



**Organização  
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA A **África**

**AFR/RC61/9**  
22 de Junho de 2011

**COMITÉ REGIONAL AFRICANO**

**ORIGINAL: INGLÊS**

Sexagésima primeira sessão

Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, 29 de Agosto–2 de Setembro de 2011

Ponto 14 da ordem do dia provisória

**MONITORIZAR A IMPLEMENTAÇÃO DOS OBJECTIVOS  
DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO RELATIVOS À SAÚDE**

**Relatório do Secretariado**

**Resumo**

1. A maioria dos países da Região Africana fez mais progressos no novo milénio do que durante os anos 90 do século passado, mas ainda não se encontram em condições de atingir os ODM relativos à saúde ou com ela relacionados, apesar dos compromissos assumidos pelos governos e pelos parceiros. Esta situação deriva do baixo nível da implementação de intervenções eficazes, da fragilidade dos sistemas de saúde e dos limitados progressos feitos na abordagem dos grandes determinantes sociais e ambientais da saúde. Dos 46 países da Região, apenas sete estão a caminho de atingirem a meta do ODM4 sobre saúde infantil e apenas dois países poderão atingir a meta do ODM5 sobre mortalidade materna. Dois países têm uma cobertura do tratamento anti-retroviral superior a 80%. Os progressos realizados para a consecução da meta do ODM relacionado com o paludismo não podem ser avaliados por falta de dados adequados, enquanto dois países estão em vias de atingir a meta do ODM relativo à tuberculose. Doze países estão a caminho de atingirem a meta do sobre abastecimento de água potável, enquanto dois países poderão atingir a meta do saneamento básico.
2. Para que os países possam atingir os objectivos, é preciso enfrentar eficazmente os principais desafios mais abrangentes. Esses desafios são: a inadequação dos recursos internos e externos afectados à consecução dos ODM; a fragilidade dos sistemas de saúde, incluindo a fragilidade das capacidades humanas e institucionais; as desigualdades persistentes no acesso a intervenções de eficácia comprovada, particularmente contra a mortalidade materna e infantil, VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; a baixa prioridade atribuída à saúde na definição das prioridades nacionais no campo da economia e do desenvolvimento e das políticas de afectação de recursos; a fraca resposta multisectorial e os fracas progressos na consecução dos outros ODM; dados inadequados e fracas capacidades para a monitorização e avaliação.
3. É possível, contudo, fazer progressos, se os Estados-Membros mobilizarem recursos adicionais de fontes internas e externas, para reforçarem os seus sistemas de saúde, melhorarem a implementação de intervenções eficazes e abordarem com eficácia os grandes determinantes da saúde.
4. O Comité Regional tomou nota deste relatório de progressos e incentivou os países a adoptarem as acções propostas, para se avançar no sentido da consecução das metas dos ODM.

## ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
ANTECEDENTES .....	1–3
SITUAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES EFICAZES E PROGRESSOS PARA A CONSECUÇÃO DAS METAS .....	4–18
DESAFIOS .....	19–24
PERSPECTIVAS .....	25–36

## ANEXOS

	<i>Página</i>
1: Lista oficial dos indicadores dos ODM .....	9
2: Progressos para os ODM da saúde e relacionados com a saúde.....	11

## ANTECEDENTES

1. Os ODM constituem um compromisso sem precedentes, por parte dos líderes mundiais, de se preocuparem, globalmente, com as questões da paz, segurança, desenvolvimento, direitos humanos e liberdades fundamentais. Três dos oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) dizem respeito à saúde: são eles os Objectivos 4, 5 e 6. Os objectivos 1 e 7 são monitorizados através de indicadores relacionados com a saúde. Em 2007, o objectivo 5 foi alargado para incluir a Meta 5B sobre saúde sexual e reprodutiva (ver lista actualizada no Anexo 1).

2. Os países da Região Africana da OMS<sup>1</sup> têm-se empenhado bastante nos ODM. Exemplos disso são: a Declaração de Abuja de 2001, que pede aos países que afectem 15% da sua despesa pública ao sector da saúde; a resolução de 2004 sobre o Roteiro para acelerar a consecução dos ODM relacionados com a saúde materna e neonatal em África<sup>2</sup>; a Declaração de Maputo de 2004, que considera a tuberculose como uma emergência; a resolução do Comité Regional Africano da OMS de 2005 sobre a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio<sup>3</sup>; os resultados da Conferência Internacional sobre Saúde Comunitária, em Adis Abeba, em 2006; a declaração dos Ministros da Saúde Africanos de 2006 como *Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana*<sup>4</sup>; a Declaração de Ouagadougou de 2008 sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África<sup>5</sup>; a Declaração de Libreville de 2008 sobre Saúde e Ambiente, seguida do Compromisso de Luanda, em 2010; e a adopção do *Compromisso de Brazzaville sobre a Intensificação dos Esforços para o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio ao VIH e SIDA em África até 2010*<sup>6</sup>. Por outro lado, compromissos semelhantes foram assumidos pelos parceiros do desenvolvimento, através das iniciativas do Secretário-Geral das Nações Unidas, tais como a Iniciativa Africana para os ODM, a Estratégia Mundial para a Saúde das Mulheres e das Crianças<sup>7</sup> e o mecanismo de Harmonização para a Saúde em África<sup>8</sup>.

3. Apesar dos referidos compromissos, a maioria dos países da Região não está no bom caminho para a consecução dos ODM da saúde e relacionados com a saúde. O presente relatório informa sobre o nível de implementação de intervenções eficazes para atingir os ODM, apresenta uma actualização dos progressos feitos na consecução das metas dos ODM, identifica os principais desafios e propõe perspectivas para o futuro.

---

<sup>1</sup> OMS, *Para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde: relatório de progressos e perspectivas* (AFR/RC59/3). Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2009.

<sup>2</sup> Resolução AFR/RC54/R9, Roteiro para acelerar a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde materna e neonatal em África. In: *Quinquagésima quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS, Brazzaville, República do Congo, 30 de Agosto – 3 de Setembro de 2004, Relatório final*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2004 (AFR/RC54/19), pp. 22–24.

<sup>3</sup> Resolução AFR/RC55/R2, Alcançar os objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde: análise da situação e perspectivas na Região Africana. In: *Quinquagésima quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS, Brazzaville, Maputo, Moçambique, 22–26 de Agosto de 2005, Relatório final*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2005 (AFR/RC55/20), pp. 7–9.

<sup>4</sup> Resolução AFR/RC55/R6, Aceleração dos esforços de prevenção do VIH na Região Africana. In: *Quinquagésima quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS, Brazzaville, Maputo, Moçambique, 22–26 de Agosto de 2005, Relatório final*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2005 (AFR/RC55/20), pp. 14–16, (<http://www.afro.who.int/en/fifty-fifth-session.html>, acedido em 25 de Fevereiro de 2011).

<sup>5</sup> Resolução AFR/RC58/R3, Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhor saúde para a África no novo milénio. In: *Quinquagésima oitava sessão do Comité Regional Africano da OMS, Yaounde, República dos Camarões, 1–5 de Setembro de 2008, Relatório final*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África 2008 (AFR/RC58/20), pp. 13–15.

<sup>6</sup> AU, WHO, UNAIDS, Brazzaville Commitment on Scaling up Universal Access to HIV and AIDS Prevention, Treatment, Care and Support in Africa by 2010, 08 March 2006.

<sup>7</sup> [http://www.un.org/sg/hf/Global\\_StrategyEN.pdf](http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf) último acesso em 25 de Março de 2011.

<sup>8</sup> Investing in Health for Africa: The Case for Strengthening Systems for Better Health Outcomes, HHA agencies (AfDB, JICA, UNAIDS, UNPFA, UNICEF, USAID, WB, WHO), [http://www.who.int/pmnch/media/membernews/2011/investing\\_health\\_africa\\_eng.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/membernews/2011/investing_health_africa_eng.pdf) último acesso em 29 de Abril de 2011.

## SITUAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES EFICAZES E PROGRESSOS REALIZADOS PARA A CONSECUÇÃO DAS METAS

4. Os progressos realizados para a consecução das metas dos ODM dependem de vários factores, incluindo: nível de implementação das intervenções de eficácia comprovada; reforço dos sistemas de saúde; e uma acção eficaz sobre os grandes determinantes sociais e ambientais da saúde. A análise dos progressos feitos para a consecução das metas dos ODM baseia-se nos indicadores primários dos ODM da Divisão de Estatística das Nações Unidas (UNSD)<sup>9</sup> e em dados das Estatísticas Mundiais de Saúde de 2011<sup>10</sup>. Estas fontes fornecem estimativas padronizadas e comparáveis de modo a permitir comparações válidas e fiáveis entre os países<sup>11</sup>. Devido ao processo de padronização, pode haver discrepâncias entre essas estimativas e aquelas apresentadas pelos países<sup>12</sup>. Nos casos em que não existem dados, usaram-se outras fontes<sup>13</sup>. As tendências são avaliadas com base nos dados disponíveis entre 1990 e o ano mais recente para o qual existia informação, até Fevereiro de 2011. Os Estados-Membros das Nações Unidas tinham concordado anteriormente em utilizar a base de dados estatísticos UNSD, para monitorizar os progressos dos países na consecução dos ODM. Para classificar os países, utilizar-se métodos desenvolvidos pelos grupos inter-agências das Nações Unidas<sup>14</sup>.

### *ODM relativos à Saúde*

5. *ODM 4: Reduzir a mortalidade infantil.* A chave para progredir para a consecução do ODM 4 é chegar a todos os recém-nascidos e a todas as crianças de todos os distritos, com um conjunto limitado de intervenções prioritárias. Essas intervenções são os cuidados pré-natais, os cuidados aos recém-nascidos, a alimentação adequada das crianças, vacinação, tratamento das doenças mais comuns da infância, incluindo a pneumonia e as diarreias e o uso de mosquiteiros impregnados com insecticida (ITN)<sup>15</sup>. Entre 1990 e 2009, a cobertura média de crianças vacinadas contra o sarampo na Região aumentou de 57% para 69%. Em 2010, estima-se que 35% das crianças menores de cinco anos dormiam protegidas por uma rede impregnada com insecticida (ITN). Na Região, a cobertura da procura de cuidados contra a pneumonia permanece baixa, nos 43%, os casos de pneumonia tratada com antibióticos permanece nos 23%, os casos de diarreia tratada com TRO são apenas de 41% e apenas 34% das crianças com paludismo recebem tratamento anti-palúdico. Vários países africanos estão a conseguir progressos encorajadores no tratamento das crianças com má nutrição grave aguda, através dos programas de Tratamento Comunitário da Má Nutrição Aguda (CMAM).

