



ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS NA REGIÃO DA SADC

2019 – 2030



Quadro de Resultados para Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos na Região da SADC Acelerando a Estratégia para SSRD na Região da SADC 2019-2030.

Secretariado da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC)

Plot 54385 CBD Square

Private/Bag 0095

Gaborone, Botswana

Tel: +267 395 1863

E-mail: registry@sadc.int

Site: www.sadc.int

Twitter: @SADC_NEWS

Facebook@sadc.int

YouTube: youtube.com/sadc.int

©SADC, 2019

ISBN xxxxxxxxxxxxxx

A informação nesta publicação pode ser reproduzida, utilizada e partilhada com o total reconhecimento dos editores, SADC.

Citação: Quadro de Resultados para Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos na Região da SADC Acelerando a Estratégia para SSRD na Região da SADC 2019-2030. Gaborone, Botswana, 2019

Sobre a SADC

A Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) é uma organização fundada e mantida por países na África Austral que visam promover a cooperação socioeconómica, política e de segurança entre os seus Estados Membros e promover a integração regional a fim de conseguir paz, estabilidade e riqueza. Os Estados Membros da SADC são Angola, Botswana, a República Democrática do Congo, União dos Cômoros, Lesoto, Madagáscar, Malavi, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Seychelles, África do Sul, Suazilândia, Republica Unida da Tanzânia, Zâmbia e o Zimbabué.

| | |
|---|-----------|
| Agradecimentos | 4 |
| Prefácio | 5 |
| Acrónimos | 6 |
| Glossário de Termos | 7 |
| Sumário Executivo | 10 |
| 1. Introdução | 15 |
| 2. Contexto da SSRD na SADC | 16 |
| 3. A Estratégia de SSRD da SADC para 2019 – 2030 | 23 |
| Processo da Estratégia de Desenvolvimento e o Quadro de Resultados..... | 23 |
| Finalidade | 24 |
| Âmbito e Cobertura da Estratégia SSRD da SADC..... | 24 |
| Abordagem Estratégica..... | 25 |
| Visão | 25 |
| Beneficiários | 25 |
| Princípios..... | 25 |
| Resultados SSRD para a região | 26 |
| Estrutura para acelerar os resultados da SSRD..... | 27 |
| A. Liderança inovadora que corajosamente acelera a agenda regional da SSRD | 27 |
| B. Alinhamento da política e da legislação dos Estados Membros com compromissos globais e regionais e padrões internacionais de direitos humanos..... | 27 |
| C. A cobertura universal e o reforço dos sistemas de saúde nos Estados Membros inclui o pacote essencial da SSRD | 29 |
| D. O Monitoramento e Avaliação para uma Política de Impacto Fortalecido e baseada sobre evidência programação e a entrega de serviço..... | 30 |
| 4. Modalidades de Implementação para acelerar, avançar e realizar os compromissos da SSRD | 32 |
| 4.1 Os Estados Membros, sociedade civil, organizações não governamentais, adolescentes, a juventude e populações chave estão todas responsáveis pela realização desta Estratégia | 32 |
| 4.2. O Secretariado da SADC e os parceiros do mesmo apoiam a adoção da Estratégia SSRD da SADC 2019 – 2030 | 33 |
| 4.3. O Secretariado e os seus parceiros estratégicos monitorizam e apoiam os Estados Membros na coleta de dados e comunicam o progresso em respeito á utilização do Quadro de Resultados..... | 34 |
| 5. Implementação | 35 |
| 6. Referências | 36 |
| 1. Anexos | 38 |
| Anexo Um: Localizando a Estratégia de SSRD 2019 – 2030 nas estruturas regionais, continentais e globais | 38 |

› AGRADECIMENTOS

A Estratégia de Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos (SSRD) para a Região da SADC (2019 – 2030) foi possível através da colaboração do Secretariado da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) Estados Membros, o Secretariado e várias partes interessadas.

O Secretariado reconhece todas as contribuições, especialmente a liderança pelos Ministérios da Saúde de Eswatini, Namíbia e África do Sul, que forneceram orientação estratégica e apoio ao trabalho do Comitê Técnico, composto por representantes de agências da ONU, SheDecides, sociedade civil e organizações lideradas por jovens que coordenaram o desenvolvimento da estratégia. Reconhecemos a contribuição de representantes dos Ministérios da Saúde, Educação, Género e Juventude dos 15 Estados Membros da SADC, parceiros da sociedade civil da África Austral e organizações juvenis que participaram na Consulta Técnica e trabalharam em conjunto para criar consenso e fornecer subsídios que resultaram no desenvolvimento desta Estratégia. Igualmente reconhecemos, com apreço, os contributos dos Diretores dos Conselhos Nacionais de SIDA dos Estados Membros da SADC.

Apreciamos a liderança fornecida pelo movimento global SheDecides no desenvolvimento desta Estratégia e Quadro de Resultados. SheDecides é um movimento político global que impulsiona a mudança, implementado, no seu cerne, por ações nas comunidades e com os jovens. A visão do SheDecides

é orientada pelo Manifesto SheDecides, que promove e reforça o direito fundamental de cada menina e mulher de ter iniciativa, acesso a informações, educação e serviços que precisam e merecem para realizar o seu potencial na vida. Também reconhecemos, com satisfação, a liderança dos patrocinadores do SheDecides na região, em particular o Exmo. Ministro da Saúde para a África do Sul, Exmo. Ministro Motsoaledi e Exmo. Ministro da Saúde e Serviços Sociais da Namíbia, Exmo. Ministro Haufiku, bem como a Presidente do SheDecides, Tikhala Itaye do Malavi.

O Secretariado da SADC reconhece o apoio técnico prestado pelo Secretariado da Comunidade da África Oriental e pelo seu parceiro estratégico, o Programa de Sistemas de Informação de Saúde (HISP), da Universidade de Oslo, Noruega. Estendemos nosso sincero agradecimento ao Programa Juntos para a SSRD (2gether 4 SSRD), um programa regional conjunto que une os esforços conjuntos da UNAIDS, UNFPA, UNICEF e WHO e UNESCO “Nossos Direitos, Nossas Vidas, Nosso Programa do Futuro” pela assistência técnica no desenvolvimento desta Estratégia para a SSRD na Região da SADC e o respectivo Quadro de Resultados.

Também estendemos a nossa gratidão aos governos e às pessoas da Suécia e da Dinamarca pelo seu apoio continuado no fortalecimento da saúde sexual e reprodutiva e direitos para todas as pessoas na região da SADC.



› PREFÁCIO

A região da SADC fez progresso significativo na melhoria da saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) durante o período dos Alvos de Desenvolvimento do Milênio. Estes incluem aumentos na expectativa de vida, diminuição das taxas de novas infecções e mortes resultantes do HIV, aumentos na utilização de contraceptivos e a redução das taxas de mortalidade materna e de infância. Estes sucessos foram orientados pela Estratégia SSRD da SADC (2005 – 2016) e os esforços dos estados membros para melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas.

A adoção desta Estratégia para a SSRD na Região da SADC (2019 – 2030) pelos Ministros da Saúde da SADC, significa o compromisso coletivo de todos os estados membros para melhorar a saúde e o bem-estar de todos os cidadãos da SADC. A referenciada enfatiza a melhoria da saúde sexual e reprodutiva e direitos e a eliminação da violência baseada no género, com ênfase em mulheres grávidas, adolescentes e jovens, homens e rapazes e chave.

Esta estratégia prospetiva representa a nossa visão coletiva de uma região onde todas as pessoas serão capazes de exercer e preencher os seus próprios direitos de saúde sexual e reprodutiva. A mesma descreve quatro abordagens para impulsionar progresso, estas incluem: liderança corajosa, alinhamento de política e estruturas legais aos níveis internacionais dos direitos humanos, fortalecendo os sistemas de saúde bem como garantindo uma cobertura de saúde universal que inclui o pacote inteiro dos serviços da SSRD, e fortalecendo o monitoramento e avaliação para comunicar a evidência de políticas, programação e entrega de serviços.

O quadro de resultados é uma ferramenta através do qual o progresso será acompanhado para garantir entrega dos nossos compromissos de 2030. Destaca áreas onde os Estados Membros estão no caminho certo em respeito aos compromissos e ações dos mesmos, e as áreas onde é necessário tomar ação corretiva para acelerar ação, e facilitará a partilha de atividades emergentes e prometedoras para acelerar ação.

A estratégia é compreensiva, os alvos são ambiciosos e a realização destes alvos requer um esforço colaborativo dos Estados Membros, a sociedade civil, e os nossos parceiros de desenvolvimento internacional. O nosso esforço coletivo no desenvolvimento desta estratégia presta um trampolim para que a região possa alcançar a visão partilhada de deixar ninguém para trás, e uma região da SADC na qual todas as pessoas possam desfrutar de uma vida sexual e reprodutiva saudável e plenamente capazes de exercer os seus direitos SSR, até 2030.

O Secretariado da SADC aprecia o processo colaborativo que envolveu os relevantes Ministérios da Saúde, Educação, Género e Juventude de todos os 16 Estados Membros, Diretores dos Conselhos Nacionais da SIDA, Organizações da sociedade civil da África Austral, SheDecides e os nossos parceiros das Nações Unidas.

Dr Stegormena Lawrence Tax

Secretário Executivo Da Sadc



ACRÓNIMOS

| | |
|-------------------|---|
| AMS | Assembleia Mundial da Saúde |
| CDA | Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) |
| CIM | Comité Integrado dos Ministros |
| CIPD / PdA | Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento / Plano de Ação |
| CPA | Cuidados Pós-Aborto |
| CPN | Cuidados Pós-Natal |
| CPN | Consulta Pré Natal |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| EM | Estado Membro |
| ESA | Educação Sexual Abrangente |
| ITS | Infecções Transmitidas Sexualmente |
| NU | Nações Unidas (UN) |
| ODMs | Objetivos de Desenvolvimento do Milénio |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OMS/ERA | Organização Mundial da Saúde/ Escritório Regional da África (AFRO) |
| ONG | Organização Não Governamental |
| ONUSIDA | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / SIDA |
| PCI | Parceiros de Cooperação Internacionais |
| PDSHE | Programas de Desenvolvimento Social e Humano e Especiais |
| PEIDR | Plano Estratégico Indicativo de Desenvolvimento Regional |
| PF | Planeamento familiar |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNUD | Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP) |

| | |
|---------------|--|
| PPE | Profilaxia Pós-Exposição |
| PTMPF | Prevenção da Transmissão do VIH de Mãe para Filho |
| QCMM | Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres |
| RDC | República Democrática do Congo |
| SDGS | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável |
| SEAGNU | Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SPT | Saúde Para Todos |
| SR | Saúde Reprodutiva |
| SSR | Saúde Sexual e Reprodutiva |
| SSRD | Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos |
| SSRDA | Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos de Adolescentes |
| SSRDAJ | Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos de Adolescentes e Jovens |
| TB | Tuberculose |
| TMI | Taxa de Mortalidade Infantil |
| TMM | Taxa de Mortalidade Materna |
| TPC | Taxa de Prevalência de uso de Contraceptivo |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNFPA | Fundo das Nações Unidas para a População |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| VBG | Violência Baseada no Género |
| VIH | Vírus da Imunodeficiência Humana |



› GLOSSÁRIO DE TERMOS¹

Adolescente: Pessoas com idade entre 10 e 19 anos.

Serviços de Saúde Amigos dos Adolescentes e

Jovens: Serviços de saúde aceitáveis, que respondam às necessidades de adolescentes e jovens e que sejam prestados em um ambiente de não julgamento, de caráter confidencial e privado, em horários e locais convenientes para os beneficiários.

Educação Sexual Abrangente: A prestação de informações adequadas à idade, culturalmente relevantes, cientificamente precisas, realistas e sem atitudes de julgamento sobre sexo e relacionamentos. A educação sobre sexualidade oferece oportunidades para explorar os próprios valores e atitudes e para construir habilidades de tomada de decisão, comunicação e redução de riscos sobre muitos aspectos da sexualidade.

Violência Baseada no Gênero (VBG): Refere-se a todos os atos perpetrados contra mulheres, homens, meninas e rapazes com base em seu sexo que causem ou possam causar-lhes danos físicos, sexuais, psicológicos, emocionais ou económicos. A VBG inclui a imposição de restrições arbitrárias ou privação de liberdades fundamentais na vida privada ou pública em tempos de paz e durante situações de confronto armado ou outras formas de conflito.

Integração das questões de gênero²: Definido pelas Nações Unidas como o processo de avaliação das implicações para mulheres e homens de qualquer ação planeada, incluindo legislação, políticas e programas, em qualquer área e sobre diferentes níveis. É uma estratégia para tornar as preocupações e experiências de mulheres e de homens em uma dimensão integral na concepção, implementação, monitorização e avaliação de políticas e programas, em todas as esferas políticas e sociais, que mulheres e homens se beneficiam igualmente e que a desigualdade não é perpetuada. O objetivo final é alcançar a igualdade de gênero.

Cuidados de saúde: Serviços prestados a indivíduos ou comunidades por profissionais de saúde com o objetivo de promover, manter, monitorar, restaurar a saúde e prevenir as doenças. A saúde é definida pela OMS como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A saúde tem muitas dimensões (anatômica, fisiológica e mental) e amplas definições culturais.

Sistema de saúde: É o conjunto de todas as organizações, instituições e recursos cuja finalidade principal é assegurar a prestação de serviços de qualidade para todas as pessoas, quando e onde elas precisam. A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica seis componentes principais ou “pilares” de um sistema de saúde: (i) prestação de serviços, (ii) pessoal de saúde, (iii) sistemas de informação em saúde, (iv) o acesso a medicamentos essenciais, (v) financiamento e (vi) liderança/ governança.

Direitos Humanos: São direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outro status. Os direitos humanos compreendem direitos civis, políticos, sociais e económicos. São exemplos de direitos humanos o, direito à vida e liberdade, liberdade da escravidão e da tortura, liberdade de opinião e expressão, direito ao trabalho e educação e muitos outros. Todos e todas podem usufruir desses direitos, sem discriminação.

Abordagem Baseada em Direitos Humanos³: As características essenciais desse tipo de abordagem implicam que o desenvolvimento de políticas e programas devem acatar os direitos humanos, identificando os detentores de direitos e suas prerrogativas bem como os responsáveis por efetivar esses direitos e suas respectivas obrigações. A abordagem baseada em direitos trabalha no sentido de fortalecer as capacidades de reivindicação dos detentores de direitos e que os portadores de deveres cumpram suas obrigações. Os princípios e padrões derivados de tratados internacionais de direitos humanos devem orientar toda a cooperação para o desenvolvimento e a programação em todas as suas fases e sectores.

Populações-chave: Grupos que, devido a comportamentos específicos de alto risco, apresentam maior risco de adquirir o VIH e pobres resultados da SSR independente do tipo da epidemia ou do contexto local. As populações-chave também convivem com questões legais e sociais relacionadas a seus comportamentos que aumentam sua vulnerabilidade ao VIH e pobres resultados da SSR. Para as finalidades desta Estratégia, as principais populações incluem: 1) homens que fazem sexo com homens, 2) prisioneiros, 3) pessoas que usam drogas, 4) profissionais do sexo e 5) transexuais. As populações-chave incluem os jovens, os quais estão cada vez mais vulneráveis ao VIH e têm necessidades

¹ As definições são retiradas das Estruturas de Política e Estratégia da SADC existentes, salvo indicação em contrário.

² Conselho Social e Económico da ONU (ECOSOC) *Resolução do Conselho Social e Económico da ONU 1997/2: Conclusões Acordadas, 18 julho 1997, 1997 / 2, disponível em:* <https://www.refworld.org/docid/4652c9fc2.html>.

³ OHCHR. (2006). Perguntas frequentes sobre uma abordagem baseada em direitos humanos. Nações Unidas. Nova York / Genebra.

sexuais e reprodutivas específicas. Estas populações são importantes para a dinâmica da transmissão do VIH e, portanto, parceiros essenciais para a resposta eficaz à epidemia.

Abordagem do ciclo vital da SSRD⁴: Reconhece que as necessidades de SSRD das pessoas mudam e evoluem ao longo de suas vidas, o que requer serviços que ofereçam um “atendimento em continuidade” que responda de maneira adequada às diversas necessidades das pessoas.

Estado-Membro: Conforme definido no Tratado da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral.

Resposta Multissectorial⁵: A abordagem multissectorial refere-se à colaboração deliberada entre vários grupos de partes interessadas (ex., governo, sociedade civil e sector privado) e sectores como a saúde, meio ambiente e economia para alcançar conjuntamente um resultado político. Ao envolver vários sectores, os parceiros podem aproveitar o conhecimento, a especialização, o alcance e os recursos, beneficiando-se de suas forças combinadas e variadas enquanto trabalham em direção ao objetivo comum de produzir melhores resultados de saúde.

Serviços de saúde centrados em pessoas⁶: colocar pessoas e comunidades, não as doenças, no centro dos sistemas de saúde e capacitar pessoas a se auto cuidarem, ao invés de serem apenas receptores passivos de serviços.

Cuidados de Saúde Primários⁷: Os cuidados de saúde primária é uma abordagem de toda a sociedade à saúde e ao bem-estar, centrada nas necessidades e preferências de indivíduos, famílias e comunidades. O referenciado aborda os determinantes mais amplos da saúde e concentra-se nos aspectos abrangentes e inter-relacionados da saúde e bem-estar físico, mental e social.

Direitos reprodutivos: Os direitos reprodutivos dizem respeito aos direitos básicos de todos os casais e indivíduos decidirem livremente e de forma responsável o número, espaçamento e quando de ter filhos, com informações e os meios para tomar essas decisões. Os direitos reprodutivos incluem o acesso de todas as pessoas ao mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva e a tomada de decisões relativas à reprodução, livres de discriminação, coerção e violência. Os direitos reprodutivos são articulados

na legislação dos Estados Membros da SADC, bem como nos documentos internacionais de direitos humanos.

Abordagem baseada em direitos: é um quadro conceptual para assegurar que os princípios de direitos humanos sejam incluídos nas políticas e estruturas nacionais de desenvolvimento. Os direitos humanos são os padrões mínimos necessários para que as pessoas vivam em liberdade e dignidade e baseiam-se nos princípios de universalidade, indivisibilidade, interdependência, igualdade e não discriminação. Isto significa que os direitos de todos os cidadãos, os quais são universalmente acordados, incluem o direito a serviços, produtos e informações de saúde e que os Estados-Membros têm a obrigação de assegurar que os seus cidadãos desfrutem deste direito.

Saúde sexual e reprodutiva: Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos relacionados ao sistema reprodutivo e à sexualidade e não apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Para que este estado de bem-estar seja atingido e mantido, os direitos de saúde sexual e reprodutiva de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos, o que requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, bem como a possibilidade de manter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência.

