



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima quarta sessão
Cotonou, República do Benim, 3–7 de Novembro de 2014

Ponto 9 da ordem do dia provisória

**PROGRESSOS REALIZADOS PARA A CONSECUÇÃO DOS OBJECTIVOS
DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO RELACIONADOS
COM A SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA**

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. Os países da Região Africana fizeram progressos ao longo dos últimos 10 anos, mas ainda não estão preparados para atingir os ODM relacionados com a saúde, apesar do empenho dos governos e dos parceiros. Na sequência dos anteriores relatórios que têm feito a actualização dos progressos para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), este terceiro relatório do Director Regional da OMS para África fornece uma actualização dos últimos progressos para alcançar os ODM na Região. Dos 47 países, o número de países que estão no caminho certo para atingir ou que atingiram já cada uma das metas é de 16 para a meta 4A; quatro para a meta 5A; sete para a meta 5B; 34 para a meta 6A; 10 para a meta 6B; 12 para a meta 6C; 11 para a meta 1C; e 23 para a meta 7C.
2. Na generalidade, fizeram-se enormes avanços para atingir os ODM relacionados com a saúde na Região. Contudo, os dados e as tendências revelam que os progressos não são suficientes para assegurar a total consecução até 2015. Os desafios decorrem sobretudo das fraquezas dos sistemas de saúde nacionais integrados, da disponibilidade e gestão do financiamento, da resposta multisectorial e da coordenação. Além disso, o atraso e a qualidade limitada dos dados de monitorização e avaliação dificultaram a eficácia do seguimento.
3. A apenas um ano da data limite, é ainda possível fazer progressos e os países deverão: melhorar a mobilização e gestão dos fundos; reforçar os sistemas de saúde; melhorar a implementação de intervenções eficazes; e responder adequadamente ao problema da coordenação. Precisam igualmente de se preparar para a transição, o que requer antecipação através de um correcto planeamento, baseado nas actuais evidências disponíveis.
4. Solicita-se ao Comité Regional que tome nota deste relatório de progressos e aprove as acções propostas, como via para alcançar as metas dos ODM.

ÍNDICE

	Parágrafos
ANTECEDENTES	1–6
PROGRESSOS REALIZADOS	7–18
DESAFIOS	19–20
PERSPECTIVAS	21–28

ANEXOS

	Página
1. Lista oficial de indicadores dos ODM	6
2. Classificação dos países da Região Africana da OMS com base nos progressos das metas e indicadores seleccionados dos ODM (os pormenores da classificação dos progressos são apresentados no Anexo 3)	8
3. Definições da classificação dos progressos	9

ANTECEDENTES

1. Em 2000, os líderes mundiais elaboraram a Declaração do Milénio das Nações Unidas e formularam oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)¹, destinados a serem atingidos até 2015, ano em que as respectivas metas deverão ser alcançadas. Os ODM constituem um compromisso sem precedentes dos líderes mundiais para responderem globalmente às questões da paz, segurança, desenvolvimento, direitos humanos e liberdades fundamentais.

2. As acções para atingir os ODM tiveram um impacto sobre a saúde; e três deles estão directamente relacionados com a saúde. São eles: Objectivo 4 – Reduzir a mortalidade infantil; Objectivo 5 – Melhorar a saúde materna; e Objectivo 6 – Combater o VIH/SIDA, paludismo e outras doenças. Outros ODM são monitorizados por indicadores relacionados com a saúde. Estes incluem o Objectivo 1 – Erradicar a pobreza e a fome; Objectivo 7 – Garantir a sustentabilidade ambiental; e Objectivo 8 – Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (ver lista actualizada de indicadores dos ODM no Anexo 1).

3. Os países da Região Africana da OMS aprovaram algumas resoluções em vários fóruns e comprometeram-se a atingir os ODM². Entre os compromissos assumidos incluem-se a Declaração de Abuja de 2001 sobre o financiamento do sector da saúde; as declarações de Ouagadougou, Argel e Libreville de 2008, respectivamente, sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, Investigação em Saúde e Saúde e Ambiente. As Comunidades Económicas Regionais (CER), como a CEDEAO, ECSA-HC, SADC e CEEAC³ também contribuíram em grande medida para a implementação desses compromissos.