<sup>9</sup> <http://ODMs.un.org/unsd/ODM/Data.aspx> acedido em 8 de Fevereiro de 2011.

<sup>10</sup> World Health Statistics 2011, WHO. Geneva. Switzerland, 2011.

<sup>11</sup> Indicadores para Monitorizar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: Definição, Fundamento, Conceitos e Fontes, ST/ESA/STAT/SER.F/95 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais – Divisão de Estatística, Nações Unidas, Nova Iorque, 2003

<sup>12</sup> A OMS normalmente consulta os países antes de publicar dados sobre os Relatórios Mundiais de Estatísticas de Saúde anuais.

<sup>13</sup> Global Health Observatory <http://apps.who.int/ghodata/> acedido em 8 de Fevereiro de 2011 e African Health Observatory [www.afro.who.int](http://www.afro.who.int), acedido em 8 de Fevereiro de 2011.

<sup>14</sup> Os países são classificados em três categorias, dependendo dos seus níveis de progressos realizados, como: estando no bom caminho; tendo progressos insuficientes ou não apresentando quaisquer progressos. As definições detalhadas são apresentadas como notas de rodapé aos gráficos fornecidos no Anexo.

<sup>15</sup> OMS, *Sobrevivência infantil: estratégia para a Região Africana* (AFR/RC56/13). Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2006.

6. *Progressos para a Meta 4A*<sup>16</sup>: A mortalidade dos menores de cinco anos baixou de 179 por 1000 nados-vivos, em 1990, para 127 por 1000 nados-vivos, em 2009<sup>17</sup>. Sete países<sup>18</sup> estão no bom caminho para atingirem esta meta; 27 países estão a fazer progressos, embora insuficientes; e 12 países não fizeram qualquer progresso (ver Anexo 2: Figura 1).

7. *ODM 5: Melhorar a saúde materna*: as principais intervenções para melhorar a saúde materna incluem: o aumento do acesso a partos com assistência qualificada, associados a uma rápida referência dos casos com complicações (incluindo secções de cesariana gratuitas); o reforço dos cuidados obstétricos e neonatais de emergência (EmONC); o reforço do planeamento familiar, incluindo a redução de gravidezes em adolescentes; e a capacitação das mulheres, famílias e comunidades, para tomarem decisões rápidas<sup>19 20</sup>. A cobertura destas intervenções essenciais, para atingir o ODM5 é ainda baixa. Em 2008, menos de 50% das mulheres receberam cuidados qualificados durante o parto. Oito países tiveram mais de 80% dos partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, entre 2000 e 2009. A cobertura média de cesarianas na Região é de 3,6%, abaixo da percentagem recomendada de 5% - 15%<sup>21</sup>. De 2000 a 2010, a percentagem regional média de mulheres que receberam cuidados pré-natais por pessoal qualificado, pelo menos, uma vez foi de 74% e, pelo menos, 4 vezes durante a gravidez foi de 44%. Persiste a necessidade ainda não satisfeita de planeamento familiar, visto que 24,8% das mulheres da Região que querem retardar ou interromper a gravidez não usam qualquer método de planeamento familiar<sup>22</sup>. Dezoito países estão a implementar a Estratégia da Saúde Reprodutiva da OMS, para acelerar os progressos para a consecução dos objectivos e metas de desenvolvimento internacionais relacionados com a saúde reprodutiva.

8. *Progressos para a Meta 5A*<sup>23</sup>: O rácio estimado de mortalidade materna na Região foi de 620 por 100 000 de nados-vivos, em 2008<sup>24</sup>. A Guiné Equatorial e a Eritreia estão no caminho certo para atingirem esta meta; 33 países estão a fazer progressos, embora insuficientes; e sete países não fizeram qualquer progresso (ver Anexo 2: Figura 2). *Progressos para a Meta 5B*<sup>25</sup>: entre 1990 e 2008, registou-se um aumento de 25% no acesso a contraceptivos entre as mulheres casadas. A prevalência de contraceptivos nos países variava entre 2,8% a 75,8% entre 2000 e 2010, revelando algum progresso para esta meta.

9. *ODM 6: Combater o VIH/SIDA e conseguir o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA*: As intervenções prioritárias para a prevenção, tratamento e cuidados do VIH/SIDA incluem testes do VIH e aconselhamento da iniciativa do prestador de cuidados; testes e aconselhamento da iniciativa do utente; prevenção da transmissão sexual e vertical do VIH; circuncisão masculina; prevenção e controlo das infecções sexualmente transmissíveis; e prevenção do VIH entre os jovens; melhoria da segurança do sangue; prevenção das doenças; prestação de tratamentos e cuidados, como o tratamento anti-retroviral<sup>26</sup>. Os relatórios de progressos dos países nos últimos anos demonstram um avanço considerável na qualidade dos serviços de testes e aconselhamento e na prevenção da transmissão vertical, através da descentralização. O número total de unidades de saúde que oferecem serviços de testes de VIH e aconselhamento (HTC) sofreu novo aumento

<sup>16</sup> ODM Meta 4A: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade das crianças menores de cinco anos.

<sup>17</sup> Levels and Trends in child mortality, Report 2010, Estimates Developed by the UN Interagency Group for child mortality estimation; UNICEF 2010.

<sup>18</sup> Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Libéria, Madagáscar, Maurícia e Seychelles.

<sup>19</sup> Cleland J, et al. Family planning: the unfinished agenda. Lancet. 2006 Nov 18;368 (9549):1810–27.

<sup>20</sup> Conde-Agudelo Agustin and Jose M. Belizan, Maternal morbidity and mortality associated with inter-pregnancy interval: cross sectional study, BMJ, 2000; 321:1255–1259 (18 November) shows that there is a strong relationship between birth intervals and maternal mortality and morbidity.

<sup>21</sup> Count Down Report, 2008.

<sup>22</sup> World Health Statistics 2011, WHO, Geneva, Switzerland, 2011.

<sup>23</sup> ODM Meta 5A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, o rácio de mortalidade materna (MMR).

<sup>24</sup> Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008; Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank; WHO, 2010.

<sup>25</sup> ODM Meta 5B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva.

<sup>26</sup> WHO, Priority interventions, HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector, July 2010.

em 2009, em 43 dos países notificadores. Num subconjunto de 33 países que fizeram notificações consistentes durante o período 2007–2009, o número de unidades de saúde que forneciam estes serviços aumentou mais de 85%, isto é, de 11 132, em 2007, para 20 740, em 2009. Na sequência da adopção do ano de 2006 como *Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana*, os países intensificaram esforços para reduzir o número de novas infecções. Em 30 países com dados comparáveis, a proporção de grávidas infectadas pelo VIH que acederam a medicamentos anti-retrovirais para prevenir a transmissão vertical aumentou de 15%, em 2005 para 54%, em 2009.

10. *Progressos para as Metas 6A e 6B*<sup>27</sup>: em 2009, a prevalência do VIH entre as pessoas com 15 a 49 anos de idade na Região situou-se, em média, nos 4,7%, variando entre 0,1% e 25,9%. Entre 2001 e 2009, a prevalência entre as pessoas com 15 a 49 anos diminuiu ou estabilizou em 29 países. A prevalência do VIH/SIDA aumentou em doze países (ver Anexo 2: Figura 3). No final de 2009, a cobertura média do tratamento anti-retroviral (TAR) foi de 37%<sup>28</sup>. Dezanove países tinham taxas de cobertura superiores a 30%, com o Botsuana e o Ruanda atingindo a meta do acesso universal ao TAR com uma cobertura superior a 80% (Anexo 2: Figura 4).

11. *ODM 6: Combater o paludismo*: as intervenções preventivas contra o paludismo incluem: redes impregnadas com insecticida de longa duração (LLIN) e pulverização residual intradomiciliária de insecticidas (IRS), usando uma abordagem de gestão integrada dos vectores; tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez (IPTp); e diagnóstico parasitológico e tratamento eficaz para todos os grupos etários. A associação medicamentosa à base de artemisinina (ACT) é implementada em 41 dos 42 países de paludismo endémico, com 20 países implementando essa política em todo o seu território. A proporção de febres correctamente tratadas com ACT está a aumentar, com progressos na compra e no diagnóstico. No entanto, um considerável número de febres está ainda a ser tratado com antipalúdicos não recomendados, incluindo as monoterapêuticas orais de artemisinina. Um mecanismo para subsidiar ou fornecer medicamentos gratuitos para o paludismo foi lançado em sete países, de modo a garantir o acesso a ACT de qualidade. Em alguns destes países é fornecida terapêutica domiciliária gratuita para o paludismo. O subsídio dos Serviços de Medicamentos Acessíveis para o Paludismo foi lançado em sete países, para assegurar o acesso a ACT de qualidade e acessíveis. Em 2009, 35% dos casos notificados de paludismo foram confirmados por testes de diagnóstico, em comparação com apenas 5%, em 2000. No final de 2010, todos os 35 países-alvo estavam a implementar o tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez, com 20 países implementando a intervenção em todo o seu território. Em 2010, 23 países tinham adoptado uma política para distribuir ITN a todas as pessoas em risco de paludismo e 289 milhões de ITN tinham sido distribuídas a 77% das populações em risco na Região. Em 2010, estima-se que 42% das casas possuíssem, pelo menos, uma ITN. Vinte e sete países comunicaram que implementavam a IRS. O número de pessoas assim protegidas aumentou de 13 milhões, em 2005, para 75 milhões, em 2009.

12. *Progressos para a Meta 6C*<sup>29</sup>: a interpretação das tendências na incidência do paludismo e dos óbitos em toda a Região é difícil devido a uma notificação incompleta e à dependência, sobretudo, do diagnóstico clínico. No entanto, 12 países registaram uma redução superior a 50% nos casos e óbitos por paludismo nas unidades de saúde<sup>30</sup>.

<sup>27</sup> ODM Meta 6A: *Parar, até 2015, e começar a inverter a propagação do VIH/SIDA*; Meta 6B: Atingir, até 2010, o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA para todos aqueles que deles necessitam.

<sup>28</sup> Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010; WHO-UNAIDS-UNICEF; WHO, 2010.

<sup>29</sup> ODM Meta 6C: *Parar, até 2015, e começar a inverter a incidência do paludismo*.

<sup>30</sup> WHO: World Malaria Report 2010, Geneva, Switzerland, 2010.