Violência sexual baseada no género: Qualquer ato sexual, comentários de conteúdo sexual indesejados ou comportamento inconveniente de carácter sexual usando coerção, ameaça ou força física, cometidos por qualquer pessoa, independentemente da sua relação com a(o) sobrevivente, em qualquer situação. A violência sexual baseada no género é geralmente motivada por diferenças de poder e de percepção das normas de género e inclui sexo forçado, coerção sexual e estupro de homens e mulheres adultos e adolescentes, bem como estupro e abuso sexual de crianças.

Direitos sexuais: Direitos humanos especificamente relacionados com a sexualidade e articulados por leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outros acordos internacionais. Os direitos sexuais buscam assegurar que todas as pessoas possam expressar a sua sexualidade livre de coerção, discriminação e violência.

⁴ Nações Unidas Fundo da População (UNFPA), *Saúde Reprodutiva e Desenvolvimento*, disponível na: <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>.

⁵ Salunka, S & Lal, D.K. (2017). “Abordagem multissectorial para promover a saúde pública”. In: *Revista Indiana de Saúde Pública*, vol 61, pp. 163 – 168.

⁶ WHO (2018) O que são serviços de saúde integrados centrados nas pessoas. Acessado em: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipch-what/en/>.

⁷ Organização da Saúde Mundial (WHO), *O que são cuidados de Saúde Primária?* Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.

Cobertura Universal de Saúde⁸: Definida como a garantia que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde de que necessitam, incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de qualidade e eficazes, assegurando que a utilização desses serviços não exponha o utente a dificuldades financeiras.

Populações vulneráveis: Grupos de pessoas especialmente vulneráveis à infecção pelo VIH em determinadas situações ou contextos, como adolescentes, especialmente os da África subsaariana, órfãos, crianças de rua, pessoas com deficiências e trabalhadores migrantes e deslocados. Essas populações são afetadas de diferentes formas pelo VIH 2 em todos os países e tipos de epidemias. A presente Estratégia não aborda especificamente as populações vulneráveis, mas observa as

vulnerabilidades específicas de jovens das populações-chave.

Jovens da populações-chave: Indivíduos da idade a partir dos 15 aos 24 anos que, devido a comportamentos específicos de alto risco, correm maior risco de adquirir o VIH, independentemente do tipo de epidemia ou do contexto local. As populações-chave também convivem com questões legais e sociais relacionadas a seus comportamentos que aumentam sua vulnerabilidade ao VIH. Para os fins desta estratégia, as principais populações incluem: 1) homens que fazem sexo com homens, 2) prisioneiros, 3) pessoas que usam drogas, 4) profissionais do sexo e 5) transexuais.

Jovens: Indivíduos da idade a partir dos 15 aos 24 anos.



⁸ World Health Organization (WHO), *Universal Health Coverage*, available at: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.

› SUMÁRIO EXECUTIVO

O desenvolvimento da Estratégia para a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos (SSRD) dentro da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) (2019 – 2030) e o Quadro de Resultados foi facilitado pelo Secretariado da SADC. Esse trabalho foi feito em consonância com os procedimentos da SADC através de um processo de consulta e com o apoio técnico do 2gther 4 (para) o Programa SSRD das Nações Unidas (UNAIDS, UNFPA, UNICEF e OMS), UNESCO e SheDecides, a sociedade civil regional e organizações lideradas pela juventude. Este processo incluiu:

- i) O estabelecimento de um Grupo Técnico de Trabalho para supervisionar o processo e o desenvolvimento dos documentos preliminares, liderados pelos Ministérios da Saúde do Reino de Eswatini, Namíbia e África do Sul;
- ii) Uma Consulta Técnica Regional com representantes dos Ministérios da Saúde, Educação, Género e Juventude dos Estados Membros da SADC, parceiros regionais da sociedade civil e de organizações lideradas por jovens que se reuniram de 4 a 6 de setembro de 2018 para deliberar sobre os Projetos de Estratégia e o Quadro de Resultados;

- iii) Revisão e aprovação dos projetos pelos Diretores do NAC durante a sua reunião anual em Windhoek, Namíbia, em 3 de outubro de 2018;
- iv) Revisão e aprovação por funcionários superiores dos Ministérios da Saúde e entidades relacionadas com o VIH durante a sua reunião em Windhoek, Namíbia, nos dias 5 a 7 de novembro de 2018.

A Estratégia para a SSRD na Região da SADC (2019 – 2030) baseia-se nos progressos obtidos na região, orientados pela *Estratégia de Saúde Sexual e Reprodutiva da SADC (2006 – 2015)*, quanto à melhoria da SSRD durante o período dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Dentre os ganhos destacam-se: reduções na mortalidade materna, nos óbitos relacionados à SIDA e diminuição das novas infecções pelo VIH.

Apesar deste progresso, é importante fazer mais para melhorar as necessidades das pessoas relacionadas com a SSRD, se a região da SADC for continuar a reduzir a morbidez e mortalidade, desbloquear o seu potencial de desenvolvimento humano, cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SDGs) e as metas do Plano de Ação de Maputo da União Africana 2016 – 2030.



Em Revista: a Estratégia para a SRHR na Região da SADC, 2019 – 2030

Objetivo



Fornecer um quadro de política e programação para os Estados Membros da SADC para acelerar a obtenção de saúde sexual e reprodutiva e direitos para todas as pessoas que vivem na região da SADC.

Âmbito



Baseia-se no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), nos SDGS, no Plano de Ação de Maputo para 2016 – 2030 e na Estratégia de SSRD da SADC 2006 – 2015, sendo informada pelo pensamento mais atual sobre SSRD, tal como definido pela Comissão Lancet-Guttmacher para Acelerar do Progresso: SSRD para Todos e o Manifesto do movimento global SheDecides.

Visão



Garantir que todas as pessoas na região da SADC desfrutem de uma vida sexual e reprodutiva saudável, tenham acesso, cobertura, serviços de SSRD de qualidade, informação e educação, de forma sustentável, e sejam plenamente capazes de exercer seus direitos de SSR, como uma componente integral do desenvolvimento humano sustentável na região da SADC.

Princípios



- (a) Apropriação, liderança e mobilização de recursos por parte dos Estados-Membros através da adaptação e alinhamento com os quadros nacionais;
- (b) Complementar e ampliar as estratégias, instrumentos e iniciativas nacionais existentes sobre SSRD para o desenvolvimento humano sustentável na região;
- (c) Participação ativa e significativa da sociedade civil, jovens, comunidades e pessoas mais afetadas por questões específicas da SSRD na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação da estratégia;
- (d) Uma abordagem multisectorial para aproveitar de forma óptima os papéis, responsabilidades, recursos e compromissos entre ministérios, sociedade civil, estruturas de juventude, agências de desenvolvimento, sector privado e instituições académicas;
- (e) Uma abordagem sensível às questões de género, visionária e transformadora que leve em consideração as determinantes de género que causam resultados negativos de SSRD;
- (f) Uma abordagem direcionada e favorável aos jovens;
- (g) Cobertura universal de saúde, não deixando ninguém para trás e equidade no acesso a serviços de saúde, inclusive em situações humanitárias, sem o risco de dificuldades financeiras;
- (h) Uma abordagem baseada em direitos humanos para a prestação de serviços de SSR, incluindo o direito de todas as pessoas atingirem os mais altos padrões de saúde;
- (i) Uma abordagem do ciclo vital inclusiva que promova a prestação de serviços integrados de alta qualidade, abrangentes e centrados nas pessoas, alcançando aquelas mais difíceis de alcançar;
- (j) Realização progressiva da SSRD através da priorização de reformas e parcerias estratégicas para abordar desafios sistêmicos mais amplos;
- (k) Responsabilização mútua pelos resultados, reconhecendo que o sucesso desta estratégia requer que os Estados Membros, a sociedade civil, as redes de jovens, populações-chave e os parceiros de desenvolvimento trabalhem juntos para impulsionar a agenda.



Resultados



Para alcançar esta visão, os Estados Membros da SADC serão solicitados a acelerar o progresso para alcançar os seguintes resultados:

1. Taxa de mortalidade materna reduzida para menos de 70 mortes por 100,000 nascidos vivos (SDGS 3.1.);
2. Taxa de mortalidade neonatal reduzida para menos de 12 mortes por 1,000 nascidos vivos (SDGS 3.2);
3. VIH e SIDA eliminados como ameaça à saúde pública até 2030 (SDG 3.3.);
4. Eliminadas a violência sexual e de género e outras práticas prejudiciais, especialmente contra mulheres e meninas (SDGs 5.1, 5.2 e 5.3);
5. Taxas de gravidez não planeada e aborto inseguro reduzidas;
6. Taxas de gravidez na adolescência reduzidas;
7. O acesso universal a serviços de SSR integrados e abrangentes, especialmente para jovens, mulheres e populações-chave e outras vulneráveis, inclusive em situações humanitárias (SDGs 3.7 e 5.6);
8. Sistemas de saúde, incluindo sistemas comunitários de saúde, fortalecidos para responder às necessidades de SSR; (SDG 5.6);
9. Ambiente favorável criado para adolescentes e jovens fazerem escolhas sexuais e reprodutivas saudáveis que melhorem suas vidas e bem-estar (SDGS 4.7 e 5.6);
10. Barreiras que servem de impedimento para a realização da SDR na região removidas, incluindo as políticas, culturais, sociais e económicas - (SDGS 5.1 e 5c).

Quatro estratégias principais para impulsionar o progresso para atingir os dez resultados são:

Estratégias



A) Liderança inovadora que corajosamente acelera a agenda regional da SSRD. Estados-Membros devem considerar:

- > Remover barreiras políticas, culturais, sociais e económicas para que todas as pessoas, em particular mulheres e meninas, sejam capazes de tomar decisões sobre seus próprios corpos; incluindo a eliminação do casamento infantil e da violência baseada no género, garantindo que as pessoas tenham acesso à informação, educação e serviços integrados de SSRD, centrados nas pessoas (incluindo contraceptivos, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV);
- > Promover a igualdade de género através do desenvolvimento de políticas e estratégias que também envolvam homens e meninos;
- > Providenciar recursos financeiros e humanos adequados para oferecer serviços de SSRD de qualidade, integrados e centrados em pessoas;
- > Adoção desta estratégia, no contexto dos seus respectivos ambientes legais e políticos.

Política e Enquadramentos Legais



B) Alinhamento da política e dos enquadramentos legais dos Estados Membros com compromissos globais e regionais e com padrões internacionais de direitos humanos. Os Estados-Membros devem considerar:

- > Engajar os beneficiários e os líderes tradicionais comunitários e das organizações baseadas na fé sobre as lacunas legais e políticas de SSRD e envolvê-los de forma significativa nas respectivas revisões destas lacunas, assim como na implementação, monitoramento e avaliação das mesmas;
- > Definição e ampliação de um pacote mínimo nacional de intervenções sociais, comportamentais, estruturais e biomédicas para adolescentes e jovens, a fim de reduzir a gravidez precoce e não planeada, o aborto inseguro, as ITS e o VIH;
- > Avançar a SSRD de adolescentes e jovens através da garantia de acesso a serviços de qualidade, centrados nas pessoas e reforçar a capacidade técnica dos profissionais de saúde para prestar estes serviços;
- > Proteger adolescentes do casamento infantil por meio da limitação da idade de consentimento para casamento, para que seja aos 18 anos, tanto para meninas quanto para rapazes.

Política e Enquadramentos Legais
continuação



- > Reduzir a criminalização de adolescentes que praticam relações sexuais consensuais através da realização de consultas nacionais que considerem as implicações legais e de prestação de serviços da idade de consentimento para esta prática. Considerar a redução da idade de consentimento para 16 anos, tanto para meninas quanto para rapazes, levando em consideração os direitos dos adolescentes e jovens a ter relações sexuais consensuais saudáveis, com base na sua capacidade em evolução e incluir disposições do tipo idades próximas, conhecidas como Provisões de Romeu e Julieta;
- > Definir e proteger o direito de todas as pessoas à proteção contra a violência sexual e a violência baseada no género;
- > Desenvolver políticas sobre a readmissão e retenção de meninas grávidas na escola, para que possam atingir seu pleno potencial;
- > Promover a igualdade de género e desenvolver políticas, estratégias e programas que busquem engajar homens e meninos como parceiros e como pessoas com suas próprias necessidades de SSRD;
- > Engajar-se na necessidade de serviços de aborto seguro como um direito humano para mulheres e explorar maneiras pelas quais o ambiente político e legal possa proteger a saúde, a vida e os direitos de mulheres e meninas, garantindo que as políticas facilitem o fornecimento de cuidados pós-aborto em todos os contextos.

Cobertura universal de saúde



C) Cobertura universal de saúde e fortalecimento dos sistemas de saúde nos Estados Membros para incorporar o pacote essencial da SSRD. Os Estados-Membros devem considerar:

- > Abordar a variedade de desafios sociais, económicos, culturais e sistêmicos para que todas as pessoas tenham acesso universal a serviços de saúde de qualidade em todo o seu ciclo de vida;
- > Remover as barreiras financeiras e outras para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde, incluindo o pacote completo de intervenções da SSR, conforme definido pela CIPD;
- > Remover barreiras à educação, criar oportunidades económicas para quebrar o ciclo de pobreza Inter geracional e colher os benefícios do dividendo demográfico;
- > Assegurar que os serviços atendam às necessidades específicas da SSRD de homens e meninos;
- > Garantir que adolescentes e jovens, dentro ou fora da escola, tenham acesso a educação sexual abrangente (ESA) e de boa qualidade, adequada à idade e cientificamente precisa e baseada em habilidades para a vida, com as respectivas referências aos serviços de saúde sexual e reprodutiva amigos dos jovens;
- > Desenvolver a capacidade de educadores, educadores de pares e/ou quadros semelhantes, para fornecer a ESA de qualidade e baseadas nas habilidades para a vida;
- > Investir em sistemas de cuidados de saúde para prestar serviços da SSRD centrados nas pessoas e de qualidade, incluindo: aumentar o número e a capacidade dos profissionais de saúde, em particular as parteiras; instituir programas que incentivem os jovens a ingressar na força de trabalho em saúde; melhorar a infraestrutura da rede de serviços garantindo que as unidades de saúde tenham os equipamentos, produtos e suprimentos necessários; fortalecer os sistemas de referência dos cuidados de saúde e estabelecer ligações entre os serviços de saúde e as estruturas comunitárias.



Monitoramento e avaliação



D) Monitoramento e avaliação para um impacto fortalecido e baseado em evidências. Os Estados membros devem considerar:

- > Priorizar, acelerar o rastreamento e a informação sobre o progresso através do Quadro de Resultados anual, do Plano de M & A e a avaliação da presente estratégia em 2021, 2025 e 2029;
- > Estabelecer e / ou fortalecer os sistemas nacionais multisectoriais de monitoramento, avaliação e elaboração de relatórios para acompanhar os progressos realizados, com dados desagregados por idade, sexo, população, grupo socioeconómico e género;
- > Integrar várias ferramentas de comunicação sempre que possível, para reduzir a carga de relatórios sobre os profissionais de saúde;
- > Investir num centro coordenador nacional para todos os dados para permitir que os parceiros se juntem, acompanhem o progresso, identifiquem lacunas e respondam de acordo;
- > Estabelecer uma plataforma regional para fortalecer a coleta de dados, análise e elaboração de relatórios;
- > Criar uma rede regional de partilha de conhecimentos para (i) monitorar tendências, (ii) moldar e acelerar respostas a questões emergentes, (iii) compartilhar boas práticas e (iv) desenvolver e informar uma agenda regional de pesquisa em SSRD.

Modalidades de Implementação



A estratégia define os papéis e responsabilidades dos vários intervenientes na região para acelerar, avançar e concretizar a visão e os resultados desta Estratégia da SSRD para a Região da SADC (2019 – 2030):

- > Os Estados Membros da SADC, a sociedade civil, as organizações não governamentais, adolescentes e jovens e as populações-chave devem ser mutuamente responsabilizados pela realização desta estratégia;
- > O Secretariado da SADC e os parceiros estratégicos devem apoiar os Estados Membros na adoção da Estratégia para a SSRD na Região da SADC (2019 – 2030);
- > O Secretariado e os parceiros estratégicos devem monitorar e apoiar os Estados Membros para coletar dados e comunicar o progresso, utilizando o Quadro de Resultados.



Durante a última década houve progresso significativo pela Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) Estados Membros para melhorar a saúde sexual e reprodutiva (SSR), notavelmente as reduções na mortalidade materna e infantil, o aumento no número de pessoas que vivem com HIV que iniciaram o tratamento, menos mortes por doenças relacionadas com a SIDA e o aumento constante da esperança de vida ao nascer em toda a região. Na região da SADC houve 42 por cento menos mortes por doenças relacionadas com a SIDA em 2017 do que em 2010 e 29 por cento menos novas infecções por HIV em 2017 em comparação com 2010 de acordo com o UNAIDS⁹. Apesar deste progresso, a escala da epidemia continua a ser significativa, as taxas de mortalidade materna continuam muito altas em relação às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SDGS),¹⁰ a violência baseada no género (VBG) é um desafio relevante e a necessidade de acelerar a obtenção de

uma vida sexual e reprodutiva saudável de todos os cidadãos da SADC¹¹ continua a ser primordial.

A Estratégia para a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos na Região da SADC 2019 – 2030 apoiará a visão do Plano de Desenvolvimento Estratégico Indicativo Regional da SADC (RISDP) (2015 – 2020) de um futuro partilhado dentro de uma comunidade regional que garantirá um bem-estar económico, melhoria dos padrões de vida e qualidade de vida, liberdade, justiça social e paz e segurança para os seus povos.¹²

A Estratégia para a SSRD na Região da SADC (2019 – 2030) apoia esta visão através do fornecimento da política e estrutura programática para melhorar a saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de todas as pessoas que vivem na SADC e contribuir para os Estados Membros alcançarem os SDGS e os respectivos compromissos.



⁹UNAIDS, junho 2018.

¹⁰Barómetro do Protocolo de Género da SADC 2017.

¹¹Plano de Negócios de Saúde Sexual e Reprodutiva da SADC 2011 – 2015, Declaração de Objetivo.

¹²SADC Regional Indicative Strategic Development Plan.

Formada em 1992, a SADC é uma comunidade económica regional que inclui 16 estados¹³ e está empenhada na integração regional dentro da África Austral através do desenvolvimento económico, paz e segurança.

