



RELATÓRIO DA COMISSÃO PERMANENTE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL E PROGRAMAS ESPECIAIS (HSDSP) DO FÓRUM PARLAMENTAR DA SADC À SESSÃO DA 52.^a ASSEMBLEIA PLENÁRIA

TEMA: “CONSOLIDANDO A DEMOCRACIA AO TRAZER O PARLAMENTO AO POVO”.

Senhor Presidente, solicito que esta Assembleia Plenária adopte o Relatório da Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais à Sessão da 52.^a Assembleia Plenária do Fórum Parlamentar da SADC trazida à sua apreciação a cinco (5) de Dezembro de 2022.

ÍNDICE

Ponto	Página
1.0 COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO	3
2.0 TERMOS DE REFERÊNCIA	3
3.0 NÚMERO DE REUNIÕES REALIZADAS E RESPECTIVOS TEMAS	3
4.0 ANTECEDENTES	3
5.0 APRESENTAÇÕES	4
5.1 Questões fundamentais derivadas de apresentações feitas durante a audiência pública virtual sobre SDSR	4
6.0 RECOMENDAÇÕES	8
7.0 CONCLUSÃO.....	9
Apêndice I – Lista de Funcionários	10
Apêndice II – Lista de Apresentadores	10

1.0 COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

A Comissão é composta pelos seguintes Membros:

1. Senhora Deputada Rosie Bistoquet (Seychelles) **(Presidente)**
2. Senhor Deputado Kassim Hassan Haji (Tanzânia) **(Vice-Presidente)**
3. Senhor Deputado Mokwaledi Moswaane (Botswana)
4. Vice-Presidente da Assembleia Nacional, Senhor Deputado Balamage, Rep. Malgaxe (Madagáscar)
5. Senhora Deputada Rachel Zulu (Malawi)
6. Senhor Deputado Ashley Ittoo (Maurícia)
7. Senhora Deputada Jerónima Agostinho (Moçambique)
8. Senhora Deputada Agnes Kafula (Namíbia)
9. Senhor Deputado Desmond Lawrence Moela (Rep. da África do Sul)
10. Senhor Deputado Strydom Mpanza (Eswatini)
11. Senhora Deputada Julien Nyemba (Zâmbia)
12. Senhora Deputada Paurina Mpariwa (Zimbabwe)

2.0 TERMOS DE REFERÊNCIA

Os Termos de Referência (TdR) da Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais ficam especificados na alínea (e) da Regra 42.^a do Regimento Interno do Fórum Parlamentar da SADC.

3.0 NÚMERO DE REUNIÕES REALIZADAS E RESPECTIVOS TEMAS

A 25 de Novembro de 2022, uma 6.^a feira, teve lugar uma reunião da Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais tendo por objectivo a preparação da realização de uma audiência pública por via virtual acerca de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR) e questões correlacionadas. Seguidamente, a referida Comissão Permanente convocou uma audiência pública, a ter lugar por via virtual, através da qual concidadãos de vários Estados Membros da SADC assim pudessem levar à apreciação da mesma Comissão questões relacionadas com a SDSR. Tais questões, que assim foram submetidas a apreciação, disseram respeito *inter alia* ao casamento infantil, à idade em que era dado consentimento ao acesso a contraceptivos, ao apoio psicossocial e à saúde mental, ao financiamento da Saúde e a lacunas existentes na implementação do Plano Estratégico da SADC Indicativo de Desenvolvimento Regional (RISDP 2020-2030) e efeitos sobre a SDSR na Região da SADC.

4.0 ANTECEDENTES

A fazer parte do seu delegado mandato, a Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programs Especiais organizou a 25 de Novembro de 2022 a realização de uma audiência pública por via virtual com o

objectivo de reunir pontos de vista relacionados com a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR). A principal finalidade dessa audiência pública foi a de se oferecer uma maior amplitude às vozes de cidadãos da Região da SADC acerca de matérias relevantes para a evolução da agenda de desenvolvimento da Região. Tratava-se de algo consequente que resultava da consciencialização de que o aproveitamento de conhecimentos de concidadãos da Região seria vantajoso relativamente aos desafios de desenvolvimento com que a Região se via confrontada. Em termos mais específicos, os objectivos da audiência pública virtual organizada pela Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais foram os de:

- a) Proporcionar a cidadãos a oportunidade para que dessa forma oferecessem as suas opiniões em torno de questões fundamentais situadas no epicentro do restabelecimento do actual clima socio-económico, sobremaneira constrangido;
- b) Promover sinergias entre trabalhos parlamentares e a participação de concidadãos;
- c) Promover também a Democracia Participativa pela via da participação de cidadãos em processos parlamentares deliberativos;
- d) Trazer o Parlamento ao povo, ao invés de ser o povo a ter que se dirigir ao Parlamento;
- e) Incrementar o grau de confiança em processos parlamentares que, sob a égide de grupos regionais, tais como o Fórum Parlamentar da SADC (que num futuro próximo passará a constituir o Parlamento Regional da SADC), pudessem ser canalizados para o nível nacional em benefício dos concidadãos da Região da SADC, e
- f) Promover ainda a identidade da SADC, ao tornar ouvida a voz dos seus concidadãos.