4. Outros compromissos específicos foram assumidos pelo Secretário-Geral das Nações Unidas e pelos parceiros do desenvolvimento. Tratam-se da Estratégia Mundial para a Saúde da Mulher e da Criança⁴ e das suas Comissões sobre “Informação e Responsabilização pela Saúde da Mulher e da Criança” (CoIA)⁵, com vista a garantir que as promessas de recursos para a saúde das mulheres e das crianças sejam cumpridas e que os resultados sejam avaliados; e “Produtos salva-vidas” para aumentar o acesso a medicamentos que salvam vidas e produtos médicos destinados às populações mais vulneráveis em todo o mundo⁶. Outro importante compromisso é o mecanismo da Harmonização para a Saúde em África, que se destina a acelerar a implementação dos ODM através do reforço dos sistemas de saúde⁷.

5. A nível mundial, os órgãos dirigentes da OMS (Assembleia Mundial da Saúde e Conselho Executivo) e as iniciativas mundiais têm ajudado muito a Região Africana a acelerar os esforços para a consecução dos ODM. Essas iniciativas incluem o Fórum de Alto Nível sobre os ODM da saúde, em 2004⁸, e a Iniciativa de Muskoka sobre saúde materna, infantil e neonatal, uma iniciativa de financiamento lançada em 2010, para acelerar a redução da mortalidade materna,

¹ <http://www.un.org/millenniumgoals/>; acedido em 5 de Fevereiro de 2014.

² Resoluções AFR/RC54/R9; AFR/RC55/R2; AFR/RC55/R5 e AFR/RC55/R6 in WHO/AFRO. Compendium of public health strategies. Volume 1: WHO Regional Committee for Africa 48th–61st Sessions (1998–2011), P97 <http://afrolib.afro.who.int/documents/2013/9789290232001.pdf>; acedido em 20 de Novembro de 2013.

³ CEDEAO: Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental; ECSA-HC: Comunidade da Saúde da África Oriental, Central e Austral; SADC: Comunidade da África Austral para o Desenvolvimento; CEEAC: Comunidade Económica dos Estados da África Central.

⁴ http://www.who.int/entity/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_en.pdf; acedido em 7 de Março de 2014.

⁵ http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/, acedido em 7 de Março de 2014.

⁶ Life-saving Commodities – Improving access, saving lives —<https://lifesavingcommodities.org/> acedido em 7 de Março de 2014.

⁷ 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 acedido em 7 de Março de 2014.

⁸ Fórum de Alto Nível sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde. <http://www.who.int/hdp/hlf/en/>. Acedido em 7 de Março de 2014.

neonatal e infantil⁹. Outras importantes iniciativas que têm apoiado a implementação das actividades relacionadas com os ODM são o GFATM, GAVI, UNITAID, BMGF e a cimeira da União Africana sobre os ODM 4, 5 e 6¹⁰. Recentemente, em Abril de 2014, os ministros africanos da saúde, reunidos em Luanda, deram o seu aval à Cobertura Universal de Saúde como meio para alcançar e manter os ODM da saúde, e reconheceram este mecanismo como uma parte essencial da agenda do desenvolvimento sustentável após 2015¹¹.

6. Apesar destes compromissos assumidos por países e parceiros, poucos países da Região Africana estão no bom caminho para atingirem os ODM da saúde e relacionados com a saúde (Anexo 2, Quadro 1). O presente relatório, o terceiro deste tipo, constitui um seguimento dos relatórios anteriores, uma vez que destaca os progressos feitos em relação à situação descrita nesses relatórios anteriores. Apresenta uma actualização sobre a situação actual e sobre os progressos realizados rumo às metas dos ODM, identifica os principais desafios e propõe o caminho a seguir, inclusive realçando a necessidade de elaboração de uma agenda pós-2015.

