e centralização, seja por tributação geral, seja por outras formas de seguros sociais de saúde, têm mais hipóteses de apoiar os subgrupos vulneráveis no seio da população, incluindo as mulheres idosas.

Na Região Africana, os idosos foram sempre considerados um recurso, um repositório de sabedoria e experiência. Em muitos contextos africanos, as mulheres mais velhas possuem certos privilégios dentro da comunidade ou podem ter certas tarefas distintas que promovem a coesão social. Como atrás se referiu, elas são muitas vezes responsáveis por decisões que afectam a saúde, como permitir que

as mulheres jovens e as raparigas procurem cuidados de saúde. Elas são também as guardiãs de práticas e tradições que decidem a alimentação dos bebés, para além de prestarem os cuidados no pós-parto. As suas outras tarefas incluem tratar dos bebés e das crianças dentro de casa. O desenvolvimento das modernas sociedades africanas, sobretudo se esse desenvolvimento envolver a urbanização, ameaça acabar com este recurso.

Parte da solução deste problema no contexto subsariano pode residir no investimento em serviços de apoio às famílias e comunidades que podem aliviar as cuidadoras domésticas de parte do seu fardo; mas, na realidade, um número cada vez maior de mulheres africanas idosas irão provavelmente passar os seus últimos anos em instituições²¹. Por isso, os decisores políticos deverão responsabilizar-se por criar e construir instituições em que os mais vulneráveis possam viver os seus últimos anos com dignidade e com o respeito dos seus cuidadores.

Principais considerações e pontos de acção

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

Referências

1. Msyamboza KP, *et al.* The Burden of Selected Chronic Non-Communicable Diseases and Their Risk Factors in Malawi: Nationwide STEPS Survey. Republic of Malawi. Malawi National STEPS Survey for Chronic Noncommunicable Diseases and their Risk Factors. *PLoS ONE* 2011;6:e20316
2. Government of Sierra Leone. *The Prevalence of the Common Risk Factors of Noncommunicable Diseases in Sierra Leone, National STEPS Survey*. Free Town: Ministry of Health (Sierra Leone) and World Health Organization; 2009.
3. Puoane T, *et al.* *Obesity in South Africa: the South African Demographic and Health Survey*. Cape Town: Macro International Inc; 2005.
4. World Health Organization. WHO Infobase. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. World Health Organization. *WHO global strategy on diet, physical activity and health: African Regional consultation meeting report*. Harare, Zimbabwe; 2003 March 18–20.
6. UN-HABITAT. *State of the world's cities: trends in Africa Subsariana*. Nairobi: UN-HABITAT; 2004.
7. Unwin N, Alberti KG. Chronic noncommunicable diseases. *Ann Trop Med Parasitol* 2006;100:455–64.
8. World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. World Health Organization. *Achieving Sustainable Health Development in the African Region: Strategic Directions for WHO 2010–2015*. Brazzaville: World Health Organization; 2010.
10. Chan M. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva: World Health Organization; 2009.
11. Maher D, Smeeth L, Sekajugoc J. Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care. *Bull World Health Organ* 2010;88:943–8.
12. Smith KR. *Biomass Fuels, Air Pollution and Health. A Global Review*. New York: Plenum Press; 1987.
13. Smith KR. Fuel Combustion air pollution and health. *Ann Rev Energy Environ* 1993;18:529–66.
14. Okwa OO. Tropical parasitic diseases and women. *Ann Afr Med* 2007;6(4):157–63.
15. Amazigo U. *Health of woman and Tropical Diseases: A focus on Africa*. United Nations: Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/tropical.htm>; 2008.
16. Vizcaino AP, *et al.* Bladder cancer: epidemiology and risk factors in Bulawayo, Zimbabwe. *Cancer Causes Control* 1994;5:517–22.
17. Kamangar F, Dores GM and Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic Regions of the world. *J Clin Oncol* 2006;24:2137–50.
18. World Health Organization. *Commission on Social Determinants*. Geneva: World Health Organization; 2008.
19. Prince M. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:170–7.
20. Xu K *et al.* Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Soc Sci Med* 2006;64:866–76.
21. World Health Organization. *Women, ageing and health: a framework for action*. Geneva: World Health Organization; 2007.

Capítulo 5:

Benefícios socioeconómicos do investimento na saúde da mulher

O papel das mulheres ultrapassa a procriação

Um país que limite o contributo das mulheres para a sociedade apenas à procriação pagará um elevado preço em termos de desenvolvimento socioeconómico. No entanto, o nascimento e a criação dos filhos são de fundamental importância para o desenvolvimento devendo iniciar-se aí a análise dos benefícios socioeconómicos do investimento na saúde da mulher. Efectuar esta análise não significa que o argumento para investir na saúde da mulher seja acima de tudo utilitário. Como se afirma no Capítulo 1, a saúde da mulher está acima da questão de todos os direitos humanos e deverá ser apoiada e promovida como tal, mas para os decisores políticos a braços com a realidade dos debates interministeriais, uma consciencialização dos aspectos económicos subjacentes à saúde da mulher na Região pode ser considerada valiosa.

Um país que limite o contributo das mulheres para a sociedade apenas à procriação pagará um elevado preço em termos de desenvolvimento socioeconómico.

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

As mulheres mais velhas, como as tias ou avós, desempenham importantes papéis de apoio, mas é à mãe que cabe a maior responsabilidade e é a sua saúde e bem-estar que determina largamente a saúde e o bem-estar dos seus filhos¹. Se a mãe tiver boas condições, as crianças são mais bem alimentadas e mais bem-educadas. Se a mãe adoecer ou morrer, as crianças sofrem. Na África Subsariana, as crianças que perdem as suas mães à nascença, têm muito poucas hipóteses de sobreviver ao seu primeiro ano de vida². Se a mãe morrer ou tiver uma doença prolongada, o mais provável é que os seus filhos sejam enviados para adopção, onde poderão estar mais expostos a graves riscos de saúde^{3,4}.



As mães não só tratam dos seus filhos acarinhando-os, alimentando-os, dando-lhes banho e vestindo-os, mas também protegendo-os. Se tiverem oportunidade de o fazer, as mulheres também orientam os recursos familiares para os cuidados e o crescimento dos seus filhos. Estudos efectuados em vários cenários de baixo rendimento revelaram que sempre que as mulheres ganham dinheiro, é mais provável que elas, mais do que os homens, gastem o seu dinheiro em bens e serviços que beneficiem a família, ou seja, alimentação, educação e medicamentos^{5,6}. A investigação sobre o microcrédito comprovou que, quando as mulheres pedem dinheiro emprestado, se repete o padrão do aumento de consumo nas famílias para cerca do dobro, em comparação com o crédito pedido pelos homens¹.

As mães não só tratam dos seus filhos acarinhando-os, alimentando-os, dando-lhes banho e vestindo-os, mas também protegendo-os.

Também se tem provado que o crédito concedido às mulheres tem um impacto positivo muito maior sobre a nutrição das crianças⁷. Estudos realizados na Gâmbia e no Ruanda revelaram que nas famílias lideradas pelas mulheres são consumidas mais calorias por pessoa e por dia do que nas famílias lideradas por homens. Entretanto, está comprovado que mulheres comerciantes em Dakar e Bamako gastam mais dinheiro do que os seus parceiros em alimentos com alto valor nutritivo para as suas famílias, como peixe e outros produtos da pesca, condimentos, legumes e fruta, etc⁸. Todos estes exemplos mostram que as políticas concebidas para incrementar o potencial das mulheres para ganharem dinheiro têm um impacto directo sobre a saúde das crianças.

A presença de uma mãe pode também ter um significativo impacto positivo na educação das crianças^{9,10}. Um forte indicador disto é a quebra na frequência escolar que pode surgir na sequência da morte da mãe, conforme sugere um estudo levado a cabo na Tanzânia. O estudo provou que, sempre que uma mulher adulta morria, no período subsequente de 12 meses, as crianças apenas passavam na escola metade do tempo, em comparação com crianças de famílias em que não havia mortes ou em caso de morte de um homem adulto¹¹.

É, portanto, claro que há substanciais benefícios socioeconómicos se a mãe continuar saudável, enquanto a sua doença ou morte prematura implica, pelo contrário, custos significativos. Estes custos não estão de modo algum limitados à família em questão, como ilustra o **Quadro 5.1**, que revela uma ligação causal, por exemplo, entre a morte de uma mãe e o prejuízo causado a uma sociedade mais alargada, através de um leque de variáveis. Porém, é dentro de casa que as implicações emocionais e financeiras da doença e morte prematura são mais directamente sentidas. É isso que acontece, em particular, no contexto dos sistemas de saúde baseados no pagamento directo, o modelo financeiro predominante na África Subsariana.

Na Nigéria, por exemplo, 70% das mulheres com cancro da mama ou do colo do útero notificaram uma perda significativa do seu rendimento provocada pela sua doença, 62% notificaram a sua incapacidade de trabalhar, tendo 33% notificado que a sua doença interrompera o trabalho de um familiar. Alguns estudos revelaram que com o cancro, mesmo quando os tratamentos são gratuitos ou cobertos por seguros de saúde, a carga financeira pode absorver até 50% do rendimento familiar anual¹¹. Este assunto foi profundamente analisado no Capítulo 3 e não será aqui de novo debatido, bastando lembrar que 90% da crise financeira mundial ocorre na Região, onde o empréstimo e a venda de bens para financiar cuidados de saúde são estratégias comuns de solução dos problemas¹². Resta ainda recordar que as taxas de utilização são um problema, sobretudo para as mulheres na Região Africana, porque elas são quase sempre financeiramente dependentes dos homens.

Quadro 5.1 Potenciais efeitos adversos da morbidade e mortalidade maternas sobre as crianças, famílias e sociedade

Potenciais efeitos	Sobre as crianças	Sobre as famílias	Sobre a sociedade
Demográficos	Óbitos	Perda dos que morrem Dissolução da família Maior número de órfãos	Perda dos que morrem Mais famílias monoparentais
Sanitários	Doença Traumatismos Má-nutrição Má higiene	Atribuição reduzida de trabalho às actividades de manutenção da saúde Falta de saúde para sobreviver aos membros da família	Redução da atribuição de trabalho às actividades de manutenção da saúde
Económicos	Aumento do trabalho infantil	Produtividade reduzida do doente adulto Perda da produtividade do morto Reafecção da terra e do trabalho Custos médicos do tratamento Perda das poupanças Mudanças no consumo e no investimento Custo do funeral, taxa legal Transferências Mudanças na gestão familiar	Produtividade reduzida do doente adulto Perda da produtividade do morto Reafecção da terra e do trabalho Perda das poupanças Mudanças no consumo e no investimento Transferências Peso económico da família monoparental
Psicológicos	Depressão Outros problemas psicológicos	Depressão Outros problemas psicológicos Dor pela perda dos familiares	Dor Perda da coesão da comunidade
Sociais	Isolamento social Educação reduzida Menos supervisão e cuidados parentais	Isolamento social Alterações nos cuidados às crianças, idosos e incapacitados	Alterações à responsabilidade de cuidar das crianças, idosos e incapacitados Perda de líderes comunitários/sociais Mudanças nos direitos das mulheres, políticas de saúde e outras políticas públicas

Fonte: Koblinsky M, *et al.*,¹³ quoted by Gill K, *et al.*¹

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

Há cada vez mais literatura a ilustrar a ligação entre a saúde em geral e o crescimento económico¹⁴⁻¹⁶. Infelizmente, o impacto da falta de saúde materna sobre o crescimento económico continua largamente por estudar.

Saúde da mulher e crescimento económico

Em termos gerais, a melhoria da saúde da mulher aumenta a produtividade de duas maneiras: i) directamente, ou seja, através da redução dos dias perdidos com a doença ou a incapacidade; e ii) indirectamente, através da redução da necessidade de cuidados informais por parte dos familiares e/ou amigos que podem também fazer parte da força de trabalho. A melhoria da saúde da mulher pode ainda libertar recursos que podem ser usados com as crianças, para cuidados de saúde, educação e alimentação, contribuindo deste modo para o aumento da produtividade futura¹⁷.

Há inúmeras evidências do impacto positivo de uma boa saúde sobre o desempenho económico^{15,18,19}. Estas evidências centram-se particularmente em indicadores de saúde, como as taxas de sobrevivência dos adultos e sua forte correlação positiva com o crescimento do PIB¹⁹. Um estudo empírico com dados de 53 países, ao longo do período 1965–1990, revelou que um aumento da percentagem na taxa média de sobrevivência de um adulto correspondia a um aumento anual no crescimento dos rendimentos de 0,23%²⁰.

A investigação mostrou ainda que a saúde estimula a produtividade e que tem um efeito positivo, considerável e estatisticamente significativo sobre a produção agregada²¹. Outros estudos^{18,21} indicam que os países que afectam recursos substanciais à saúde e educação atingem taxas mais elevadas de crescimento. Embora a gravidez não seja, obviamente, uma doença, dar à luz expõe as mulheres a riscos de saúde e a alta fertilidade actua sobre a saúde de várias formas, tendo um impacto económico significativo. A investigação revelou que a alta fertilidade e a falta de saúde materna estão interligadas e têm um impacto adverso sobre a produtividade. Para além disso, estudos feitos por Blackburn e Cipriani mostraram que as altas taxas de fertilidade e mortalidade estão ambas negativamente relacionadas com o rendimento per capita²².

Embora a gravidez não seja, obviamente, uma doença, dar à luz expõe as mulheres a riscos de saúde e a alta fertilidade actua sobre a saúde de várias formas, tendo um impacto económico significativo.

A investigação centra-se, normalmente, na saúde da população em geral, em vez de focar a saúde da mulher em particular. Entretanto, faltam dados empíricos sobre a relação entre saúde e produção económica nos países africanos. No entanto, dado que as mulheres são a principal fonte do trabalho agrícola, os benefícios económicos da melhoria da saúde da mulher na Região deveriam ser significativos. Para além disso, vários estudos sugerem que a pobreza é mais comum nas famílias em que as mulheres são o chefe de família; por isso, as iniciativas dirigidas à saúde da mulher deverão ter um enorme impacto sobre a redução global da pobreza.

O **Quadro 5.2** fornece uma indicação do custo económico da mortalidade materna e apresenta as estimativas da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana, referentes à falta de produtividade per capita, devido à morte materna na Região Africana da OMS, em valores de 2008, em dólares Internacionais. O que ressalta imediatamente é a grande amplitude das perdas, com Angola a sofrer uma perda de I\$25,41 por cidadão, em resultado das mortes maternas, em comparação com a perda relativamente baixa de I\$0,54 no Zimbabwe. Em termos da perda total de produtividade estimada, a Nigéria carrega o fardo económico mais pesado, tendo perdido mais de I\$1,5 mil milhões, devido à mortalidade materna. Para a Região, em geral, a perda económica foi de I\$6,85 per capita, o que multiplicado pela população total da Região, implica uma perda económica total de pouco menos de I\$5,4 mil milhões.

A nível mundial, as estimativas da USAID sugerem que o custo económico da mortalidade materna e neonatal é de mais de 15 mil milhões de dólares americanos por ano, em termos de produtividade potencialmente perdida, da qual cerca de metade é atribuída às mulheres e metade aos recém-nascidos²³.

Na África Subsariana, outras estimativas de quatro países baseadas em dados de 2001, indicam que o custo da perda total de produtividade por ano, associado à falta de saúde materna, neonatal e infantil oscila entre, aproximadamente, 8 milhões de dólares americanos na Mauritânia e 85 milhões de dólares americanos no Uganda (usando diferentes pressupostos e adicionando as despesas com a família e a saúde a essas estimativas, o custo anual da perda de produtividade no Uganda situa-se mais próximo de 102 milhões de dólares americanos) e 95 milhões de dólares americanos na Etiópia^{24,25}. Entretanto, as perdas anuais de produtividade per capita estão estimadas entre 1,5 dólares americanos na Etiópia e mais de 3 dólares americanos no Uganda e na Mauritânia, e quase 5 de dólares americanos no Senegal²⁶. A nível regional, Kirigia *et al.*²⁷ estimam que de dólares americanos 49 224 dólares americanos por ano são perdidos devido à mortalidade materna, dado que todas as mortes maternas estão associadas a perdas de cerca de 0,36 dólares americanos por ano, em média.