Os cidadãos de Estados Membros da SADC foram assim convidados, tanto a nível corporativo como individual, a participarem na audiência pública virtual para que dessa forma veiculassem as suas bem fundamentadas apresentações, que focaram várias das áreas temáticas. A audiência pública por via virtual foi transmitida ao vivo de modo a que uma audiência mais ampla de cidadãos fosse abrangida, tendo tido lugar numa altura em que se verificava um declínio no acesso a serviços de saúde, também relativos à SDSR na Região da SADC.

5.0 APRESENTAÇÕES

5.1 Questões fundamentais derivadas de apresentações feitas durante a audiência pública virtual sobre SDSR

Ao ter recebido apresentações por via oral acerca de várias questões sobre a SDSR a Comissão Permanente assinalou os seguintes assuntos sobre os quais devia debruçar a sua análise:

- a) A importância fulcral do Plano Estratégico da SADC Indicativo de Desenvolvimento Regional (RISDP 2020-2030), servindo de guia e de orientação à integração e à cooperação regional no seio da Comunidade Económica Regional (CER) da SADC. O próprio RISDP ficava ancorado na sólida fundação da Paz, Segurança e Governação Democrática, e na premissa de três (3) pilares, designadamente: o Desenvolvimento Industrial e a Integração do Mercado; o Desenvolvimento de Infra-Estruturas e o Apoio à Integração Regional, e o que é ainda mais importante – o Desenvolvimento do Capital Humano e Social;
- b) O principal desafio, contudo, residia no facto de que o RISDP e a Matriz que o acompanhava eram inoperantes quanto à implementação da SDSR. Uma omissão desse tipo acabava por comprometer a concretização da agenda de SDSR. Ou seja, há indicadores-chave como a redução no índice de mortalidade em recém-nascidos, casos de gravidez em adolescentes e a redução de mortalidade em parturientes, que não figuravam expressamente no RISDP;
- c) A falta de financiamento de cuidados de saúde na Região da SADC, a excessiva dependência de fundos disponibilizados por doadores para a prestação de serviços sanitários, acoplada às baixas despesas de capital destinadas ao sector da Saúde Pública acabavam por contribuir para um nível de financiamento não só muito baixo como insustentável para a prestação de cuidados de saúde na Região da SADC;
- d) O casamento infantil era fenómeno galopante na Região da SADC. O quadro estatutário prevalecte não oferecia âmbito de maior para a protecção de pessoas forçadas a contrair casamentos precoces, o que era agravado por alegadas práticas corruptas que acabavam por favorecer os perpetradores de casamentos infantis;
- e) As diferentes comunidades não se capacitavam ainda na íntegra, nem desfrutavam do acesso à letra da Lei, acabando por haver exígua participação de abusos perante as autoridades;
- f) A ideia generalizada de que a sociedade não estava minimamente preocupada acerca de meninas (até aos quinze [15] anos de idade, também denominadas de *girl-child*), o que tornava problemático o desígnio de se chegar à concretização de um regime universal de cuidados de saúde, tal como ficava previsto no Objectivo de Desenvolvimento Sustentável n.º 3 (ODS 3) que se relacionava com a garantia de vidas saudáveis, e também o ODS 5 com especial foco para a Igualdade do Género;
- g) A falta de informação generalizaada acerca de SDSR, que por sua vez contribuía para que houvesse sofrível aumento na utilização de

contraceptivos, contribuindo para um significativo aumento de casos de gravidez indesejada em adolescentes. Aparte isso, implantes contraceptivos não eram artigos de fácil acesso em certos Estados Membros da África Austral. Dava-se ainda um declínio significativo na utilização de preservativos por parte da população masculina e uma certa apatia quanto à utilização de preservativos para mulheres. Acabava também por ser comum a falta de estoques de contraceptivos;