13. *ODM 6: Combater a tuberculose:* as intervenções eficazes contra a tuberculose incluem: a implementação do Tratamento Directamente Observado de Curta Duração (DOTS), assegurando uma detecção adequada dos casos, através de testes laboratoriais de qualidade garantida, administração do tratamento padrão supervisionado, sistema eficaz de fornecimento de medicamentos e monitorização e avaliação; e ainda a prevenção e tratamento da tuberculose multirresistente (TB-MR). Dez países atingiram a meta de 70% na detecção de casos de tuberculose, em 2009, e 15 países atingiram a meta de 85% de êxito do tratamento, em 2008, enquanto quatro países atingiram ambas as metas. A percentagem de doentes com tuberculose submetidos ao teste do VIH aumentou de 45%, em 2008, para 53%, em 2009<sup>31</sup>. Dos co-infectados, 76% conseguiram aceder ao tratamento preventivo com cotrimoxazole e 36% dos doentes elegíveis fizeram tratamento antir-etroviral. Trinta e seis países receberam subsídios da Aliança Mundial para os Medicamentos para medicamentos anti-TB de primeira linha. Trinta e oito países notificaram casos de tuberculose multirresistente (TB-MR) e ultra-ressistente (TB-UR). Destes, 20 possuem orientações de tratamento da TB-MR e candidataram-se com sucesso aos medicamentos de segunda linha junto da Comissão da Luz Verde da OMS.

14. *Progressos para a Meta 6C<sup>32</sup>:* em 2009, a prevalência estimada de tuberculose por 100 000 habitantes revelou que as Comores e a Tanzânia estão no caminho certo para atingirem esta meta e 40 países não estão a fazer quaisquer progressos, enquanto três países fizeram progressos consideráveis. A prevalência da TB na Região variava entre 40 e 1193 por 100 000 habitantes, em 2009, e revelava um aumento entre 2000 e 2009, em 33 países, muito devido à pandemia do VIH (Anexo 2: Figura 5).

#### ***ODM relacionados com a saúde***

15. *ODM 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome.* Na última década, mais de 15 países fizeram progressos encorajadores com aumento da amamentação exclusiva em 20%–50%. Cinco destes países fizeram conquistas significativas, com um aumento da amamentação exclusiva superior a 50%. O número de países com uma cobertura superior a 80% da suplementação de vitamina A (VAS) mais do que duplicou nos últimos cinco anos. Sete países atingiram o objectivo de 90% de iodização universal pelo sal no domicílio, usando sal iodado, enquanto cinco países fizeram progressos significativos relativamente ao uso de sal iodado no domicílio.

16. *Progressos na Meta 1C<sup>33</sup>:* Catorze países estão em vias de atingir esta meta; 15 países estão a fazer progressos embora insuficientes; e oito países não fizeram qualquer progresso. Nove países não tinham dados disponíveis sobre as tendências. Entre 2000 e 2009, a percentagem de menores de cinco anos com insuficiência ponderal era de 20,5% e esta percentagem varia entre os países, de 3,7% a 39,9%. (Anexo 2: Figura 6).

17. *ODM 7: Assegurar a sustentabilidade ambiental:* Ao todo, 17 países realizaram análises da situação e avaliações das necessidades para a implementação da Declaração de Libreville. Alguns destes países começaram a desenvolver projectos multisectoriais concretos para alargar a cobertura das intervenções, como abastecimento de água potável e saneamento adequado; tratamento do lixo e dos produtos químicos; e controlo da poluição, a fim de apoiar a consecução dos ODM. Nos 22 países africanos que estão a promover a abordagem do Tratamento e Armazenamento Seguro da Água no Domicílio (HWTS), 18% dos domicílios tratam a água; dos que tratam a água, apenas 10,6% usa "métodos adequados" (ferver, desinfectar com lixívia, filtrar ou usar sistemas solares). Dez países fizeram algum progresso na implementação dos Planos de Segurança da Água (WSP) e cinco países deram formação sobre a implementação dos WSP. A África do Sul,

<sup>31</sup> WHO: Global Tuberculosis Control Report 2010, Geneva, Switzerland, 2010.

<sup>32</sup> ODM Meta 6C: *Parar, até 2015, e começar a inverter a incidência da tuberculose.*

<sup>33</sup> ODM Meta 1C: *Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem de pessoas que sofrem de fome.*

por exemplo, tem regulamentos com base em incentivos e a Nigéria tem requisitos reguladores explícitos para os WSP nas suas normas revistas. Os projectos de Tratamento do Lixo Hospitalar (HCWM) estão implementados em 36 países e seis países criaram quadros nacionais reguladores para o uso seguro de pesticidas para a saúde pública.

18. *Progressos na Meta 7C:*<sup>34</sup> Doze países estão em vias de atingir a meta do abastecimento de água potável, enquanto 20 países não fizeram qualquer progresso. A percentagem da população que usa fontes melhoradas de água potável variava entre 38% e 99%, em 2008 (Anexo 2: Figura 7), com grandes disparidades entre as zonas urbanas (84%) e rurais (48%). A Argélia e a Maurícia estão em vias de atingir a meta do saneamento básico, enquanto 30 países não fizeram qualquer progresso. (Anexo 2: Figura 8).

## DESAFIOS

19. As evidências indicam que a maioria dos países da Região Africana não fizeram ainda progressos suficientes rumo às metas dos ODM. Há alguns problemas essenciais e abrangentes que precisam de ser eficazmente resolvidos, para que os países possam atingir os objectivos. Esses problemas são: a) recursos internos e externos inadequados para a consecução dos ODM, inclusive para abordar os grandes determinantes da saúde; b) recursos externos imprevisíveis, não sustentáveis e mal alinhados com as prioridades dos países; c) uso ineficaz dos recursos existentes; d) sistemas de saúde frágeis, incluindo serviços de saúde inadequados (insuficiente atenção à qualidade dos cuidados); e) fraca capacidade humana e institucional, o que gera uma fraca capacidade de implementação dos programas; f) sistemas frágeis de gestão das compras e do aprovisionamento, o que resulta na rotura de *stocks* e falta de serviços laboratoriais; g) desigualdades persistentes (p. ex., por área geográfica, por rendimento e nível educacional) no acesso às intervenções comprovadas, particularmente contra a mortalidade materna e mortalidade infantil, VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; h) baixa prioridade atribuída à saúde na definição das prioridades nacionais para a economia e desenvolvimento e nas políticas de afectação de recursos; i) fraca resposta multisectorial e fracos progressos na consecução dos outros ODM; j) dados inadequados e fraca capacidade de monitorização e avaliação.

20. *ODM 4 e 5:* Os principais desafios e lacunas comunicados em relação à consecução dos ODM 4 e 5 incluem: má tradução dos compromissos e resoluções em acções concretas a todos os níveis; inadequada disponibilidade de cuidados de saúde essenciais ou incapacidade de muitas mães e seus filhos para acederem a esses cuidados; elevada subnutrição materna e infantil e más práticas de alimentação; fraca escolaridade materna; acesso limitado a contraceptivos; inadequada prestação de cuidados onde eles são mais necessários; lacunas na cobertura e conteúdo das intervenções essenciais em cuidados continuados, tais como a prevalência de contraceptivos, a assistência qualificada aos partos e cuidados pós-natais e amamentação exclusiva; inadequada garantia de qualidade e oportunidades perdidas. Outros desafios incluem: a formulação de políticas de planeamento; o financiamento dos programas de saúde sexual e reprodutiva (SRH); e questões essenciais a resolver, nomeadamente a eliminação da sífilis congénita, a prevenção dos abortos de risco, o reposicionamento do planeamento familiar e o acesso universal aos serviços de SRH. O crescimento da pandemia do VIH/SIDA também tem um grande impacto na saúde materna e infantil.

21. *ODM 6:* Os principais problemas que se colocam à consecução da meta relacionada com o VIH/SIDA incluem: lento recurso aos serviços de testes e aconselhamento sobre o VIH, insuficiente cobertura do reforço das intervenções de PTV, para eliminar a transmissão vertical do VIH, inadequada organização dos serviços de saúde para proporcionar tratamento, cuidados e apoio às pessoas que vivem com o VIH/SIDA, incluindo a detecção e monitorização dos doentes. Outros problemas são: os fracos sistemas de vigilância e monitorização

---

<sup>34</sup> ODM Meta 7C: Reduzir para metade, até 2015, a percentagem de pessoas sem acesso sustentável a água potável e saneamento básico.



da resistência aos medicamentos anti-VIH e anti-TB e respectiva farmacovigilância, bem como a falta de instrumentos de medição da incidência e impacto.

22. Os problemas que se colocam à consecução das metas do paludismo incluem: inadequada habitação, más condições de vida e limitado acesso a cuidados de saúde. O paludismo obriga a despesas suportadas pelo utente que são catastróficas para as famílias, alimentando assim o círculo vicioso da pobreza. O sector privado, normalmente, não participa nem está envolvido na adopção de políticas nacionais sobre o acesso aos serviços de prevenção e tratamento do paludismo. O uso continuado da monoterapêutica de artemisinina, particularmente no sector privado, é um grande obstáculo, podendo contribuir para a emergência de resistência e abreviar a vida terapêutica útil das ACT. Até à data, apenas uma classe de insecticidas (piretróides) foi aprovada para aplicação nas ITN. O aparecimento recente de resistência aos piretróides pode estar já a reduzir a eficácia das ITN, em condições reais.

23. *ODM 1*: Um outro problema que continua a existir é o da colocação das questões da nutrição na agenda nacional e da integração da nutrição nos planos de acção nacionais do desenvolvimento. Outros problemas são: a insuficiência de capacidades técnicas dos países na área da segurança alimentar e da nutrição; a falta de uma estratégia de comunicação abrangente sobre segurança alimentar e nutrição; inadequada cooperação, colaboração e coordenação entre as principais partes interessadas; e investimentos financeiros inadequados por parte dos países na área da segurança alimentar e da nutrição.

24. *ODM 7*: Os países da Região Africana enfrentam o desafio da gestão integrada dos recursos hídricos, especialmente entre o sector da água, o sector do ambiente e o sector da saúde, apesar da Declaração de Libreville sobre saúde e ambiente, que agora constitui um quadro estratégico para coordenar a acção intersectorial. O aumento dos serviços de distribuição de saneamento e água potável, especialmente às populações não servidas, tanto a nível nacional como subnacional, continua a constituir um importante problema. As alterações climáticas constituem um outro desafio, que já está a ter um impacto negativo sobre o fornecimento de água e o saneamento, devido às cheias e às secas. As cheias, normalmente, afectam o fornecimento básico de água e as infra-estruturas sanitárias, espalhando os excrementos humanos e os riscos relacionados com a saúde entre as comunidades. As secas provocam a queda do nível das águas subterrâneas e reduzem a corrente das águas superficiais.