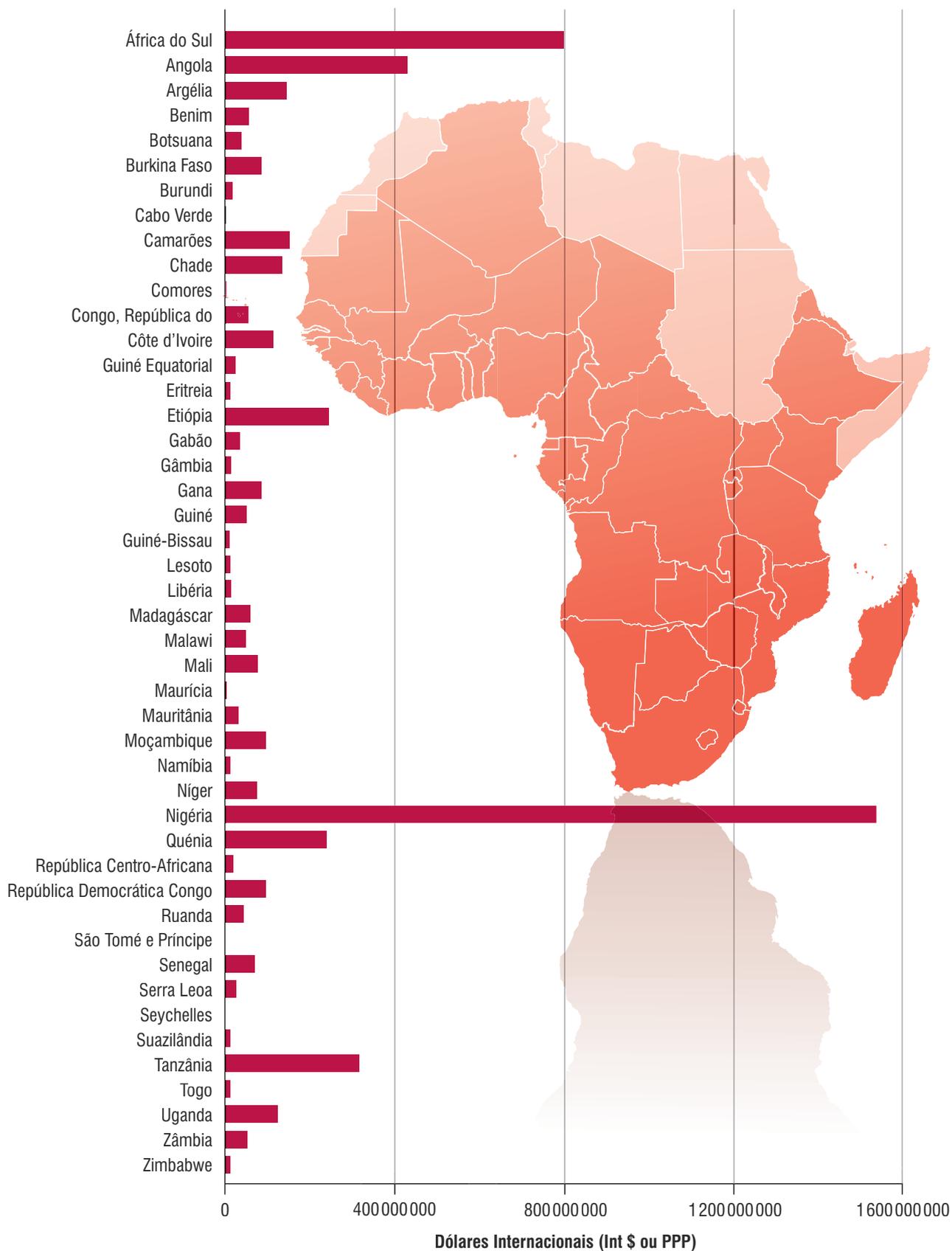
Quadro 5.2 Perda de produtividade per capita devido a óbitos maternos na Região Africana da OMS, Dólares Internacionais, 2008

País	(A) População em 2008	(B) Perda total de produtividade em Dólares Internacionais (PPP)	(C=B/A) Perda de produtividade per capita (Int\$)
África do Sul	48 687 000	800 816 164	16.45
Angola	16 808 000	427 031 289	25.41
Argélia	34 800 000	138 114 369	3.97
Benim	8 107 000	52 763 225	6.51
Botsuana	1 546 000	33 374 887	21.59
Burkina Faso	14 042 000	80 580 567	5.74
Burundi	7 949 000	16 276 373	2.05
Camarões	19 383 000	154 233 972	7.96
Cabo Verde	504 000	928 584	1.84
Chade	9 730 000	130 473 086	13.41
Comores	652 000	1 691 898	2.59
Congo, República do	3 650 000	50 875 450	13.94
Côte d'Ivoire	19 031 000	109 666 830	5.76
Guiné Equatorial	1 240 000	20 705 511	16.70
Eritreia	5 006 000	8 636 556	1.73
Etiópia	79 179 000	239 658 186	3.03
Gabão	1 454 000	30 135 783	20.73
Gâmbia	1 630 000	6 940 738	4.26
Gana	22 532 000	83 155 341	3.69
Guiné	10 279 000	47 533 534	4.62
Guiné-Bissau	1 717 000	4 997 113	2.91
Lesoto	2 451 000	6 060 570	2.47
Libéria	3 942 000	9 235 673	2.34
Madagáscar	20 215 000	59 859 205	2.96
Malawi	13 656 000	43 384 564	3.18
Mali	13 360 000	73 158 411	5.48
Maurícia	1 272 000	1 648 778	1.30
Mauritânia	3 032 000	24 437 451	8.06
Moçambique	20 747 000	90 772 756	4.38
Namíbia	2 045 000	12 092 537	5.91
Níger	13 765 000	74 108 291	5.38
Nigéria	147 810 000	1 541 708 626	10.43
Quênia	35 265 000	239 590 136	6.79
República Centro-Africana	4 355 000	13 542 844	3.11
República Democrática Congo	62 885 000	96 565 663	1.54
Ruanda	9 591 000	41 235 267	4.30
São Tomé e Príncipe	160 000	–	0.00
Senegal	12 519 000	67 141 257	5.36
Serra Leoa	5 887 000	23 925 759	4.06
Seychelles	82 000	–	0.00
Suazilândia	1 022 000	11 711 729	11.46
Tanzânia	39 743 000	312 536 495	7.86
Togo	6 625 000	12 260 758	1.85
Uganda	32 042 000	119 274 121	3.72
Zâmbia	12 450 000	52 300 391	4.20
Zimbabwe	11 732 000	6 375 405	0.54
Totais	784 579 000	5 371 516 143	6.85

Fonte: Cálculos da Comissão.

Notas: i) As estimativas populacionais são da Fonte de dados populacionais: Fundo Monetário Internacional, Base de dados da Perspectiva Económica Mundial, Outubro de 2008; ii) Perda total de produtividade em dólares internacionais (PPP) e perda de produtividade por pessoa em população (Int\$) são estimativas da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana; iii) As estimativas para São Tomé e Príncipe e Seychelles não existem, porque as estatísticas da mortalidade materna não existiam nas últimas estimativas da OMS/UNICEF/FNUAP/Banco Mundial. As estimativas dos custos indirectos dos óbitos maternos para o mesmo ano também mostram o fardo carregado pela Nigéria na **Figura 5.1**

Figura 5.1 Custo indirecto dos óbitos maternos na Região Africana da OMS, em 2008



Fonte: Cálculos da Comissão.

Quadro 5.3 Custo dos serviços e resultados da gravidez, de acordo com o uso de serviços de planeamento familiar e cuidados de saúde materna e neonatal, na África Subsaariana, 2008

Categorias de custo e resultados na saúde	Custo do actual nível de serviços	Custo de 100% de necessidades satisfeitas por serviço
Serviços	Milhões US\$	Milhões US\$
Serviços de planeamento familiar	290	2380
Cuidados maternos e neonatais	1460	8100
Total	1750	10 480
Resultados da gravidez	Número em milhares	Número em milhares
Nascimentos desejados e abortos*	26950	26950
Nascimentos não desejados e abortos espontâneos	11730	2750
Abortos provocados	5310	1240
Total	43990	30 940
	Número de mortes	Número de mortes
Mães	290 000	90 000
Recém-nascidos	1 220 000	670 000
Total	1 510 000	760 000

Fonte: Instituto Guttmacher e FNUAP (Fundo das Nações Unidas para a População). Nova Iorque: FNUAP, 2009.

*O número de nascimentos desejados e de abortos espontâneos permanece inalterado pelo reforço dos serviços de planeamento familiar.

O custo estimado de uma resposta forte à morbilidade e mortalidade materna e neonatal sugere que os custos são largamente ultrapassados pelos potenciais benefícios. Aqui também, embora a investigação seja escassa, foi estimado que 30–50% do crescimento económico asiático, entre 1965 e 1990, seja atribuível a mudanças demográficas e sanitárias favoráveis, que são o resultado de reduções na mortalidade neonatal e infantil e, consequentemente, das taxas de fertilidade, assim como melhorias na saúde reprodutiva²⁸⁻³².

Um estudo centrado na África Subsaariana, realizado pelo Instituto Guttmacher em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP), sugere que fornecer a todas as mulheres grávidas na Região os padrões recomendados de cuidados maternos e neonatais custaria 8,1 mil milhões de dólares americanos, mas só se esse investimento fosse feito em simultâneo com um planeamento familiar moderno. O estudo estimava que, sem esse investimento crucial no planeamento familiar, o custo da prestação de cuidados seria de mais 2,7 mil milhões de dólares americanos³³. No entanto, os consideráveis benefícios deste investimento deveriam incluir uma descida de 77% nas gravidezes não planeadas, de 17 para 4 milhões e uma quebra de 77% dos abortos de risco (ver **Quadro 5.3**). Esperava-se ainda que os serviços de planeamento familiar poupassem anualmente 750 000 vidas, 200 000 nas mulheres e 550 000 nos recém-nascidos. Isto representaria uma quebra de 69% na mortalidade materna e 45% na dos recém-nascidos. Do mesmo modo, haveria um declínio de dois terços no número de anos de vida saudável perdidos devido a incapacidade ou a morte prematura nas mulheres e nos seus recém-nascidos, caindo os DALY de 61 milhões para 22 milhões. Os benefícios do alargamento de serviços eficazes de planeamento familiar para as mulheres, incluem uma poupança no custo da prestação de cuidados às mães e aos recém-nascidos, que seriam equivalentes a 130% do custo de prestação de serviços de planeamento familiar.

Estes benefícios teriam profundas implicações no desenvolvimento socioeconómico da Região. Com a simples redução do número de nascimentos não planeados entre as adolescentes, por exemplo, os decisores políticos poderiam esperar as

raparigas completassem os seus estudos e tivessem mais tarde uma profissão. Tal iria também contribuir para melhorar a igualdade entre os géneros, o estado de saúde e o rendimento económico o qual, por sua vez, conduziria a uma redução da pobreza. Outros estudos chegaram a conclusões semelhantes, relativamente às poupanças que se poderiam fazer, investindo simplesmente nos serviços de planeamento familiar. A Organização Mundial da Saúde estima que em alguns cenários de baixos rendimentos, incluindo a África Subsariana, investir um dólar americano em planeamento familiar pode poupar quatro dólares americanos que, de outro modo, seriam gastos mais tarde, para dar resposta às complicações resultantes de gravidezes não planeadas³⁴. Serão debatidas no próximo Capítulo intervenções específicas que podem ajudar os países a conseguir estes resultados positivos.

Finalmente, vale a pena referir que o investimento na saúde materna não só melhora os resultados da saúde materna e dos recém-nascidos, mas também tem significativos benefícios adicionais para as prestações e uso em geral dos serviços de saúde¹. Para dar apenas um exemplo, sempre que as unidades são melhoradas para prestarem cuidados essenciais de obstetrícia, elas podem também ser capazes de responder a outros tipos de acidentes e de emergências^{5,6}, uma vez que o equipamento usado para os cuidados à maternidade, como aparelhos de medir a tensão arterial e kits IV, são também usados em muitas outras intervenções clínicas³⁵.

Saúde da mulher e ciclos de incapacitação

Até ao momento, este relatório centrou-se nos benefícios socioeconómicos de investir na saúde materna e neonatal. Contudo, como se afirmou no início, as mulheres na África Subsariana tem muito mais com que contribuir para a sociedade do que darem à luz e criarem as crianças, por mais importantes que estas papéis possam ser. Há um leque de obstáculos, incluindo a falta de saúde, que as impede muitas vezes de realizarem o seu potencial, incluindo o de gerar riqueza. Para além disso, as “soluções” baseadas apenas na “saúde pública” (nomeadamente a prestação de cuidados de saúde materna abrangentes), não contemplam as interligações fundamentais entre a saúde e outros problemas, o reconhecimento dos quais se encontra no âmago da “reformulação” multisectorial que este relatório pretende encorajar. Doença, ignorância e pobreza são as faces do ciclo de incapacitação das mulheres na Região (ver **Figura 5.2**), visto que as componentes deste ciclo se combinam de diferentes formas e em diferentes cenários para prejudicar as mulheres. Como se referiu no Capítulo 2, este ciclo pode começar a renovar-se numa idade precoce, mesmo que a menina seja saudável. Se a mãe adoecer, a filha, já sobrecarregada com o trabalho doméstico, poderá ter de assumir mais responsabilidades, falhando assim uma oportunidade crucial de estudar.

Investir na saúde da mulher é investir no desenvolvimento e, portanto, no futuro. Este investimento só será eficaz, se houver simultaneamente um investimento na educação das mulheres e outras iniciativas destinadas a encorajar a sua evolução económica. A capacitação socioeconómica das mulheres transforma-se em melhor saúde, tal como a sua saúde promove a capacitação socioeconómica (**Figura 5.3**).

Figura 5.2 Ciclo de incapacitação das mulheres

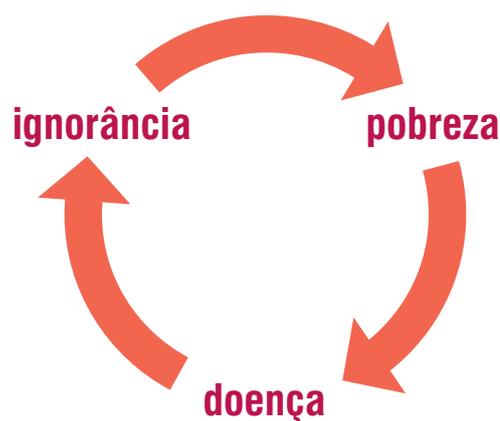
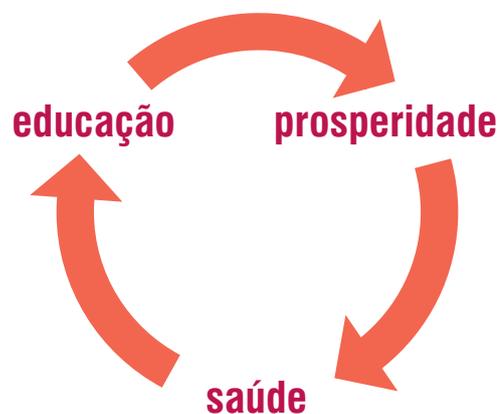


Figura 5.3 Ciclo da capacitação das mulheres





Deverá ser iniciado um debate sobre a capacitação das mulheres na África Subsariana, tendo em mente o modo como as mulheres já contribuem para a sociedade, especialmente em termos do seu rendimento económico. Apesar das adversidades que enfrentam toda a sua vida, as mulheres dão já um significativo contributo para economia da Região, contribuindo, no mínimo, tanto quanto os homens. É complicado fazer comparações, pois muito do que as mulheres fazem é na forma de serviços não remunerados, mas têm sido feitas

algumas tentativas de comparação, nomeadamente por Campbell-White *et al.*, num estudo que demonstra que, em certos países, as mulheres produzem realmente mais do que os homens³⁶. No Uganda, por exemplo (**Quadro 5.4**), o contributo das mulheres para o PIB está estimado ligeiramente superior ao contributo global dos homens (50,6% comparado com 49,4%) e é significativamente mais alto na agricultura, estimado em 75% comparado com 25%. O mesmo estudo salienta que a parte do rendimento das mulheres é relativamente baixa no sector industrial (15%) e bastante substancial no sector de serviços (32%).