- h) O número de jovens do sexo feminino que desistia da sua escolaridade continuava a aumentar, fenómeno agravado pelo facto de que os quadros legislativos em vigor acabavam por se tornar ineficazes no que respeitava à protecção de meninas (*girl-child*);
- i) A idade de consentimento tornava-se num factor também fundamental que militava contra o acesso a contraceptivos, situação que piorava mercê ambientes jurídicos e certas práticas religiosas que o não permitiam;
- j) Acabava por haver uma aceitação reduzida de programas de contraceptivos, cujo financiamento derivava em grande parte de agentes não-estatais, o que não constituía definitivamente a melhor das práticas para se assegurar a sustentabilidade da prestação de serviços sanitários aos cidadãos da Região da SADC;
- k) O aprovisionamento centralizado que levava frequentemente à utilização ineficaz de escassos recursos, criando acrescido risco de corrupção;
- l) Nalguns países da região, tinham sido adquiridos preservativos funcionalmente defeituosos, pondo em risco a vida dos utilizadores;
- m) Registavam-se oito (8) milhões de abortos inseguros em África, em cada ano. Estes casos tinham aumentado em espiral ao longo das últimas três (3) décadas, situação que era principalmente atribuível a políticas e estatutos jurídicos restritivos;
- n) Apenas cinco (5) países da Região da SADC tinham leis específicas sobre o aborto. Neste contexto, as leis deviam ser reformadas no sentido de se permitir o aborto seguro. Um caso em questão era o Ruanda, onde não era materialmente difícil adquirir-se uma ordem judicial de interrupção da gravidez;
- o) Alguns Estados Membros não tinham assinado ainda o Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos da Mulher em África. O Protocolo, vulgarmente conhecido como Protocolo de Maputo, constituía um instrumento internacional de Direitos Humanos criado pela União Africana. O Protocolo obrigava, nomeadamente, os Estados Partes a combater todas as formas de discriminação contra a mulher, através de

medidas legislativas, institucionais e outras adequadas. Os Estados Partes deviam promover o princípio da igualdade entre mulheres e homens e assegurar a aplicação eficaz do Protocolo;

- p) A saúde mental como questão de direitos humanos era fundamental na gestão de questões relacionadas com a SDSR. O número de casos de gravidez de adolescentes e de casamentos infantis era galopante. Os casamentos precoces e a gravidez de adolescentes tendiam a ter um eterno impacto psicológico na integridade e estrutura mental das jovens obrigadas a casamentos precoces;
- q) A investigação empírica confirmava que os casamentos precoces deixavam uma pegada indelével nas jovens, culminando frequentemente em ressentimento, raiva e rejeição. As jovens abusadas enontravam-se muitas vezes isoladas social e emocionalmente. Outras debatiam-se contra tendências suicidas. Acabavam por mergulhar num ciclo vicioso que as traumatizava ainda mais. As crianças nascidas de relações e casamentos abusivos apresentavam frequentemente sinais de tensão psicológica;
- r) O acesso a serviços de SDSR era limitado, particularmente da parte de adolescentes, bem como de outros indivíduos em sociedades marginalizadas. Também havia falta de acesso a produtos médicos devido às restrições à idade de consentimento. Os dados resultantes da investigação demonstravam que a idade média das relações sexuais de adolescentes era de dezasseis (16) anos. Os casos de relações sexuais em adolescentes com idade inferior aos dezasseis (16) anos eram comuns. Esta situação tinha um efeito concomitante no aumento de casos de gravidez não planeada. Outro desafio relacionava-se com a falta de serviços de rastreio, particularmente para doenças como o cancro do colo do útero. A falta de investimento em SDSR punha muitas vidas em risco. A este respeito, fora apresentada uma recomendação no sentido de haver maior investimento em SDSR tanto por parte do Estado como de agentes não-estatais;
- s) A maioria dos países tinha fraca capacidade institucional no que dizia respeito ao financiamento da saúde. Os seguros de saúde privados eram caros e ficavam fora do alcance de muitos. Esta situação era ainda agravada pelo subfinanciamento dos sistemas de seguro de saúde públicos, levando a despesas de saúde catastróficas incorridas pelos cidadãos. As despesas de saúde catastróficas (DSC) significavam que as despesas médicas de um agregado familiar excediam um certo nível de capacidade de pagamento; e
- t) Os efeitos adversos de alterações climáticas e da pandemia da COVID tinham corroído os ganhos obtidos a nível de SDSR porque, durante tais crises, os sistemas de protecção social ficavam destabilizados, levando a

uma diminuição no acesso a cuidados de saúde, o que deixava muitas pessoas vulneráveis.