## **PERSPECTIVAS**

25. Com a finalidade de acelerar os progressos destinados a atingir os ODM relacionados com a saúde, os países e seus parceiros do desenvolvimento deverão aumentar significativamente os recursos e explorar novas formas inovadoras de conseguir esses progressos. Por outro lado, deverão reforçar as estruturas e os mecanismos existentes para mobilização e utilização sustentável, eficaz e eficiente dos recursos internos e externos e para assegurar uma boa coordenação a nível nacional, sub-nacional e distrital.

26. Os países podem reforçar os seus sistemas de saúde, implementando integralmente a Declaração de Ouagadougou de 2008 sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, com vista a: assegurar a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde; uma força de trabalho em saúde qualificada; um sistema de informação sanitária eficaz que integre e reforce os sistemas de vigilância, monitorização e avaliação; o acesso equitativo a produtos médicos essenciais, vacinas e tecnologias; um sistema de financiamento da saúde funcional; e uma estrutura robusta de liderança e governação. Os países deverão perseguir intensivamente políticas que tornem os serviços de saúde disponíveis e acessíveis a todos, tornando os serviços gratuitos no ponto de entrega e explorando estratégias de financiamento inovadoras, incluindo mecanismos de pré-pagamento e de combinação dos riscos.

27. Os países deverão reforçar a liderança e a capacidade institucional dentro dos ministérios da saúde, especialmente na análise macroeconómica e no planeamento e orçamentação das estratégias. É preciso reforçar o diálogo entre os ministérios da saúde e da supervisão, tais como o das finanças e planeamento. Os esforços nacionais devem seguir o princípio dos “Três Uns”, ou seja, o princípio de UM plano nacional, UM mecanismo de coordenação e UM plano de monitorização e avaliação, ao mesmo tempo que se esforçam por atingir os ODM.

28. Por outro lado, os países deverão melhorar as suas capacidades a todos os níveis, especialmente a nível distrital e local, para: i) adquirir, gerar, armazenar, partilhar e aplicar a informação, as evidências e os conhecimentos para uma melhor monitorização dos progressos em curso para a consecução dos ODM; ii) identificar e implementar intervenções eficazes; iii) envolver e encorajar o sector privado a seguir e implementar políticas/prioridades nacionais; iv) avaliar o impacto das intervenções. De acordo com a Declaração de Ouagadougou e a Declaração de Argel, os países deverão considerar a criação de observatórios nacionais de saúde ligados ao Observatório Africano da Saúde.

29. *ODM 4 e 5:* Os países deverão melhorar a cobertura das intervenções preventivas e curativas de alto impacto que, comprovadamente, reduzem a mortalidade materna, neonatal e infantil e promovem a integração das intervenções sobre paludismo, VIH/SIDA e planeamento familiar nos serviços de saúde materna e neonatal. Deve ser dada ênfase aos investimentos que beneficiam os pobres, e na promoção do envolvimento comunitário.

30. *ODM 6:* Os países deverão reforçar as intervenções essenciais para a prevenção e tratamento do VIH/SIDA e actualizar as políticas e planos estratégicos do paludismo, em linha com o acesso universal e com os compromissos dos ODM. Deverão promover o acesso universal a serviços DOTS de qualidade.

31. *ODM 1:* Os países deverão formular ou rever: i) políticas multissetoriais de alimentação e nutrição e estratégias e planos de acção orçamentados a todos os níveis; ii) estratégias abrangentes de promoção da saúde que incentivem a mudança de comportamentos e uma comunicação eficaz para a melhoria dos programas de nutrição que exercem um impacto positivo sobre a saúde, os cuidados e o desenvolvimento das crianças.

32. *ODM 7:* Os países deverão abordar as principais prioridades de saúde e ambiente, designadamente o fornecimento de água potável e saneamento, a gestão da poluição atmosférica, resíduos químicos, vectores das doenças, degradação e poluição do solo, no contexto das estratégias nacionais para a prevenção primária. Deverão também apropriar-se e implementar o Programa Pan-Africano para Adaptação da Saúde Pública às Alterações Climáticas.

33. Os países são encorajados a envolver a indústria farmacêutica, de modo a assegurar a disponibilidade de medicamentos e vacinas a baixo custo. Os parceiros também devem continuar a advogar a redução do preço de medicamentos e vacinas e devem apoiar os países neste esforço.

34. A OMS e os outros parceiros devem continuar a apoiar os países a fortalecer a sua capacidade para mobilizar os seus recursos; melhorar a liderança e a parceria; reformar os sistemas nacionais de saúde através da abordagem dos cuidados de saúde primários; intensificar as intervenções eficazes para a redução da mortalidade materna e infantil; SIDA, tuberculose e paludismo; e a enfrentar os determinantes-chave da saúde. Também devem ajudar os países a melhorar a sua capacidade de produzir, partilhar e utilizar informações na criação de políticas e decisões através do Observatório Africano de Saúde e de uma rede de observatórios nacionais de saúde.

35. A não ser que as actuais tendências sofram uma mudança radical, não é provável que a maioria dos países da Região Africana atinja qualquer dos ODM da saúde ou com ela relacionados. Contudo, é possível fazer progressos se os Estados-Membros i) mobilizarem recursos adicionais de fontes internas e externas para reforçar os sistemas de saúde; ii) melhorarem a implementação de intervenções eficazes; iii) agirem com eficácia sobre os grandes determinantes da saúde.

36. O Comité Regional tomou nota deste relatório de progressos e incentivou os países a adoptarem as acções propostas como caminho futuro para atingirem as metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

## Anexo 1: Lista oficial dos indicadores dos ODM

Quadro revisto de monitorização dos ODM, com novas metas e indicadores, aprovados pela 62<sup>a</sup> Assembleia-Geral das Nações Unidas. As metas e indicadores relativos à saúde são apresentados em fundo cinzento. Todos os indicadores devem, tanto quanto possível, ser separados por sexo e zona de residência (urbana/rural).

*Em vigor a partir de 15 de Janeiro de 2008*

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)	
Objectivos e metas (da Declaração do Milénio)	Indicadores de monitorização dos progressos
<b>Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome</b>	
Meta 1.A: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem da população com rendimento inferior a um dólar por dia	1.1 Percentagem da população com menos de 1 dólar americano (PPP) por dia <sup>i</sup> 1.2 Rácio do hiato de pobreza 1.3 Parte do quintil mais pobre no consumo nacional
Meta 1.B: Alcançar o emprego pleno e produtivo, assim como trabalho decente para todos, incluindo mulheres e jovens	1.4 Taxa de crescimento do PIB por pessoa empregada 1.5 Rácio emprego/população 1.6 Percentagem da população empregada que vive com menos de 1 dólar americano (PPP) por dia 1.7 Percentagem de trabalhadores por conta própria e famílias de trabalhadores contribuintes com pleno emprego
Meta 1.C: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem da população afectada pela fome	1.8 Prevalência de crianças subnutridas com menos de cinco anos de idade 1.9 Percentagem da população com consumo calórico abaixo do nível mínimo
<b>Objectivo 2: Atingir o ensino primário universal</b>	
Meta 2.A: Assegurar que, em 2015, todas as crianças, rapazes e raparigas, conseguirão concluir a escolaridade primária	2.1 Rácio líquido de inscrição no ensino primário 2.2 Percentagem de alunos que iniciam o primeiro ano de escolaridade e que chegam ao último ano da escola primária 2.3 Taxa de literacia dos jovens com 15-24 anos, homens e mulheres
<b>Objectivo 3: Promover a igualdade entre os géneros e capacitar as mulheres</b>	
Meta 3.A: Eliminar as disparidades entre os géneros no ensino primário e secundário, de preferência até 2005, e em todos os níveis de ensino até 2015	3.1 Rácios raparigas/rapazes no ensino primário, secundário e superior 3.2 Número de mulheres com emprego remunerado no sector não agrícola 3.3 Percentagem de assentos ocupados por mulheres no parlamento nacional
<b>Objectivo 4: Reduzir a mortalidade infantil</b>	
Meta 4.A: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos	4.1 Taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos 4.2 Taxa de mortalidade infantil 4.3 Percentagem de crianças com 1 ano de idade que foram vacinadas contra o sarampo
<b>Objectivo 5: Melhorar a saúde materna</b>	
Meta 5.A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, o rácio de mortalidade materna	5.1 Rácio de mortalidade materna 5.2 Percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado

<p>Meta 5.B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva</p>	<p>5.3 Taxa de prevalência de contraceptivos          5.4 Taxa de partos na adolescência          5.5 Cobertura dos cuidados pré-natais (pelo menos, uma consulta e, pelo menos, quatro consultas)          5.6 Necessidade não satisfeita no planeamento familiar</p>
<p><b>Objectivo 6: Combater o VIH/SIDA, o paludismo e outras doenças</b></p>	
<p>Meta 6.A: Até 2015, parar e começar a inverter a propagação do VIH/SIDA</p>	<p>6.1 Prevalência do VIH entre a população de 15-24 anos          6.2 Uso de preservativos, pelo menos, nas relações sexuais de alto risco          6.3 Percentagem da população de 15-24 anos, com um conhecimento completo e correcto sobre o VIH/SIDA          6.4 Rácio da frequência escolar das crianças órfãs para a frequência escolar das crianças não órfãs, com 10-14 anos de idade</p>
<p>Meta 6.B: Atingir, até 2010, o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA por parte de todas as pessoas que dele necessitam</p>	<p>6.5 Percentagem de população com infecção por VIH em estado avançado, que têm acesso a medicamentos antirretrovirais</p>
<p>Meta 6.C: Até 2015, parar e começar a inverter a incidência do paludismo e de outras doenças graves</p>	<p>6.6 Taxas de incidência e óbito associadas ao paludismo          6.7 Percentagem de crianças com menos de 5 anos que dormem protegidas por mosquiteiros impregnados com insecticida          6.8 Percentagem de crianças com menos de 5 anos que têm febre e são tratadas com medicamentos antipalúdicos apropriados          6.9 Taxas de incidência, prevalência e óbito associadas à tuberculose          6.10 Percentagem de casos de tuberculose detectados e curados pelo tratamento de curta duração sob observação directa</p>
<p><b>Objectivo 7: Garantir a sustentabilidade ambiental</b></p>	
<p>Meta 7.A: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e inverter a perda de recursos ambientais</p>	<p>7.1 Percentagem da área coberta por floresta          7.2 Total de emissões de CO<sub>2</sub> <i>per capita</i> e por 1 dólar americano do PIB (PPP)          7.3 Consumo de substâncias destruidoras de ozono          7.4 Percentagem de reservas de peixe, dentro de limites biológicos seguros          7.5 Percentagem do total de recursos hídricos usados          7.6 Percentagem de áreas terrestres e marinhas protegidas          7.7 Percentagem de espécies ameaçadas de extinção</p>
<p>Meta 7.B: Reduzir a perda da biodiversidade, atingindo, até 2010, uma significativa redução da taxa de perda</p>	<p>7.8 Percentagem da população que usam uma fonte melhorada de água potável          7.9 Percentagem da população que usam melhores serviços de saneamento básico</p>
<p>Meta 7.C: Reduzir para metade, até 2015, a percentagem da população sem acesso permanente a água potável e a saneamento básico</p>	<p>7.10 Percentagem da população urbana que vive em bairros degradados<sup>ii</sup></p>
<p>Meta 7.D: Até 2020, melhorar significativamente a vida de, pelo menos, 100 milhões de habitantes de bairros degradados</p>	<p></p>