Quadro 5.4 Distribuição de produtividade no Uganda por sector e género (em percentagem)

Sector	Parte do PIB	Parte das exportações	Intensidade da produção por género	
			Mulheres	Homens
Agricultura	49,0	99,0	75,0	25,0
Indústria	14,4	1,0	15,0	85,0
Serviços	36,0	0,0	32,0	68,0
Total	100,0	100,0		
Contributo para o PIB			50,6	49,4

Fonte: Campbell-White A, *et al.* Reproductive Health: The Missing Millennium Development Goal. Poverty, Health and Development in a Changing World. Washington, DC: The World Bank; 2006.

A importância do contributo das mulheres para o sector agrícola está bem documentada. Estima-se que o rendimento das mulheres no trabalho agrícola represente quase 70% do trabalho total realizado pelas mulheres na Região. As mulheres também produzem cerca de 60–80% dos alimentos³⁷ na Região. Sendo as mulheres a fonte dominante de trabalho agrícola, que é o pilar das economias da Região como um todo, investir na sua saúde (através de melhores cuidados de saúde primários) irá gerar lucros económicos significativos. Aqui também, se esta questão apenas for considerada de um só ponto de vista, há o risco de falhar a panorâmica global que, como atrás se afirmou, compreende vários elementos discretos mas interligados. A melhoria da saúde da mulher contribui para melhorar a produtividade que é largamente influenciada pela prosperidade.

Fundamentalmente, se a mulher que trabalha não puder beneficiar do seu próprio trabalho, as suas perspectivas de conseguir uma melhor saúde são tão limitadas como as perspectivas de melhor saúde e educação para os seus filhos. Infelizmente, esta é a situação enfrentada por muitas mulheres na Região. Por exemplo, apesar da enorme importância do trabalho das mulheres para o sector agrícola, as mulheres possuem apenas 1% das terras aráveis³⁸. Mais ainda, elas

recebem só 7% dos serviços de extensão agrícola (formação destinada a melhorar o uso da terra, fornecida pelos governos e/ou ONG), e menos de 10% do crédito disponibilizado para pequenos agricultores.

O acesso limitado ao crédito, à terra e a serviços de extensão impedem as mulheres de contribuírem para as suas famílias, particularmente na área da produção de culturas de mercado^{39,40}. Sempre que as mulheres se têm libertado desses obstáculos, elas têm aumentado o seu rendimento agrícola até 22%³⁹. Um estudo feito no Burkina Faso estima que a alternância dos recursos existentes entre as terras das mulheres e as dos homens da mesma família, poderia aumentar o rendimento em 10–20%, enquanto na Zâmbia, se as mulheres tivessem o mesmo nível global de capital investido em bens agrícolas, incluindo o terreno, que têm os seus parceiros homens, o rendimento poderia aumentar até 15%³⁹. Do mesmo modo, as mulheres são excluídas dos benefícios do seu trabalho quando vão ao mercado. O rendimento da venda dos produtos hortícolas – a maioria dos quais são obtidos com o trabalho das mulheres – é frequentemente controlado pelos homens^{41,42}.

As associações de mulheres nas zonas rurais e urbanas, como as poupanças rotativas e as associações de crédito (ROSCAS) na África Oriental, e a *tontine*, *mbotaay*, *nat* e *tuur* na África Ocidental, têm ajudado a criar redes sociais capazes de mobilizar recursos de investimento para as mulheres das localidades rurais, mas há ainda muito mais a fazer. O papel das mulheres africanas na comercialização de bens essenciais em alguns cenários está bem documentado⁴³. Alguns exemplos incluem vendedeiras dos mercados nas comunidades Yoruba na Nigéria, as “Mammies” no Gana ou as “Nana Benz” no Togo.

Exemplos semelhantes podem encontrar-se por toda a África, onde as mulheres empreendedoras estão a contribuir para criar riqueza nas suas comunidades. Embora as suas actividades comerciais sejam informais, e normalmente centradas em artesanato, venda de produtos e serviços pessoais, elas representam o gérmen da actividade empresarial com potencial para penetrar em outros sectores. Infelizmente, África está atrás de outras Regiões em desenvolvimento no que se refere à promoção do empreendedorismo das mulheres e as mulheres africanas enfrentam enormes desafios no acesso ao crédito empresarial e a serviços sociais básicos, como cuidados de saúde e educação, o que sufoca as suas actividades empresariais⁴³.



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

Outro efeito de dar às mulheres uma maior fatia na economia, ou seja, conceder-lhes direitos de propriedade ou facilitar o seu acesso ao crédito, é aumentar o seu estatuto no seio da família e da comunidade e reforçar o seu poder negocial nas decisões familiares, nomeadamente em decisões relativas às suas necessidades de saúde. Tem ainda sido demonstrado que conceder às mulheres direitos de propriedade promove a sua participação em actividades cívicas, um aspecto fundamental da capacitação das mulheres^{44,45}. As mulheres estão significativamente sub-representadas na política em África, pois a maioria dos países da Região têm menos de 10% de mulheres como membros do parlamento. Este défice começa a nível de base, pois as mulheres sentem que não têm voz activa.

Felizmente a situação está a melhorar em alguns países, especialmente no Ruanda, onde as mulheres representam mais de metade dos membros do parlamento. As mulheres estão também bastante activas na política do Burundi, Moçambique e Tanzânia. O cenário é igualmente sombrio relativamente a mulheres em cargos ministeriais ou nomeações para postos superiores do funcionalismo público. A participação das mulheres nas mais altas estruturas políticas do governo é absolutamente fundamental para integrar as questões da saúde da mulher. Tem sido também importante no apoio à aprovação das leis que combatem a discriminação sexual e práticas culturais prejudiciais, como a mutilação genital feminina⁴³.

A ligação entre os baixos níveis educativos e a exposição a riscos para a saúde foi já debatida em termos de investigação sobre taxas de infecção pelo VIH/SIDA na Zâmbia (ver Capítulo 2) e o adiamento da iniciação sexual no Quênia⁴⁶. Esta questão é um aspecto essencial da capacitação das mulheres, particularmente na medida em que está relacionada com a entrada das mulheres no trabalho formal. De acordo com um recente estudo de Jorge Saba Arbache *et al.*⁴⁷, sobre a dinâmica dos géneros e seu impacto sobre os indicadores relativos ao trabalho, como o emprego, desemprego, sector de actividade e diferença de salários, as mulheres africanas têm menos 50% de hipóteses do que os homens de obter um emprego formal, sendo as principais razões subjacentes a falta de estudos nas mulheres e as dificuldades impostas pelas obrigações domésticas. A percentagem de mulheres no sector formal de emprego na Região está estimada em 25,2% e há tendência para só encontrarem trabalho assalariado em cargos inferiores. As mulheres também recebem menos dinheiro do que os homens por trabalho equivalente. Algumas estimativas sugerem que a remuneração das mulheres é, em média, 50% da dos homens.



É nítido que um dos modos mais directos de reduzir o fosso entre os sexos no mercado de trabalho africano é garantir que as mulheres tenham as mesmas oportunidades de educação que os homens.

Trata-se, mais uma vez, de uma questão que requer uma abordagem multisectorial que reconheça, no mínimo, a necessidade de uma mudança de atitude aos níveis da família e da comunidade (por ex., fazer com que os rapazes participem nas tarefas domésticas, em vez de colocar este fardo apenas sobre os ombros das raparigas), e a criação de escolas destinadas aos dois sexos. Os decisores políticos deverão também pensar em fazer

transferências condicionais de dinheiro para encorajar as famílias a matricular as meninas nas escolas, uma abordagem que tem resultado muito bem em diversos cenários de baixo rendimento⁴⁸. Evidentemente, educar as raparigas no intuito de melhorar as suas oportunidades de emprego apenas terá um impacto limitado, se essas oportunidades não existirem – uma referência feita no estudo Saba Arbache, revela que os países que têm as taxas de emprego mais elevadas para homens são também os países onde as desigualdades entre os géneros são menores⁴⁷.

Apesar da importante contribuição das mulheres para a economia da Região, a incapacitação das mulheres, expressa de formas diferentes consoante os contextos *mas sempre com a falta de saúde da mulher como componente essencial*, tem minado profundamente o desenvolvimento no continente³⁶. O desenvolvimento da África Subsariana está intimamente ligado à saúde da sua população feminina. O facto de a saúde da mulher ser uma vertente essencial de quase todos os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (**Quadro 5.5**) é indicativo de que esta perspectiva também é partilhada pela comunidade internacional.

É importante registar, mesmo com o risco de repetição, que a saúde da mulher não pode ser separada da questão mais alargada da capacitação das mulheres que, por sua vez, tem implicações sobre o desenvolvimento. Não é uma coincidência que 19 dos 20 países que se encontram no fundo do Índice das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Género sejam da Região Africana⁴⁹, onde as mulheres também carregam uma parte excessiva do fardo mundial das doenças e da morte. É, portanto, urgente mudar esta situação pois, como já se afirmou, um dos principais agentes dessa mudança são as próprias mulheres africanas. Para isso, elas precisam do apoio e do empenho dos decisores políticos, que lhes permitam quebrar o ciclo da pobreza, da doença e da ignorância que as impede de gozarem o seu direito à saúde e deixa oculto o seu imenso potencial físico e intelectual.

...as mulheres precisam do apoio e do empenho dos decisores políticos, que lhes permitam quebrar o ciclo da pobreza, da doença e da ignorância que as impede de gozarem o seu direito à saúde e deixa oculto o seu imenso potencial físico e intelectual.

Quadro 5.5 Saúde da mulher e ODM

Número	Título do ODM	Relação da saúde da mulher com o ODM
1	Erradicar a pobreza extrema e a fome	As mulheres carregam o maior fardo da pobreza em África, que é um determinante essencial da sua saúde. Mas é importante tomar consciência de que a doença também gera a pobreza e que nenhuma política de redução da pobreza pode atingir os objectivos ambicionados em África sem abordar o problema da saúde da mulher
2	Atingir a educação primária universal	A educação é essencial para a capacitação das mulheres e a base do contributo das mulheres para o desenvolvimento socioeconómico
3	Promover a igualdade entre os géneros e a capacitação das mulheres	A igualdade de acesso e uso dos serviços de saúde é essencial para promover a igualdade entre os sexos e a capacitação das mulheres
4	Reduzir a mortalidade infantil	A saúde materna afecta a saúde das crianças a tal ponto que de certa maneira é inútil discutir uma sem incluir a outra
5	Melhorar a saúde materna	Melhorar a saúde materna é o objectivo imediato para investir na saúde da mulher
6	Combater o VIH/SIDA, o paludismo e outras doenças	As mulheres são o grupo mais afectado pelo problema na África Subsariana
7	Garantir a sustentabilidade ambiental	Como primeiras utentes e gestoras dos recursos naturais, as mulheres estão directamente ligadas às questões do desenvolvimento sustentável
8	Criar uma parceria mundial para o desenvolvimento	Desenvolvimento é também ajudar os mais vulneráveis ou menos privilegiados a satisfazer as suas necessidades de forma sustentável. Dado que as mulheres representam o maior grupo populacional, a saúde da mulher e as desigualdades entre os sexos são cruciais para o desenvolvimento dessa parceria mundial

Fonte: Millennium Development Goals National Reports, UN Millennium Project, United Nations, New York.

Principais considerações e pontos de acção

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

Referências

1. Gill K, Pande R, Malhotra A. *Women Deliver for Development*. Washington, DC: Family Care International and International Center for Research on Women; 2007.
2. Greenwood AM, et al. Prospective Survey of the Outcome of Pregnancy in a Rural Area of the Gambia. *Bull World Health Organ* 1987; 65(5):635–43.
3. Schultz TP. Why Governments should invest more in Girls. *World Dev* 2002;30(2):207–25.
4. Bledsoe CH, Ewbank DC, Isiugo-Abanihe UC. The Effect of Child Fostering on Feeding Practices and Access to Health Services in Rural Sierra Leone. *Soc Sci Med* 1988;27(6):627–36.
5. Jowett M. Safe Motherhood Interventions in Low-Income Countries: An Economic Justification and Evidence of Cost Effectiveness. *Health Policy* 2000;53(3):201–28.
6. Tinker A. *Safe Motherhood as a Social and Economic Investment: Technical Consultation on Safe Motherhood*. Colombo, Sri Lanka; 1997.
7. World Bank. *Safe Motherhood and the World Bank*. Washington, DC: World Bank; 1999.
8. Chantal R, Bouchard H. *Commerçantes et épouses à Dakar et Bamako, la réussite par le commerce*. Dakar: L'Harmattan; 2007.
9. Gertler P, et al. *Losing the Presence and Presents of Parents: How Parental Death Affects Children*. Berkeley, CA: Haas School of Business; 2003.
10. Ainsworth M, Semali I. *The Impact of Adult Deaths on the Nutritional Status of Children*. In: Ainsworth, M. and I. Semali, eds. *Coping with SIDA: The Economic Impact of Adult Mortality on the African Household*, Chapter 9. Washington, DC: World Bank; 1998.
11. Tsu VD, Levin CE. Making the case for cervical cancer prevention: what about equity? *Reprod Health Matter* 2008;16(32):104–12.
12. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: Empirical Evidence from 15 African Countries. *Bull World Health Organ* 2008; 86(11):817–908.
13. Koblinsky MA, Timyan J, Gay J. *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder, San Francisco and Oxford: Westview Press; 1993.
14. Bloom DE, Canning D. The Health and Wealth of Nations. *Science* 2000;287(5456):1209.
15. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. *The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence*. New York: NBER Working Paper No.8587. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2001.
16. López-Casasnovas GB, Rivera B, Currais L, eds. *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. Cambridge, MA: The MIT Press; 2005.
17. Wilhelmson K, Gerdtham UG. *Impact on economic growth of Investing in Maternal-Newborn Health; Moving towards Universal Coverage: Issues in Maternal-Newborn Health and Poverty*. Geneva: World Health Organization; 2006.
18. Beraldo S, Montelio D, Turati G. Healthy, Educated and Wealthy: A Primer on the Impact of Public and Private Welfare Expenditures on Economic Growth. *J Socio-Econ* 2009; 38(December):946–56.
19. Bhargava A, et al. Modeling the Effects of Health on Economic growth. *J Health Econ* 2001;20(May):423–40.
20. Jamison DT, Lau LJ, Wang J. *Health's Contribution to Economic Growth in an Environment of Partially Endogenous Technical Progress*. Bethesda: Fogarty International Center Disease Control Priorities Project; 2003.
21. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. *World Dev* 2004;32(January):1–13.