A *Estratégia de Saúde Sexual e Reprodutiva da SADC (2006 – 2015)*, e o correspondente Plano de Empresarial (2011 – 2015), reconheceu a importância de abordar as necessidades e direitos da matéria sobre a saúde sexual e reprodutiva, como um elemento central para concretizar esta visão. A SADC concentrou os seus esforços entre 2011 e 2015 nos Estados-Membros, fornecendo políticas, programas e serviços de SSRD harmonizados, abrangentes, sustentáveis e baseados em evidências.

Várias diretrizes políticas e estratégicas globais e regionais informaram a concepção e implementação da Estratégia de SSR de 2006 – 2015, os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs), a Estratégia Africana de Saúde (2007 – 2015), Protocolo para a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, o Plano de Ação de Maputo, o Protocolo da SADC sobre Saúde (1999), o Enquadramento Estratégico do VIH e SIDA da SADC para o período de 2010 – 2015 e o Protocolo da SADC sobre Género e Desenvolvimento (2008).

2.1 Contexto da SSRD na região da SADC

A população total da região da SADC foi estimada em 327,2 milhões de pessoas em 2016. A taxa de crescimento populacional é 2,6 por cento¹⁴. Existe uma enorme desigualdade dentro e entre os países na sub-região da SADC. Em doze países da SADC, o valor médio do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de

0,57 e de 0,38 quando ajustado para a desigualdade.¹⁵

Embora nenhuma avaliação formal da anterior Estratégia da SDRS tenha sido realizada, a região tem mostrado progresso considerável no enfrentamento dos desafios de SSRD. A expectativa de vida ao nascer melhorou nos últimos dez anos, com variação em toda a região¹⁶.

A taxa total de fecundidade apresenta variações, com tendência geral de redução na maioria dos países sendo Angola, Namíbia, Seychelles e Zimbabué as exceções quanto a este indicador. A taxa de prevalência de contraceptivos (TPC) varia de 13 por cento em Angola¹⁷, 54,6% na África do Sul¹⁸ e 66.5 por cento no Zimbábue.¹⁹ Na República Democrática do Congo, a referida taxa aumentou de 6,8 por cento para 19 por cento²⁰. Segundo a UNAIDS, as mulheres pobres e com baixa escolaridade têm menor probabilidade de acesso ao planeamento familiar²¹. As mulheres jovens continuam a enfrentar barreiras de acesso aos serviços de SSRD sendo que apenas três países permitem que as adolescentes possam utilizar contraceptivos a partir dos 12 anos de idade.

Enquanto as infeções transmitidas sexualmente (ITS) sejam um desafio de saúde pública na região da SADC, dados abrangentes sobre a prevalência destas doenças ou suas síndromes são escassos²². Segundo a OMS, a sífilis na gravidez resulta em mais de 300,000 mortes fetais e neonatais em todo o mundo a cada ano. A infeção pelo papiloma vírus humano é responsável, anualmente, por cerca de 530,000 casos de cancro cervical e 264,000 óbitos por esta enfermidade. Infeções como a gonorreia e clamídia são causas importantes de infertilidade em todo o mundo²³ e as ITS, como sífilis, gonorreia ou herpes simples aumentam o risco de adquirir ou transmitir HIV.²⁴

Contexto da SRHR na Região da SADC – Em 2016, a região da SADC abrigou uma estimativa de 327.2 milhões de pessoas, da qual a maioria são crianças, adolescentes e jovens com menos de 24 anos. Para aproveitar os benefícios do dividendo demográfico a região necessita priorizar as necessidades SRHR dos adolescentes e da juventude.

¹³ Angola, Botsuana, União das Comores, República Democrática do Congo, Eswatini, Lesoto, Madagáscar, Malavi, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Seicheles, África do Sul, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

¹⁴ SADC Selecionados Indicadores Sociais e Economicos, 2016.

¹⁵ Relatório do Desenvolvimento Humano de África, 2016.

¹⁶ <https://www.sadc.int/about-sadc/overview/sadc-facts-figures/>.

¹⁷ Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015 – 2016.

¹⁸ Inquérito Demográfico e de Saúde da África do Sul 2016/2017.

¹⁹ Inquérito Demográfico e de Saúde do Zimbabué (2015).

²⁰ Insumo feito pela RDC durante a Consulta Técnica sobre SDRS, 4 a 6 setembro de 2018.

²¹ UNAIDS, Atualização Global sobre SIDA, 2018.

²² Estrutura da SADC para a Prevenção e Controlo de Infeções Sexualmente Transmissíveis na Região da SADC 2010.

²³ OMS, Estratégia do Setor de Saúde Global sobre Infeções Sexualmente Transmissíveis 2016 – 2021.

²⁴ Ibid.

Crianças e jovens com menos de 24 anos constituem a maioria da população da região, com exceção das Ilhas Maurícias e Seychelles. Se a região quiser aproveitar os benefícios do dividendo demográfico, investimentos em saúde e direitos sexuais e reprodutivos, em particular dos adolescentes e jovens, precisam ser priorizados para avançar o desenvolvimento social e económico.

Vários desafios de desenvolvimento humano prejudicam o progresso da SSRD em toda a região. Como os altos níveis de dívida externa em relação ao PIB e os baixos investimentos domésticos nas despesas de saúde. O Malavi e Eswatini são os únicos países da SADC que cumprem a meta da Declaração de Abuja de dedicar 15 por cento das despesas do governo para o sector da saúde.²⁵

A região tem feito progresso na abordagem de políticas, legislação e quadros estratégicos e operacionais regionais e nacionais que promovem a igualdade de género.²⁶ Os governos introduziram uma série de leis e políticas de igualdade de género para enfrentar a desigualdade e a violência baseada no género.²⁷ Um progresso louvável foi feito na remoção da discriminação previstas por lei contra as mulheres, que abriu o espaço para responder à desigualdade de género. Os Estados Membros com constituições que promovem a igualdade de género aumentaram de sete para treze e os que promovem a igualdade de género aumentaram de nove para treze no período de 2009 a 2018.²⁸

Apesar desses esforços, a desigualdade de género continua disseminada, sendo mantida por normas de género e sistemas de crenças que relegam as mulheres e meninas a um status inferior e que perpetuam concepções de género que são destrutivas para todos. A desigualdade de género sustenta uma série de desfechos negativos de SSRD, incluindo altos

níveis de mortalidade materna e infantil, o número desproporcional de mulheres jovens infectadas com VIH, altas taxas de casamento precoce, de gravidez na adolescência e abortos inseguros, associados a baixas coberturas uso de contraceptivos e a índices significativos de violência baseada em género.

2.2. As Taxas de Mortalidade Materna Mantem-se Inaceitavelmente Altas

Dois terços dos Estados Membros da SADC fizeram progressos na redução da taxa de mortalidade materna (TMM), mas é improvável que a região cumpra as metas dos SDGS sem investimentos robustos nos sistemas de saúde. Isso inclui recursos humanos tais como parteiras para garantir partos seguros, serviços obstétricos de emergência, aumento da utilização de contraceptivos, abordar as atitudes culturais em relação à gravidez e parto; além de elevar a qualidade dos cuidados para combater a malária e a anemia.²⁹

Em alguns países, a TMM é particularmente alta como na RDC cujo índice é de 846 óbitos de mulheres por 100,000 nascidos vivos. No Zimbábue a referida taxa atinge 651 por 100,000 nascidos vivos, com um risco de 1 em 37 mulheres a morrerem durante a gravidez ou no parto ao longo de seu período reprodutivo³⁰.

Reduzir as distâncias até as unidades de saúde é uma prioridade fundamental para melhorar a cobertura, a acessibilidade e garantir que os partos sejam realizados por profissionais de saúde em caso de complicações. Na Tanzânia, Malavi e Zâmbia, as mulheres reportaram as distâncias aos serviços de saúde, a falta de recursos financeiros para aconselhamento ou tratamento, e o fato de não desejar estar desacompanhadas nas unidades de saúde como os principais desafios para a realização do parto institucional.³¹

Mortalidade Materna e neonatal – É necessário uma maior urgência para lidar com a mortalidade materna e neonatal para a região alcançar as metas MDS. Que inclui: aumento de trabalhadores de saúde qualificados/especializados, especialmente parteiras; aumentando as visitas pré-natais clínicas; reduzindo as distâncias às instalações de saúde; reduzindo as gravidezes não intencionadas e mortes relacionadas com abortos inseguros, especialmente entre adolescentes e raparigas jovens.

²⁵ Quadro de Resultados da África sobre Financiamento Interno para a Saúde.

²⁶ A Declaração da SADC sobre Género e Desenvolvimento (1997) compromete Chefes de Estado a colocarem o género firmemente na agenda do Programa de Ação e Iniciativa de Construção da Comunidade da SADC, revogando e reformando todas as leis, alterando Constituições e mudando as práticas sociais que submetem as mulheres à discriminação. e promulgação de leis sensíveis ao género; proteger os direitos humanos das mulheres e crianças e reconhecer, proteger e promover os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e das meninas.

²⁷ Harmonização de políticas da UNECA na abordagem da violência baseada no género na África Austral 2013.

²⁸ Barómetro do Protocolo de Género da SADC.

²⁹ SADC Monitor do Desenvolvimento e Género, 2016.

³⁰ Pesquisa Demográfica e de Saúde do Zimbábue, 2015.

³¹ Pesquisa Demográfica e de Saúde da Zâmbia 2013/2014.

As mortes relacionadas com o aborto inseguro contribuem significativamente para a mortalidade materna na SADC. Globalmente, estima-se que 3,9 milhões de abortos inseguros ocorrem a cada ano entre meninas de 15 a 19 anos de idade. O número mais alto de mortes maternas em relação ao aborto global está na África, onde pelo menos 9% de todas as mortes maternas foram devidas ao aborto.³² Cerca de 24 por cento de todas as gravidezes na África terminam em aborto. Em Botsuana, as complicações relacionadas aos cuidados pós-aborto se configuram como a terceira principal causa de mortes maternas.³³

A OMS (2018) destacou que a gravidez na adolescência continua sendo um dos principais contribuintes para a mortalidade materna e infantil e para os ciclos intergeracionais de problemas de saúde e pobreza. Gravidez e complicações no parto são a principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos em todo o mundo, com países de baixo e médio rendimento respondendo por 99 por cento das mortes maternas globais de mulheres desta idade.

2.3. Cuidados pré-natais, no parto e pós-parto

Em toda a região, uma grande percentagem de mulheres vai a pelo menos uma consulta pré-natal, no entanto, menos da metade das grávidas realizam as quatro consultas preconizadas. Muitos países da região não estão no caminho para alcançar as metas em relação à mortalidade neonatal.

A taxa de mortalidade neonatal na região é de aproximadamente 34 mortes por 1,000 nascidos vivos. As taxas mais baixas são de 12 por 1,000 nascidos vivos na África do Sul e 8 por 1,000 nascidos vivos nas Ilhas Maurícias.

Uma análise baseada nas necessidades da disponibilidade da força de trabalho para a Saúde Sexual e Reprodutiva, Materna, Neonatal e do

Adolescente (SRMNAH) mostra que a África do Sul é o único país da região com trabalhadores suficientes e com as devidas habilidades para atender às necessidades essenciais de intervenções do SRMNAH. O Lesoto reporta um aumento na proporção de mulheres que receberam consultas pré-natal (CPN) por profissional qualificado de 90 por cento em 2004 para 95 por cento em 2014³⁴ ao passo que a Tanzânia relata que apesar de 98 por cento das gestantes receberem CPN de um provedor qualificado, apenas uma em cada quatro iniciou o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.³⁵

De acordo com a OMS, quase metade dos casos de bebês natimortos em 2009 ocorreram durante o parto e poderiam ter sido evitadas por cuidados obstétricos de boa qualidade. Infecções e complicações da gravidez são fatores-chave para a mortalidade neonatal. O número insuficiente de pessoal qualificado, especialmente obstetras e enfermeiras parteiras aliado a escassez de suprimentos médicos e equipamentos, sistemas de referência ineficientes que atrasam o tratamento de complicações também contribuem para os níveis de mortalidade materna e neonatal observados na região.

No Zimbábue, 68 por cento de mães receberam uma consulta pós-natal, mas apenas 57 por cento destas consultas foram feitas no período de dois dias após o parto (padrão da maternidade segura), enquanto 32 por cento não tiveram qualquer consulta pós-natal, com diferenças regionais significativas.³⁶ Na Tanzânia, um terço das mulheres procuraram consulta pós-natal no prazo de dois dias após o parto, enquanto 63% não recebeu tal consulta no período de 41 dias após o parto.³⁷ No Malavi, 42 por cento de mães receberam uma consulta pós-natal dentro dos primeiros dois dias após do parto, mas 50 por cento não recebeu qualquer consulta pós-natal.³⁸

HIV e SIDA – Ganhos incríveis foram obtidos na redução de novas infecções pelo HIV, aumentando o acesso ao tratamento e reduzindo as mortes relacionadas à SIDA. O progresso pode ser acelerado abordando normas socioculturais e de gênero, reduzindo as relações díspares da idade, equipando os jovens com conhecimento abrangente, aumentando os investimentos em preservativos e abordando o estigma, exclusão social e falta de acesso a serviços para populações-chave.

³² World Health Organization (WHO) Gravidez Adolescente disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

³³ Melese T, Habte D, Tsima GM, Mogobe KD, Nassali MN (2018) Gestão de complicações pós-aborto em Botsuana – A necessidade de uma abordagem padronizada. PLoS ONE 13(2): e0192438. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192438>.

³⁴ Pesquisa Demográfica de Saúde, Lesoto, 2014.

³⁵ Tanzânia 2015 – 2016 Pesquisa Demográfica de Saúde e Pesquisa Indicador da Malária.

³⁶ Zimbábue 2015 – Pesquisa Demográfica e de Saúde.

³⁷ Tanzania 2015 – 2016 Pesquisa Demográfica de Saúde e Pesquisa do Indicador da Malária.

³⁸ Pesquisa Demográfica e de Saúde, Malavi 2015 – 2016.

2.4. Os níveis de VIH e SIDA na região continuam a ter um impacto relevante em todos os resultados de SSR

As novas infecções por HIV na região da SADC diminuíram de 950,000 [800,000 – 1,2 milhões] em 2010 para 680,000 [570,000 – 820,000] em 2017, o que significa uma redução de 29 por cento. África do Sul, Moçambique e Tanzânia são os países com o maior número de novas infecções por VIH em crianças e adultos, compreendendo 68 por cento de todas as novas infecções na região, enquanto Eswatini e Namíbia relataram o menor número de novas infecções. Embora as novas infecções em Madagascar tenham baixos números o aumento de 154 por cento desde 2010 é motivo de preocupação, assim como o aumento de 4 por cento em Botsuana. As Maurícias não têm estimativas recentes de novas infecções, mas infere-se que sejam baixas. (Estimativas 2018 da UNAIDS).

Meninas adolescentes e mulheres jovens continuam a sofrer o impacto da epidemia. Na África do Sul, a cada semana, 15,000 meninas adolescentes e mulheres jovens são infectadas pelo HIV. No entanto, os rapazes³⁹ são os mais propensos a morrer de doenças relacionadas à SIDA. O número de novas infecções entre as adolescentes e mulheres jovens é de 170,000 (98,000 – 130,000), de acordo com estimativas da UNAIDS 2018. Estas situações são impulsionadas, principalmente, por normas de género prejudiciais, relacionamentos Inter geracionais, baixo conhecimento sobre a prevenção abrangente do HIV, baixo uso de preservativos e redução nos investimentos na prevenção primária. As novas infecções pelo HIV entre HSH e profissionais do sexo continuam a superar em muito as da população em geral sustentadas pelo estigma e exclusão social, falta de acesso a serviços e leis e medidas punitivas.

A mortalidade relacionada com a SIDA na região da SADC diminuiu 42 por cento entre 2010 e 2017, de 540,000 [430,000 – 700,000] para 320,000 [250,000 – 410,000]. A principal razão para este declínio é a expansão da cobertura de terapia antirretroviral (ART) sendo que 64 por cento [58 – 72 por cento] das pessoas vivendo com HIV estão em tratamento, ou seja, cerca de 10,4 milhões de pessoas. Aliás, os maiores ganhos da região são justamente o tratamento com ARV e na consecução dos alvos 90-90-90⁴⁰. Segundo a UNAIDS pelo menos quatro Estados Membros da SADC já alcançaram o primeiro 90.⁴¹ Sete países o segundo 90.⁴² Dois países, Botsuana e Lesoto alcançaram o terceiro 90. Nove países⁴³ tem assegurado que as mulheres grávidas seropositivas recebam tratamento para prevenir a transmissão de mãe para filho, porém, a RDC e Angola estão muito para trás. Angola é o único país com mortalidade crescente de 29 por cento, taxa de transmissão do HIV de mãe para filho em 26 por cento e cobertura de ARVs para mulheres grávidas em 34 por cento.⁴⁴

Impulsionados pela Coalizão Global de Prevenção do VIH, os Estados Membros estão definindo estratégias e metas para acelerar a redução de novas infecções. Vários países definiram pacotes de intervenções para responder à vulnerabilidade de meninas adolescentes e mulheres jovens, no entanto essas estratégias só serão eficazes os vínculos entre o VIH e a SSRD forem reconhecidos.

Apesar desses ganhos, a região está muito aquém das metas de prevenção contidas na Declaração Política das Nações Unidas sobre o VIH de 2016, sendo improvável que tais metas sejam atingidas, a menos que haja iniciativas para acelerar o progresso já realizado na região.

Violência Sexual baseada no Género – Há uma escassez de dados sobre violência baseada em género. Um estudo em seis estados membros indica que a prevalência de VBG varia de 50 a 86% ao longo da vida das mulheres. É necessário melhorar os relatórios, o acesso a serviços de saúde, judiciais e de apoio psicossocial para os sobreviventes.

³⁹ HSRC (2018) A Quinta pesquisa Nacional sobre a prevalência, incidência, comportamento e comunicação do VIH, 2017, na África do Sul. Pretoria.

⁴⁰ 90 por cento de todas as pessoas que vivem com o VIH sabendo o seu próprio estado do VIH, 90 por cento de pessoas diagnosticados com a infeção do VIH irão receber terapia anti-retroviral sustentada. 90 por cento de todas as pessoas recebendo terapia anti-retroviral terão supressão viral.

⁴¹ Eswatini, Malavi, Namibia, África do Sul, Fonte: UNAIDS Atualização Global SIDA, 2018.

⁴² Botsuana, DRC, Eswatini, Lesoto, Moçambique, Namibia e Zimbabue; Fonte: UNAIDS Atualização Global SIDA, 2018.

⁴³ Botsuana, Eswatini, Lesoto, Malavi, Namibia, África do Sul, Uganda, Zambia, Zimbabue, Fonte: UNAIDS Atualização Global sobre o VIH, 2018.