PROGRESSOS REALIZADOS

7. Os dados sobre os progressos realizados rumo às metas dos ODM foram obtidos na Divisão de Estatística das Nações Unidas (UNSD)¹² e nos Serviços Mundiais de Estatística da Saúde 2013¹³, tendo sido complementados por alguns dados dos programas da OMS. Os métodos desenvolvidos pelos grupos interagências das Nações Unidas foram usados para classificar os países (Anexo 2). A análise dos níveis de implementação de intervenções eficazes baseia-se nos indicadores estabelecidos para monitorizar os progressos feitos na consecução dos ODM. As tendências são avaliadas com base na comparação entre a situação de partida (1990 ou o ano para o qual existem dados disponíveis) e os dados dos anos 2012 ou 2013.

8. Em geral, os países são classificados em três categorias para a avaliação dos progressos, conforme os seus níveis de desempenho, como: estando no bom caminho; tendo feito progressos insuficientes; ou não apresentando nenhum progresso. Uma quarta categoria inclui os países que atingiram as metas dos ODM. No Anexo 2, é apresentado um resumo dos progressos dos ODM e, no Anexo 3, algumas definições da classificação de progresso.

9. *Meta 4A: Reduzir em dois terços a mortalidade das crianças menores de cinco anos, entre 1990 e 2015.* Em 2012, a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos nos países variava entre 13 e 182 por 1000 nados-vivos, com quatro países¹⁴ tendo alcançado essa meta e 12 países¹⁵ estando no bom caminho para a alcançar. Por outro lado, 25 países estão a fazer progressos insuficientes e seis países¹⁶ não fizeram quaisquer progressos.

⁹ Iniciativa Muskoka: Background. <http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/eng/FRA-119133138-PQT>. Acedido em 7 de Março de 2014.

¹⁰ GFATM: Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo; GAVI: Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação. UNITAID: organização que coopera com a OMS e outras organizações nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. BMGF: Fundação Bill and Melinda Gates.

¹¹ Primeira reunião dos ministros africanos da saúde organizada conjuntamente pela CUA e a OMS. “Cobertura Universal de Saúde em África: *Do Conceito à Acção*”. Abril de 2014. AUC/WHO/2014/Doc.1. Disponível em: http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9158&Itemid=2593. Accessed: 10 June 2014

¹² <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. Acedido em 7 de Março de 2014.

¹³ OMS. Estatística Mundial da Saúde 2013, Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2013.

¹⁴ Etiópia, Libéria, Malawi e Tanzânia.

¹⁵ Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Madagáscar, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Ruanda, Seychelles, Sudão do Sul e Uganda.

¹⁶ Botsuana, Congo, Lesoto, República Democrática do Congo, Suazilândia e Zimbábue.

10. *Meta 5A: Reduzir em três quartos o rácio de mortalidade materna, entre 1990 e 2015.* Em 2013, quatro países¹⁷ tinham já atingido esta meta. Contudo, há 32 países que estão a fazer progressos lentos e nove países que não registam qualquer progresso¹⁸.

11. *Meta 5B: Alcançar o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015.* Nenhum país atingiu esta meta. A prevalência do uso de contraceptivos entre as mulheres casadas (15–49 anos de idade) foi de 20,2% em 2000 e 26,9% em 2012¹⁹. Os dados disponíveis revelam que apenas sete países²⁰ tiveram uma prevalência de contraceptivos superior a 50%, enquanto 22 países tiveram uma taxa de prevalência inferior a 33%, entre 2005 e 2012.

12. *Meta 6A: Travar e começar a inverter a propagação do VIH/SIDA até 2015.* Registou-se uma redução de 38,5% na incidência média regional do VIH, entre 2001 e 2012. Nos 34 países com tendência decrescente, a redução da incidência é significativa.

13. *Meta 6B: Atingir, até 2015, o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA para todos os que dele precisam.* No final de 2012, 68% das pessoas elegíveis que viviam com o VIH estavam a receber terapêutica anti-retroviral (TAR), o que representava um aumento de mais de 70% desde 2009. A maioria dos países na Região reforçaram o acesso à TAR, mas apenas seis países²¹ atingiram a meta de 80% de cobertura, enquanto a Zâmbia e o Zimbabue atingiram 79% de cobertura. Não havia dados disponíveis para cinco países²² e em 16 países as taxas de cobertura situavam-se entre os 50% e os 79%.