22. Blackburn K and Cipriani G. Endogenous Fertility, Mortality and Growth. *J Popul Econ* 1998;11:517–34.
23. USAID. *Congressional Budget Justification FY2002: Program, Performance and Prospects*. Washington DC: The Global Health Pillar; 2001.
24. Tادريا HMK. *Lessons from Success Stories of African Women Entrepreneurs*. Addis Ababa: UNECA; 2007.
25. Burkhalter BR. *Assumptions and Estimates for the Application of the REDUCE Safe Motherhood Model in Uganda*. Bethesda, MD: Center for Human Services; 2000.
26. Islam KM and Gerdtham UG. *The Costs of Maternal-Newborn Illness, and Mortality. Moving towards Universal Coverage: Issues in Maternal-Newborn Health and Poverty*. Geneva: World Health Organization; 2006.
27. Kirigia JM, et al. Effects of maternal mortality on gross domestic product (GDP) in the WHO African Region. *African J Health Sci* 2005; 12:1–10.
28. Begum K. Participation of Rural Women in Income Earning Activities: A Case Study of a Bangladesh Village. *Women's Studies Int Forum* 1989;12(5):519–28.
29. Benavot A. Education, Gender and Economic Development: A Cross National Study. *Sociol Ed* 1989;62(January):14–32.
30. Bunwaree S. *Croissance, genre et équité, Le NEPAD et la renaissance de l'Afrique: Mythe ou réalité? Actes de la Conférence économique Africaine*. Addis Ababa: UNECA; 2009.
31. Goldstone et al. *State Failure Task Force Report, Phase III: Findings Science Applications*. Virginia, USA: International Corporation, McLean; 2000.
32. Bunwaree V. Address to the 35th Session of the General Conference of UNESCO. Mauritius: Republic of Mauritius, Ministry of Culture and Education; 2009.
33. UNFPA. Guttmacher Institute and UNFPA (United Nations Fund for Population Activities). New York: UNFPA; 2009.
34. World Health Organization. *World Health Statistics*. Geneva: World Health Organization; 2009.
35. Ahmed S, Mosley WH. *Simultaneity in Maternal-Child Health Care Utilization and Contraceptive Use: Evidence from Developing Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University, Department of Population Dynamics, School of Hygiene and Public Health; 1997.
36. Campbell-White A, et al. *Reproductive Health: The Missing Millennium Development Goal; Poverty, Health and Development in a Changing World*. Washington, DC: World Bank; 2006.
37. UN Millennium Project. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women; Task Force on Education and Gender Equality*. London and Sterling, Virginia: Earthscan; 2005.
38. UNECA. *UNECA African Women's Report 2009*. Addis Ababa: UNECA; 2009.
39. Bafana B. Gender revolution: a prerequisite for change. *New Agriculturist* <http://www.new-aginfo/focus/focusltemp.php?a=493> [accessed September 11, 2010]. 2010.
40. International Food Policy Research Institute. *Women: still the key to food and nutrition security*. Washington, DC: IFPRI; 2005.
41. Oppong. C. *Female and Male in West Africa*. New York: George Allen & Unwin; 1983.
42. Levin CE, et al. Working women in urban settings: traders vendors, and food security in Accra. *World Dev* 1999;27(11):977–91.
43. Skard T. *Continent of mothers, understanding and promoting development in Africa today*. London: Zed Books Ltd; 2003.
44. Strickland R. *To Have and To Hold: Women's Property Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2004.
45. Toulmin C, Quan J, eds. *Evolving land rights, policy and tenure in Africa*. London: DfID/IIED/NRI; 2000.
46. Vandermoortele J, Delamonica E. The education vaccine against VIH. *Curr Issues Comp Ed* 2000;3(1).
47. Arbache JS, Kolev A, Filipiak E. *Gender Disparities in Africa's Labor Market*. Washington, DC: World Bank; 2010.
48. World Health Organization. *World Health Report 2010: Health systems financing, the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization; 2010.
49. UNDP. *Human Development Report 2009*. New York: UNDP; 2009.

Capítulo 6:

Intervenções para melhorar a saúde da mulher

Os Capítulos 1 a 5 deste relatório procederam à análise dos vários determinantes da saúde da mulher e ilustraram os enormes benefícios associados à sua melhoria. Este Capítulo faz uma reflexão sobre o modo como o sonho do continente africano, habitado por mulheres saudáveis, prósperas e independentes, poderá ser realizado, através da implementação de intervenções de eficácia comprovada, concebidas para melhorar a sua saúde e estatuto social.

Mobilização da vontade e do empenho político

É evidente a partir das provas recolhidas que a resposta aos problemas da saúde da mulher exige intervenções¹ através de múltiplos sectores. Uma vez que os governos estão em melhor posição para coordenar as várias iniciativas necessárias para conseguir uma mudança em larga escala, é essencial mobilizar a vontade e o compromisso políticos a partir do início, ou seja, estabelecer os pré-requisitos para o êxito das intervenções. A este respeito, os ministérios governamentais deverão ser encorajados a falar uns com os outros, não apenas para apoiar os sistemas de cuidados de saúde que melhor respondam às necessidades de saúde da mulher, mas também para criar condições socioeconómicas facilitadoras do desenvolvimento das mulheres. Os benefícios desta abordagem multisectorial já resultaram na África Subsariana, nomeadamente em relação ao controlo da epidemia do VIH. Está provado que se as pessoas que procuram reformas puderem alargar as suas consultas e criar alianças entre os diferentes sectores, é possível aumentar substancialmente os recursos afectados aos investimentos na saúde da mulher². Nos Camarões, por exemplo, o envolvimento do Ministério das Finanças na elaboração do plano estratégico de segurança dos produtos para a saúde reprodutiva ajudou na sensibilização para a necessidade de criar uma verba no orçamento nacional para contraceptivos³.



...para poderem responder aos desafios orçamentais que os programas de cuidados de saúde das mulheres enfrentam na Região, os governos deverão reavaliar as prioridades dos seus orçamentos nacionais...

Para além disso, são os políticos quem aprova a legislação capaz de mudar as vidas das meninas e das mulheres. Eles também desempenham um papel ao determinar o nível do compromisso orçamental necessário para melhorar os serviços da saúde da mulher. Como referido ao longo deste relatório, para poderem responder aos desafios orçamentais que os programas de cuidados de saúde das mulheres enfrentam na Região, os governos deverão reavaliar as prioridades dos seus orçamentos nacionais⁴. Conseguir que eles o façam é um dos maiores desafios enfrentados pelos defensores das mudanças na Região. Os governos que resistem à implementação das necessárias intervenções citam frequentemente a baixa mobilização de recursos domésticos e o baixo rendimento per capita como principais obstáculos. No entanto, há provas mais que suficientes de que o estado de saúde de um país não é apenas o mais importante determinante da afectação de fundos para a saúde da mulher⁵. Por outro lado, a disponibilização de, pelo menos, pacotes de cuidados de maternidade segura cabe dentro da capacidade orçamental de muitos africanos.

O empenho e a vontade política, muitas vezes orientados por movimentos de base, têm determinado mudanças positivas na prestação de cuidados de saúde em muitas zonas do mundo em desenvolvimento, nomeadamente na Coreia do Sul e na Tailândia, e estão ainda a encorajar histórias na Região Africana, que mostram que também aqui uma mudança semelhante é possível. No Uganda, por exemplo, a aceitação pública por parte dos líderes de que o VIH/SIDA era uma questão preocupante conduziu a esforços de cooperação entre o governo e a sociedade civil, para combater a epidemia. Como resultado, a prevalência do VIH no país diminuiu consideravelmente⁶.

Considerável redução da mortalidade obtida em cenários de fracos recursos – um exemplo do Sri Lanka

Em 1950, o rácio de mortalidade materna (MMR) no Sri Lanka era muito elevado, situando-se em mais de 500 óbitos por 100 000 nados-vivos. No mesmo período, o produto nacional bruto (PNB) per capita era de, apenas, 270 dólares americanos. Apesar de limitado pelos seus escassos recursos, o Sri Lanka conseguiu reduzir o MMR para menos de 100, até meados dos anos 1970 – muito mais baixo de que muitos países com níveis de rendimento semelhantes ou mais elevados. Hoje, o MMR do Sri Lanka é de, aproximadamente, 50.

Uma avaliação recente da experiência do Sri Lanka identificou vários factores de êxito importantes, sendo o principal deles a vontade política de investir na saúde materna. Os serviços eram gratuitos para quem não podia pagar e foi tomada a decisão de alargar o acesso a zonas mal servidas, com realce para as intervenções mais apropriadas. Foram criados serviços de cuidados obstétricos de emergência. Disponibilizaram-se mais parteiras habilitadas, para ajudar as mães nos partos, o que se conseguiu através da formação de um grande número de parteiras, da promoção dos serviços e da melhoria da sua qualidade. As mulheres grávidas foram informadas de que tinham direito a uma parteira habilitada. O investimento progressivo e continuado foi uma parte importante do êxito do programa, que se preocupou, inicialmente, em recrutar mais parteiras e reforçar a sua capacidade. Foram feitos depois investimentos no sistema dos cuidados primários e, finalmente, nos hospitais⁷.

A Iniciativa “Badienou Gokh” para promover a saúde materna, neonatal e infantil – um exemplo do Senegal

O Governo do Senegal, através do Departamento de Saúde e dos parceiros do desenvolvimento, tem-se empenhado firmemente na consecução dos ODM 4, 5 e 6, que estão relacionados com a melhoria da saúde materna, neonatal e infantil, assim como com a luta contra as doenças. Neste contexto, o então Presidente do Senegal, Sr. Abdoulaye Wade, iniciou um programa comunitário de promoção da saúde materna, neonatal e infantil, conhecida como a Iniciativa “Badienou Gokh”. (Badienou Gokhs são as mulheres mais velhas que orientam as mulheres mais jovens nas necessidades de cuidados de saúde). Este programa usa uma abordagem comunitária, dentro da perspectiva mais alargada do cenário multisectorial, para acelerar a redução da mortalidade e morbilidade materna e dos recém-nascidos no Senegal. Esta Iniciativa tem como finalidade estimular a procura de cuidados de saúde, através de um sistema de protecção das mulheres durante a gravidez, parto e período pós-parto, e das crianças até aos cinco anos de idade, com o apoio e o envolvimento de assistentes suburbanos os rurais, madrinhas ou Badienou Gokhs. Esta Iniciativa foi lançada oficialmente em Kolda, em 19 de Janeiro de 2009.

As Badienou Gokhs são escolhidas pela comunidade, dentro de redes de grupos organizados de mulheres, com base em critérios escolhidos sob a supervisão de uma comissão local. As Badienou Gokhs são mulheres com capacidades reconhecidas de liderança, que se comprometem elas próprias a ajudarem as mulheres grávidas e que

amamentam a procurarem cuidados de saúde reprodutiva e cuidados de saúde para os recém-nascidos e as crianças menores de cinco anos, com o envolvimento de toda a comunidade, especialmente sogras, avós e homens.

Os objectivos específicos desta iniciativa são:

- i) promover a saúde materna, neonatal e infantil, através do reforço das capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades;*
- ii) aumentar a frequência do uso dos serviços de saúde materna e infantil, por parte das mulheres durante a gravidez, o parto e período pós-parto, e por parte das crianças menores de cinco anos;*
- iii) dar um impulso ao envolvimento dos homens (maridos, parceiros, pais), sogras e/ou avós (ou equivalentes) na procura de cuidados de saúde reprodutiva por parte das mulheres, durante a gravidez, o parto e período pós-parto, e cuidados de saúde para as crianças menores de cinco anos;*
- iv) criar uma parceria com a comunidade, conselhos locais, sector privado e parceiros, de modo a promover a saúde materna, neonatal e infantil.*

Os resultados preliminares desta iniciativa demonstram que: Primeiro, melhorou o uso dos serviços de saúde reprodutiva no Distrito de Saúde de Kolda, com um aumento da assistência ao parto por pessoal habilitado de 114, em Abril de 2010, para 382, em Agosto de 2010; Segundo, aumentou o número de consultas pré-natais, de 1460 em Junho de 2010, para 1882 em Agosto de 2010.

Necessidade de uma forte advocacia

Ao dar provas aos líderes dos benefícios em apoiar os investimentos na saúde da mulher⁸, justificados por dados actuais e rigorosos, a advocacia pode desempenhar um importante papel no encorajamento para o empenho político ao mais alto nível possível. De facto, os líderes políticos, sejam eles parlamentares ou funcionários superiores do governo, estão bem posicionados para advogar em prol da saúde da mulher, e para actuar como porta-vozes em questões e direitos relativos à saúde da mulher, apresentando-se eles próprios como exemplos dessa mudança. Eles podem trazer a questão da falta de saúde das mulheres para a agenda das plataformas nacionais. Ao divulgar mensagens-chave através, por exemplo, da comunicação social, os líderes podem ajudar muito a sensibilizar e a informar o público acerca do problema e respectivas soluções.

Um exemplo disso foi iniciado no Quênia, onde se fez um esforço bem sucedido de comunicação de massas para melhorar a saúde reprodutiva das raparigas e das mulheres, usando a radionovela queniana, intitulada “Understanding Comes from Discussion” (“Da Discussão Nasce a Luz”). Este programa encorajou uma maior comunicação entre pais e filhos sobre questões relacionadas com a sexualidade.

A advocacia provou ser um instrumento poderoso no Ruanda, onde o uso de um instrumento sofisticado de advocacia por modelação informática encorajou a adopção de um eficaz programa nacional de planeamento familiar.

Advocacia eficaz para o planeamento familiar – um exemplo do Ruanda

Apesar das perdas resultantes do genocídio de 1994, o Ruanda é ainda o país africano mais densamente povoado, e o crescimento descontrolado da população ameaça o desenvolvimento socioeconómico do país⁹. A má-nutrição é já uma importante causa de morte nas mulheres e nas crianças do país¹⁰, e se a explosão demográfica continuar a seguir o ponto mais alto das projecções de fertilidade, o país terá de quase triplicar o seu abastecimento de produção alimentar até 2035,

para manter simplesmente o consumo alimentar per capita que existia em 2004. O Ruanda tem redobrado esforços para resolver este problema, usando as evidências geradas com o RAPID (Resources for Awareness of Population Impacts on Development – Recursos para Sensibilização do Impacto da População sobre o Desenvolvimento) – um modelo informático concebido para facilitar a análise de diferentes cenários, com base num leque de dados como plataforma para o debate político acerca do efeito dos factores populacionais sobre o desenvolvimento socioeconómico⁹.

O Modelo RAPID foi inicialmente apresentado ao Parlamento e aos funcionários do Ministério da Saúde em 2005 e, em Fevereiro de 2007, o Ministro da Saúde apresentou a análise baseada no Modelo ao Presidente e aos membros do governo. Isto levou a um compromisso de nível presidencial com o planeamento familiar e a implementação de uma Estratégia Nacional de Planeamento Familiar. Um dos principais êxitos deste programa de planeamento familiar foi o aumento do uso dos modernos contraceptivos entre as mulheres casadas, que subiu de 10% em 2005, para 27% em 2008².

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

Importantes intervenções custo-eficazes^{11,12} de comprovado valor, destinadas a melhorar as circunstâncias físicas e socioeconómicas em que as raparigas e as mulheres se encontram, são apresentadas no **Quadro 6.1**, que mostra, entre outras, a importância de intervenções que não se refiram apenas a cuidados de saúde¹³⁻¹⁵. Para além da vacinação, as intervenções recomendadas para as meninas, por exemplo, referem-se ao fornecimento de uma nutrição adequada, à sua capacitação através da educação e à sua protecção contra os danos físicos e psicológicos.

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

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

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

Muito já se discutiu acerca da importância da educação de uma rapariga em crescimento. Esta questão é aqui retomada para sublinhar a importância das raparigas terem uma boa educação, nomeadamente pela remoção das barreiras financeiras à escolaridade. A isenção de propinas escolares para as raparigas tem sido usada com algum sucesso em certos países da África Subsariana, nomeadamente o Malawi, em que foi criado um programa de almoço grátis. Estas simples iniciativas foram creditadas com um aumento de 38% do número de meninas a frequentar a escola no Malawi, uma descida nas taxas de abandono e de reprovação e um aumento das taxas de sucesso das raparigas de 9,5%^{16,17}. A este respeito, podem também ser úteis as transferências condicionais de dinheiro. Sempre que houver financiamento, a construção de novas escolas em

A isenção de propinas escolares para as raparigas tem sido usada com algum sucesso em certos países da África Subsariana...

comunidades mal servidas, tem revelado estimular a frequência escolar por parte das meninas, especialmente no Egito, onde a construção de escolas junto das comunidades nas zonas rurais é reportada como tendo impulsionado a inscrição das meninas em 60%, enquanto que a matrícula dos rapazes aumentou 19%¹⁸.