<b>Objectivos 8: Criar uma parceria mundial para o desenvolvimento</b>	
<p>Meta 8.A: Continuar a desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório</p> <p>Inclui um compromisso com a boa governação, desenvolvimento e redução da pobreza, tanto nacional como internacionalmente</p> <p>Meta 8.B: Satisfazer as necessidades especiais dos países menos desenvolvidos</p> <p>Inclui: livre acesso a pautas aduaneiras e quotas para exportações dos países menos desenvolvidos; programa melhorado de redução da dívida para os países pobres altamente endividados (HIPC) e perdão da dívida oficial bilateral; e uma AOD mais generosa aos países comprometidos com a redução da pobreza</p> <p>Meta 8.C: Satisfazer as necessidades especiais dos países em desenvolvimento encravados e dos pequenos estados insulares (através do Programa de Acção para o Desenvolvimento Sustentável dos pequenos países insulares em desenvolvimento e dos resultados da vigésima segunda sessão especial da Assembleia-Geral)</p> <p>Meta 8.D: Tratar de forma integrada os problemas da dívida dos países em desenvolvimento, através de medidas nacionais e internacionais, de modo a tornar essa dívida sustentável a longo prazo</p>	<p><i>Alguns indicadores da seguinte lista são monitorizados isoladamente para os países menos desenvolvidos (PMD), África, países em desenvolvimento encravados e pequenos estados insulares.</i></p> <p><u>Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (ODA)</u></p> <p>8.1 AOD líquida, total, e para os países menos desenvolvidos, como percentagem do produto nacional bruto dos países doadores da OCDE/DAC</p> <p>8.2 Percentagem da AOD bilateral total dos doadores OCDE/DAC, atribuível por sector, para serviços sociais básicos (ensino básico, cuidados de saúde primários, nutrição, água potável e saneamento)</p> <p>8.3 Percentagem da ODA bilateral oficial dos doadores OCDE/DAC que não está comprometida</p> <p>8.4 ODA recebida pelos países em desenvolvimento encravados como percentagem do seu produto nacional bruto</p> <p>8.5 ODA recebida pelos estados insulares em desenvolvimento como percentagem do seu produto nacional bruto</p> <p><u>Acesso aos mercados</u></p> <p>8.6 Percentagem do total de importações para países desenvolvidos (por valor, excluindo armas) a partir de países em desenvolvimento e países menos desenvolvidos, consideradas livres de taxas</p> <p>8.7 Média de tarifas impostas pelos países desenvolvidos sobre produtos agrícolas e têxteis e vestuário aos países em desenvolvimento</p> <p>8.8 Estimativa do apoio agrícola para os países da OCDE como percentagem do produto nacional bruto</p> <p>8.9 Percentagem da ODA prestada para apoiar a formação de capacidades na área do comércio</p> <p><u>Sustentabilidade da dívida</u></p> <p>8.10 Número total de países que atingiram os seus pontos de decisão HIPC e número dos que atingiram os seus pontos de conclusão HIPC (cumulativo)</p> <p>8.11 Redução da dívida comprometida ao abrigo das iniciativas HIPC e MDRI</p> <p>8.12 Pagamento da dívida como percentagem da exportação de bens e serviços</p>
<p>Meta 8.E: Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar aos países em desenvolvimento o acesso a medicamentos essenciais de preço acessível</p>	<p>8.13 Percentagem da população com acesso, de forma sustentável, a medicamentos essenciais de preço acessível</p>
<p>Meta 8.F: Em cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente das tecnologias de informação e comunicação</p>	<p>8.14 Linhas telefónicas por 100 habitantes</p> <p>8.15 Subscritores de telemóveis por 100 habitantes</p> <p>8.16 Utilizadores de Internet por 100 habitantes</p>

Os Objectivos e Metas de Desenvolvimento do Milénio são os da Declaração do Milénio, assinada por 189 países, incluindo 147 Chefes de Estado e de Governo, em Setembro de 2000 (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>), tendo sido depois adoptados pelos Estados-Membros na Cimeira Mundial de 2005 (Resolução aprovada pela Assembleia-Geral - A/RES/60/1, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1>). Os Objectivos e Metas estão interligados e devem ser encarados como um todo. Representam uma parceria entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento “para criar um ambiente – tanto a nível nacional como mundial – conducente ao desenvolvimento e à eliminação da pobreza”.

---

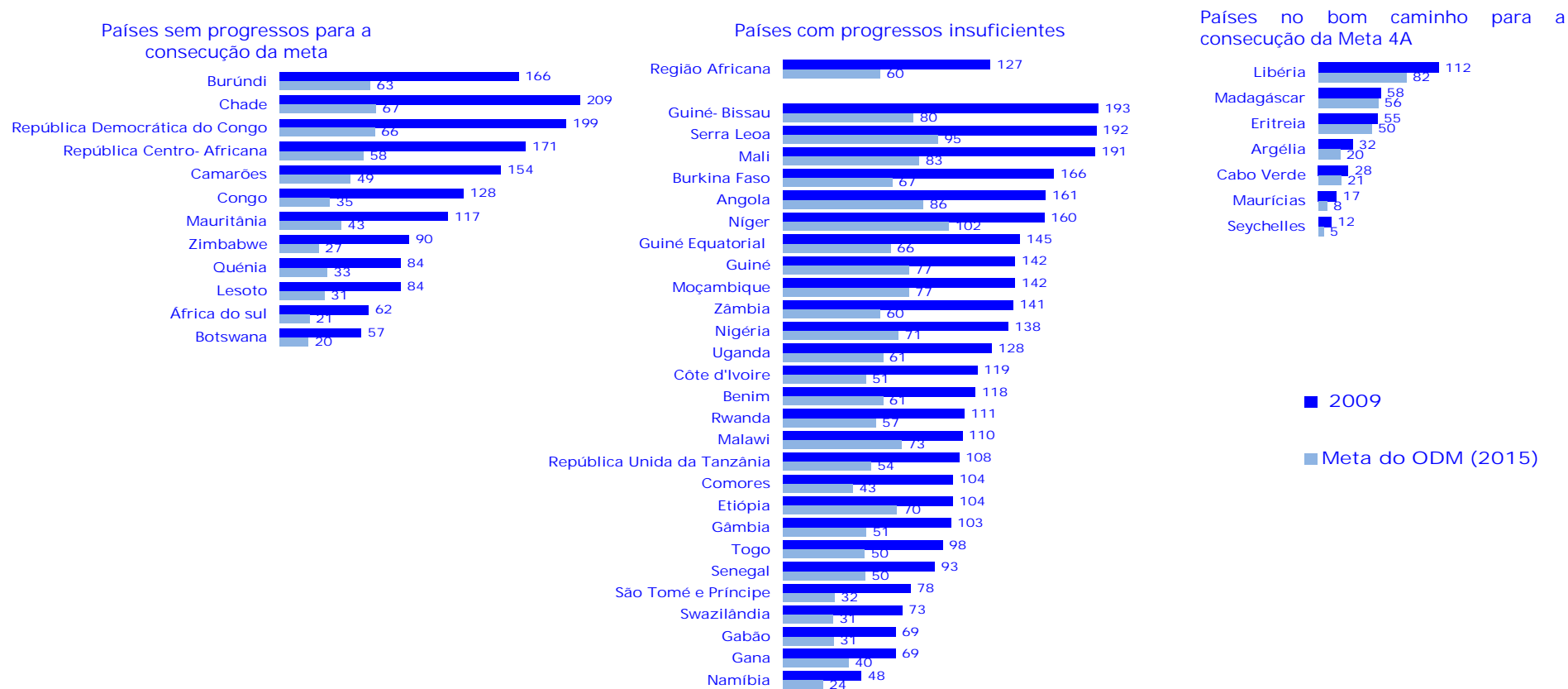
<sup>i</sup> Para monitorizar as tendências da pobreza, devem usar-se indicadores baseados em índices nacionais de pobreza, se existirem.

<sup>ii</sup> A percentagem real das pessoas que vivem em bairros degradados é medida por amostragem, representada pela população urbana que vive em casas com, pelo menos, uma das seguintes quatro características: a) falta de acesso a melhor abastecimento de água; b) falta de acesso a melhor saneamento básico; c) sobrelotação (três ou mais pessoas por quarto); e d) habitações feitas de materiais precários.