6.0 RECOMENDAÇÕES

Tendo deliberado sobre as questões relativas à SDSR e analisado as questões que impediam o acesso à informação sobre SDSR, cuidados de saúde, contraceptivos, implementação harmoniosa de sistemas de financiamento da saúde, a Comissão de HSDSP recomendava que a Assembleia Plenária devesse:

- a) **Instar** os países da SADC a actualizarem o Plano Estratégico da SADC Indicativo de Desenvolvimento Regional (RISDP 2020-2030) para que este sintetizasse questões específicas relacionadas com questões no âmbito de SDSR. O RISDP devia ser objecto de realinhamento com vista a incluir a Estratégia de SDSR da SADC, a fim de fazer avançar a SDSR na prossecução da agenda regional;
- b) **Rogar** aos países que investiam em apoio psicossocial utilizando tanto mecanismos de financiamento tradicionais como o orçamento nacional, como fontes de financiamento não tradicionais como o apoio de parceiros de desenvolvimento;
- c) **Recomendar** a necessidade de se facilitar a revisão e a execução eficaz de quadros de atribuição de recursos, incluindo sistemas de gestão das finanças públicas em todos os sistemas de prestação de cuidados de saúde e de educação. Pelo menos 20% dos orçamentos nacionais deviam ser canalizados para a educação, a fim de se manter mais jovens do sexo feminino na escola;
- d) **Encorajar** os países da região a rever e reformar as suas leis, a fim de que as barreiras ao acesso aos contraceptivos fossem removidas, bem como promover o acesso a abortos seguros;
- e) **Rogar ainda** aos países que dessem prioridade à implementação de programas de seguros com financiamento público que visassem os mais vulneráveis, em conformidade com a necessidade de se fazer face a despesas catastróficas que assumiam desmedida dimensão na Região;
- f) **Encorajar vivamente** os Parlamentos na Região da SADC a reforçar a supervisão orçamental e financeira, para que houvesse uma utilização prudente dos recursos orçamentais em todos os sectores públicos. As técnicas de supervisão visando especificamente os sistemas de aprovisionamento deviam ser ainda mais reforçadas com o intuito de se reduzir a corrupção no âmbito do sector público;

- g) **Solicitar** que os países membros empregassem de forma estratégica a utilização de tecnologias digitais na sensibilização para questões de SDSR, tendo particularmente em conta o facto de que a maioria dos adolescentes eram muito competentes na utilização de tecnologias TIC;
- h) **Rogar** que os países membros promovessem a sensibilização sobre leis públicas relacionadas com casamentos infantis, de modo a que a publicidade fosse mais além do que a publicação oficial dos estatutos;
- i) **Apelar** aos países da região para que tomassem medidas de reforço ao acesso à informação por parte das comunidades, com a intenção de se influenciar mudanças de comportamento relevantes para a implementação de programas viáveis de SDSR; e
- j) **Incumbir** o Secretariado de desenvolver um Plano de Acção que imprimisse dinamismo à implementação destas recomendações.

7.0 CONCLUSÃO

A abordagem de questões de SDSR requer uma abordagem coordenada tanto a nível regional da SADC como a nível dos Estados Membros. Por conseguinte, havia a necessidade de se rever urgentemente o Plano Estratégico da SADC Indicativo de Desenvolvimento Regional (RISDP 2020-2030) para que este respondesse positivamente às questões de SDSR. A Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais comprometia-se a mobilizar a acção política necessária para reformar as leis, práticas e políticas que limitavam o acesso à SDSR.

A Comissão expressava publicamente a sua gratidão ao Secretariado e a todos os cidadãos da SADC que tivessem participado quer como apresentadores, quer como observadores, pelo apoio oferecido durante a reunião e a audiência pública inaugural por via virtual.

Apêndice I – Lista de Funcionários

- | | | |
|----|-----------------------------|----------------------------|
| 1. | Senhora Boemo Sekgoma | Secretariado do FP da SADC |
| 2. | Senhora Clare Musonda | Secretariado do FP da SADC |
| 3. | Senhora Paulina Kanguatjivi | Secretariado do FP da SADC |
| 4. | Senhor Ronald Windwaai | Secretariado do FP da SADC |
| 5. | Senhor Andrew Maramwidze | Secretariado do FP da SADC |
| 6. | Senhora Verónica Ribeiro | Angola |
| 7. | Senhor Johane Gandiwa | Relator (Zimbabwe) |

Apêndice II – Lista de Apresentadores

1. Senhor Adolf Mavheneke - PSA Alliance
2. Senhora Loyce Njenge, do Zimbabwe - Rozaria Memorial Trust
3. Senhora Millicent Sithaile, do Botswana - SAT
4. Senhor Perrykent Nkole, da Zâmbia - SAT
5. Senhora Charmain Ricardo - SAfAIDS
6. Senhora Loveness Madzuru, do Zimbabwe - Rozaria Memorial Trust
7. Senhor Kenneth Juma, Southern African Litigation Centre
8. Senhor Anthony Kamande, Oxfam