Os decisores políticos também têm de dar o seu melhor para proteger as raparigas contra as diversas formas de violência a que elas estão sujeitas. Os danos físicos e psicológicos causados por agressão e perseguição violentas são um problema sofrido por muitas mulheres na Região ao longo das suas vidas, mas que assumem formas especialmente perniciosas na infância, nomeadamente no caso de certas práticas tradicionais prejudiciais, como a mutilação genital feminina que, como já se referiu no Capítulo 2, estima-se que seja infligida anualmente a mais de dois milhões de meninas, entre os 4 e os 12 anos de idade.

Como se referiu no Capítulo 2, muitos países da África Subsariana criaram leis para penalizar esta prática. No entanto, raramente as leis por si só conduzem a mudanças comportamentais sustentáveis. O trabalho do Banco Mundial para combater a MGF sugere que a legislação só será eficaz se for complementada por esforços mais alargados, incluindo programas de educação do público e o envolvimento de organizações de profissionais e grupos de mulheres em campanhas anti-MGF, assim como a interação com as comunidades no tratamento das razões culturais que perpetuam esta prática. De facto, como atrás se afirmou, os esforços para eliminar a mutilação genital das meninas em África têm sido mais frutuosa quando desenvolvidos em colaboração com as pessoas responsáveis¹⁹.

A principal finalidade das intervenções concebidas para melhorar a saúde das adolescentes (**Quadro 6.1**) continua a ser a capacitação através da educação, mas refira-se a importante dimensão dessa capacitação, através da associação a outras raparigas, especialmente no contexto dos programas para todas as raparigas, programas como o “Programa Futuro Brilhante” (Biruh Tesfa) na Etiópia.

Um “Futuro Brilhante” para as raparigas adolescentes – uma experiência Etíope

Na Etiópia, o Programa Biruh Tesfa (Futuro Brilhante) destina-se a ajudar as raparigas entre os 10 e os 19 anos, promovendo a literacia funcional, competências de vida e de sobrevivência e educação para a prevenção do VIH. Mulheres mentoras formadas recrutam raparigas, indo de casa em casa, para identificar raparigas elegíveis de substratos sociais muito desfavorecidos que desistiram da escola. Cerca de metade das raparigas perderam, pelo menos, um dos pais e 16% perderam ambos. As reuniões das mentoras são realizadas em clubes de raparigas, em espaços doados pelos conselhos locais. Até hoje, mais de 10 000 raparigas que desistiram de estudar

participaram nos grupos Biruh Tesfa e um terço das participantes encontram-se entre os 10 e os 14 anos de idade. Em Adis Abeba, cerca de metade dos membros são jovens adolescentes. Trata-se do primeiro projecto deste tipo sobre crianças que fazem trabalho doméstico, incluindo 30% de membros do Biruh Tesfa²⁰.

À medida que crescem, as raparigas precisam de orientação relativa às várias escolhas de estilo de vida com que se confrontam; elas precisam de conhecer os riscos que certas escolhas implicam. As intervenções para melhorar a saúde das adolescentes²¹ (e, claro está, das mulheres em que se irão tornar) incluem aconselhamento e educação para a vida familiar. São também de primordial importância a informação e os serviços de planeamento familiar. A actividade sexual começa habitualmente na adolescência, com os riscos associados de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo VIH, e a gravidez não planeada. Conseguir que as jovens mulheres tenham consciência da importância do uso do preservativo oferece diversos benefícios directos, incluindo o adiamento da sua primeira gravidez, a prevenção de gravidezes não planeadas e a redução do número de abortos e IST, incluindo o VIH. Para as mulheres casadas, o conhecimento das opções existentes de contracepção pode também oferecer a possibilidade de reduzir as gravidezes ou de as espaçar, de forma a serem capazes de recuperar nos períodos intercalares.

Promover uma maternidade saudável

Os benefícios socioeconómicos de uma maternidade saudável foram debatidos no Capítulo 5. Esses benefícios são mais visíveis quando as famílias são menores. O mesmo se passa a nível macroeconómico: reduzindo o crescimento populacional reduz-se a pressão, não só a nível de recursos de saúde, mas também a nível da educação, e dos sistemas de segurança social e, obviamente, dos recursos naturais, como os terrenos aráveis e a água disponível, bem como os alimentos que esses recursos produzem. Sempre que a explosão demográfica é descontrolada, todos esses recursos ficam sob pressão.

Infelizmente, os progressos neste aspecto têm sido relativamente lentos na África Subsariana, como comprova um recente estudo que revela que a atitude de resistência à contracepção continua significativa, sendo o acesso aos contraceptivos, embora melhor, ainda extremamente limitado²². A falta de progressos não é uniforme na Região, estando a África Oriental a progredir mais no sentido de uma futura quebra na fertilidade, que foi descrita como “muito mais positiva”²². O envolvimento dos homens no aconselhamento do planeamento familiar pode aumentar o uso da contracepção. Num estudo experimental, mais de 500 mulheres casadas que não estavam a usar nenhum método moderno de contracepção receberam aconselhamento. Metade delas receberam aconselhamento sozinhas, enquanto que a outra metade foram aconselhadas em conjunto com os maridos. Doze meses depois, o uso de contraceptivos aumentou 33% entre os casais em que ambos os parceiros foram aconselhados juntos, em comparação com o aumento de 17% nos casais em que as mulheres foram aconselhadas sozinhas²³.



...a atitude de resistência à contracepção continua significativa, sendo o acesso aos contraceptivos, embora melhor, ainda extremamente limitado.

Em muitas zonas rurais africanas, os líderes tradicionais e religiosos, considerados como os guardiões dos valores e crenças comunitários, são muitas vezes os principais opositores aos programas de saúde sexual e reprodutiva e têm de ser envolvidos neste problema, se se pretender aumentar o uso da contraceção²⁴. Quando os factores socioculturais funcionam como barreiras à aceitação de intervenções eficazes, há evidências de que o envolvimento da comunidade na concepção de tais intervenções pode facilitar a sua implementação com êxito.

Projecto de Opções de Planeamento Familiar – um exemplo da Guiné

O Projecto de Opções de Planeamento Familiar (FAMPOP) da Guiné envolveu a integração de serviços de planeamento familiar nas clínicas de cuidados de saúde primários e cultivou activamente o apoio de líderes religiosos islâmicos, através de uma série de seminários. Os líderes não só removeram as barreiras à aceitação cultural do planeamento familiar, mas também usaram as suas posições para educar a população do seu círculo para a necessidade desse planeamento²⁵.

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

À medida que as mulheres entram na sua fase reprodutiva (Estádio 3 da Vida, no **Quadro 6.1**), a sua necessidade em cuidados de saúde adequados e acessíveis torna-se mais premente, nomeadamente no que se refere a intervenções para reduzir a morbilidade e mortalidade maternas. Como atrás se disse, a prestação de cuidados de saúde maternos está ao alcance de muitos países da Região, pois há estudos que comprovam que a implementação de pacotes abrangentes de cuidados de maternidade segura, a níveis de cobertura de cerca de 70–90%, podem ser executados a um custo entre 0,22 e os 1,18 dólares americanos per capita^{26–28}. Um pacote mais alargado, envolvendo serviços de maternidade segura, planeamento familiar, vacinação contra toxóide tetânico e suplementos alimentares com micronutrientes, também foi provado que tinha um rácio de custo-eficácia inferior a muitas outras intervenções²⁸.



A maioria dos serviços de cuidados de saúde modernos prestados na Região é dispensada em clínicas, é orientada por médicos e está localizada nas cidades.

O arranque de qualquer reforma concebida para melhor responder às necessidades das mulheres na Região é a substituição do paradigma do sistema de saúde piramidal por modelos mais descentralizados, concebidos para prestarem cuidados de saúde primários abrangentes. A maioria dos serviços de cuidados de saúde modernos prestados na Região é dispensada em clínicas, orientada por médicos e localizada nas cidades.

Entre as principais barreiras à utilização dos serviços citados estão as longas distâncias que as mulheres têm de percorrer para chegarem às unidades de saúde e o preço dessa deslocação. Admitamos que a construção e o apetrechamento

de novas clínicas requerem um considerável investimento, e nem todos os países poderão disponibilizá-lo sem o apoio dos parceiros do desenvolvimento. No entanto, mesmo em cenários em que não é possível financiar novas clínicas, o acesso das mulheres aos serviços pode ainda ser melhorado, especialmente através da implementação de programas de proximidade baseados nas comunidades, como os que tiveram êxito na melhoria da utilização dos serviços do Gana, Quênia, Mali e Zimbábue²⁹⁻³³.

Planeamento comunitário da saúde – a experiência do Gana

Foi implementado no Gana, em 1999, um modelo inovador de prestação de serviços, concebido para reduzir as barreiras geográficas ao acesso das mulheres aos serviços de saúde. Foi contratado um agente comunitário de saúde – ou uma enfermeira comunitária de saúde – que recebeu equipamento para disponibilizar à comunidade serviços de cuidados de saúde primários. O agente comunitário de saúde viajou de povoação em povoação num motociclo, prestando serviços essenciais, como educação para a saúde, vacinação, planeamento familiar, assistência profissional aos partos, cuidados pré e pós-natais e tratamento de enfermidades menores.

O agente de saúde era apoiado por voluntários da comunidade que ajudavam na mobilização das pessoas e na manutenção dos registos comunitários. A introdução de agentes comunitários de saúde nas comunidades foi precedida de um extenso diálogo entre o sistema de saúde e representantes da comunidade, em reconhecimento da importância dos líderes tradicionais, para que a comunidade aceitasse os agentes e estivesse disposta a os apoiar. O programa dos agentes comunitários de saúde contribuiu para uma quebra de 30% da mortalidade infantil e uma diminuição da taxa total de fertilidade.

Uso de tecnologias para melhor acesso aos cuidados de saúde

As tecnologias oferecem também formas de reduzir o isolamento das comunidades rurais, nomeadamente através da introdução da Internet e dos telemóveis que podem ser usados para formar prestadores de cuidados de saúde, através de programas de ensino electrónico, recrutar clientes para serviços de saúde reprodutiva, como planeamento familiar e cuidados pré-natais, reduzir os atrasos nos cuidados de follow-up e recolher informação. Por exemplo, os telemóveis foram introduzidos para apoiar os cuidados obstétricos na aldeia de Amensie, no Gana central e sul, em 2006, como parte do Projecto Aldeias do Milénio. Antes desta iniciativa, nesta comunidade morriam anualmente no parto cerca de 20 mulheres. Um fabricante de telemóveis associou-se a uma empresa de telecomunicações móveis, para distribuir aparelhos gratuitos aos agentes de saúde e vender telemóveis aos camponeses por apenas 10 dólares americanos cada. Esta melhor rede de comunicações tornou possível aos membros da comunidade chamar os serviços de ambulâncias e chegar a tempo aos prestadores de cuidados habilitados, tratando assim prontamente as complicações maternas, e levando a uma drástica redução nas mortes das mães³⁴.



Melhorar o acesso das mulheres aos cuidados de saúde através da reforma das leis

Os países podem também melhorar as necessidades de saúde das mulheres criando legislação que garanta o seu direito a serviços essenciais, como aborto seguro, como fez a África do Sul em 1996, com a implementação da Lei da

Interrupção Voluntária da Gravidez. Reconhecendo a sensibilidade da questão, houve previamente um debate alargado antes da criação da Lei, o que permitiu às parteiras prestar cuidados de assistência ao aborto no primeiro trimestre. A comparação das estimativas da mortalidade, desde 1994, antes da publicação da Lei, até ao período posterior à Lei, indica uma redução de 91% das mortes por aborto de risco³⁵.

A importância dos prestadores de cuidados habilitados para a melhoria dos resultados de saúde materna foi já debatida, tendo sido a sua relativa escassez identificada como uma das principais causas da alta mortalidade materna na Região³⁶. São precisas reformas jurídicas e reguladoras para eliminar leis e regulamentos excessivamente restritivos, como os que proíbem os prestadores de cuidados de fornecerem serviços essenciais de saúde às mulheres. Os países podem impulsionar a capacidade do sistema de saúde sem terem que dispor de grandes investimentos, se procederem à rotação de tarefas.

Melhorar os recursos humanos para a saúde da mulher

A rotação de tarefas permite normalmente ao pessoal de nível médio (p. ex., pessoal não médico, parteiras e agentes comunitários de saúde) executar procedimentos essenciais. Este pessoal provou ser valioso para a melhoria dos cuidados obstétricos de emergência em muitos países da África Austral e o custo da actualização da sua formação para as novas tarefas revelou ser modesto. O pessoal não médico (NPC) com diferentes capacidades está a funcionar em 25 dos 46 países da Região Africana e, em nove desses países, o número de NPC é, no mínimo, tão elevado como o número de médicos³¹. Nestes 25 países, os NPC executam diagnósticos básicos e fornecem tratamento médico básico. Em alguns países, os NPC receberam até formação para procedimentos mais complexos, como cesarianas e anestesia. Tem-se provado que os resultados pós-operatórios dos doentes tratados pelos NPC são semelhantes aos resultados dos próprios médicos^{37,38}. Na Tanzânia, os NPC prestam a maioria dos cuidados obstétricos de emergência e executam cerca de 90% de todas as cesarianas nos hospitais dos distritos rurais³⁹. Os NPC também realizam outros procedimentos cirúrgicos com elevadas taxas de sucesso, sugerindo que eles têm um importante papel para uma cobertura cada vez maior dos cuidados de saúde materna⁴⁰.

Um dos principais desafios que os sistemas de saúde enfrentam na Região é a disponibilidade de pessoal qualificado para colocar nas zonas remotas. Em



certos casos, este desafio foi ultrapassado com o apoio de agências externas. Por exemplo, na África do Sul, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e pessoal do Reino Unido foi recrutado para exercer funções nas zonas rurais do país⁴¹.

Os países podem ainda fazer um melhor uso dos recursos humanos que já possuem, nomeadamente atribuindo uma compensação ao desempenho. Esta abordagem já mostrou que resulta no Gana, em que um esquema de pagamento de horas extraordinárias aos médicos não só melhorou a sua retenção, mas na verdade resultou numa transferência de médicos do sector privado para o sector público⁴². No Uganda, organizações privadas não lucrativas também perderam pessoal para o sector público, quando as compensações do sector público foram aumentadas⁴³. Também foram eficazes incentivos não financeiros, como oportunidades de promoção nas carreiras, programas de educação contínua, empréstimos para habitação, esquemas de pensões e subsídios médicos, nomeadamente no Botsuana e na Namíbia, onde foram usados um conjunto de benefícios de incentivo para enfermeiros, como empréstimos para habitação e aquisição de automóveis, e subsídios médicos⁴⁴. No Gana, um pacote semelhante incluía empréstimos para habitação e aquisição de automóveis para profissionais colocados em zonas rurais⁴².

Importância da qualidade dos cuidados

Melhorar a cobertura é apenas uma parte da batalha. A qualidade terá também de melhorar. A fraca qualidade dos cuidados foi identificada como uma importante causa dos maus resultados de saúde das mulheres na Região Africana e pode ser uma causa significativa da subutilização dos serviços de saúde^{45,46}. A disponibilidade de pessoal formado e um abastecimento adequado de medicamentos estão entre as factores-chave associados a cuidados de qualidade, bem como à sensibilidade a factores culturais. É, portanto, essencial que as práticas de obstetrícia na Região sejam acompanhadas de uma compreensão dos contextos socioculturais, que podem incluir tradições relativas à posição de dar à luz, por exemplo⁴⁷. Além disso, os prestadores de cuidados de saúde, especialmente nas unidades de cuidados de saúde primários, requerem competências para fornecerem às mulheres e raparigas serviços de saúde sensíveis ao género. A formação inicial que expõe os futuros prestadores de cuidados à sensibilidade do género, quando abordam as questões da saúde comunitária, demonstrou o seu valor no Benim, onde os cursos de cuidados de saúde reprodutiva foram integrados no plano de estudos inicial dos estudantes de medicina, enfermagem e obstetrícia⁴.