**Anexo 2: Progressos na consecução dos ODM relativos e relacionados com a saúde**

**ODM 4 (Saúde infantil)**

Figura 1 : Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1 000 nados-vivos) em 2009 e a taxa da meta do ODM para a Região Africana<sup>35</sup>



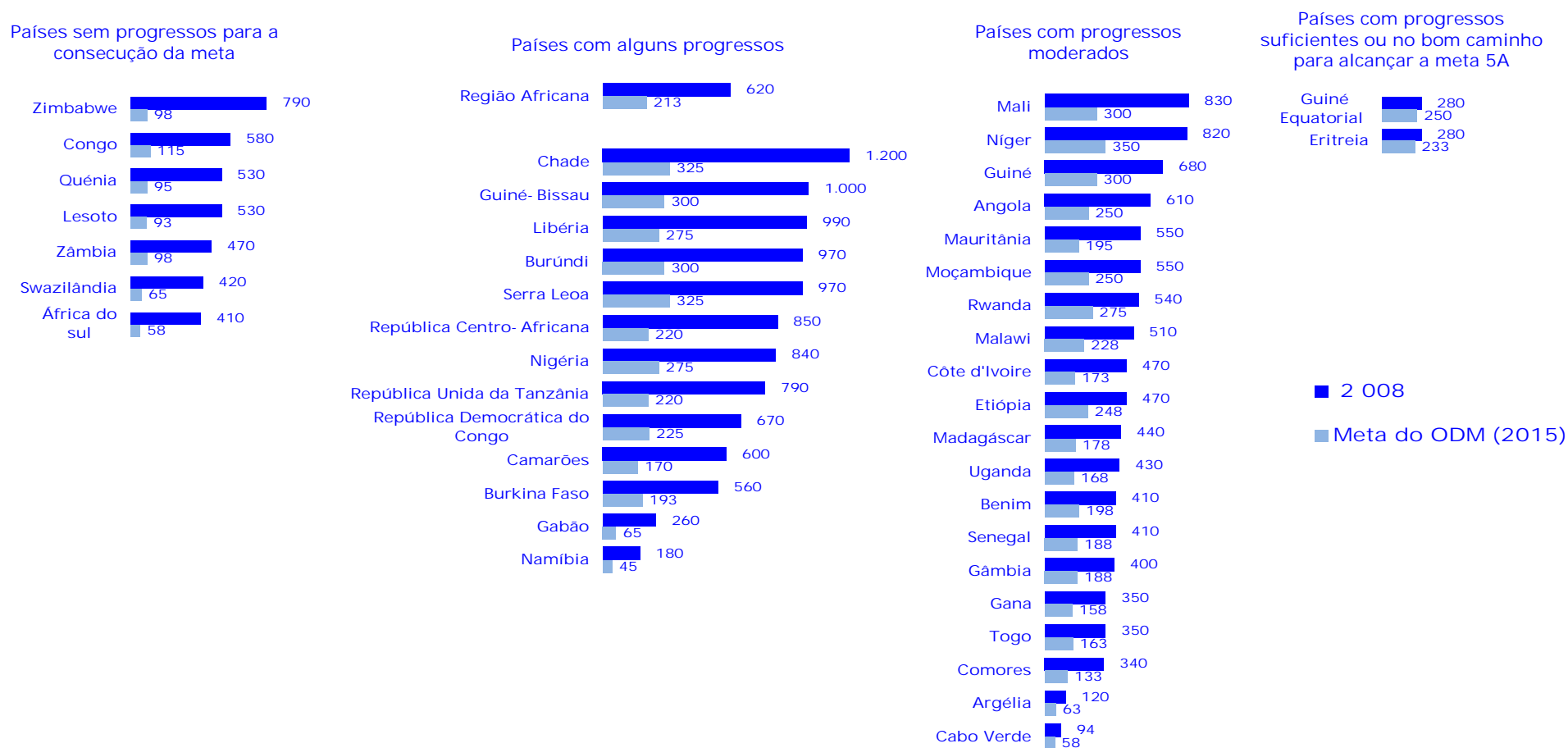
<sup>35</sup> Fontes dos dados: WHO, World health statistics 2011, Geneva, World Health Organization, 2011.

A avaliação nacional e regional dos progressos para a consecução do ODM 4 baseia-se na taxa média mundial de redução (AARR) da TMM5 observada entre 1990–2008 e exigida durante 2009–2015, de modo a alcançar a meta do ODM de redução da TMM5 em dois terços até 2015, de acordo com os seguintes limiares: *No bom caminho*: TMM5 inferior a 40 ou TMM5 é igual ou superior a 40 e a AARR observada em 1990–2008 é igual ou superior a 4,0 por cento. *Progressos insuficientes*: TMM5 é igual ou superior a 40 e a AARR observada em 1990–2008 é entre 1,0 e 3,9 por cento. *Sem progressos*: TMM5 é igual ou superior a 40 e a AARR observada em 1990–2008 é inferior a 1,0 por cento.



## ODM 5 (Saúde Materna)

Figura 2: Taxa de mortalidade materna<sup>36</sup> (por 100 000 nados-vivos) em 2008 e a taxa da meta do ODM para a Região Africana

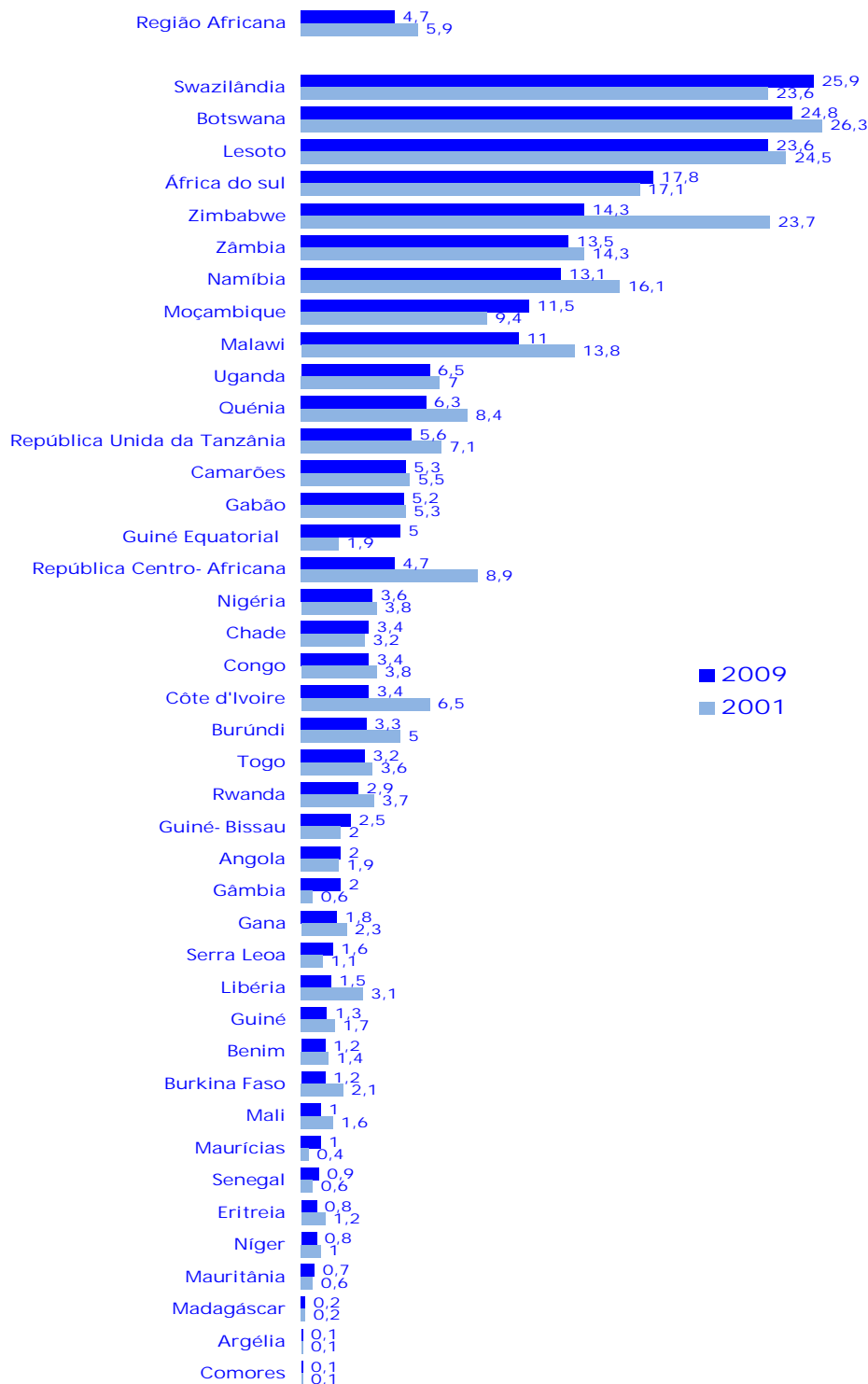


<sup>36</sup> Fonte: Trends in maternal mortality : 1990 to 2008; estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank; WHO, 2010 and the World Bank, WHO, 2010 and WHO, World health statistics 2011, Geneva, World Health Organization 2011.

Países com MMR $\geq$ 100 em 1990 são classificados como “no bom caminho ou com progressos suficientes” se tiver havido um decréscimo anual igual ou superior a 5,5%, “progressos moderados” se a MMR tiver diminuído entre 2% e 5,5%, “alguns progressos” se tiver havido uma diminuição anual da MMR inferior a 2%, e “sem progressos” se não tiver ocorrido qualquer diminuição da MMR. Países com MMR<100 em 1990, como o Botsuana e a Maurícia não estão classificados. Não existem dados das tendências de São Tomé e Príncipe e das Seychelles.