⁴⁴ UNAIDS Folhas de Dados do País, Angola 2017.

2.5. A violência baseada no gênero é um desafio expressivo apesar das políticas e legislação

A violência baseada no gênero (VBG) é um grande desafio nos Estados Membros da SADC, apesar da maioria dos países possuir legislação em vigor para responder a isso. O nível da resposta legal é variado: Botsuana, Eswatini, Lesoto, Malavi, África do Sul, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue desenvolveram Legislações sobre Ofensas Sexuais para abordar violações e abuso sexuais de mulheres e crianças, inclusive definindo as relações sexuais com menores de idade como agressão sexual.⁴⁵ Um estudo realizado em seis Estados Membros⁴⁶ indica que a prevalência de VBG varia de 50 a 86 por cento ao longo da vida de uma mulher e a violência por parceiro íntimo de 49 a 69 por cento em cinco dos seis países.⁴⁷

O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) do Zimbabué de 2015 relata a violência por parceiro íntimo em 35 por cento. O mesmo inquérito de 2016 da África do Sul relata que uma em cada cinco mulheres já havia experimentado violência física por um parceiro. As mulheres mais jovens e as divorciadas ou separadas são mais propensas a sofrer tal tipo de violência. O IDS de Malavi (2015 – 2016) mostra um aumento de mulheres que sofreram violência física desde os 5 anos de idade de 28 por cento em 2010 para 34 por cento no período pesquisado.

A violência doméstica é a forma mais comum de VBG, ocorrendo principalmente em casa e derivada de sistemas e normas profundamente patriarcais que perpetuam a ideia que as mulheres têm status social inferior. A violência doméstica também é impulsionada por percepções distorcidas de masculinidade que geram noções de superioridade e sancionam a violência nos relacionamentos e nas famílias. O custo econômico da VBG para os países é reconhecido,

sendo que um estudo realizado nas Maurícias em 2017, com o apoio do UNFPA, revelou que esse custo representava 0,6% do PIB do país, o equivalente a 5,7 milhões de dólares⁴⁸.

O caráter normativo da violência de gênero na região se mantém devido os baixos níveis de notificação e a falta de adesão à legislação.⁴⁹ Neste particular, destaca-se a importância da resposta multisectorial na qual governos, sociedade civil e comunidades trabalhem de forma colaborativa para eliminar sistemas e práticas nocivas quanto a todas as formas de VBG.

Os casos registados não refletem a extensão do problema com precisão. Os casos relatados em treze estados da SADC refletem níveis assimétricos de registos de VBG e revelam desafios reais e deficiências graves quanto à disponibilidade de dados.⁵⁰ As Maurícias criaram um Sistema de Informação sobre Violência Doméstica visando responder aos problemas na a recolha de dados e para assegurar o acompanhamento e monitoramento dos casos reportados.

Em situações pós-conflito como em Angola, RDC e Moçambique nas quais o estupro e a violência sexual praticados contra meninas e mulheres ocorreram durante os confrontos representam desafios específicos para prover a reabilitação e apoio psicossocial às sobreviventes que adicionalmente sofrem com a interrupção de seus meios de subsistência e com os graves traumas psicológicos.⁵¹ Em contextos de secas prolongadas e insegurança alimentar em anos recentes mostraram que a VBG tende a ser agravada em todas as suas formas - violência doméstica, sexual e psicológica, exploração e abuso sexual – aliada a diminuição do acesso a serviços essenciais e emergenciais de cuidados de saúde materna e neonatal.

A gravidez na adolescência está aumentando a um ritmo alarmante. A região precisa de acelerar os esforços por meio do avanço da educação sexual abrangente, garantindo o acesso a serviços de SRHR amigáveis para adolescentes e jovens, reduzindo práticas culturais prejudiciais, incluindo o casamento prematuro, e capacitando as jovens a exercer seus direitos à SSR.

⁴⁵ SADC Monitor de Género e Desenvolvimento, 2016.

⁴⁶ Botsuana, Lesoto, Maurício, África do Sul, Zâmbia, Zimbábue.

⁴⁷ SADC Barômetro do Protocolo do Género, 2016.

⁴⁸ R. Sultan. (2017) Uma Avaliação Quantitativa de Violência por Parceiro Íntimo e os Associados Custos Econômicos no Maurício. Acessado a partir de: [https://gender.govmu.org/English/Documents/2018/domestic%violence_final_draft_RS_July_2017%20\(7\).pdf](https://gender.govmu.org/English/Documents/2018/domestic%violence_final_draft_RS_July_2017%20(7).pdf)

⁴⁹ SADC Monitor de Género e Desenvolvimento 2016.

⁵⁰ SADC Monitor de Género e Desenvolvimento 2016.

⁵¹ Ibid

2.6. As Políticas e o ambiente social têm um impacto particularmente negativo na Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos de Adolescentes e Jovens (SSRDAJ)

Jovens e adolescentes da região enfrentam muitos desafios relacionados com a SSRD. Sete países fixaram a idade de consentimento para a atividade sexual aos 16 anos, quatro aos 18 anos, quatro aos 14 anos, sendo que a Tanzânia definiu aos 12 anos e Cômoros aos 13 anos⁵². Em Angola e na RDC, há um diferencial de gênero entre a idade de consentimento definida para mulheres e homens, respectivamente. Em Angola, há uma diferença de dois anos entre a idade de consentimento para mulheres e homens, e uma lacuna de quatro anos na RDC, com a idade das meninas sendo menor que a dos meninos. Isso perpetua a desigualdade de gênero e reforça normas de gênero não saudáveis que enfraquecem as meninas.

Alguns países como a Namíbia,⁵³ estabeleceram a idade legal de consentimento para o casamento aos 18 anos tanto para mulheres quanto para homens, mas em outros existem diferenças de gênero quanto a idade de consentimento para casamento: Seychelles, Tanzânia, Angola e RDC, que definiram aos 15 anos para as mulheres e 18 para os homens. Por outro lado, nas Maurícias, a idade legal de consentimento para o casamento é de 18 anos, mas um adolescente pode casar-se aos 16 anos com o consentimento dos pais e sujeito à validação por um Tribunal de Justiça.

Mesmo onde a idade de consentimento para o casamento é de 18 anos, muitas meninas são casadas antes dessa idade. Na RDC, 12 por cento das meninas se casam antes dos 15 e 39 por cento se casam entre

os 15 aos 18 anos. No Malavi, uma em cada duas raparigas se casa antes dos 18 anos e em Madagascar quatro em cada dez mulheres entre os 20 e os 24 anos já estavam casadas antes dos 18 anos⁵⁴.

A taxa de fecundidade na adolescência na região varia de 28 por 1,000 nas Maurícias, 39 por 1,000 no Botsuana e 51 por 1,000 na África do Sul para uma alta de 166 por 1,000 em Angola, 74 por 1,000 em Cômoros para uma alta de 144 por 1,000 nascimentos vivos no Malavi, 154 por 1,000 em Moçambique e 166 por 1,000 em Angola⁵⁵.

De acordo com o Observatório de Gênero e Desenvolvimento da SADC 2016, o aumento da taxa de gravidez na adolescência e a necessidade de examinar as suas causas é uma preocupação crescente para a região. A gravidez precoce se relaciona a uma série de fatores sociais, culturais e económicos que tornam as adolescentes particularmente vulneráveis ao início precoce da vida sexual bem com aos casamentos da mesma natureza ou forçados. A gravidez na adolescência contribui para os altos níveis de mortalidade materna nos Estados Membros. De acordo com o IIMS 2015 – 2016, a percentagem de mulheres em Angola entre os 15 e os 19 anos que engravidam pela primeira vez é de 4.7⁵⁶. A taxa de gravidez na adolescência em Madagascar é maior que 40 por cento.

A adoção do Compromisso sobre a Educação Sexual Abrangente (ESA) pelos Ministros da Saúde, Educação e Juventude em Dezembro 2013, galvanizou a ação em torno do tema: (i) 12 dos 15 países da SADC reportam que a ESA baseada em competências para a vida está a ministrada em pelo menos 40 por cento das escolas primárias e secundárias; (ii)



⁵² SheDecides Quadro de Resultados em sociedade com NDOH África do Sul e UNFPA ESARO, 2017.

⁵³ A Lei sobre a Igualdade de Pessoas Casadas estabelece a idade mínima de 16 anos e procedimentos para casamentos civis.

⁵⁴ ENSOMD 2012 – 2013.

⁵⁵ Tanzânia 2015 – 2016 Pesquisa Demográfica e de Saúde e Pesquisa Indicadora de Malária.

⁵⁶ Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSÁ), Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT) e ICF, 2017, Descobrimientos Chave de 2015 – 2016 Angola IIMS. Luanda, Angola. Rockville, Maryland, USA.: INE, MINSÁ, MPDT e ICF.

em todos os países, os programas de formação de ESA para professores está em vigor; (iii) 13 países institucionalizaram programas de formação em serviço de SSR para profissionais de saúde e assistentes sociais; (iv) 10 países oferecem o pacote mínimo padrão de serviços de saúde amigos dos jovens (SSAJ)⁵⁷. Outro resultado positivo é o aumento da utilização de serviços de atendimento pré-natal por mães adolescentes em algumas unidades de saúde. A implementação da ESA, com uma forte ênfase na integração dos direitos no currículo, enquanto se relaciona com os SSAJ, é um elemento crítico de uma resposta acelerada à SSRD na SADC.

2.7. A falta de recursos e os desafios quanto a capacidade do sistema de saúde são uma barreira significativa para a realização de SSRD na SADC

A falta de recursos adequados e os desafios mais amplos relacionados ao sistema de saúde representam uma barreira para a realização de SSRD na região. A despesa atual com a saúde (percentagem como proporção do PIB) na região da SADC é desigual. Vários países refletem uma diminuição, como Angola, Madagáscar e as Seicheles, enquanto outros, como Moçambique, Namíbia, Lesoto e África

do Sul, aumentaram as suas despesas⁵⁸. Geralmente, o desenvolvimento económico é limitado por um crescimento relativamente baixo, alto desemprego e demandas sociais enormes. Com a receita pública proveniente dos impostos mais baixa, os orçamentos de saúde foram colocados sob pressão por outras demandas concorrentes no fisco.

Infraestrutura insatisfatória e hostil limita o acesso a serviços de SSRD de qualidade e a região enfrenta maneiras de responder a esses problemas. Por exemplo, a SADC desenvolveu ferramentas para apoiar os Estados Membros no processo de integração dos serviços de saúde nos seus países. Através do desenvolvimento das Normas Mínimas para Integração do HIV e da Saúde Sexual e Reprodutiva na Região 2015 e do Plano de Negócios de Integração dos Programas HIV, SSR, TB e Malária da SADC 2016, foi fornecida orientação estratégica para apoiar o processo de fortalecer a integração e a relação custo-benefício. Estratégias como a mudança/ampliação de tarefas para expandir o acesso desejável e solucionar as limitações, enquanto trabalham com as comunidades para aproveitar sua capacidade de fornecer informações e apoio importantes para a SSRD, oferecem algumas soluções de curto prazo para os desafios mais amplos do sistema de saúde.



⁵⁷ UNESCO Cumprindo a nossa Promessa à Juventude Hoje 2013 – 2015 Revisão do Progresso – Compromisso Ministerial da África Oriental e Austral sobre educação sexual abrangente e serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens 2016.

⁵⁸ AU Quadro de Resultados sobre o Financiamento Doméstico para a Saúde com base nos dados de 2014. Acessado a partir de: https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/34086-wd-au_scorecard_final_english.pdf

▶ A ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS (2019 – 2030)

A Estratégia para a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos na Região da SADC (2019 – 2030) baseia-se nos progressos feitos pelos Estados Membros na consecução das metas de ODM, ao mesmo tempo que aborda lacunas e desafios críticos que continuam a moldar os resultados precários de saúde sexual e reprodutiva e atuam como um freio ao desenvolvimento humano sustentável na região.

A Estratégia procura alinhar os esforços regionais para melhorar a saúde sexual e reprodutiva de todas as pessoas nos âmbitos global, continental e regional e para promover uma resposta integrada e abrangente. Estes esforços incluem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

(2015) e suas respectivas metas, o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a Plataforma de Ação de Beijing e os documentos finais de suas conferências de revisão, as metas da Declaração Política sobre VIH/SIDA em 2016, o Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais, Agenda 2063, o Plano de Ação de Maputo (2016 – 2030), a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente 2016 – 2030, Resolução AFR RC66-9, o Compromisso ESA, os Padrões Mínimos para a Integração do VIH e Saúde Sexual e Reprodutiva na Região da SADC, o Quadro de Resultados de Prevenção do HIV da SADC e a Estratégia e Quadro de Ação Regional sobre Violência Baseada no Género da SADC 2019 – 2030.⁵⁹

A presente Estratégia para a SSRD na SADC (2019 – 2030) procura apoiar os Estados Membros a fortalecer a programação SSRD dos mesmos para conseguirem os resultados regionais de SSRD e criar um quadro comum para parceiros de desenvolvimento e da sociedade civil para harmonizar as suas intervenções.

Esta Estratégia é baseada em evidências como também nas prioridades identificadas pelos Estados Membros e alinhadas aos compromissos globais, continentais e regionais. Igualmente, a estratégia é apoiada pelo compromisso político e liderança dos Ministros da Saúde, Educação, Género e Juventude para avançar a resposta multisectorial que promova e acelere a SSRD de todas as pessoas na região da SADC. Um Quadro de Resultados regional foi desenvolvido concomitantemente como uma ferramenta de alto nível para acompanhar o

progresso a nível político em toda a região da SADC na implementação da Estratégia.

O Processo de Desenvolvimento da Estratégia e do Quadro de Resultados

O processo para desenvolver esta estratégia e o respectivo Quadro de Resultados foi o seguinte:

- (1) Um comité técnico supervisionou o desenvolvimento da Estratégia de SSRD na Região 2019 – 2030 da SADC e o Quadro de Resultados. O Comité Técnico foi liderado pela “Troika” composta pelos Ministérios da Saúde de Eswatini (Presidente cessante da SADC), Namíbia (Presidente entrante da SADC) e África do Sul (Presidente da SADC), Secretariado da SADC, representantes da UNAIDS, UNFPA, UNICEF e OMS, UNESCO, SheDecides e representantes de organizações lideradas por jovens e da sociedade civil. O apoio técnico adicional para a elaboração do Quadro de Resultados foi fornecido pelo Secretariado da Comunidade da África Oriental e do Programa de Sistemas de Informação de Saúde da Universidade de Oslo, Noruega. O Comité Técnico forneceu orientações estratégicas e contribuições ao consultor designado para rever a Estratégia anterior e desenvolver o Quadro de Resultados de SSRD alinhado com compromissos globais, continentais e regionais.
- (2) O processo de elaboração da Estratégia envolveu a revisão documental dos compromissos globais, continentais e regionais disponíveis bem como estratégias, diretrizes e relatórios para identificar o progresso feito na consecução dos objetivos estratégicos e prioridades da Estratégia de SSRD de 2006 – 2015, e identificar as principais questões a serem abordadas na nova Estratégia. O Quadro de Resultados correspondente é baseado em compromissos globais, regionais e continentais, elaborado a partir de um protótipo preparado pelo SheDecides em 2017 com a intenção de ser uma ferramenta para revisão por pares e prestação de contas para acelerar a SDRS na região.
- (3) Uma Consulta Técnica sobre a Estratégia e o Quadro de Resultados foi convocada de 4 a 6 de Setembro de 2018 e contou com a

⁵⁹ Veja o Apêndice Um.

participação de funcionários responsáveis pela SSR provenientes de Ministérios da Saúde, Educação, Género e Juventude além de técnicos em monitoramento e avaliação dos Ministros da Saúde, representantes do SheDecides , da sociedade civil do nível regional e organizações lideradas por jovens. Os insumos da Consulta Técnica foram revisados e incorporados pelo Comitê Técnico em um encontro realizado em Joanesburgo de 26 a 27 de setembro de

2018. O rascunho final desta estratégia e seu correspondente Quadro de Resultados foi enviado para as consultas nacionais para se engajar no esboço final.

- (4) A Estratégia e o Quadro de Resultados foram apresentados à reunião da SADC dos Diretores do Conselho Nacional de SIDA realizada em Windhoek, Namíbia, em 3 de outubro de 2018 e apresentado aos Altos Funcionários da SADC para validação.

Objetivo



Esta Estratégia fornece a política e quadro programático para os Estados Membros acelerarem a obtenção de saúde e direitos sexuais e reprodutivos para todas as pessoas que vivem na SADC.

Âmbito e Cobertura da Estratégia SSRD da SADC



A Estratégia para a SSRD na Região da SADC (2019 – 2030) baseia-se no Plano de Ação da CIPD, nos SDGS, Declaração Política de 2016 sobre o VIH/SIDA, no Plano de Ação de Maputo (2016 – 2030), na Estratégia de SSRD da SADC 2005 – 2016 e é informada pelo pensamento mais atual sobre SSRD como definido pela Comissão Lancet-Guttmacher sobre Acelerar o Progresso: SSRD para Todos e o Manifesto do movimento global de SheDecides. Esta estratégia:

- > Enfatiza a abordagem multisectorial da SSRD e sua importância para o desenvolvimento sustentável, a igualdade de género e o bem-estar de todas as pessoas na região da SADC.⁶⁰
- > Salaria a necessidade de forte compromisso político e recursos humanos e financeiros adequados para que todas as pessoas, em particular raparigas adolescentes e jovens, mulheres, homens e rapazes, populações-chave, migrantes, refugiados, deslocados e pessoas com deficiência possam exercer seu direito de tomar decisões que governam seus corpos, livres de estigma, discriminação e coerção, com base em suas necessidades específicas do ciclo vital.
- > Fornece orientação sobre o que é necessário para acelerar a agenda da SSRD⁶¹, dentro do contexto dos marcos legais e de políticas relevantes dos Estados Membros.
- > Insta aos Estados Membros a fornecerem informações e serviços de SSRD que sejam acessíveis a todos os indivíduos que deles necessitam, independentemente de sua idade, estado civil, status socioeconómico, raça ou etnia, orientação sexual ou identidade de género.
- > Adota a abordagem do ciclo vital para SSRD.
- > Reconhece o papel crítico da educação e da proteção social como fator importante de capacitação e proteção que impactam positivamente os principais indicadores da SSRD.
- > Reconhece os seguintes elementos-chave da SDSR: saúde materna e cuidados do recém-nascidos; cuidados abrangentes de aborto seguro (incluindo cuidados pós-aborto); planeamento/contraceção; prevenção e gestão de infeções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV; educação sexual abrangente, prevenção e gestão da infertilidade; prevenção e gestão de cânceres do sistema reprodutivo; abordando preocupações de meia idade de todos; saúde e desenvolvimento; a redução e prevenção da violência de género , incluindo a violência praticada pelo parceiro íntimo e violência sexual e exploração sexual; mobilização comunitária; comunicação interpessoal, aconselhamento e educação sexual abrangente.