Necessidade de melhorar o acesso financeiro

Por muito boa que seja a cobertura e a qualidade dos serviços prestados, as mulheres não comparecerão aos exames de rotina, nem às fundamentais consultas pré-natais, se não tiverem dinheiro para tal. Como já se abordou no Capítulo 3, as evidências disponíveis sugerem que as taxas de utilização e o pagamento directo levaram a uma redução global da utilização dos serviços de saúde. No Quênia e Zimbábwe, por exemplo, estudos realizados nos anos 90, revelaram que a introdução de taxas de utilização resultaram numa quebra de 30–50% da procura dos serviços de saúde materna^{48,49}. Alguns países tentaram minimizar o impacto negativo das taxas de utilização sobre os grupos vulneráveis, introduzindo sistemas de isenção. No entanto, a implementação desses sistemas encontrou inúmeras dificuldades, nomeadamente, em relação à identificação eficaz das pessoas elegíveis para os benefícios^{49,50}. Quando o pagamento das taxas é suspenso, a utilização dos serviços sobe. No Níger, por exemplo, a utilização dos serviços de saúde materna e infantil aumentou por um factor de 2–4, depois das taxas de utilização terem sido canceladas, em 2006⁵¹. No Uganda, a abolição das taxas

de utilização em 2001 conduziu a um aumento de 50% nos serviços de saúde dos hospitais públicos⁵², enquanto os partos nas unidades de saúde aumentaram 28% e a utilização dos serviços pré-natais e pós-natais aumentaram, respectivamente, 25% e 32%⁵¹⁻⁵⁴. O cancelamento das taxas de utilização para os partos em três regiões do Gana aumentou a utilização dos cuidados obstétricos entre 11–34%^{55,56}.

No entanto, como se refere no Capítulo 3, a abolição do pagamento da taxa apresenta alguns problemas, especialmente o problema de reembolsar os prestadores pela consequente perda de rendimento. Substituir as taxas de utilização por sistemas de financiamento baseados no pré-pagamento e centralização de recursos também apresenta enormes desafios, mas o Ruanda já mostrou o que se pode conseguir na Região e o Gana também já fez esforços semelhantes. A liderança política é essencial para permitir uma transição efectiva para o pré-pagamento e centralização de recursos, como indica um recente estudo da UNICEF, que mostra que, com diálogo entre os líderes políticos e os técnicos nacionais, a transição tem muito melhores hipóteses⁵⁷.

Regimes de seguros de saúde – a experiência do Ruanda

Os regimes de seguros de saúde mutualizados, conhecidos como “mutuelles de santé” ou simplesmente “mutuelles” foram iniciados como projecto-piloto no Ruanda, em 1999. A expansão desses regimes acelerou extraordinariamente, em 2000–2005, com a adopção de uma política nacional de “mutuelles” e a criação de esquemas com o apoio financeiro e técnico dos parceiros do desenvolvimento. O sistema foi em parte financiado pelos parceiros da ajuda externa, tais como o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, que abrange prémios de seguros para cerca de 1,5 milhões de pessoas vulneráveis. Desde Abril de 2008, todos os ruandeses são obrigados, por lei, a ter uma qualquer forma de seguro de saúde. Existem vários programas de seguros de saúde no país, que visam grupos específicos da população.

O regime dos “mutuelles” é o maior, em termos de membros, sendo a participação no regime organizada com base na família, com um pagamento anual de 1000 francos ruandeses (US\$2) por membro da família. O crescimento do regime de seguros de saúde mutualizados, no Ruanda, tem sido um êxito, na perspectiva da acessibilidade do programa. A participação obrigatória nos “mutuelles” gerou um considerável aumento da cobertura dos serviços de saúde pública no Ruanda, que é o único país da África Subsariana, em que uns expressivos 85% da população participam numa qualquer forma de seguro de saúde mutualizado⁵⁸.

Criação de condições socioeconómicas favoráveis ao desenvolvimento da mulher

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

Como principais participantes nestas actividades, as próprias mulheres têm um importante papel a desempenhar na formulação de políticas e na concepção de projectos que tornem essas actividades menos onerosas. Com a colaboração das mulheres no processo de planeamento, a melhoria das infra-estruturas reflecte



melhor as suas necessidades, como ficou demonstrado recentemente por um programa nacional de água, no Malawi. Um programa nacional, para fornecer água canalizada a comunidades da periferia das cidades do país, falhou por causa da má localização dos lençóis freáticos e uso errado dos pontos de água. Este insucesso foi atribuído à ausência de mulheres no processo de planeamento e, por isso, elas foram integradas nas “comissões de exploração”, subindo a sua representação de 20%, nos anos 80, para mais de 90% nos dias de hoje. As mulheres começaram também a gerir pontos comunitários de água, assumindo a responsabilidade pelo seu funcionamento e manutenção. Como consequência, o desempenho global do sistema melhorou consideravelmente^{59,60}. O investimento na água potável e no saneamento pode ter um enorme impacto na saúde das comunidades, começando com uma redução acentuada das doenças diarreicas, sem grandes despesas. De facto, de acordo com uma recente análise de custo-benefício, realizada pela OMS, investir na água e saneamento pode trazer ganhos substanciais às comunidades, especialmente para as mulheres e raparigas, dado que cada dólar investido trará um retorno de entre 3 e 14 dólares americanos⁶¹.

Fazer melhorias simples em casa pode significar uma mudança profunda na saúde da mulher. O investimento em equipamento doméstico que poupe trabalho, por exemplo, pode permitir às raparigas dedicarem mais tempo à sua educação ou permitir às mulheres darem mais atenção aos seus filhos ou trabalharem em actividades economicamente mais produtivas. Na Nigéria, o processamento da mandioca conduziu a uma redução drástica do tempo necessário para transformar a mandioca em gari, aumentando assim os rendimentos da família ganhos em outras actividades. Estes dispositivos poupadores de trabalho também reduzem os riscos para a saúde que esse trabalho representa. Na África Oriental, estão a ser promovidos melhores fogões a lenha e carvão, o que pode reduzir a poluição nas cozinhas até 50% e o fogão *jiko*, recentemente desenvolvido e usado no Quênia, liberta apenas 10% das partículas produzidas pelas fogueiras de lenha, reduzindo a exposição das raparigas e mulheres à poluição interior.

Intervenções destinadas a aliviar o fardo das tarefas domésticas realizadas pelas mulheres e raparigas são apenas um aspecto do amplo empenho para as capacitar, de forma que realmente as possa aliviar dos trabalhos domésticos ou, pelo menos, reduzir o seu peso. Um dos princípios básicos dos movimentos



Um dos princípios básicos dos movimentos para os direitos das mulheres em todo o mundo é que o lugar da mulher não é necessariamente em casa e, por mais polémica que esta ideia possa ser, em certos ambientes tradicionais, os países ignoram-na, em seu próprio prejuízo – tanto social como económico.

para os direitos das mulheres em todo o mundo é que o lugar da mulher não é *necessariamente* em casa e, por mais polémica que esta ideia possa ser, em certos ambientes tradicionais, os países ignoram-na, em seu próprio prejuízo – tanto social como económico. Este relatório sublinha repetidamente a importância de educar as jovens mulheres africanas. A educação deve não só estar disponível amplamente a todas as raparigas mas também, quando possível, proporcionar oportunidades de prosseguir estudos que lhes abriam a porta à progressão profissional. Permitir às mulheres que se especializem em estudos que lhes permitam ocupar cargos superiores no seio do sistema de saúde reveste-se de particular importância.

A capacitação também vem com as ligações sociais ou com as associações e os países podem fazer muito para incentivar a formação de redes sociais de mulheres, inclusive ajudá-las

a angariar fundos e apoiá-las com os recursos humanos, e outros, necessários para o seu desenvolvimento socioeconómico. A capacitação através das ligações é fundamental para permitir que as mulheres da Região tenham voz activa, particularmente as mais vulneráveis de entre elas, tais como as mulheres com incapacidades.

Capacitação das mulheres com incapacidades – um exemplo Ugandês

Grupos como a União Nacional de Mulheres Portadoras de Deficiência (NUWODU), no Uganda, podem reunir as mulheres e raparigas com incapacidades e ajudá-las a defender, proteger e promover os seus direitos. A NUWODU não só possibilita que as mulheres e raparigas com deficiência tenham acesso à educação, mas também recruta raparigas incapacitadas, permitindo-lhes adquirirem experiência relevante para os empregos. A NUWODU também forma mulheres incapacitadas em competências de liderança e construção de confiança, dando apoio financeiro a grupos de mulheres, para que iniciem actividades geradoras de rendimento⁶².

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

O ciclo ou círculo de capacitação descrito no Capítulo 5 só se completará se as mulheres puderem beneficiar dos frutos do seu trabalho. No sector formal, isso significa aprovar e aplicar legislação que garanta salários iguais para trabalho igual e, no sector informal, mudar as atitudes em casa que, muitas vezes, colocam os rendimentos da venda de produtos nos mercados, por exemplo, no bolso do homem. Essa mudança não se processará por si própria, antes exigindo que os governos nacionais façam o melhor uso das campanhas de informação difundidas através dos meios de comunicação social.

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

constituições nacionais que garantem igualdade dos sexos perante a lei, mas, em alguns ambientes tradicionais, as mulheres ainda não podem ser proprietárias. Para assegurar o cumprimento das garantias constitucionais, os países estão a esforçar-se por enfrentar as desigualdades de género, modificando as leis existentes. Por exemplo, em 1999, o Ruanda aprovou uma lei que dá às mulheres direitos de herança iguais aos dos homens, substituindo assim as normas tradicionais de herança⁶³. Do mesmo modo, Moçambique aprovou, em 1997, uma Lei da Terra que reconhece direitos iguais aos homens e mulheres, no que diz respeito à posse de terra, assim como a Lei da Família de 2004, que apoia os direitos das mulheres à terra. No Botsuana, Moçambique, África do Sul, Namíbia e Uganda, os direitos das mulheres à posse de terra estão a ser protegidos, garantindo a participação das mulheres nas comissões locais da terra responsáveis pela reforma agrícola e atribuição de terrenos. No Zimbabwe e Zâmbia, as quotas de terrenos a serem atribuídos às mulheres foram fixadas, respectivamente, em 30% e 20%⁶⁴.

Maior atenção às mulheres mais vulneráveis

As políticas relativas à capacitação das mulheres não devem ignorar as mais vulneráveis, porque, na Região Africana, essas mulheres se esforçam por ganhar a vida e a sua capacidade para pagar os cuidados de saúde é limitada. Alguns países da Região estão a fazer progressos na assistência aos grupos vulneráveis e os sistemas de segurança social estão a ser gradualmente modificados, de modo a abrangerem as mulheres com incapacidades. É o que acontece na Namíbia e África do Sul, onde existem sistemas especiais de subsídios às mulheres que vivem com incapacidades⁶⁵.

Em todo o caso, é preciso fazer muito mais e as organizações baseadas nas comunidades têm um importante papel a desempenhar na advocacia e luta pelos direitos das raparigas e mulheres com incapacidades. A experiência acima referida da União Nacional das Mulheres Portadoras de Deficiência (NUWODU), do Uganda, conta uma história de sucesso sobre o modo como isso se consegue⁶².

Há outros factores associados à vulnerabilidade das mulheres africanas, tais como a velhice, as catástrofes naturais e os conflitos. No Capítulo 4, afirmou-se que a grande maioria das mulheres da África Subsariana trabalham num qualquer tipo de ocupação informal que não é abrangida por nenhuma forma de esquema de pensões. Isso coloca-as numa situação de particular vulnerabilidade nos seus últimos anos de vida. Para as muitas mulheres que sobrevivem ao cônjuge, a pobreza é uma ameaça real. As mulheres idosas vulneráveis têm de depender do apoio de terceiros e quando esse apoio não surge, têm de depender do Estado. Os decisores políticos são exortados a criar regimes de segurança social para proteger as mulheres vulneráveis das ocorrências que afectam adversamente a sua sobrevivência.



Abordar a necessidade urgente de dados sobre a saúde da mulher

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

Quadro 6.2 Indicadores úteis para monitorizar as principais intervenções

Ciclo de vida	Principais intervenções	Indicadores úteis
<p>Menina</p> 	<p>Nutrição Vacinação Educação das meninas Protecção contra práticas tradicionais nocivas Protecção contra a violência baseada no género, abuso, tráfico e escravatura de crianças</p>	<p>Raquitismo nas raparigas Cobertura vacinal das raparigas Taxas brutas de inscrição de meninas na escola % de raparigas/mulheres que informam ter sofrido MGF Incidência do abuso e violação sexual da criança Incidência do tráfico de raparigas</p>
<p>Adolescente</p> 	<p>Ensino primário e secundário Protecção contra o casamento precoce, exploração e abuso, incl. a violência sexual Centros de juventude Serviços de saúde para adolescentes Sexualidade, estilos de vida, competências de vida e educação sexual dos adolescentes Formação em competências de sobrevivência Vacinação contra o PVH</p>	<p>Taxas brutas de inscrição de raparigas no ensino secundário Idade na iniciação sexual Idade no primeiro parto Prevalência de encontros sexuais casuais sem protecção entre as adolescentes Prevalência do uso de preservativos Prevalência de IST/VIH Cobertura da vacinação contra o PVH</p>
<p>Mulher adulta em idade reprodutiva</p> 	<p>Serviço de planeamento familiar Serviços de cuidados abrangentes para o aborto Cuidados para a gravidez (pacote básico e completo: cuidados pré-natais, durante o parto e pós-parto, cuidados ao recém-nascido) Rastreio e tratamento das IST, incluindo o VIH Protecção à licença por maternidade Protecção contra a violência doméstica Programas de capacitação da mulher Rastreio do cancro</p>	<p>Taxa total de fertilidade Taxa de prevalência de contraceptivos Necessidade não satisfeita de espaçamento e limitação dos partos % de internamentos ginecológicos por complicações relacionadas com abortos Taxa de casos fatais por complicações pós-aborto Taxas de detecção, tratamento e cura de casos de IST Taxas de prevalência do VIH Rácio de mortalidade materna % de partos assistidos % de bebés com pouco peso à nascença % de mulheres grávidas que receberam cuidados pré-natais, pelo menos, uma vez % de mulheres grávidas que ficaram anémicas Número e distribuição de unidades de cuidados obstétricos básicos e completos essenciais/500 000 habitantes Incidência das violações Taxa de mortes violentas entre as mulheres Cobertura do rastreio do cancro da mama e do colo do útero</p>
<p>Mulher após a idade reprodutiva</p> 	<p>Alimentação saudável Serviços de prevenção do cancro (p. ex., da mama e do colo do útero) Protecção contra a violência de género Rastreio de doenças crónicas não transmissíveis Apoio à saúde mental</p>	<p>Cobertura do rastreio do cancro da mama e do útero Incidência do cancro da mama e do colo do útero</p>

PVH; papilomavirus humano; IST, infecções sexualmente transmissíveis; VIH, vírus da imunodeficiência humana; MGF, mutilação genital feminina

para monitorizar o seu estado de saúde. Os inquéritos demográficos e sanitários revelaram-se fontes de informação muito úteis sobre os indicadores de saúde reprodutiva, visto que são desagregados por idade e sexo⁶⁶, mas infelizmente não contêm informação suficiente acerca do cancro e outras patologias que afectam as mulheres idosas. Os inquéritos demográficos e sanitários (DHS) representam uma referência para as melhores práticas de recolha de informação que podem ser usadas para conceber intervenções de melhoria da saúde da mulher em África, estando já a fornecer algumas perspectivas úteis sobre o estado da saúde da mulher na Região^{67,68}.