**ODM 6 (SIDA, paludismo e TB)**

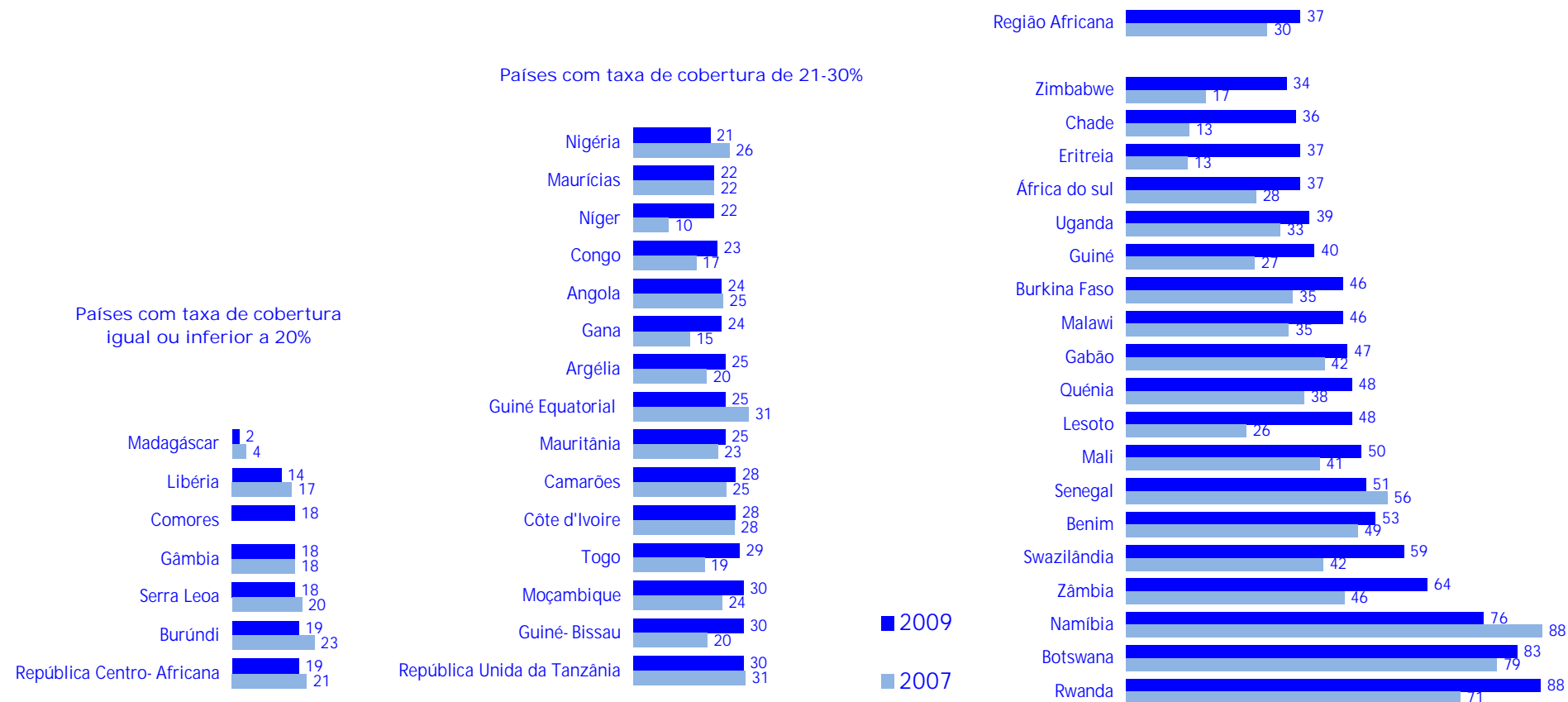
Figura 3: Prevalência do VIH em pessoas entre os 15 e os 49 anos de idade na Região Africana, expressa em percentagem<sup>37</sup>



<sup>37</sup> Sem dados disponíveis sobre as tendências para Cabo Verde, República Democrática do Congo, Etiópia, São Tomé e Príncipe e Seychelles.

Figura 4: Percentagem da população a necessitar de tratamento, com acesso a medicamentos anti-retrovirais<sup>38</sup> em 2009 e em 2007 na Região Africana<sup>39</sup>

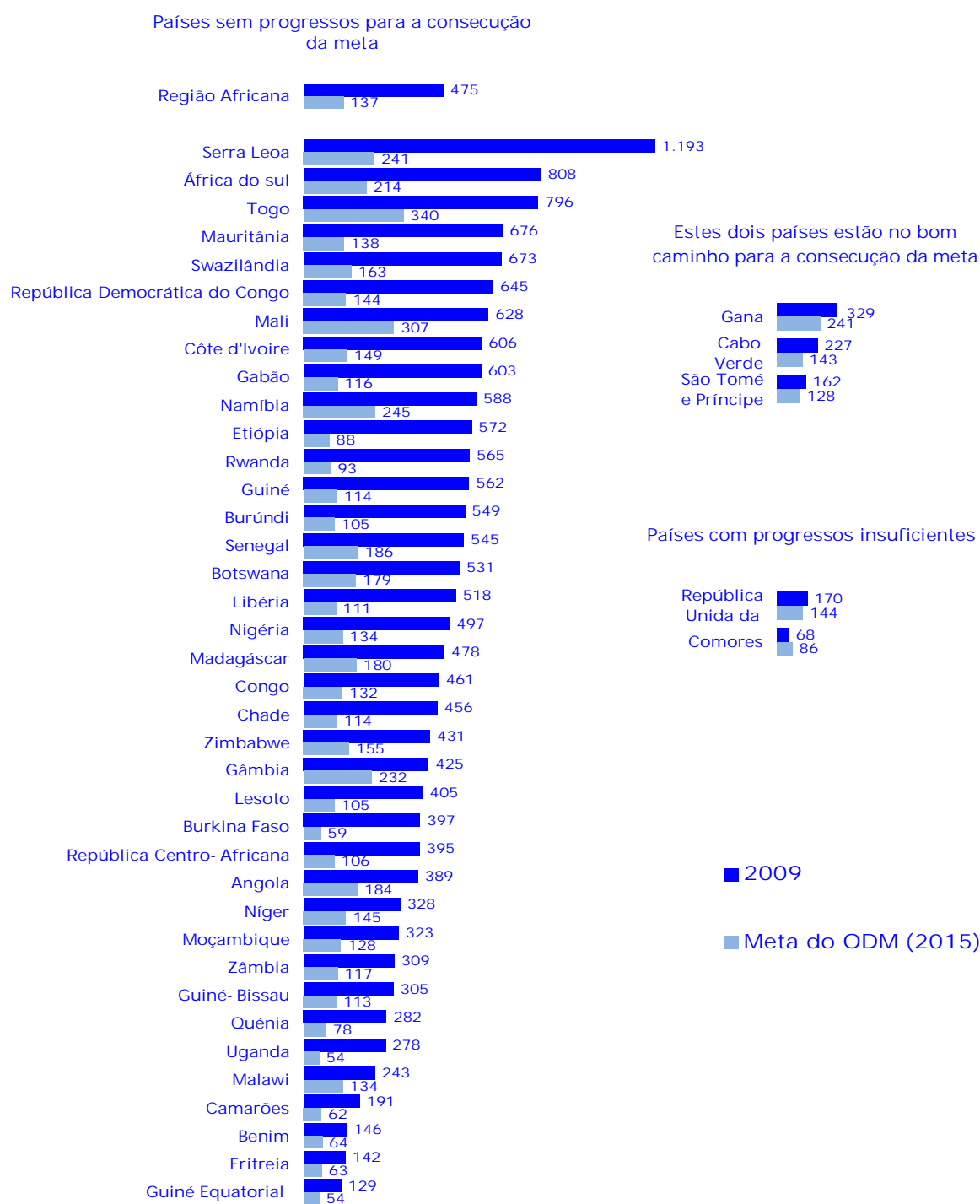
Países com taxa de cobertura igual ou superior a 31%. O Botsuana e o Ruanda alcançaram a meta do Acesso Universal de 80% em 2009



<sup>38</sup> Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010; WHO-UNAIDS-UNICEF; WHO, 2010

<sup>39</sup> Sem dados disponíveis sobre as tendências para Cabo Verde, República Democrática do Congo, Etiópia, São Tomé e Príncipe e Seychelles.

Figura 5: Prevalência da tuberculose (por 100 000 habitantes) em 2009<sup>40</sup> e a meta do ODM para a Região Africana<sup>41</sup>

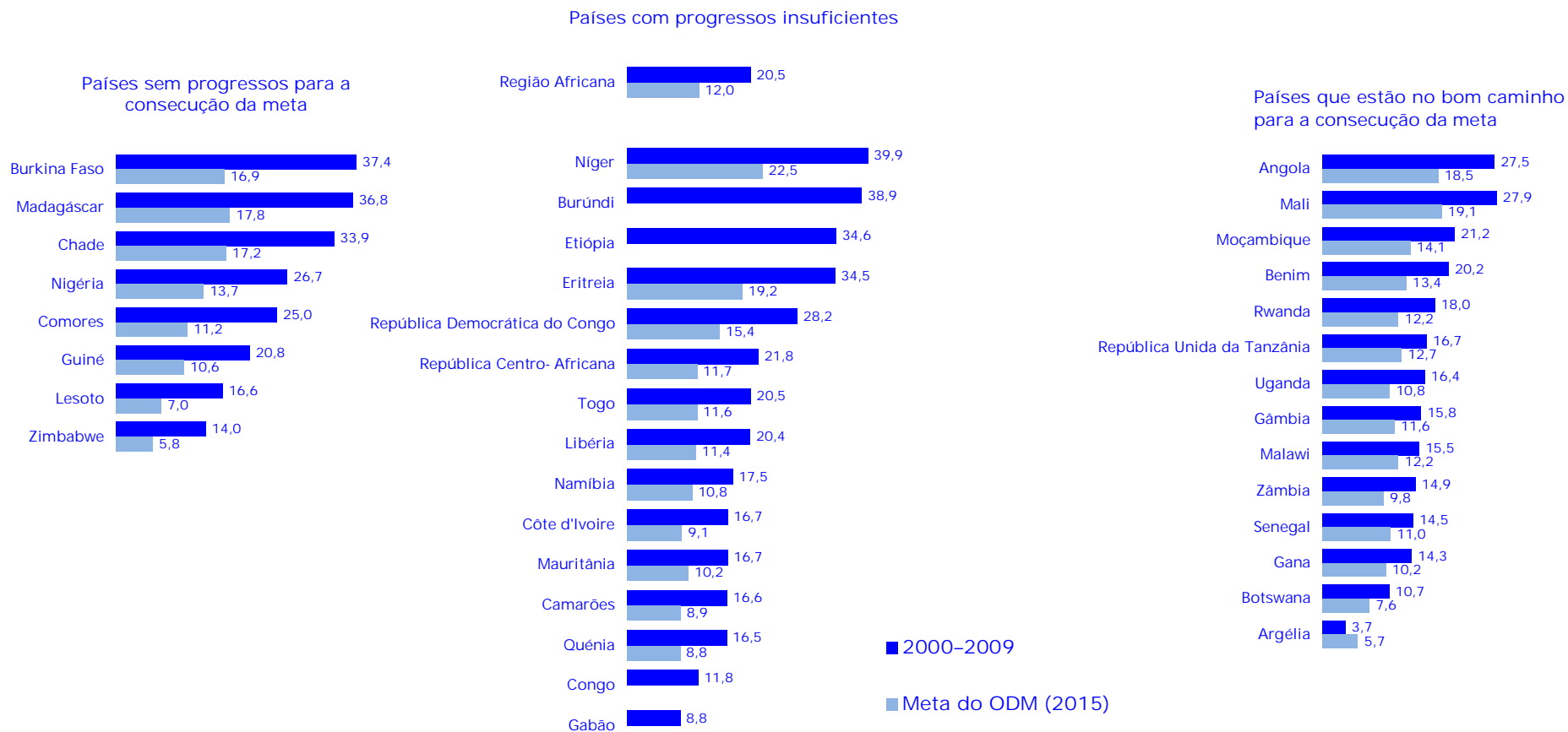


<sup>40</sup> Fonte dos dados: WHO, World health statistics 2011, Geneva, World Health Organization 2011.