⁶⁰ A Comissão Lancet *Acelera o progresso – saúde sexual e reprodutiva e direitos para todos: relatório da Guttmacher – Lancet Comissão maio 2018.*

⁶¹ Ibid.

› ABORDAGEM ESTRATÉGICA

Visão



A visão desta estratégia é garantir que *todas as pessoas na SADC desfrutem de uma vida sexual e reprodutiva saudável, que tenham acesso sustentável, cobertura e serviços de SSRD de qualidade, informação e educação e que sejam capazes exercer plenamente os seus direitos de SSR, como parte integrante da sustentabilidade do desenvolvimento humano na SADC.*

Beneficiários



Esta estratégia destina-se a satisfazer as necessidades da SDRS de todas as pessoas na região da SADC, incluindo: Adolescentes e Mulheres Jovens, Mulheres em idade reprodutiva, Homens e Rapazes, Populações-chave incluindo trabalhadoras de sexo, pessoas que fazem uso de drogas, prisioneiros, HSH e LGBTQI, Migrantes, Refugiados, Deslocados, Pessoas vivendo com Deficiência e vítimas de exploração sexual.

Princípios



Os princípios subjacentes a esta estratégia para orientar os Estados-Membros são:

- > **Apropriação dos Estados-Membros, liderança e recursos** através da adaptação e alinhamento com os enquadramentos nacionais.
- > **Complementação e ampliação de estratégias existentes**, instrumentos e iniciativas nacionais sobre a SSRD para o desenvolvimento humano sustentável na região.
- > **Parcerias fortes** críticas para a implementação, monitoramento e avaliação desta Estratégia, incluindo a **participação ativa e significativa da sociedade civil, jovens**, comunidades, pessoas mais afetadas por questões específicas da SSRD e parceiros de desenvolvimento bilaterais e multilaterais.
- > **Abordagem multisectorial** para otimizar os papéis, responsabilidades, recursos e compromisso entre ministérios, sociedade civil, estruturas de juventude, agências de desenvolvimento, sector privado e instituições académicas bem como promover a responsabilidade mútua pelos resultados da Estratégia.
- > Promover a **responsabilização mútua** pelos resultados da estratégia pelos Estados-Membros, sociedade civil, estruturas de juventude, parceiros de desenvolvimento e todos os relevantes parceiros.
- > **Abordagem sensível às questões de género, visionária e transformadora** que considera as diferenças de género que favorecem resultados negativos de SSRD, protege e **promove a integridade física e autonomia de todos**, especialmente de mulheres e meninas e prioriza a prestação de serviços para que ninguém seja deixado para trás.
- > **Abordagem amigável e voltada para os jovens**, para que a região capitalize o dividendo demográfico e envolva os mais interessados em questões que afetam sua própria saúde e bem-estar e acelere seu desenvolvimento económico e social.
- > Cobertura universal de saúde - **não deixando ninguém para trás** - e garantindo a equidade no acesso a serviços integrados de saúde, inclusive em situações humanitárias, sem o risco de dificuldades financeiras.
- > **Abordagem de direitos humanos** na prestação de serviços de SSR, incluindo o direito de todas as pessoas ao mais alto padrão de saúde possível.
- > Abordagem do ciclo vital inclusiva que promova a **prestação de serviços integrais de alta qualidade, centrados na pessoa e abrangentes, que alcancem os mais difíceis de alcançar.**
- > **Realização progressiva da SSRD** através da priorização de reformas e parcerias estratégicas para abordar desafios sistêmicos mais amplos e para facilitar intervenções baseadas em evidências e á medida em que respondam a lacunas existentes na região.



**Resultados
SSRD para a
região até 2030**



Para alcançar esta visão, os Estados Membros irão acelerar os seguintes resultados:

1. Mortalidade materna reduzida para menos de 70 mortes por 100,000 nascidos vivos. (SDG 3.1.)
2. Mortalidade neonatal reduzida para 12 óbitos por 1,000 nascidos vivos em todos os países. (SDG 3.2.)
3. O VIH e a SIDA são eliminados como ameaça à saúde pública em 2030. (SDG 3.3.)
4. A violência sexual e de género e outras práticas nocivas às mulheres e meninas, são eliminadas. (SDG 5.1; SDG 5.2.; SDG 5.3)
5. As taxas de gravidez não planeada e aborto inseguro são reduzidas.
6. As taxas de gravidez na adolescência são reduzidas.
7. O acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva abrangentes integrados, particularmente para os jovens, mulheres e populações-chave e outras populações vulneráveis, incluindo em situações humanitárias, é assegurada. (SDG 3,7; SDG 5,6)
8. Os sistemas de saúde, incluindo os comunitários, são fortalecidos para responder adequadamente às necessidades de SSR. (SDG 5.6)
9. Um ambiente propício é criado para adolescentes e jovens fazerem escolhas sexuais e reprodutivas saudáveis que melhorem suas vidas e bem-estar. (SDG 4,7; SDG 5,6)
10. Barreiras, incluindo políticas, culturais, sociais e económicas, que servem como um impedimento para a realização da SSRD na região, são removidas. (SDG 5.1; SDG 5 c)



› ESTRATÉGIAS PARA ACELERAR OS RESULTADOS DA SSRD

A estrutura abaixo define as principais estratégias que irão acelerar os resultados e produtos de alto nível que os Estados Membros precisariam implementar para alcançar os oito resultados estratégicos da SSRD até 2030.

A. Liderança inovadora que corajosamente acelera a agenda regional da SSRD

A.1. Resposta multisectorial, incluindo parcerias estratégicas ativas com a sociedade civil, juventude e comunidades, impulsiona a implantação da Estratégia.

Alcançar a visão desta Estratégia requer *uma resposta multisectorial*, reconhecendo-se o papel crítico que os Ministérios da Saúde, Ministérios da Educação, Juventude, Género, Desenvolvimento Social e Justiça devem desempenhar para que todas as pessoas tenham acesso à SSRD. A realização desses direitos só será alcançada por meio de parcerias estratégicas entre governos, sector privado, sociedade civil, sector académico, juventude e comunidades, trabalhando em conjunto para reformular e acelerar a resposta.

A.2 O impulso social e político é aproveitado em torno da iniciativa de todos, especialmente mulheres e meninas na tomada de decisões sobre seus corpos através da remoção de barreiras sociais, culturais e económicas.

Os Estados Membros devem afirmar os direitos e a iniciativa de todas as pessoas tomarem decisões sobre seus próprios corpos, saúde e vida. Os Estados Membros devem deliberar sobre legislação, políticas e estratégias a serem desenvolvidas, implementadas, monitoradas e avaliadas para que todas as pessoas possam exercer esses direitos e eliminar práticas prejudiciais, tais como o casamento precoce, mutilação genital feminina e violência baseada em género. Os líderes também devem assegurar que todas as pessoas tenham acesso à informação, educação e qualidade integrada aos serviços centrados nas pessoas, baseados nos direitos humanos, permitindo, assim, a redução das mortes maternas, o acesso a contraceptivos e a prevenção das novas infecções pelo VIH e o tratamento das ITS.

Devem ser desenvolvidas políticas, estratégias e programas voltados para homens e rapazes como parceiros, clientes da SSRD e como agentes de mudança para desafiar e alterar normas sociais

dominantes de masculinidade e patriarcado, inverter o quadro da mortalidade materna, incidência de HIV, VBG e outros resultados precários de saúde de SSRD em toda a SADC. Abordar a desigualdade de género como determinante dos poucos resultados de SSRD é fundamental para acelerar esta agenda regional.

A.3. Os compromissos com a SSRD são refletidos nos orçamentos nacionais.

Os governos e parceiros devem assegurar recursos financeiros adequados e que investimentos em recursos humanos adequados e com a qualidade técnica necessária estejam disponíveis para que todas as pessoas possam ter acesso a informações, educação e serviços de SSRD de qualidade.

A.4. Adaptação dos compromissos regionais e globais.

Os Estados Membros da SADC devem acelerar a adaptação da presente estratégia por meio da revisão das suas próprias estratégias e programas nacionais de SSRD. Igualmente, devem assegurar que todos os esforços sejam feitos para periodicamente rever e relatar o progresso alcançado em relação, por exemplo, ao Quadro de Resultados da SADC sobre a prevenção do HIV e o Quadro de Resultados da União Africana sobre Financiamento Interno para a Saúde. Os Estados Membros devem alinhar os documentos correlatos da SADC para acelerar a implementação desta estratégia, incluindo: as Normas Mínimas para a Integração de SSRD e VIH; a Estratégia das Populações-Chave da SADC; Protocolo da SADC sobre Género e Desenvolvimento (em particular os Artigos 20, 21, 23, 24, 25, 26 e 27), e a Estratégia Regional da SADC sobre Violência Baseada no Género e a Estrutura de Ação 2019 – 2030.

B. Alinhamento da política e da legislação dos Estados Membros com compromissos globais e regionais e padrões internacionais de direitos humanos

B1. As leis e políticas nacionais que protegem e promovem a SSRD de adolescentes e jovens, especialmente meninas adolescentes e mulheres jovens, são adoptadas, harmonizadas e implementadas.

O progresso acelerado na região requer um compromisso para lidar com as lacunas legais e políticas que impedem a realização da SSRD

para todas as pessoas. Os Estados Membros devem considerar o envolvimento significativo dos beneficiários aos quais as leis, políticas e estratégias se destinam a servir, desde a sua concepção, passando pela implementação, monitoramento e avaliação. Todas as partes interessadas devem trabalhar de forma colaborativa para definir um pacote nacional mínimo de intervenções sociais, comportamentais, estruturais e biomédicas que reduzirão gravidezes precoces e não planeadas, abortos inseguros, ITS e VIH entre adolescentes e jovens e para expandir esse pacote de intervenções.

Os Estados Membros são encorajados para promover a SDR de adolescentes através de:

- (i) garantir que todos os adolescentes possam acessar serviços integrados de SDR centrados nas pessoas, incluindo serviços de HIV (testes, aconselhamento, tratamento), informação contraceptivos, aborto seguro, com prestadores de serviços capazes de respeitar a privacidade e confidencialidade;
- (ii) proteger adolescentes, especialmente as meninas, de casamentos forçados, exploração sexual e limitar a idade de consentimento para o casamento para 18 anos, independentemente do sexo⁶²;
- iii) Realizar consultas nacionais para revisar as implicações legais de fixar a idade de 16 anos para o início da atividade sexual para ambos os sexos, considerando os direitos dos adolescentes e jovens a manter relações sexuais consentidas e saudáveis com base no desenvolvimento de suas capacidades. As revisões podem incluir cláusulas de proximidade geracional (conhecidas como Provisões de Romeu e Julieta) para reduzir a criminalização de adolescentes que praticam relações sexuais consentidas bem como promover o acesso aos serviços de SDR a todos os adolescentes;
- iv) Os Estados Membros são encorajados a ampliar seus esforços com relação à Lei Modelo da SADC sobre Casamento Infantil e intervenções relacionadas para mudar as normas e atitudes da comunidade que consolidam esta e quaisquer outras práticas culturais que minam a SDR das meninas, com base em seu contexto específico;
- v) Os Estados Membros são motivados a definir e proteger o direito de todas as pessoas à segurança contra a violência sexual e baseada no gênero bem

como fortalecer os sistemas nacionais de segurança e proteção social que facilitem os indivíduos a tomar decisões que garantam sua segurança.

- vi) Os Estados-Membros devem considerar políticas de readmissão e retenção de raparigas grávidas nas escolas, para que estas possam atingir o seu pleno potencial.

B.2. As leis e políticas nacionais que fornecem um contexto favorável para a realização da SDR para todos são adoptadas e implementadas de forma optimizada.

Leis e políticas devem permitir a realização da SDR, promover a equidade e igualdade de gênero e contribuir para a proteção da dignidade, saúde e vida de todos os que vivem na SADC, especialmente mulheres e raparigas. Ao mesmo tempo, esforços deliberados devem ser feitos para facilitar o desenvolvimento de políticas sobre as necessidades e prioridades da SDR de homens e meninas na região. Os Estados Membros devem facilitar mudanças nas leis e políticas para proteger a SDR de todas as pessoas, considerando o contexto nacional. Nos casos em que existam tais leis e políticas sem implementação ideal, os Estados Membros devem identificar as barreiras que impedem a sua operacionalização incluindo o asseguramento que os responsáveis pela provisão dos serviços tenham as habilidades e conhecimentos relevantes. Os Estados Membros devem engajar significativamente os líderes tradicionais, religiosos e comunitários ao considerar mudanças em leis e políticas para criar um ambiente social, cultural e legal para a SDR. O papel da aplicação da lei e as medidas para facilitar o acesso à justiça, por exemplo, nos casos de VBG, são fundamentais.

Em 2010 – 2014, a incidência estimada de aborto em África foi de 35 por 1,000 mulheres em idade reprodutiva. Três quartos dos cerca de 6,9 milhões de abortos anuais na África foram classificados como inseguros e quase a metade (48 por cento) foram classificados como “menos seguros”, o que se associa com os níveis globais mais altos de morte por este problema. Em 2008, o último ano com estimativas, a África apresentou a taxa mais alta (22 por cento) de abortos inseguros entre adolescentes (15 – 19 anos de idade) no mundo. [3] No Botsuana, 23% das mortes maternas foram atribuídas a abortos inseguros.

Abortos inseguros são muitas vezes o resultado das barreiras políticas e legais que mulheres e meninas

⁶² Veja o Artigo 30 do Protocolo Revisto da SADC sobre o Desenvolvimento e Género (2019 – 2030): Estados Membros para agirem e forçar a legislação proibindo todas as formas de violência baseada em gênero; (b) desenvolver estratégias para prevenir e eliminar todas as praticas sociais e culturais perigosas, tal como casamentos de crianças, casamentos forçados, gravidezes na adolescência, escravidão e mutilação genital feminina; garantir que os perpetradores de violência baseada em gênero, incluindo violência domestica, violação, filicídio, assédio sexual, mutilação genital feminina e todas as outras formas de violência baseada em gênero sejam julgadas por um tribunal de jurisdição competente.

enfrentam quando necessitam de serviços de aborto seguro, o que é um fator relevante para os altos níveis de mortalidade materna na região. Engajar-se na necessidade de serviços de aborto seguro como um direito humano para mulheres e explorar maneiras pelas quais a política e o ambiente legal podem proteger a saúde, vidas e direitos de mulheres e meninas é uma área importante, assegurando que as políticas facilitem a provisão de cuidados abrangentes pós-aborto em todos os contextos.

A abordagem política multisectorial, definindo as funções e responsabilidades dos respectivos ministérios e partes interessadas nos Estados-Membros e na região, fornecerá orientações importantes para o desenvolvimento desta Estratégia.

C. A cobertura universal e o reforço dos sistemas de saúde nos Estados Membros inclui o pacote essencial da SSRD

A Cobertura Universal de Saúde (CUS), é fundamental para atingir os resultados da presente Estratégia pois, preconiza que todas as pessoas devem ter acesso a serviços integrais e eficazes de saúde (incluindo prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e tratamento paliativo), e que não exponha o utilizador a dificuldades financeiras.⁶³ UHC é chave para realizar os resultados da SSRD desta Estratégia.

C 1. Melhoria da implementação de um pacote de SSR, VBG e VBG/SIDA de qualidade, abrangente e integrado que satisfaça as necessidades de todas as mulheres, homens, adolescentes, jovens e populações-chave na SADC.

Os Estados Membros devem tomar medidas concretas para abordar a gama de desafios sociais, económicos, culturais e sistémicos que impedem mulheres, homens, adolescentes, populações-chave, migrantes, refugiados, deslocados e pessoas com deficiências, de obter a SSRD em todo o seu ciclo de vida.

Isso inclui remover quaisquer barreiras financeiras, entre outras, para garantir o acesso universal ao pacote completo de intervenções de saúde sexual e reprodutiva, conforme definido pela CIPD: (i) Educação Sexual Abrangente ; (ii) aconselhamento e serviços para uma variedade de contraceptivos modernos, com um número mínimo e tipos de métodos definidos ; (iii) cuidados pré-natais, parto e pós-

natal, incluindo cuidados obstétricos de emergência e cuidados com recém-nascidos; (iv) serviços de aborto seguro e tratamento de complicações do aborto inseguro; (v) prevenção e tratamento do VIH (incluindo o uso de PrEP para populações-chave e os de maior risco) e de outras infeções sexualmente transmissíveis; (vi) prevenção, deteção, serviços imediatos e encaminhamentos para casos de violência sexual e de género , incluindo o fornecimento de profilaxia pós-exposição (PEP) e contraceptivos de emergência; (vii) prevenção, deteção e gestão de cânceres reprodutivos, especialmente o de colo do útero; (viii) informação, aconselhamento e serviços para subfertilidade e infertilidade e (ix) informação, aconselhamento e serviços de saúde sexual e bem-estar mental, e (x) Envolver mulheres, homens, adolescentes, jovens e populações-chave e pessoas com deficiência em situações humanitárias para assegurar o acesso universal a serviços que atendam às suas necessidades da SDRS .

Dados os níveis de desigualdade económica na região⁶⁴ acelerar a resposta à SSRD demanda tornar os serviços acessíveis a todos e remover quaisquer barreiras financeiras e outras que impeçam o acesso.

Consciente do contexto económico e dos desafios do sistema de saúde da região os Estados Membros devem encontrar maneiras de enfrentar tais desafios por meio da integração dos serviços, usando modelos apropriados que respondam à sua situação singular e construindo parcerias estratégicas para tratar de questões sistémicas.

Os Estados-Membros devem assegurar que intervenções de SSRD: (i) satisfaçam as necessidades específicas da idade de todas as pessoas, em particular dos adolescentes e jovens, (ii) remover as barreiras à educação e criar oportunidades económicas para quebrar ciclos de pobreza multigeracionais e colher os benefícios do dividendo demográfico;⁶⁵ (iii) atender às necessidades específicas de SSRD dos homens e meninos, incluindo a necessidade de contraceção, prevenção e tratamento de VIH e outras ITS, disfunção sexual, infertilidade e cânceres masculinos. Além disso, é necessário romper com padrões de género que limitam a procura de serviços de saúde por parte dos homens e facilitar compreensão do papel de parceiros a ser desempenhado por homens e meninos.

⁶³ WHO, 2018

⁶⁴ Relatório do Banco Mundial (2018) informa que seis dos dez principais países com o maior coeficiente de Gini estão na SADC viz. África do Sul, Namíbia, Botsuana, Zâmbia, Lesoto e Eswatini.