Uma vez que são as mulheres que suportam o fardo das afecções de saúde reprodutiva, é particularmente importante monitorizar os progressos dos resultados e avaliar a qualidade dos cuidados que lhes são prestados. A OMS publicou uma lista de indicadores que são adequados para monitorizar os progressos efectuados na saúde reprodutiva⁶⁹. Para os cuidados obstétricos e neonatais de emergência, as agências das Nações Unidas publicaram orientações, tanto para os indicadores de resultados como de processo, que são aplicados a nível nacional (**Quadro 6.2**)⁷⁰. No entanto, devido às dificuldades encontradas na recolha de dados em África, esses indicadores podem não existir ou não ser suficientemente fiáveis para as iniciativas ou reformas tão necessárias dos programas. Relativamente à mortalidade materna, existe, a nível nacional, informação rigorosa apenas para alguns países africanos e para muitos será difícil saber se o ODM 5 foi ou não atingido⁷¹.

 **Uma vez que são as mulheres que suportam o fardo das afecções de saúde reprodutiva, é particularmente importante monitorizar os progressos dos resultados e avaliar a qualidade dos cuidados que lhes são prestados.** 

As intervenções que podem melhorar os sistemas de gestão da informação para a saúde das mulheres incluem a mudança da recolha manual de dados para recolha electrónica e a realização regular de inquéritos nacionais às famílias, com múltiplas finalidades. No entanto, os pontos fortes e fracos dos formulários de dados comumente recolhidos deverão ser registados. Os dados quantitativos podem ser usados para descrever e retratar apenas certas dimensões dos problemas da saúde das mulheres. Como ressalta da aplicação do modelo RAPID, no Ruanda, a disponibilidade de informação quantitativa pode inspirar acções destinadas a melhorar a saúde da mulher. Contudo, certos elementos dos problemas de saúde que afectam as mulheres não podem ser elucidados usando apenas informação quantitativa. Por exemplo, não há dados quantitativos que possam revelar a profundidade da dor de uma mulher, quando ela dá à luz em condições desesperadas e degradantes. A incapacidade para levar esse sofrimento à atenção dos decisores políticos é, provavelmente, uma das razões pelas quais as unidades e tecnologias de salvamento de vidas e com uma boa relação custo-eficácia não são fornecidas ou são inacessíveis à grande maioria das mulheres africanas. A OMS deverá apoiar os Estados-Membros na concepção e implementação de sistemas de recolha e análise dos dados quantitativos e qualitativos e facilitar o uso das evidências geradas para melhorar a saúde das mulheres.

Principais considerações e pontos de acção

- a) Para melhorar a saúde das mulheres e o seu estatuto social, é preciso mudar de intervenções enraizadas no sistema de saúde para programas e iniciativas de toda a sociedade.
- b) O governo está em melhor posição para coordenar as várias iniciativas necessárias para provocar a mudança e, por isso, é preciso mobilizar a vontade e o empenho político para esse fim.
- c) Existem intervenções de cuidados de saúde com uma boa relação custo-eficácia, para melhorar a saúde das mulheres durante toda a sua vida e muitos países da Região conseguem financiá-las.
- d) Podem conseguir-se cuidados de saúde aceitáveis e de qualidade tornando os sistemas de saúde amigos das mulheres e sensíveis aos seus contextos culturais.
- e) O uso de novas TIC pode melhorar o acesso a cuidados de qualidade e aumentar a eficiência da prestação de cuidados de saúde.
- f) Eliminar a discriminação sexual e promover atitudes sociais positivas para com as mulheres é um dos principais aspectos da capacitação das mulheres. É, por isso, essencial que os decisores políticos se esforcem por reduzir o fosso entre os sexos no que diz respeito à educação e emprego, através de uma reforma legislativa e campanhas de informação do público.
- g) Devem ser criados mecanismos e instituições para tornar audíveis as vozes das mulheres e estas devem ser encorajadas a identificar e expressar as suas preocupações, um processo que poderá ser suportado, em parte, criando grupos e redes sociais só de mulheres.
- h) Certos grupos vulneráveis, nomeadamente as mulheres com incapacidades e idosas, requerem segurança social, incluindo o livre acesso a cuidados de saúde completos. Os governos que adotem o pré-pagamento e a centralização de recursos como base para a prestação de uma cobertura universal de cuidados de saúde têm melhores hipóteses de cumprir as suas obrigações para com os esses grupos.
- i) Os sistemas de monitorização e avaliação devem ser reforçados para acompanhar os progressos feitos na melhoria da saúde e do estatuto social das mulheres.

Referências

1. OMS. *Saúde das Mulheres: Estratégia para a Região Africana*. Brazzaville: Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde, 2005
2. Republic of Rwanda. *Rwanda Demographic and Health Survey: Preliminary data from Rwanda's 2008 Demographic and Health Survey*. [cited 2011 March 5]; Disponível em: www.moh.gov.rw/index.php?option=com_content&view=article&id=83:rwanda-interim-demographic-and-health-survey-ridhs-2007-2008
3. United States Agency for International Development (USAID). *USAID in Africa: Meeting Demand for Reproductive Health*. 2006. [cited 2011 5 March]; Disponível em: africastories.usaid.gov/search_details.cfm?storyID=505
4. AWARE-RH. *Partnering for Policy reform*. [cited 2011 March 5]; Disponível em: www.aware-rh.org/
5. Population Action International. *A measure of Government Commitment: Women's Sexual and Reproductive Risk Index for Sub-Saharan Africa*. Washington DC: Population Action International, Centre for the Study of Adolescence; 2009.
6. Allen T, Suzette H. HIV/AIDS policy in Africa: what has worked in Uganda and what has failed in Botswana? *J Int Dev* 2004;16(8):1141-54.
7. Pathmanathan I, et al. *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC: World Bank, 2003.
8. OMS. *Reposicionar o Planeamento Familiar nos Serviços de Saúde Reprodutiva – Quadro para uma Acção Acelerada 2005-2014*. Brazzaville: Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde.

9. United States Agency for International Development (USAID). The RAPID Model: An Evidence-based Advocacy Tool to Help Renew Commitment to Family planning programmes. [cited 2011 March 5]; Disponível em: www.healthpolicyinitiative.com/.../808_1_RAPID_Model_Handout_FINAL_July_2009_acc2.pdf.
10. Republic of Rwanda. *Rwanda 2005 Demographic and Health Survey*. 2005. [cited 2011 March 5]; Disponível em: www.prb.org/.../RwandaDemographicandHealthSurvey2005.aspx
11. OMS. *Roteiro para Acelerar a Consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativos à Saúde Materna e Neonatal em África*. Brazzaville: Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde, 2004.
12. OMS. *Sobrevivência Infantil: Estratégia para a Região Africana*. Brazzaville: Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde, 2007.
13. Adam T, et al. Cost-effectiveness analysis of strategies for maternal and newborn health in developing countries. *BMJ* 2005; 331(7525):1107.
14. Kumaranayake LC, Kurowski C, Conteh L. *Costs of scaling up priority interventions in low income countries: Methodology and estimates*. Geneva: World Health Organization, Commission on Macroeconomy and Health; 2001.
15. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.
16. Department of International Development (DFID). *Girls Education: Towards a better future for all*. [cited 2011 March 5]; Disponível em: www2.ohchr.org/english/issues/development/docs/girlseducation.pdf
17. Swainson N, et al. *Promoting girls' education in Africa: The design and implementation of policy interventions*. Education Research Paper No 25 1998 [cited 2011 March 7]; Disponível em: www.dfid.gov.uk/R4D/PDF/Outputs/Misc_Education/paper25.pdf
18. Rugh A. *Starting Now: Strategies for Helping Girls Complete Primary*. Washington, DC: SAGE Project, Academy for Educational Development; 2000.
19. Muteshi J, Sass J. *Genital Mutilation in Africa: An Analysis of Current Abandonment Approaches*. [cited 2011 March 5]; Disponível em: www.path.org/files/CP_fgm_combnd_rpt.pdf
20. Erulkar A, et al. *Biruh Tesfa: Safe Spaces for Out-of-school Girls in Urban Slum Areas of Ethiopia*. New York: Population Council; 2006.
21. WHO. *Adolescent Health: Regional Strategy*. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa, 2001.
22. Cleland JG, Ndugwa RPN, Zulu EM. Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Bull World Health Org* 2011;89:137-43.
23. Family Health International. *Men and Reproductive Health*. 1998 [cited 2011 March 7]; Disponível em: http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v18_3/index.htm
24. Rosen JE, Murray NJ, Scott M. *Sexuality education in schools: the international experience and implications for Nigeria*. POLICY Working Paper Series No. 12; 2004 June.
25. Population Services International. *Population Services International Spearheads Nationwide Family Planning Partnership in Guinea*. Washington, DC: Population Services International; 1996.
26. World Health Organization. *Lancet Newborn survival series. Child and Adolescent Health and Development 2005*. [cited 2011 March 7]; Disponível em: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/lancet_newborn_survival/en/
27. Adam T, et al. Cost-effectiveness analysis of strategies for maternal and newborn health in developing countries. *BMJ* 2005;331(7525):1107.
28. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.
29. Debpuur C, Phillips JF, Jackson EF. The impact of the Navrongo project on Contraceptive knowledge and use, reproductive preferences, and fertility. *Stud Fam Plann* 2002;33:141-64.
30. Phillips JF, Bawah AA, Binka FN. Accelerating reproductive and child health programme impact with community-based services: the Navrongo experiment in Ghana. *Bull World Health Org* 2006 December;84(12):949-55.
31. Haile S, Guerny J, Stloukal L. *Provision of reproductive health services in Sub-Saharan Africa: Lessons, issues, challenges and the overlooked rural majority*. Rome: Food and Agricultural Organization; 2000.
32. Nazzari A, Phillips JF. *Phase I of the Navrongo Community Health and Family Planning Project: Key Findings and Lessons for Policy*. New York: Population Council; 1995.
33. Pence BW, et al. *The effect of community nurses and health volunteers on child mortality: the Navrongo community health and family planning project*. New York: Population Council; 2001.
34. IRIN AFRICA. *Ghana: Cell Phones Cut Maternal Deaths*. 2009 December. [cited 2011 March 7]; Disponível em: <http://IRINnews.org/Report.aspx?ReportId=87261>
35. Jewkes RH, et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *BJOG* 2005;112(3):355-9.
36. Bergström S. *Advancing Midlevel Providers' Role In Emergency Obstetric Interventions*. 2009. Disponível em: www.nhv.se/upload/dokument/forskning/.../Staffan_Bergström_070912.pdf
37. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet* 2007;370:2158-63.
38. Chilopora G, et al. Postoperative outcome of caesarean sections and other major emergency obstetric surgery by clinical officers and medical officers in Malawi. *Hum Resour Health* 2007;5:17.
39. Pereiras C. *Task-shifting of major surgery to mid-level providers of health care in Mozambique and Tanzania; A solution to the crisis in human resources to enhance maternal and newborn survival*. Stockholm: Karolinska Institute; 2010.
40. Bergström S. *Enhancing human resources for maternal survival: task shifting from physicians to non-physicians*. New York: Columbia University; 2009.
41. Braine T. Efforts underway to stem brain drain of doctors and nurses. *Bull World Health Organ* 2005;83(2):84-7.

42. Dovlo D, et al. *A review of the migration of Africa's health professionals*. 2004. [cited 2011 March 7]; Disponível em: <http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/DovloMartineauFINAL.pdf>
43. United States Agency for International Development (USAID). *End-of-Project-Evaluation of the Capacity Project: Final Evaluation Report*. [cited 2011 March 7]; Disponível em: www.ugandamems.com/.../Capacity%20Project%20Evaluation%20Report%20March%202010.pdf Martineau T, Decker K, Budred P. Briefing note on international migration of health professionals: leveling the playing field for developing countries. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine; 2002.
44. Martineau T, Decker K, Budred P. *Briefing note on international migration of health professionals: leveling the playing field for developing countries*. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine; 2002.
45. D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health* 2005;5:140.
46. Lule GS, Tugumisirize J, Ndekha M. Quality of delivery care and its effects on utilization of maternity care services at health centre level. *East Africa Med J* 2000;77(5):250-5.
47. Gabrysch S, et al. Cultural Adaptation of birthing services in rural Ayacucho, Peru. *Bull World Health Organ* 2009;87:724-9.
48. UN Millennium Project. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children; Task Force on Child Health and Maternal Health*. London and Sterling, Virginia: Earthscan; 2005.
49. Mwabu G, Mwanza J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy Plan* 1995;10(2):164-70.
50. Nyonator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy Plan* 1999;14(4):329-41.
51. Meuwissen ME. Problem of cost recovery implementation in district health care: A case study from Niger. *Health Policy Plan* 2002;17(3):304-13.
52. Burnham GM, et al. Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bull World Health Organ* 2004;82(3):18.
53. Kirunga-Tashobya C, et al. *Health sector reforms and increasing access to health services by the poor: What role has the removal of user fees played in Uganda?* Kampala: Institute of Public Health, Makerere University; 2006.
54. Deininger K, Mpuga P. *Economic and welfare effects of the removal of health user fees: Evidence from Uganda*. Washington DC: World Bank; 2004.
55. Bosu WK, et al. Effect of Delivery Care User Fee Exemption Policy on Institutional Maternal Deaths in the Central and Volta Regions of Ghana. *Ghana Med J* 2007;41(3):118-24.
56. Witter S, et al. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Glob Health Action* 2009;2.
57. UNICEF. *Policy guidance note on removing user fees in health sector*. New York: UNICEF; 2009.
58. World Health Organization. Sharing the burden of sickness: Mutual health insurance in Rwanda. *Bull World Health Organ* 2008;86(11):823.
59. Smith K. Fuel Combustion air pollution and health. *Annu Rev Energy Environ* 1993;18:529-566.
60. UN-Habitat. *Women's empowerment Practices*. Best Practices Briefs: Best Practices Database for Improving the Living Environment. [cited 2011 March 7]; Disponível em: www.bestpractices.org/bpdbriefs.women.htm
61. World Health Organization. *Economic benefits of improving water supply and sanitation services: A summary of the WHO report*. [cited 2011 March 7]; Disponível em: www.who.int/water-sanitation-health/en/execsummary.pdf
62. NUWODU. Building the Capacity of Women and Girls with Disabilities in Uganda. 2005. [cited 2011 March 7]; Disponível em: www.civilsocietyforum.org/.../national-union-women-disabilities-uganda-nuwodu
63. Ik Dahl I, et al. *Human rights, formalization and women's land rights in Southern and Eastern Africa*. Oslo: University of Oslo; 2005.
64. United Nations Economic Commission for Africa (UNECA). *Land Tenure Systems and Sustainable Development in Southern Africa*. Lusaka, Zambia: ECA Southern Africa Office; 2003.
65. Devereux S. *Social pensions in Namibia and South Africa*. Brighton, England: Institute of Development Studies; 2001.
66. Mwanja SP. Joining the dots: a plea for precise estimates of the maternal mortality ratio in sub-Saharan Africa. *BJOG* 2009;116(Suppl 1):7-10.
67. Wamala S, et al. Perceived discrimination, Socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:409-15.
68. Intrahealth International. *Community-based Interventions that Improve New Born Health Outcomes: A Review of Evidence in South Asia*. [cited 2011 March 7]; Disponível em: www.intrahealth.org/.../healthfamily.../ER_Brief_NBC%205.pdf
69. World Health Organization. *Mother-Baby Package: implementing safe motherhood in developing countries*. Geneva: World Health Organization; 1996.
70. UNICEF. *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services*. New York: UNICEF; 1997.
71. Renaudin P, et al. Ensuring financial access to emergency obstetric care: three years of experience with Obstetric Risk Insurance in Nouakchott, Mauritania. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99(2):183-90.

Capítulo 7:

Conclusões e recomendações

Conclusões

A abordagem para melhorar o estado de saúde da mulher em África proposto no presente relatório baseia-se em duas premissas: i) a saúde das mulheres, além de ser desejável em si mesma como direito humano básico, é nuclear para o desenvolvimento socioeconómico; ii) as intervenções destinadas a melhorar a saúde das mulheres devem ser multissetoriais, para serem bem sucedidas. Para os decisores políticos, portanto, o desafio é não só conceber, implementar e financiar sistemas de saúde que respondam melhor às necessidades das mulheres, mas também mudar as circunstâncias socioeconómicas que confinam as mulheres à ignorância, pobreza económica, incapacitação social e doenças.