<sup>41</sup> Os países são classificados como: “no bom caminho” se a taxa média anual de redução (AARR) for superior ou igual a 2,6%; “progressos insuficientes” se a AARR se situar entre 0,6% e 2,5%. “Sem progressos” se a AARR for inferior ou igual a 0,5%. Os países com prevalência de TB <100 em 1990, como a Argélia, Maurícia e Seychelles não estão classificados.

**ODM 1 (Crianças subnutridas)**

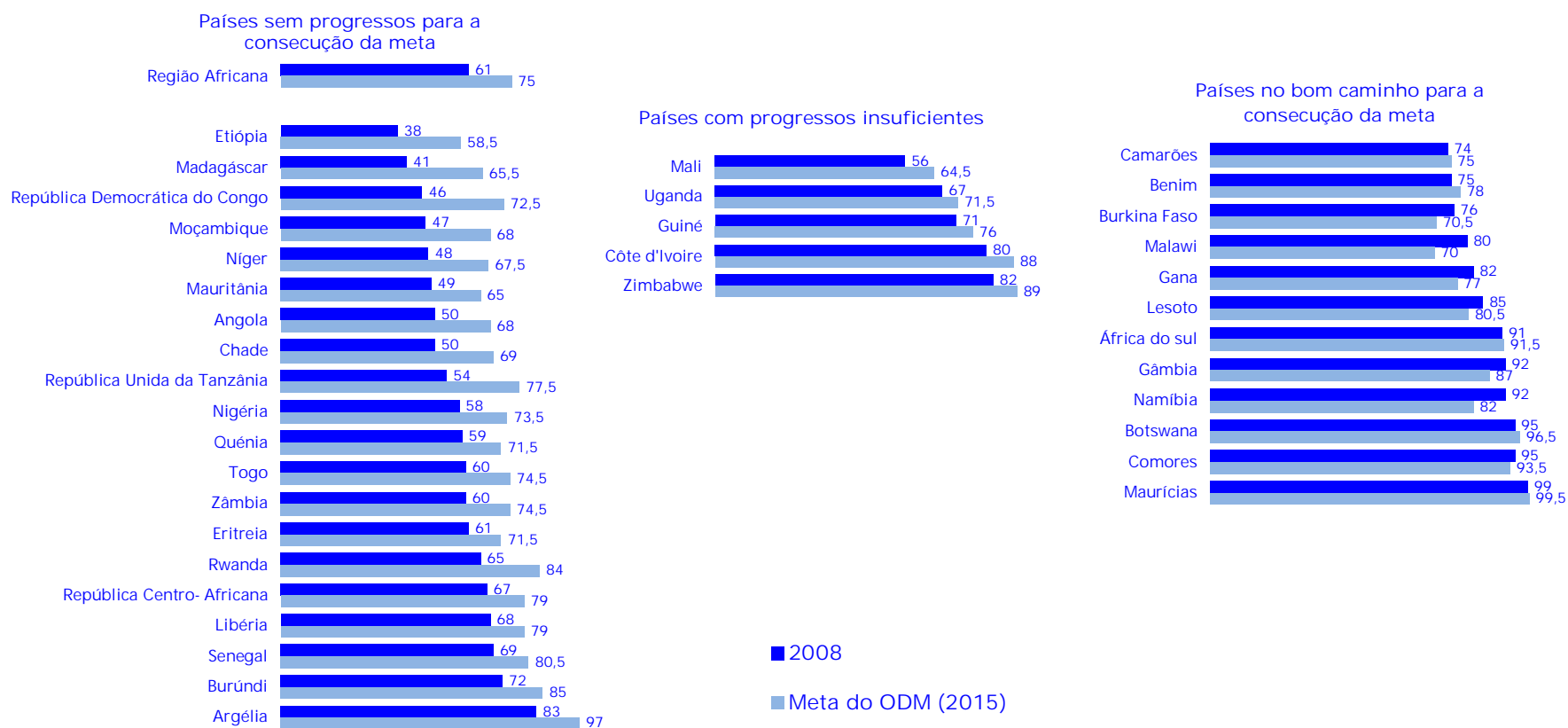
Figura 6: Percentagem de crianças menores de cinco anos de idade com insuficiência ponderal e a percentagem da meta do ODM para a Região Africana<sup>42</sup>, por país, 2000-2009



<sup>42</sup> Os países são classificados como: No bom caminho: Se a taxa média anual de redução (AARR) for superior ou igual a 2,6%; “progressos insuficientes” se a AARR se situar entre 0,6% e 2,5%. “Sem progressos” se a AARR for inferior ou igual a 0,5%. Sem dados disponíveis sobre as tendências para Cabo Verde, Guiné Equatorial, Maurícia, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul e Suazilândia. Fonte dos dados: OMS, Estatísticas de Saúde Mundiais 2011, Genebra, Organização Mundial da Saúde 2011.

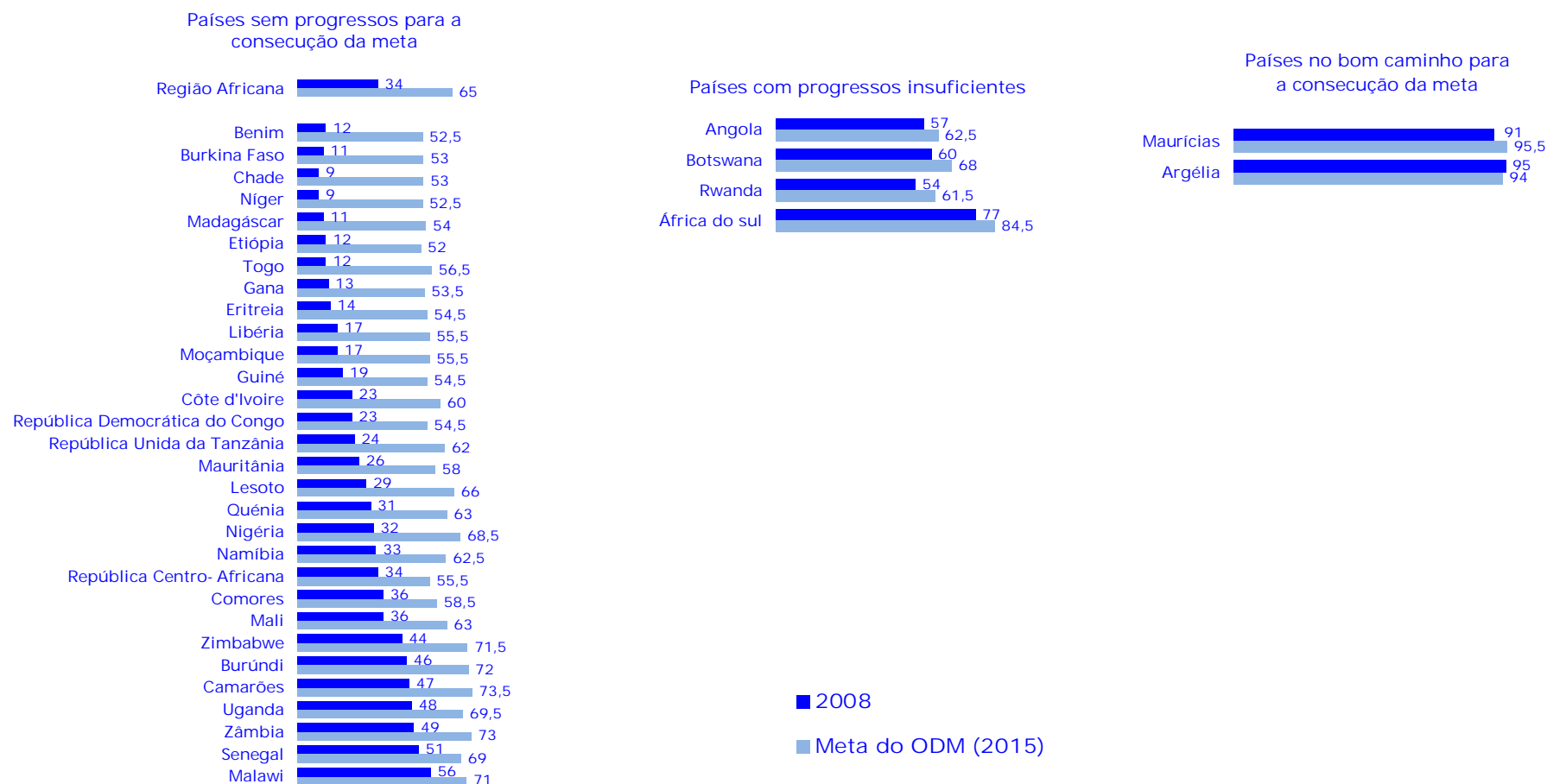
### ODM 7 (Água e saneamento básico)

Figura 7: Percentagem da população a usar fontes melhoradas de água potável em 2008 e a meta do ODM para a Região Africana<sup>43</sup>



<sup>43</sup> Os países foram classificados segundo os seguintes limiares: “No bom caminho”: Uso de fontes melhoradas de água potável em 2008 foi menos de 5% abaixo da taxa necessária para o país/região atingir a meta do ODM ou o uso foi igual ou superior a 95%. “Progressos insuficientes”: Uso de fontes melhoradas de água potável em 2008 foi de 5% a 10% inferior à taxa necessária para o país/região atingir a meta do ODM. “Sem progressos”: Uso de fontes melhoradas de água potável em 2008 foi mais de 10% abaixo da taxa necessária para o país/região atingir a meta do ODM, ou a tendência entre 1990 e 2008 mostra um uso inalterado ou decrescente. Sem dados disponíveis sobre as tendências para Cabo Verde, Congo, Gabão, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Serra Leoa e Suazilândia.

Figura 8: Percentagem da população a usar instalações de saneamento básico em 2008 e percentagem da meta do ODM para a Região Africana<sup>44</sup>



<sup>44</sup> Os países foram classificados segundo ao seguintes limiares: “No bom caminho”: Uso de instalações melhoradas de saneamento básico em 2008 foi menos de 5% abaixo da taxa necessária para o país/região atingir a meta do ODM, ou o uso foi igual ou superior a 95%. “Progressos insuficientes”: Uso de instalações de saneamento básico em 2008 foi de 5% a 10% inferior à taxa necessária para o país/região atingir a meta do ODM. “Sem progressos”: Uso de instalações melhoradas de saneamento básico em 2008 foi mais de 10% abaixo da taxa necessária para o país/região atingir a meta do ODM, ou a tendência entre 1990 e 2008 mostra um uso inalterado ou decrescente. Sem dados disponíveis sobre as tendências para Cabo Verde, Congo, Gabão, Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Serra Leoa e Swazilândia.