⁶⁵ UNFPA Estratégia sobre Adolescentes e Jovens.

C.2. Aceleração e melhoria da oferta de educação sexual de qualidade e abrangente para jovens dentro e fora da escola pelos sectores de educação e juventude.

Os Estados Membros devem garantir que os jovens e adolescentes sejam preparados, apoiados e providos com educação e todas as informações e habilidades para tomar decisões seguras e saudáveis sobre sua vida e futuro. Isso inclui assegurar que adolescentes e jovens dentro e fora da escola tenham acesso à Educação Sexual Abrangente (ESA) de boa qualidade, apropriada para a idade e cientificamente precisa, com base em habilidades para a vida e com vínculos com serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) amigos dos jovens e o sector da juventude. Isso contribuirá aumentar o nível de conhecimento sobre a infecção pelo VIH entre adolescentes e jovens; reduzir as gravidezes precoces; eliminar a VBG e o casamento infantil e sensibilizar e responder à exploração sexual de crianças e adolescentes.

É fundamental fortalecer a capacidade dos professores da educação primária para prover a ESA que seja apropriada à idade, género e à cultura com elementos básicos de conhecimento, habilidades e valores de preparação para a vida adulta. Construir e fortalecer a habilidades daqueles que trabalham em intervenções mais amplas da juventude e da comunidade expandirá a capacidade dentro dos Estados Membros para alcançar a juventude fora da escola. Abordagens criativas devem ser exploradas para construir a capacidade das diferentes formas de mídia, incluindo rádio para a alcançar os jovens fora da escola.

C.3. Fortalecer os sistemas de saúde para oferecer serviços integrados e de boa qualidade para SSRD em um ambiente propício.

Os Estados-Membros devem garantir a criação de ambiente favoráveis para a prestação de serviços de SSRD integrados, centrados na pessoa e de qualidade. Isto inclui: i) investir na capacidade dos profissionais de saúde para fornecer tais serviços, ii) garantir a prestação de cuidados de boa qualidade, incluindo o Pacote Mínimo de Serviços Iniciais (PMSI) para SSRD em situações humanitárias; iii) instituir programas que incentivem os jovens a entrar na força de trabalho da saúde e aumentar o número de provedores de saúde, em especial parteiras qualificadas; iv) assegurar que todas as unidades de saúde tenham os insumos, suprimentos e equipamentos necessários para prover o pacote completo de serviços de SSRD; v) investir na expansão da infraestrutura de saúde, na

melhoria das instalações que impedem a dignidade e a confidencialidade e no fortalecimento do envolvimento da comunidade, divulgação e prestação de serviços, vi) assegurar que a prestação de serviços de saúde esteja incorporada nos direitos humanos, seja acessíveis a todos, incluindo os portadores de deficiências, e são sensíveis ao género⁶⁶.

O fortalecimento das parcerias público-privadas é um facilitador importante para responder à variedade de desafios de capacidade de saúde que a região enfrenta, incluindo as habilidades, infraestrutura e restrições de recursos relacionados. Mecanismos eficazes de referência em todo o sistema de saúde são um elemento-chave para facilitar um ambiente propício para o acesso aos serviços de saúde. Todos os seis pilares do fortalecimento do sistema de saúde (prestação de serviços, força de trabalho de saúde, sistemas de informação de saúde, acesso a medicamentos essenciais, financiamento e liderança) fornecem a base para melhorar os resultados de SSR em nível regional, nacional e no nível das unidades de saúde.

A efetivação da SSRD requer uma resposta multisectorial nacional e também ao nível da prestação de serviços, onde devem ser estabelecidas as referências entre as unidades de saúde, escolas e instituições de ensino superior e movimentos juvenis, em particular com os sectores da justiça em particular em relação à VBG em parceria com a sociedade civil, e organizações baseadas na fé, além de lideranças tradicionais e comunitárias. Estabelecer a resposta multisectorial a nível nacional, subnacional e comunitário terá um impacto maior a médio e longo prazo e posicionará de forma ideal os Estados-Membros para cumprir os objetivos desta Estratégia.

D. Monitoramento e Avaliação para o Fortalecimento do Impacto e políticas baseadas em evidências, programação e prestação de serviços

A implementação desta Estratégia de SSRD da SADC será monitorada e avaliada usando o Quadro de Resultados, o Plano de M & A e avaliações periódicas. Os Ministérios da Saúde designarão pontos focais responsáveis pelo monitoramento e avaliação que trabalhará com representantes de outros sectores ministeriais, sociedade civil, organizações lideradas por jovens, pessoas vivendo com VIH e redes de populações-chave, apoiadas por agências das Nações Unidas, para coletar, analisar e relatar sobre os progressos feitos no nível nacional ao Secretariado da SADC.

⁶⁶ Estratégia Global, 2016 – 2030.

D1. Metas identificadas na estratégia da SSRD da SADC 2019 – 2030 são priorizadas e aceleradas pelos Estados Membros.

O Quadro de Resultados é uma ferramenta de revisão, entre pares, da responsabilização a ser utilizada por representantes de alto nível para acompanhar o progresso na consecução dos objetivos desta Estratégia. O Quadro de Resultados será apresentado, anualmente, no Encontro dos Ministros da Saúde da SADC para acelerar o cumprimento dos compromissos globais, continentais e regionais.

O Plano de M & A inclui uma série de indicadores baseados em resultados para monitorar o progresso na implementação desta Estratégia. As informações para a linha de base serão recolhidas em 2019 e o progresso será medido através das avaliações desta Estratégia.⁶⁷

D2: Fortalecidos os sistemas nacionais multisectoriais integrados de monitoramento e avaliação baseados em evidências.

Os Estados Membros são incentivados a priorizar o estabelecimento e o fortalecimento de sistemas integrados multisectoriais de monitoramento, avaliação e a elaboração de relatórios nacionais para reunir as evidências necessárias para reforçar a política, a programação, a obtenção de recursos e a prestação de serviços.

Os Estados Membros devem fortalecer a coleta de dados, garantindo que sejam desagregados por idade, sexo, população e grupo socioeconómico e incluam uma análise de género.

Os Estados-Membros devem reduzir a carga de relatórios para os profissionais de saúde, explorando formas de integrar várias ferramentas de relatórios que permitam demonstrar até que ponto os utentes

recebem serviços integrados centrados nas pessoas que respondem às suas necessidades individuais de SSRD.

Os Estados-Membros devem investir num sistema de vigilância epidemiológica nacional para todos os dados que permitam aos parceiros acompanhar conjuntamente o progresso, identificar lacunas e responder em conformidade. As Salas de Situação Nacional que estão sendo testadas em seis países podem desempenhar um papel fundamental nesse processo.

Os Estados Membros são motivados para avaliarem a implementação das estratégias e programas nacionais da SSRD e documentar as lições aprendidas que podem ser ampliadas em toda a região. A SADC e os seus parceiros de desenvolvimento avaliarão esta estratégia em 2021, 2025 e 2029, alinhados com a avaliação do Plano Estratégico Regional de Desenvolvimento Integrado [RISDP] e processos regionais e globais de SSRD.

D3: Respostas nacionais e regionais fortalecidas através do compartilhamento de experiências, melhores práticas e informações.

O Secretariado da SADC juntamente com parceiros bilaterais e multilaterais de desenvolvimento, universidades, organizações regionais da sociedade civil, dos jovens, redes de pessoas vivendo com VIH e das populações-chave devem estabelecer uma plataforma para fortalecer o processo de recolha, análise e de reporte das informações entre os Estados Membros. Uma rede regional de troca de conhecimentos deve ser criada para monitorar as tendências (i) moldar e acelerar a resposta a questões emergentes na região; (ii) compartilhar boas práticas; (iii) desenvolver e informar uma agenda regional de pesquisa em SSRD.



⁶⁷ Adaptado da Seção dos Princípios de Orientação 3.3.12 SADC Política para o Desenvolvimento de Estratégia, Planeamento e Monitoramento e Avaliação, 2012.

MODALIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO PARA ACELERAR, AVANÇAR E CUMPRIR COM OS COMPROMISSOS DA SSRD

4.1 Os Estados Membros da SADC, a sociedade civil, organizações não governamentais, adolescentes, jovens e populações chave são mutuamente responsabilizados para alcançar esta Estratégia.

Esta Estratégia reconhece que para alcançar a sua visão são necessárias respostas multisectoriais e responsabilização mútua de todos os intervenientes. A implementação eficaz da Estratégia I exigirá a participação e a apropriação de um vasto leque de intervenientes, incluindo Estados-Membros, organizações da sociedade civil, comunidades, instituições de investigação, parceiros de desenvolvimento e o Secretariado da SADC.

Estados-Membros

- Estabelecer uma entidade coordenadora multisectorial que inclua a sociedade civil, redes de jovens, adolescentes e populações-chave e parceiros de desenvolvimento, para adaptar, implementar, monitorar e avaliar suas respectivas Estratégias Nacionais de SSRD.
- Defender os resultados e estratégias da SSRD através de liderança ousada e inovadora que considere os desafios específicos de cada país.
- Garantir de que o pacote SSRD definido pela CIPD, conforme descrito no Plano de Ação, seja fornecido.⁶⁸
- Garantir que os ambientes jurídico e político seja propício para a realização da SSRD para todos os sectores da população.
- Aumentar os orçamentos nacionais e mobilizar recursos para a realização da SSRD, em todos os Ministérios relevantes, otimizando o uso dos recursos existentes e dos adicionais, conforme necessário.
- Apoiar a concepção e implementação de intervenções de desenvolvimento de capacidades nos sectores relevantes e, especificamente, nos sectores da saúde, educação e juventude.
- Construir e reforçar parcerias estratégicas multisectoriais e redes, envolvendo ativamente a sociedade civil, jovens, redes de populações-chave

e comunidades na concepção, implementação, monitoramento e avaliação das estratégias nacionais de SSRD.

- Promover a SSRD, de forma ativa, como chave para o alcance dos SDGS, a proteção de todos os que vivem na SADC e a efetivação da igualdade de género. Atender às necessidades das pessoas afetadas por desastres, migrantes e vítimas de atividades de tráfico de pessoas é fundamental para assegurar uma boa SSRD para todos(as) na região.
- Gerar e compartilhar informações estratégicas que representam os pontos de vista das partes interessadas para informar a elaboração e as estratégias de formulação de políticas, leis e programas, implementação, monitoramento e avaliação.
- Submeter, anualmente, versões completas do Quadro de Resultados à Reunião dos Ministros da Saúde da SADC.
- Participar nas avaliações da Estratégia conforme acordado em 2021, 2025 e 2029.

Sociedade civil e organizações não-governamentais

- Engajar com os Estados-Membros para a integração das estratégias e resultados de alto nível nas suas intervenções de programação e advocacia.
- Advogar e promover a adaptação, implementação e recursos da estratégia regional.
- Desenvolver mensagens específicas para abordar as barreiras sociais e culturais à realização de SSRD, particularmente no que se refere à autonomia sexual e reprodutiva de mulheres e meninas e à igualdade de género de forma mais ampla.
- Apoiar os processos de desenvolvimento de capacidade, nos respectivos sectores.
- Garantir que as comunidades e os mais afetados pelas questões estejam integralmente envolvidos na elaboração e implementação dos programas.
- Garantir que as organizações da sociedade civil possam fornecer serviços integrados e vinculados ao plano nacional de SSRD.

⁶⁸ Isto está descrito no Pilar C.

- g) Defender a mobilização de recursos necessários para abordar as principais barreiras sistémicas à implementação da SSRD.
- h) Gerar e compartilhar informações estratégicas que representam os pontos de vista das partes interessadas para informar a elaboração e as estratégias de formulação de políticas, leis e programas, implementação, monitoramento e avaliação.

Adolescentes, jovens e populações-chave

- a) Adolescentes, jovens e populações-chave devem se engajar em fóruns regionais, nacionais e subnacionais para assegurar que suas vozes, preocupações e questões sejam consideradas e abordadas.
- b) Adolescentes, jovens e populações-chave devem estar significativamente envolvidos no processo de geração de evidências, no planeamento e implementação de programas e intervenções, incluindo o pacote mínimo de serviços que devem beneficiá-los e no processo de monitoramento e avaliação.

4.2. O Secretariado da SADC e os seus parceiros estratégicos apoiam a adaptação da Estratégia de SDR da SADC para 2019 – 2030

O Secretariado da SADC, em colaboração com os seus parceiros estratégicos, deve apoiar a resposta multisectorial e a responsabilidade mútua para alcançar os resultados desta estratégia.

Secretariado da SADC

- a) Assegurar e encorajar a adaptação regional da Estratégia Regional.
- b) Desenvolver um plano de divulgação e implementação da Estratégia Regional.
- c) Facilitar a integração reforçada entre a estratégia de SSRD e estratégias correlatas, tais como a Estratégia de Violência Baseada no Género, Estratégia de Desenvolvimento de Jovens e a Estratégia de População-chave no nível de monitoria e avaliação.
- d) Prestar apoio técnico aos Estados Membros e custeio da implantação da estratégia.



- e) Facilitar a mobilização de recursos (financeiro e técnico) e parcerias estratégicas em torno de alvos principais.
- f) Estabelecer e coordenar a implementação da estratégia regional e monitorar o progresso usando o Quadro de Resultados e o quadro de M & A, com uma Equipa de Avaliação que pode fornecer apoio técnico e feedback aos Estados Membros.
- g) Facilitar a documentação e a partilha de informações sobre boas práticas.

Parceiros do Desenvolvimento

- a) Apoiar a ação regional, nacional e subnacional para domesticar e implementar a Estratégia Regional e monitorar o progresso da Estratégia e do Quadro de Resultados.
- b) Apoiar o desenvolvimento de capacidades do governo (incluindo provedores de saúde, educadores, assistentes sociais e agentes da justiça), organizações da sociedade civil, jovens e adolescentes e grupos populacionais-chave para desempenhar o seu papel específico na implementação da Estratégia.

- c) Apoiar a advocacia baseada em evidências e a formulação de programas para serviços de SSR e HIV centrados nos adolescentes e jovens.
- d) Apoiar as organizações da sociedade civil na formulação de estratégias de defesa de direitos.
- e) Facilitar o aprendizado e o intercâmbio Sul-Sul no desenvolvimento de pacotes padronizados e na defesa de mudanças no ambiente legal e político.

4.3. O Secretariado e seus parceiros estratégicos monitoram e apoiam os Estados Membros para coletar dados e relatar o progresso usando o Quadro de Resultados.

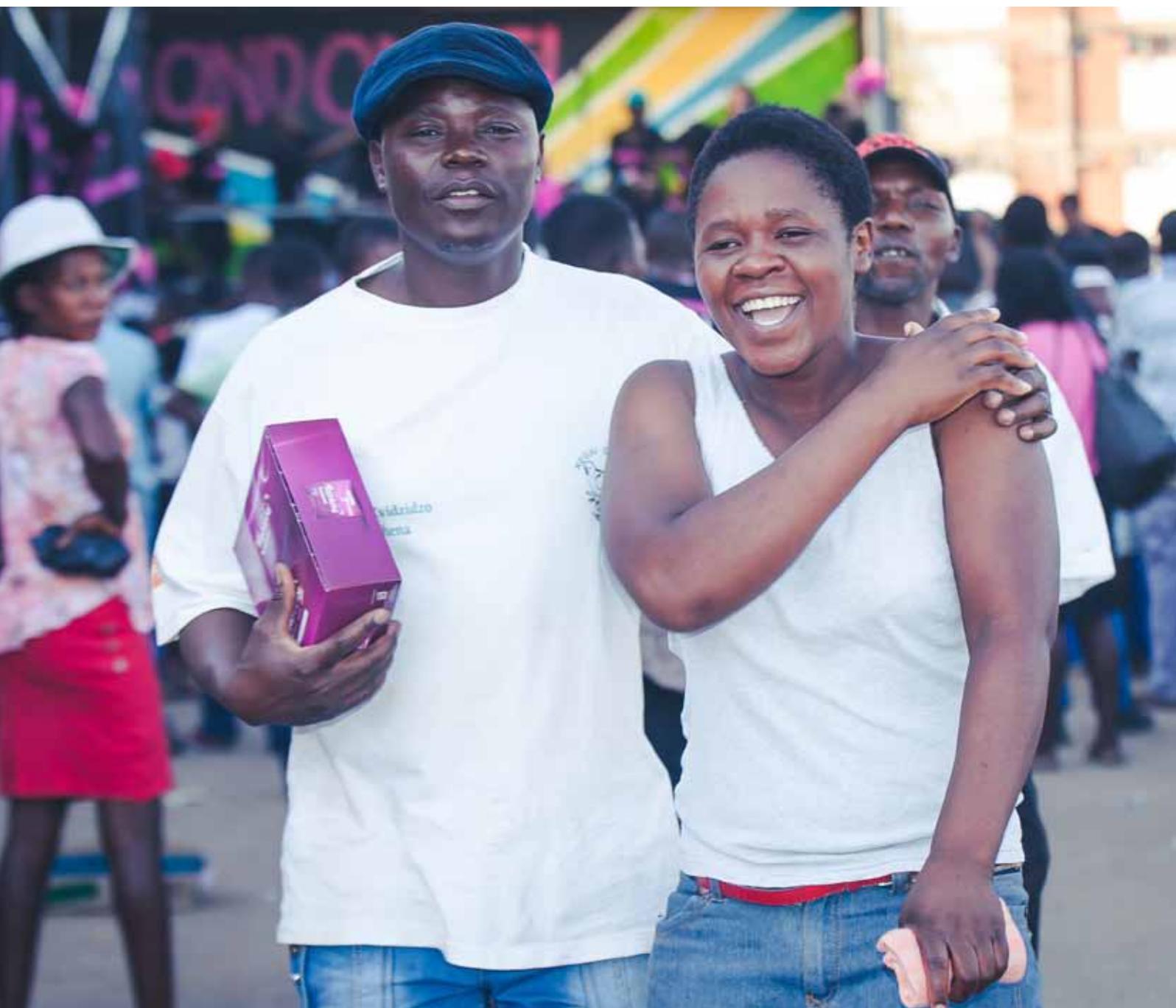
Todos os Estados Membros, Secretariado da SADC, parceiros de desenvolvimento, sociedade civil, jovens e representantes de populações-chave têm a responsabilidade de monitorar a implementação desta Estratégia, relatar os progressos e assegurar que sejam fornecidas atualizações periódicas aos Ministros da Saúde conforme acordado na Estratégia.