Esse processo deverá começar por contrariar a discriminação sexual em casa, que encontra expressão, logo nos primeiros anos, numa distribuição desigual de tarefas, na intimidação e na violência física. O processo deverá também assegurar que as raparigas beneficiem das mesmas oportunidades educativas que os rapazes; que não fiquem sujeitas a práticas tradicionais prejudiciais; e que tenham acesso ao ensino superior que abre portas, mais tarde, à formação especializada e oferece oportunidades para cargos de responsabilidade. Dando voz às mulheres, através da criação de redes sociais dedicadas às suas preocupações e encorajando a sua participação nas políticas a nível das bases e dos níveis executivos do poder, os decisores políticos e outros podem juntar-se à sua causa e imprimir a necessária dinâmica às reformas destinadas a eliminar a discriminação baseada no género e outras barreiras à capacitação das mulheres.

Os benefícios associados ao investimento na saúde das mulheres na Região Africana são consideráveis – não só para as próprias mulheres, mas também para as suas famílias e comunidades e para a sociedade em geral. As intervenções de saúde necessárias para criar esses benefícios existem, são acessíveis e têm uma boa relação custo-eficácia. No entanto, a implementação dessas intervenções enfrentam grandes desafios, começando com o insuficiente empenho político aos mais altos níveis do governo e a falta do financiamento necessário para apoiar sistemas de cuidados de saúde viáveis. Os governos, parceiros do desenvolvimento e organizações regionais, incluindo a União Africana, deverão interromper o círculo da incapacitação das mulheres, investindo em intervenções que promovam a sua saúde, educação e direitos humanos, numa escala que seja suficientemente grande para fazer a diferença.

Os decisores políticos que procurem melhorar a saúde e o estatuto socioeconómico das mulheres africanas, não encontrarão melhor aliado do que as próprias mulheres. Como este relatório tem procurado demonstrar, as mulheres já dão uma enorme contribuição ao continente, particularmente devido ao seu trabalho em casa e no campo. É óbvio que elas podem fazer muito mais, nomeadamente no sector da saúde que, até à data, como este relatório demonstrou, não conseguiu dar resposta, nem mesmo às suas necessidades mais básicas. Só quando se conhecer a verdade acerca do papel vital que as mulheres podem desempenhar no desenvolvimento económico e social, é que a Região começará a compreender todo o seu potencial e criará a estabilidade política, prosperidade económica e saúde que são o direito natural da sua grande e crescente população.

Govos, parceiros do desenvolvimento e organizações regionais, incluindo a União Africana, deverão interromper o círculo da incapacitação das mulheres, investindo em intervenções que promovam a sua saúde, educação e direitos humanos, numa escala que seja suficientemente grande para fazer a diferença.

Recomendações

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

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

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos locais e nacionais

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

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

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

Parceiros do desenvolvimento

- Mobilizar os recursos necessários ao financiamento da implementação das principais intervenções de saúde, com uma boa relação custo-eficácia.
- Estabelecer parcerias com os governos, para conceber mecanismos e protocolos destinados a melhorar a responsabilização e a gestão a todos os níveis de recursos para os sistemas de cuidados de saúde e para as intervenções na esfera da saúde das mulheres.
- Trabalhar em conjunto com os governos e outros parceiros, para coordenar as suas actividades e programas de apoio à agenda nacional estabelecida para a saúde das mulheres.

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

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos locais e nacionais

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

Todos os países da Região Africana são encorajados a:

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

Sociedade civil e comunidades

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

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

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

Parceiros do desenvolvimento

- Ajudar os países-membros a implementar e monitorizar políticas destinadas a melhorar a saúde das mulheres, de acordo com os compromissos regionais e internacionais assinados.
- Apoiar a troca de experiências relativamente à revisão das políticas e legislação relevantes, assim como à sua implementação.

3. Intervenções multisectoriais necessárias para melhorar a saúde das mulheres

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

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos nacionais e locais

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

Sociedade civil e comunidades

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

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

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

Parceiros do desenvolvimento

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

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

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos nacionais e locais

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

Sociedade civil e comunidades

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

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

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

Parceiros do desenvolvimento

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

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

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos nacionais e locais

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

Sociedade civil e comunidades

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

Organizações profissionais envolvidas nos cuidados de saúde das mulheres

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

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

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

Parceiros do desenvolvimento

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

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

Acções recomendadas para abordar esta questão:

Governos nacionais e locais

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

Sociedade civil e comunidades

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

Instituições de investigação

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

Organizações internacionais, regionais e sub-regionais

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

Parceiros do desenvolvimento

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

Monitorizar os progressos

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

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

Apêndice:

Metodologia usada na preparação deste relatório

Resumo

A metodologia usada para preparar o presente relatório foi interdisciplinar e reuniu investigadores de ciências sociais, economia, saúde pública, assim como da investigação clínica e biomédica, e ainda peritos com experiência específica na concepção e avaliação de projectos, direitos humanos e direitos das mulheres, deputados e representantes da União Africana. O processo foi muito melhorado pelas actividades de coordenação desempenhadas pelo Secretariado da Região Africana da OMS e pelo feedback de revisores internos e externos. Os pormenores da metodologia estão indicados abaixo, mas, em resumo, consistiram nas seguintes actividades:

- Sessões de grupos e subgrupos de trabalho, para se obter um consenso sobre os objectivos, métodos de recolha e análise de dados e validação dos resultados;
- Análise de artigos publicados em publicações revistas por pares e jornais científicos relevantes para a investigação clínica e biomédica, saúde pública, ciências sociais e economia;
- Uso da informação recolhida de agências da OMS e das Nações Unidas, na forma tanto de documentos impressos como de dados dos websites;
- Vasto uso de pesquisas na Internet e informação relevante retirada de websites (Google Search, Medline, Cochrane Library, ScienceDirect, PubMed, POPLINE, Social Science Citation Index, etc.); Análise secundária dos dados recolhidos da base de dados da OMS sobre o Fardo Mundial das Doenças (FMD);
- Recolha e análise de dados qualitativos;
- Análise de evidências e resultados preliminares fornecidos por pares e revisores internos e externos da Região Africana da OMS.

Metodologia

A comissão de 16 membros, constituída por líderes políticos e civis, deputados, representantes da União Africana e um grupo multidisciplinar de peritos oriundos das áreas da epidemiologia, ciências biomédicas, sociologia e economia, reuniu-se sete vezes. A primeira reunião, realizada em Pretória, definiu os termos de referência da Comissão e atribuiu responsabilidades específicas aos peritos da Comissão. A segunda reunião, em Kigali, discutiu os resultados preliminares dos peritos e chegou a acordo sobre o processo e a metodologia geral. O trabalho da terceira reunião, realizada em Monróvia, consistiu em pequenas actividades de grupos e sessões plenárias, para debater a primeira versão e avaliar, questionar e validar os resultados iniciais. Nessa reunião, aos peritos juntaram-se outros membros da comissão e os revisores internos e externos. O lançamento oficial das actividades da Comissão, pela sua Presidente Honorária, S. Ex.^a, a Sr.^a Ellen Johnson Sirleaf, Presidente da República da Libéria, também se fez durante essa reunião. As últimas quatro reuniões da Comissão, que se realizaram na sede da OMS na Região Africana, em Brazzaville, consistiram em intensos debates interdisciplinares sobre as fontes, relevância e peso dos resultados, assim como sobre a consolidação das versões dos capítulos do relatório. Os revisores internos e externos participaram nessa reunião, tendo os seus comentários e contributos sido integrados na versão do relatório apresentada. As consultas à literatura basearam-se em manuscritos publicados e não publicados, contidos em meios electrónicos e impressos. Deu-se maior prioridade aos artigos publicados em jornais revistos por pares, especialmente na esfera da antropologia, epidemiologia, sociologia, economia, demografia e saúde pública. Além dessas publicações revistas por pares, usaram-se

também bases de dados mantidas nos websites de organizações internacionais e multilaterais, tais como a Organização Mundial da Saúde, Banco Africano de Desenvolvimento, Comissão Económica das Nações Unidas para África, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Banco Mundial, para se obter a informação necessária. As pesquisas na Internet foram feitas usando listas de termos relevantes para cada capítulo ou secção do relatório.

As análises foram, normalmente limitadas aos documentos mais recentes (publicados nos últimos 10 anos). No entanto, em alguns casos, quando era difícil encontrar publicações recentes, incluíram-se trabalhos anteriores (com mais de 10 anos) entre os materiais de investigação consultados. O período de 10 anos não foi rigorosamente aplicado nas pesquisas que envolviam estudos antropológicos, porque, neste caso, os registos mais antigos podem fornecer informação útil sobre conceitos culturais transmitidos às populações actuais de passados distantes, e que continuam a ter um efeito significativo sobre a saúde das mulheres.

Para cada um dos principais domínios da investigação considerados para este estudo (quadro conceptual, análise da situação, determinantes da saúde das mulheres, benefícios socioeconómicos do investimento na saúde das mulheres, intervenções para melhorar a saúde das mulheres) geraram-se listas de palavras-chave que foram constantemente actualizadas para orientar a identificação de fontes e a recolha de dados relevantes. Fizeram-se inventários do conteúdo das evidências e dos desenhos e métodos a elas associadas.

A pesquisa electrónica da literatura sobre os benefícios socioeconómicos de se investir na saúde das mulheres girou, sobretudo, em torno dos termos “Benefício de investir na saúde das mulheres”. Este tema levou à pesquisa de outras expressões associadas, tais como “efeito de investir na saúde das mulheres”, “estado/condições de saúde das mulheres africanas”, “saúde das crianças/adolescentes”, “benefícios/vantagens económicas da boa saúde das mulheres africanas” e similares. As pesquisas de literatura para cada uma das secções e subsecções foram orientadas por expressões e temas mais curtos. Por exemplo, a pesquisa para as secções e subsecções relacionadas com os benefícios de investir na saúde das mulheres, tais como os benefícios para as próprias mulheres e/ou outros membros da família, incluíram conceitos/termos, como “saúde materna”, “mortalidade materna”, “morbilidade materna”, “desigualdade de género”, “igualdade na saúde”, “efeito dos objectivos de desenvolvimento do milénio sobre as mulheres” e termos relacionados.

Para capturar totalmente as relações entre oportunidades socioeconómicas e a saúde das mulheres africanas, acrescentaram-se outros termos de pesquisa, como “educação”, “oportunidades de emprego”, “rendimento”, “poupanças”, “bem-estar”, “bens”, “oportunidades económicas”, “ocupação” e “microcrédito”. Em relação aos benefícios socioculturais do investimento na saúde das mulheres, as pesquisas incluíram termos-chave que reflectiam discursos sociológicos/antropológicos, tais como “família africana”, “papéis sociais diferenciadores”, “(des)igualdade de géneros”, “igualdade na saúde”, “tomada de decisões na família”, etc. Relativamente à ligação entre saúde das mulheres e resultados do desenvolvimento, pesquisaram-se termos como “anos de vida ajustados em função da incapacidade (DALY)”, “fardo das doenças”, “produtividade”, “crescimento económico”, “finanças domésticas”, “família” e “efeitos individuais”.

Fizeram-se outras análises sobre o fardo das doenças, usando bases de dados do Fardo Mundial das Doenças (FMD). Estes conjuntos de dados contêm as causas de morte e DALY, como resultado de morte prematura e morbilidade. Seleccionaram-se dados sobre as mulheres e fizeram-se comparações do estado de saúde entre a Região Africana da OMS e outras Regiões da OMS (Região das Américas, Região do Mediterrâneo Oriental, Região Europeia, Região do Sudeste Asiático e Região do Pacífico Ocidental). Esta análise demonstrou o baixo estado de saúde da mulher africana relativamente ao estado de saúde da mulher noutras Regiões da OMS. As evidências geradas sobre a desigualdade internacional na saúde deveriam impulsionar uma troca de experiências trans-Regiões sobre intervenções para a melhoria da saúde que poderão ser usadas para melhorar a saúde das mulheres em África.

Além das consultas à literatura e para a análise secundária dos dados sobre a saúde, o estudo usou os resultados da investigação qualitativa. A finalidade desta investigação foi fazer eco da opinião e vozes

das mulheres africanas sobre a sua própria experiência de vida ao lidar com problemas de saúde, em relação a questões sociais, económicas, culturais e políticas. Como acontece com qualquer investigação qualitativa, a questão não era medir os fenómenos a partir de amostras representativas, mas recolher conceitos, elementos de discursos e referentes culturais que ajudassem a compreender as perspectivas das partes envolvidas.

Para esta componente qualitativa, entrevistaram-se 32 informadores importantes (da Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Gana, Guiné-Bissau, República Democrática do Congo, Quénia, Ruanda, Senegal e África do Sul) sobre as percepções locais relativamente à gravidez, parto, mortalidade materna, planeamento familiar, violência baseada no género e experiências das mulheres no que se refere ao acesso aos cuidados e no uso das unidades de saúde. Fizeram-se perguntas através de entrevistas presenciais, entrevistas telefónicas e questionários enviados por correio electrónico. Os principais informadores foram recrutados através de duas redes africanas de investigadores de ciências sociais: o Conselho para o Desenvolvimento da Investigação em Ciências Sociais em África (CODESRIA) e a Aliança para a Investigação sobre Aspectos Sociais do VIH-SIDA (SAHARA). Fizeram-se resumos etnográficos básicos e análise temática sobre a base de dados qualitativa.

Alguns dos resultados qualitativos apresentados no presente relatório foram retirados de bases de dados com estudos não publicados sobre a sexualidade feminina, gravidez, parto e estigma, relacionados com doenças que afectam, sobretudo, as mulheres e comportamentos de procura de saúde pelas mulheres. A consulta a essas bases de dados foi feita com a finalidade de explorar, detalhar e agregar questões culturais da saúde, documentadas em capítulos sobre a situação das mulheres em África e os factores que afectam a sua saúde. As bases de dados foram recolhidas de entrevistas individuais, debates em grupo e histórias de vida de mulheres no Senegal, Guiné, Burkina Faso e Ruanda. Os dados foram codificados e tratados usando software *Ethnograph* e *Anthropack*. O principal conceito subjacente à análise qualitativa foi obter perspectivas sobre os factores culturais que afectam a saúde das mulheres, os seus papéis de género e as suas responsabilidades socioeconómicas.

Finalmente, usaram-se também outros métodos individuais: foi possível aos investigadores realizar análises e apresentar os resultados à revisão dos pares e dos revisores internos e externos da OMS. Esta avaliação de revisores serviu também como motor para o intercâmbio de resultados provenientes de diferentes disciplinas (investigação clínica, saúde pública, análise do género, sociologia, antropologia, economia e investigação operacional).

A metodologia usada para as Recomendações seguiu vários passos:

- no final de cada capítulo, os autores introduziram uma caixa contendo “Principais considerações e pontos de acção”;
- no final do processo de validação dos resultados e das conclusões preliminares, os autores reuniram-se e elaboraram uma matriz e quadros para os principais problemas identificados e para os conceitos de recomendações e sugestões de acções a realizar por vários públicos-alvo;
- os conceitos de recomendações foram depois transformados no texto do Relatório e colectivamente analisados pelos contribuintes, secretariado da OMS e revisores.

Apêndice: Fotografias

Todas as fotografias e ilustrações

© Organização Mundial da Saúde, salvo indicação em contrário.

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

Página xviii – © Hongqi Zhang | Dreamstime.com

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

Página 72 – © Martin Applegate | Dreamstime.com

Página 73 – © Jeanine Groenewald | iStockphoto.com

Página 74 – © Raido Väljamaa | iStockphoto.com

Página 74 – © Djembe | Dreamstime.com



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



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a **África**