A implementação e revisão desta Estratégia está alinhada com os intervalos de cinco anos do Plano Estratégico Regional de Desenvolvimento Integrado [RISDP]. A avaliação desta Estratégia ocorrerá nos intervalos de tempo alinhados com o RIDSP, nomeadamente, 2021, 2023 e 2029, no momento da revisão das metas dos SDGS. O desenvolvimento da Estratégia SDRS 2019 – 2030 ocorreu de forma concomitante ao desenvolvimento do Quadro de Resultados que servirá como ferramenta importante para facilitar a responsabilização pelos Estados-Membros através de um quadro comum de referência para medir e monitorar o progresso em direção a

objetivos mutuamente acordados e metas identificadas nesta Estratégia. O Quadro de Resultados facilitará a investigação comparativa em toda a região e pode inspirar ainda mais as boas práticas e a aprendizagem coerente das lições entre os países. Proporcionará também um quadro estratégico comum em torno do qual os países da região se podem reunir.

Um Plano de Implementação abrangente e um Quadro de M & A serão desenvolvidos e serão alinhados com os quadros correlatos de M & A da SADC como a da Estratégia de Violência Baseada no Género e Quadros do Protocolo de Género e Desenvolvimento.



- Africa Health, Human & Social Development Information Service (Afri-Dev. Info), & Africa Coalition on Maternal Newborn & Child Health. (2015). 2015 Africa Scorecard on Violence Against Women & Girls - Highlighting Male & Female Attitudes to Gender Based Violence - Including Adolescents.
- African Union. (2006). Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa.
- African Union Commission. (2006). Sexual and Reproductive Health and Rights Continental Policy Framework.
- African Union Commission. (2015). Maputo Plan of Action 2016 – 2030: Universal Access to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Services in Africa.
- ALMA. (2011). ALMA Scorecard for Accountability and Action.
- Angola National Institute of Statistics (INE), Ministry of Health (MINSA), & Ministry of Planning and Territorial Development (MPDT). (2016). Multiple Indicator and Health Survey (2015 – 2016 IHMS): Teenage Fertility.
- Central Statistical Office (CSO) [Zambia], Ministry of Health (MOH) [Zambia], and ICF International. (2014). Zambia Demographic and Health Survey 2013 – 14. Rockville, Maryland, USA: Central Statistical Office, Ministry of Health, and ICF International.
- Every Woman, Every Child. (2015). The Global Strategy for Women's Children's and Adolescents' Health (2016 – 2030).
- Gutmacher Institute. (2015). Sexual and Reproductive Health and Rights Indicators for the SDGs: Recommendations for inclusion in the Sustainable Development Goals and the post-2015 development process.
- Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and Children (MoHCDGEC), [Tanzania Mainland, Ministry of Health (MoH) [Zanzibar], National Bureau of Statistics (NBS), Office of the Chief Government Statistician (OCGS) and ICF. (2016). 2015 – 2016 TDHS-MIS Key Findings. Rockville, Maryland, USA: MoHCDGEC, MoH, NBS, OCGS, and ICF.
- Ministry of Health [Lesotho] and ICF International. 2016. Lesotho Demographic and Health Survey 2014. Maseru, Lesotho: Ministry of Health and ICF International.
- Müller, A., Spencer, S., Malunga, S. & Daskilewicz, K. (2016). "You can see there is no harmony between policies": service providers' knowledge on the law and policy framework governing adolescent HIV and sexual and reproductive healthcare in Zimbabwe (Research Brief). Cape Town: GHJRU, UCT.
- Namibia Country Report. (2018). The Addis Ababa Declaration on Population and Development in Africa Beyond 2014 (AADPD).
- National Statistical Office (NSO) [Malawi] and ICF. (2017). Malawi Demographic and Health Survey 2015 – 2016. Zomba, Malawi, and Rockville, Maryland, USA. NSO and ICF.
- Republic of Kenya: Ministry of Health. (2016). Framework for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections in the SADC Region, 2nd ed. Nairobi.
- Republic of Mauritius. (2018). The Addis Ababa Declaration on Population and Development Beyond 2014 plus five and the ICPD+25 Review Report.
- SADC. (2009). Assessment Report on the Status of HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria Surveillance Systems in the SADC Region. Gaborone.
- SADC. (1997). Declaration on Gender and Development.
- SADC. (2010). Framework for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections in the SADC Region.
- SADC. (2018). Regional Gender Based Violence Strategy and Framework for Action (2019 – 2030).
- SADC. (2001). Regional Indicative Strategic Plan 6.
- SADC. (2018). Regional Strategy for HIV and Prevention, Treatment and Care and Sexual and Reproductive Health and Rights among Key Populations. Gaborone.
- SADC. (2008). Protocol on Gender and Development SADC., & SARDC. (2016). Gender and Development Monitor 2016. Gaborone, Harare SADC. (2015). Regional Minimum Standards and Brand for HIV and other Health Services along the Road Transport Corridors in the SADC Region.
- SADC. (1998). Protocol on Health.
- SADC. (2017). Selected Economic and Social Indicators, 2016. Johannesburg.
- SADC. (2012). Sexual and Reproductive Health Business Plan for the SADC Region 2011 – 2015: Version 3.
- SADC. (2017). Summary of the SADC Revised Regional Indicative Strategic Development Plan 2015 – 2020. Gaborone, Botswana.
- SADC Gender Protocol Alliance. (2017). Policy Brief: The SADC Protocol on Gender and Development and Agenda 2030. Johannesburg.
- SADC, & SARDC. (2016). SADC Gender and Development Monitor. Gaborone, Harare.
- Southern African Gender Protocol Alliance. (2018). SADC Gender Protocol 2018 Barometer. Johannesburg.
- SSRD Africa Trust. (2017). Age of Consent: Legal Review Tanzania Country Report.
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, Blum., R., et al. (2018). Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Gutmacher- Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, 391(10140), 2642-2692.
- Statistics South Africa. (2017). South Africa Demographic and Health Survey 2016: Key Indicator Report. Pretoria.
- The African Union Commission. (2015). AGENDA 2063, The Africa We Want, A Shared Strategic Framework for Inclusive Growth and Sustainable Development, First Ten-Year Implementation Plan 2014–2023.
- The Government of Lesotho. (2018). National Addis Ababa Declaration on Population and Development (AADPD) Plus Five Review Report.
- The Government of the Republic of Botswana. (2018). AADPD plus Five Botswana National Review Final Report.
- The Republic of Mozambique: Ministry of Planning and Development Maputo., & SADC. (2013). The Review of the

Twenty Years of Implementation of the International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action (POA) in the Southern Africa Development Community (SADC) Region.

Torrone, E. A., Morrison, C. S., Chen, P., Kwok, C., Francis, S. C., Hayes, R. J., . . . Gottlieb, S. L. (2018). Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among women in sub-Saharan Africa: An individual participant data meta-analysis of 18 HIV prevention studies. *PLOS Medicine*, 15(6). doi:10.1371/journal.pmed.1002608

Tucker, P. (2012). *AIDS Accountability International*. MPOA Scorecard: An assessment of Southern African Development Community Responses and Reporting on Sexual and Reproductive Health and Rights.

UKaid. (2015). Changing Gender Norms: Monitoring and Evaluating Programmes and Projects.

UNECA. (2013). Policy Harmonization in Addressing Gender-Based Violence in Southern Africa. Lusaka.

UNAIDS. (2017). Global AIDS Monitoring 2018 Indicators for Monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS.

UNAIDS. (2017). UNAIDS Data 2017.

UNAIDS., & WHO. (2015). Global Standards for Quality Health-care

Services for Adolescents.

United Nations Economic Commission for Africa. (2016). The Demographic Profile of African Countries.

UNESCO, UNFPA & UNAIDS. (2016). Fulfilling our Promise to Young People Today 2013 – 2015 Progress Review.

UNFPA. (2017). Analysis of the Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn and Adolescent Health Workforce in East and Southern Africa.

UNFPA. (2017). Harmonizing the Legal Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights.

UNFPA. (2015) .UNFPA Strategy on Adolescents and Youth: Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth.

UNICEF. (2015). Eastern and Southern Africa Regional Analysis Report 2014.

World Bank Group. 2018. Learning to Realize Education's Promise. Washington DC.

WHO. (2007). Global Strategy for The Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections 2006 – 2015. Geneva.

WHO. (2016). Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016 – 2030: Implementation in The African Region. WHO. (2016). Regional Committee for Africa, 66th session – Agenda item 6. Addis Ababa. P 3.

WHO. (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. Geneva.

WHO. (2011). The Abuja Declaration: Ten Years On.

Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International. (2016). Zimbabwe Demographic and Health Survey 2015: Final Report. Rockville, Maryland, USA: Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT) and ICF International.



Anexo Um: Localizando a Estratégia de SSRD 2019 – 2030 nas estruturas regionais, continentais e globais

1. Políticas e Estruturas da SADC

1.1. Protocolo da SADC sobre Saúde (1999)

O Protocolo da SADC sobre Saúde propôs *harmonizar e racionalizar recursos na implementação e na consecução dos objetivos de saúde na Região* e foi complementado por um *Plano de Implementação* para operacionalizar a sua realização. O Artigo 10 sobre VIH/ SIDA e Doenças Transmitidas Sexualmente o Artigo 16 sobre Saúde Reprodutiva e o Artigo 17 sobre Saúde da Criança e do Adolescente são os três componentes diretamente relacionados à SSRD que formaram o pano de fundo da Estratégia anterior. As secções definem o cenário para uma série de políticas e estratégias relacionadas com a SSRD da SADC centradas na integração, harmonização e desenvolvimento de estratégias para reduzir a mortalidade materna e neonatal, para capacitar homens, mulheres e comunidades para terem acesso a métodos contraceptivos modernos, seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis.⁶⁹

1.2. Padrões Mínimos para Integração do VIH e da Saúde Sexual e Reprodutiva na Região da SADC

A importância da ligação entre a SSR e o VIH tornou-se cada vez mais clara no contexto da harmonização, colaboração, o apelo a uma maior responsabilização, desafios de recursos e a pressão para os Estados Membros da SADC alcançarem os ODMs. Os Padrões Mínimos orientam os Estados Membros sobre a programação de serviços em SSR e VIH, abordam os determinantes sociais da saúde que dificultam o acesso e a aceitação dos serviços de SSR e VIH e fornecem diretrizes sobre a integração da SSR e VIH no nível das políticas, sistemas, instalações e da comunidade⁷⁰. Estabelece como referência e harmoniza a provisão de intervenções e serviços integrados de SSR e VIH entre os Estados Membros da SADC, com vista a acelerar a prestação efetiva de serviços de saúde abrangentes e de qualidade e serviços sociais conexos para todas as pessoas, independentemente da idade, orientação sexual, estado conjugal e género.

1.3. Quadro de Resultados da SADC para a Prevenção do VIH 2020

O Quadro de Resultados da SADC para a Prevenção do VIH 2020 é uma ferramenta desenvolvida e endossada pelos Ministros na região para facilitar o trabalho do Secretariado com as autoridades nacionais de SIDA para acelerar a agenda e alinhar as metas nacionais de prevenção com a Reunião de Alto Nível de 2016 sobre VIH⁷¹. Observando que o progresso não foi rápido o suficiente na redução de novas infecções foi iniciado o desenvolvimento do referido Quadro de Resultados para monitorar as intervenções de prevenção para responsabilizar os Estados Membros e uma estrutura conjunta de resultados para a implementação nos níveis regional, nacional e subnacional serviu de base para monitorar o progresso e assegurar a responsabilização. Os indicadores são definidos nos seguintes níveis: impacto, processo, cobertura, produto, resultado, política e finanças.

1.4. Estratégia Regional da SADC para a Prevenção, Tratamento e Cuidados do VIH e Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos entre as Populações-Chave

O objetivo da Estratégia é orientar a adoção e institucionalização de um pacote abrangente e padronizado que aborda desafios únicos em efetivar direitos e prestar serviços equitativos e eficazes em relação ao VIH e à SSRD para populações-chave na região SADC⁷². A referida estratégia também busca aumentar a disponibilidade de serviços de prevenção, tratamento e cuidados de SSRD e VIH aos seus beneficiários além de implementar estratégias holísticas nos níveis político, legal, institucional e das unidades de saúde aumentando, assim, o acesso à serviços abrangentes e de VIH e SSR de tal forma que 90 por cento dos membros de populações-chave se beneficiem destes serviços. Os resultados são estrategicamente alinhados a uma agenda mais ampla de SSRD para a região : (i) O estigma e a discriminação contra populações-chave nos pontos de prestação de serviços são eliminados; (ii) A violência contra populações-chave é significativamente reduzida; (iii) Programas de prevenção, tratamento, cuidados e apoio de SSR e VIH são ampliados para populações chave, especialmente jovens, de acordo com o

⁶⁹ SADC Protocolo sobre Saúde 1999.

⁷⁰ Padrões Mínimos da SADC sobre a Integração da SSR e HIV.

⁷¹ SADC Guia do Quadro de Resultados da Prevenção do VIH.

⁷² SADC Estratégia Regional para a Prevenção do VIH, Tratamento e Cuidados e Direitos Sexuais e Reprodutivos Entre Populações Chave.

pacote essencial de serviços sendo fundamentados em evidências e orientados para resultados e (iv) uma redução nas barreiras jurídicas, políticas e culturais que impedem o acesso das populações-chave aos serviços de VIH e SSR.

1.5. Plano de Trabalho de Integração do Programas VIH, SSR, TB e Malária da SADC 2016 – 2020

O mencionado plano de trabalho é uma ferramenta que irá orientar a implementação de atividades regionais para melhorar a implementação de programas integrados de VIH, SSR, TB e malária de uma forma eficaz em termos de custos.⁷³ Estabelece a resposta regional, destinada a criar um ambiente propício para o Secretariado da SADC coordenar a provisão de programas e serviços integrados entre os Estados membro, a fim de acelerar a prestação eficaz de serviços qualificados de saúde e serviços sociais correlatos para todas as pessoas na SADC. A agenda de integração da SADC está centrada na abordagem dos desafios da saúde de forma a *fomentar a cooperação*, dada a elevada carga tanto das doenças transmissíveis, como VIH, malária e TB, quanto as não transmissíveis como o cancro. A integração reúne de forma holística os níveis de legislação, política, programação e prestação de serviços, a fim de assegurar que serviços abrangentes sejam oferecidos de maneira eficiente e eficaz.

1.6. Protocolo da SADC sobre Género e Desenvolvimento

O Protocolo da SADC sobre Género e Desenvolvimento estabelece (i) providenciar o empoderamento das mulheres, eliminar a discriminação e alcançar a igualdade e equidade de género através do desenvolvimento e implementação de legislação, políticas, programas e projetos sensíveis ao género; (ii) harmonizar a implementação dos vários instrumentos sobre igualdade e equidade de género aos quais os Estados Membros da SADC assinaram a nível regional, continental e internacional; (iii) abordar questões e preocupações emergentes de género; (iv) estabelecer metas realistas e mensuráveis com prazos para alcançar igualdade e equidade de género; (v) fortalecer, monitorar e avaliar o progresso feito pelos Estados Membros em direção às metas e objetivos estabelecidos no Protocolo e (vi) para aprofundar a integração regional, alcançar o desenvolvimento sustentável e fortalecer a capacitação da comunidade.⁷⁴ A Parte Seis sobre Violência Baseada no Género e a Parte Sete sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos são particularmente relevantes

para esta Estratégia sendo os Artigos 20, 21, 23, 24, 25, 26 e 27⁷⁵ particularmente pertinentes. Foi desenvolvido um sistema de M & A para acompanhar os progressos nos respectivos artigos no Protocolo.

As supracitadas estruturas fornecem um roteiro importante para as formas através das quais a SADC tem continuado a aprofundar a sua resposta cada vez mais integrada e expandida aos desafios da saúde sexual e reprodutiva na região. Também enfatiza a necessidade de uma resposta **acelerada** que promova **o reforço da responsabilização pelos Estados Membros** e compromissos aperfeiçoados, incluindo a obtenção da igualdade de género, como fundamentais para alcançar resultados positivos de SSRD.

2. Resposta Continental à SSR

2.1. África 2063: A África que Queremos

Em Maio de 2013, a União Africana voltou a dedicar-se à visão de uma África pan-africana integrada, próspera e pacífica, impulsionada pelos seus próprios cidadãos e representando uma força dinâmica na arena internacional.⁷⁶ Os principais resultados e metas transformadores que se relacionam diretamente com a SDCS são: (i) *Melhorias nos Padrões de Vida*: desnutrição, mortes maternas, infantis e neonatais em 2013 a ser reduzidas à metade; o acesso automático aos antirretrovirais e a proporção de mortes atribuíveis ao HIV / SIDA e à malária a ser diminuída pela metade e (ii) *Mulheres, jovens e crianças empoderados*: todas as formas de violência contra as mulheres a ser reduzida em um terço em 2023; todas as normas sociais e práticas nocivas devem terminar até 2023 e o trabalho infantil, a exploração, o casamento, o tráfico e a guerra devem terminar até 2023. Fornece um importante quadro de desenvolvimento humano sustentável mais amplo no continente que enfatiza a importância da SSRD.

2.2. Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna em África (CARMMA)

A Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África foi lançada pela União Africana em 20 de maio (qual ano?). e visa alcançar, o seguinte: (i) *desenvolver esforços contínuos*, particularmente melhores práticas, como relatar, coletar e partilhar informação sobre várias estratégias e iniciativas que os países implementaram para abordar a mortalidade materna; (ii) *gerar e fornecer dados sobre mortes maternas e neonatais*, o que significa que todos os países têm de produzir os dados atualizados sobre a mortalidade materna e infantil

⁷³ Plano de Negócios de Integração dos Programas de HIV, SRH, TB e Malária da SADC 2016 – 2020.

⁷⁴ SADC Protocolo sobre o Género e Desenvolvimento

⁷⁵ Artigo 20 – Legal; Artigo 21 – Práticas Sociais, Económicas, Culturais e Políticas; Artigo 23 – Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos e Artigo 27 – VIH e SIDA.

⁷⁶ Agenda 2063 Plano de Implementação durante os Primeiros Dez Anos 2014 – 2023.

e informar regularmente os fóruns de saúde da UA; (iii) *mobilizar o comprometimento político e o apoio dos principais intervenientes*, incluindo autoridades nacionais e comunidades, para mobilizar recursos internos adicionais para apoiar a saúde materna e neonatal; (iv) *mobilizar as comunidades* em torno do seu papel na melhoria da saúde e na redução da mortalidade materna e infantil, o que significa que os esforços em torno da mortalidade materna não podem apenas permanecer no domínio da política e legislação, mas precisa incluir o envolvimento criativo ao nível da comunidade e (v) *aceleração de ações voltadas para a redução da mortalidade materna, infantil e pós-infantil na África*, o que significa que, dadas as propostas vindas das melhores práticas, os governos serão instados a tomar medidas concretas para reformar e melhorar seus sistemas de saúde de modo apropriado.

2.3. Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes 2016 – 2030 Implementação na Região Africana (AFR/RC66/9)

Os Estados-Membros, através da Resolução AFR/RC66/9 do Comité Regional, reconhecem a responsabilidade desproporcional que o continente carrega de ter as mais elevadas taxas de morbidez e mortalidade materna, neonatal e infantil e se alinha firmemente com as principais mudanças que a Estratégia Global introduz, como a integração, multisectorialidade e fortalecimento dos sistemas de saúde para a implantação de programas de saúde materna, neonatal, infantil e de adolescentes, incluindo o monitoramento e a responsabilização⁷⁷. Reconhecem também que, apesar de muitos compromissos tomadas pelos Estados Membros para melhorar a saúde de mulheres e crianças, apenas 12 países atingiram a Meta 4 do ODM, dois a Meta 5 A e nenhum atingiu a Meta 5 B no acesso universal à saúde reprodutiva. Ações prioritárias foram propostas e adoptadas pelos Estados Membros para facilitar a consecução das metas acordadas globalmente: (i) assegurar a apropriação governamental e a liderança de programas e iniciativas;⁷⁸ (ii) instituir medidas para fortalecer o sistema de saúde⁷⁹ e (iii) melhorar os mecanismos de ação multisectorial.

2.4. Plano de Ação de Maputo (2016 – 2030)

O Plano de Ação de Maputo Revisado (MPoA) 2016 –

2030 para a operacionalização do Quadro de Política Continental da SSRD procura atingir a meta de acesso universal aos serviços de SSR em África para além de 2015.⁸⁰ O referido Quadro, adoptado pelos Chefes de Estado Africanos em 2006, definiu a integração da SSRD nos cuidados de saúde primários para acelerar a consecução dos ODMs na altura, para encorajar a implementação da Recomendação de Abuja de aumentar a mobilização de recursos para fortalecer o sector da saúde e, especificamente, a componente de SSR nas iniciativas de redução da pobreza, integradas às questões de género nos programas socioeconómicos, como forma de contribuir para a melhoria da saúde da mulher.⁸¹ O MPoA (PdAM) também reflete os compromissos políticos articulados no Protocolo de Maputo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África.

O MPoA é assente em nove áreas de ação: compromisso político; liderança e governança; legislação sanitária, financiamento/investimentos em saúde; fortalecimento dos serviços de saúde/desenvolvimento de recursos humanos; parcerias e colaborações; informação e educação; responsabilização, monitoramento e avaliação; investimento nas populações vulneráveis e marginalizadas e melhoramento da SSRD adolescente e juvenil.

O Plano baseia-se na compreensão abrangente da SSRD, conforme definido na CIPD e suas revisões e inclui a SSR do adolescente; saúde materna e cuidados com o recém-nascido; aborto seguro; planeamento familiar; prevenção e gestão das ITS, incluindo HIV; prevenção e gestão da infertilidade; prevenção e gestão de cancro do sistema reprodutivo; abordando preocupações de meia-idade de homens e mulheres; saúde e desenvolvimento; a redução da violência baseada no género; comunicação interpessoal, aconselhamento e educação em saúde.

2.5. Protocolo de Maputo sobre os Direitos das Mulheres em África

O Protocolo de Maputo sobre os Direitos das Mulheres em África reconheceu que, apesar da ratificação de uma série de instrumentos Africanos e internacionais de direitos humanos pela maioria dos Estados e do

⁷⁷ WHO – AFRO, AFR/RC66/9 junho 2016.

⁷⁸ Esta ação inclui a garantia de que as questões da WCA sejam priorizadas, garantindo que os serviços sejam prestados universalmente de um modo compreensivo, integrado, equitativo e sustentado, políticas favoráveis para melhorar a saúde da WCA, mobilizando recursos adequados e instituindo processos de responsabilidade nacionais e subnacionais para a revisão periódica e a monitorização ou progresso na direção de alvos nacionais acordados.

⁷⁹ Esta ação inclui a garantia de alta cobertura das intervenções RMNCAH, investimento sustentável para o pessoal de saúde, disponibilidade maior disponibilidade de medicamentos essenciais, fornecimentos, infraestrutura e equipamento, maior disponibilidade de dados de qualidade para informar a tomada de decisões e abordar os determinantes sociais, comportamentais, económicos e ambientais críticos da saúde.

⁸⁰ O Plano de Ação do Maputo 2016 – 2030 para a Operacionalização da Estrutura da Política Continental para a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos.

⁸¹ Comissão da União Africana Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos – Estrutura de Política Continental 2006

seu compromisso declarado solene de eliminar todas as formas de discriminação e práticas nocivas contra as mulheres, as mesmas continuaram a ser vítimas de discriminação e práticas nocivas.⁸² O Protocolo visa assegurar que os direitos das mulheres na África sejam promovidos, realizados e protegidos para permitir que desfrutem plenamente de todos os seus direitos humanos, conforme reconhecidos e endossados pelos respectivos instrumentos internacionais de direitos humanos.⁸³

Dado o enfoque do Protocolo, muitas secções do documento influenciam a realização de SSRD para mulheres e meninas. Particularmente pertinentes são o Artigo 4 Secção 2, Artigo (5) Eliminação de Práticas Nocivas, Artigo (6) Casamento, Artigo (12) Secção 1 (c) e (d) e Artigo 14 (1) e (2). O Artigo 14, articula um compromisso político abrangente para assegurar que o direito à saúde das mulheres, incluindo a SSRD, seja respeitado e promovido.

2.6. Compromisso da ESA

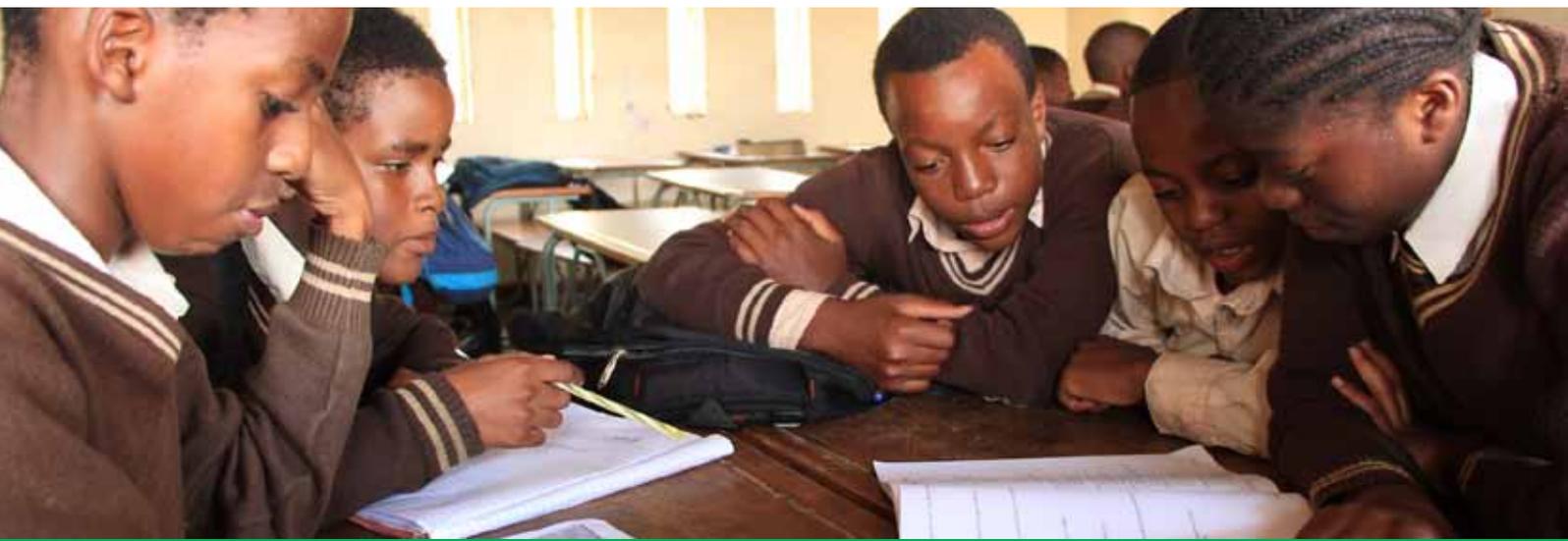
Em 2013, Ministros da Educação e Saúde de vinte e um países da África Oriental e Austral concordaram em trabalhar conjuntamente para uma visão de jovens Africanos como cidadãos globais do futuro educados, saudáveis, resiliente, socialmente responsáveis, que tomam decisões informadas e são capazes de contribuir para as suas comunidades, seu país e região⁸⁴.

Dois conjuntos de metas foram definidos para serem alcançados em 2015 e em 2020, respectivamente. Em 2015, 12 dos 15 estados da SADC relatam

o fornecimento de ESA/ Habilidades de vida em pelo menos 40 por cento das escolas primárias e secundárias. Todos os países relataram ter programas de formação ESA para professores. Apenas dois países relataram não ter programas de formação em serviços de SSR amigáveis aos jovens; para profissionais de saúde e assistentes sociais. Dez países relataram oferecer o pacote mínimo padrão de serviços de SSR de saúde para adolescentes e jovens.⁸⁵

O Compromisso ESA facilitou a crescente aceitação do conceito de educação em sexualidade. Embora a maioria agora inclua a ESA no currículo, isso geralmente acontece no contexto de reformas curriculares mais amplas. O relatório observa a necessidade de fortalecer os programas para os jovens que não estão na escola. Embora registando os progressos na região, o relatório destaca a importância da liderança e da apropriação pelos países, a necessidade de fortalecer a ESA para todos os adolescentes e jovens dentro e fora da escola, para trabalhar com os pais e comunidades de forma criativa para mobilizar seu apoio, envolver os próprios jovens e priorizar as necessidades de meninas adolescentes e mulheres jovens, aplicando as leis, políticas e normas que proíbem o casamento infantil e outras formas de discriminação.

As supracitadas estruturas demonstram um reconhecimento dos desafios específicos de SSRD que a região Africana continua a enfrentar. Demonstra o compromisso e as respetivas intervenções continentais para acelerar a resposta a uma série de áreas críticas como mortalidade materna, incidência de VIH, aborto inseguro e Educação Sexual Abrangente.



⁸² União Africana Protocolo à Carta Africana sobre os Direitos Humanos e das Pessoas sobre os Direitos das Mulheres em África.

⁸³ Declaração Universal dos Direitos Humanos, Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e seu Protocolo Facultativo, Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança e todos os outros convenções e convênios internacionais e regionais relativos aos direitos das mulheres, direitos humanos inalienáveis, interdependentes e indivisíveis.

⁸⁴ Cumprindo a nossa Promessa à Juventude Hoje 2013 – 2015 Relatório de Progresso o compromisso ministerial da África Oriental e Austral sobre Educação Sexual Abrangente e serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens.

⁸⁵ Ibid.

3. Desenvolvimentos Globais

3.1. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são uma chamada universal para acabar com a pobreza, proteger o planeta e assegurar que todas as pessoas desfrutem de paz e prosperidade. A comunidade global adoptou em 2015 a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável expandiram as metas que são relevantes para o SSRD e para esta Estratégia, com (i) SDGS 3 *assegurando a vida saudável e promovendo o bem-estar para todos em todas as idades*; (ii) SDGS 5 *assegurando educação de qualidade inclusiva e equitativa e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos*; (iii) SDGS 5 *alcançando a igualdade de género e empoderando todas as mulheres e meninas* e (iv) SDGS 16 *promovendo a paz e sociedades inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionando acesso à justiça para todos e construindo instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis*.

Os SDGS inauguraram uma nova *urgência de virar a maré* para o desenvolvimento humano sustentável, que tem influenciado a linguagem dos instrumentos regionais, como o Protocolo de Género da SADC. Isso fica evidente na linguagem sobre SSRD: um compromisso de *eliminar*, em vez de reduzir, a mortalidade materna; de *eliminar* ao invés de reduzir pela metade a VBG, e implementar programas e políticas sobre SSRD alinhados à CIPD e à Plataforma de Ação de Beijing⁸⁶.

As metas estabelecidas nos SDGS são fundamentais para informar essa estratégia:⁸⁷

1. *SDGS 3.1. Reduzir a mortalidade materna* para menos de 70 por 100,000 nascidos vivos. É uma medida direta da SMNI e vinculada ao SSRAJ, VBG e aborto seguro.
2. *SDGS 3.2. Acabar com mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos*, com todos os países visando reduzir a mortalidade neonatal para ao menos 12 por 1,000 nascidos vivos e a mortalidade de menores de 5 anos para 25 por 1,000 nascimentos. É uma medida direta do SMNI e está ligada a SSRAJ, VBG, HIV/SIDA e outras ITS e contracepção.
3. *SDG 3.3. Acabar com as epidemias de SIDA, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas e combater a hepatite, doenças*

transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis. É a medição direta de HIV/SIDA e ITS e está ligada a SSRAJ, VBG e contracepção

4. *SDGS 3.4. Reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, através da prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar*. Liga-se a cancros da saúde reprodutiva.
5. *SDGS 3.7. Assegurar o acesso universal aos serviços de assistência em SSR, inclusive para planeamento familiar, informação e educação, e a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais*. Esta é uma medida direta para SSRAJ, VIH / SIDA e outras ITS, contracepção e SMNI. Está ligado à VBG, ao aborto seguro, à infertilidade e aos cancros reprodutivos.
6. *SDGS 3.8. Alcançar a cobertura universal de saúde, incluindo proteção contra riscos financeiros, acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todos*. Esta é uma medida direta de VIH / SIDA e outras ITS, contracepção e SMNI e está ligada a SSRAJ, aborto seguro, infertilidade e cancros reprodutivos.
7. *SDGS 4.7. Assegurar que todos os alunos adquiram o conhecimento e as habilidades necessárias para promover o desenvolvimento sustentável, incluindo educação para o desenvolvimento sustentável e estilos de vida sustentáveis, direitos humanos, igualdade de género, promoção de uma cultura de paz e não-violência, cidadania global e valorização cultural diversidade e da contribuição da cultura para o desenvolvimento sustentável*. Isso está ligado a SSRAJ e VBG.
8. *SDGS 5. 1. Acabar com todas as formas de discriminação contra mulheres e meninas em todos os lugares*. Isto está ligado a SSRAJ, VBG, VIH/SIDA e outras ITS, contracepção, SMNI, aborto seguro e cancro reprodutivo.
9. *SDG 5.2. Eliminar todas as formas de violência contra mulheres e meninas nas esferas pública e privada, incluindo o tráfico e os tipos de exploração sexual e outros*. Esta é uma medida direta para VBG e está ligada a SSRAJ, VIH/SIDA e outras ITS, contracepção, SMNI e aborto seguro.
10. *SDGS 5.3. Eliminar todas as práticas nocivas, como o casamento infantil, precoce e forçado,*

⁸⁶ Protocolo da SADC - Resumo da Política da Aliança - O Protocolo da SADC sobre Género e Desenvolvimento e Agenda 2030 agosto 2017.

⁸⁷ Declarado significa que ele é explicitamente declarado no alvo, enquanto vinculado significa que existe um vínculo com a área crítica, mas não é explicitamente declarado no alvo.

e a mutilação genital feminina. Isto está medindo diretamente VBG e ligado a SSRAJ.

11. *SDGS 5.6. Assegurar o acesso universal à SSRD conforme acordado no Programa de Ação da CIPD, Plataforma de Ação de Beijing, e os documentos finais de suas conferências de revisão. Esta é uma medida direta de SSRAJ, VBG, VIH / SIDA e outras ITS, contracepção, SMNI e cânceros reprodutivos.*
12. *SDGS 5.6.c Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis. Ligado a SSRAJ, VBG e aborto seguro.*
13. *SDGS 16.1 Reduzir significativamente todas as formas de violência e mortes relacionadas em todos os lugares. Isso está vinculado ao SSRAJ e VBG.*
14. *SDGS 16.2 Acabar com o abuso, a exploração, o tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças. Isso está vinculado ao SSRAJ e VBG.*

As metas dos SDGS fornecem orientações estratégicas importantes e expandem o enfoque para destacar a importância de abordar a mortalidade materna, neonatal e infantil, saúde sexual e reprodutiva e direitos de adolescentes, violência baseada no gênero, VIH/SIDA e ITS, acesso à contracepção e aborto seguro e apontam para a importância enfatizar três vertentes (i) criar um ambiente legal e político favorável; (ii) disponibilizar o pacote padrão abrangente de serviços e intervenções de SSRD e (iii) tomar medidas firmes para responder a todas as práticas e normas que prejudicam os direitos humanos das mulheres e meninas.

3.2. Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

A Estratégia visa acelerar ações para salvar vidas e melhorar o bem-estar de mulheres, crianças e adolescentes.⁸⁸ Seus objetivos e metas estão totalmente alinhados com os *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*: (1) Sobreviver - acabar com as mortes evitáveis através da redução da mortalidade materna global para menos de 70 por 100,000 nascidos vivos; reduzir a mortalidade neonatal para ao menos 12 por 1,000 nascidos vivos em todos os países; reduzir a mortalidade de menores de cinco anos para 25 por 1,000 nascidos vivos em todos os países; eliminar as epidemias de VIH, TB, a malária, as doenças tropicais negligenciadas e outras doenças transmissíveis e reduzir por um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis e promover a saúde mental e o bem-estar; (2) Prosperar - assegurar a saúde e o bem-estar, garantindo o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva (incluindo planejamento familiar) e direitos; e (3) Transformar - expandir ambientes favoráveis que incluem erradicar a pobreza e eliminar todas as práticas prejudiciais e toda discriminação e violência contra mulheres e meninas. Como indicado, o compromisso político para o desenvolvimento desta estratégia em África está explícito na OMS-AFRRO, AFR / RC66 / 9 de Junho de 2016.

Os quadros continentais e globais acima referidos afirmam a necessidade de uma ação acelerada e apontam para a necessidade de mobilizar compromissos para a adaptação a prática. A expansão dos desafios da SSRD que confrontam a região, ao lado de elementos como o estigma e a discriminação, implica a necessidade de cidadania ativa e empoderada a ser mobilizada e vista como parte integrante da resposta efetiva.



⁸⁸ Cada Mulher e Cada Criança a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, Adolescentes e Crianças (2016 – 2030) 2015.

SADC SECRETARIAT

Private Bag 0095 Gaborone, Botswana

Tel: 09267 395 1863 Fax: 09267 397 2848

Email: prinfo@sadc.int or registry@sadc.int or webmaster@sadc.int

Website: www.sadc.int