14. *Meta 6C: Travar e começar a inverter, até 2015, a incidência do paludismo e outras importantes doenças.* A incidência do paludismo na Região Africana diminuiu em 31% entre 2000 e 2012, e espera-se que em 2015 diminua em 39%, se se mantiver a actual taxa anual de redução. Dos 43 países da Região com paludismo endémico, oito países²³ e a ilha de Zanzibar²⁴ atingiram, pelo menos, uma redução de 75% da incidência do paludismo e das taxas de internamento por paludismo. A Eritreia está no bom caminho para atingir, pelo menos, uma redução de 75% das taxas de internamento por paludismo até 2015, enquanto se prevê que Madagáscar e a Zâmbia atinjam reduções no paludismo de 50%–75%, até 2015. Todos os outros países não dispõem de dados suficientemente consistentes para permitir avaliações de tendências.

15. Entre 2000 e 2012, a taxa regional de detecção de casos de TB (CDR) aumentou de 39% para 59%. Entre 2000 e 2012, a taxa de êxito no tratamento da TB (TSR) para casos de esfregaço positivo aumentou de 71% para 82%, com grandes variações entre os países. Os dados disponíveis revelam que, até 2012, nove países²⁵ tinham atingido a meta de 70% de CDR e 19 países²⁶ tinham atingido a meta de 85% no TSR. Por outro lado, a incidência da tuberculose diminuiu em 30 países, enquanto noutros 17 países²⁷ aumentou ou estabilizou.

¹⁷ Cabo Verde, Guiné Equatorial, Eritreia e Ruanda.

¹⁸ África do Sul, Camarões, Côte d'Ivoire, Lesoto, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Togo e Zimbabue.

¹⁹ Atlas da Estatística Africana da Saúde, 2014.

²⁰ Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Namíbia, Ruanda, Suazilândia e Zimbabue.

²¹ África do Sul, Botsuana, Cabo Verde, Namíbia, Quênia, Ruanda e Suazilândia.

²² Argélia, Comores, Guiné Equatorial, República Centro-Africana, e Seychelles.

²³ África do Sul, Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Namíbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Suazilândia.

²⁴ Na República Unida da Tanzânia.

²⁵ Angola, Botsuana, Gabão, Gana, Lesoto, Malawi, Quênia, Seychelles e Tanzânia.

²⁶ Argélia, Benim, Burúndi, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Libéria, Malawi, Maurícia, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia e Zâmbia.

²⁷ África do Sul, Angola, Argélia, Camarões, Congo, Gabão, Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Mauritânia, Quênia, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo e Zimbabue.

16. *Meta 1C: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem de pessoas que passam fome:* Entre 2005 e 2012, cinco países²⁸ atingiram a meta para este indicador; oito países fizeram alguns progressos e 30 países não fizeram quaisquer progressos. Não há dados disponíveis para quatro países. Durante o mesmo período, a percentagem de crianças menores de cinco anos com insuficiência alimentar era de 37,2% na Região, variando entre 0% e 62 %, conforme os países.

17. *Meta 7C: Reduzir para metade, até 2015, a percentagem de pessoas sem acesso permanente a água potável e a saneamento básico.* A meta do abastecimento de água potável já foi atingida em 14 países²⁹ e cinco países estão no bom caminho para a atingir. Entretanto, 19 países estão a fazer progressos insuficientes e dois países não fizeram quaisquer progressos. A percentagem da população que usa fontes melhoradas de água potável variava entre os países, entre 46% e 100%, em 2012, registando-se a maior disparidade entre as zonas rurais e as zonas urbanas. A Argélia atingiu a meta do saneamento básico, enquanto sete países estão no bom caminho para a atingir. Trinta e um países estão a fazer progressos insuficientes e cinco não fizeram quaisquer progressos. Não havia dados disponíveis para três países.

18. De modo geral, os progressos feitos pela Região no sentido de se atingirem os ODM relacionados com a saúde são encorajadores, mas insuficientes. Alguns dos grandes desafios abaixo realçados terão de ser enfrentados.

DESAFIOS

19. As evidências disponíveis indicam que muitos países da Região Africana não deverão atingir as metas dos ODM, devido, essencialmente, aos seguintes desafios:

- a) Financiamento: i) fundos inadequados para aplicar os planos dos governos destinados à consecução dos ODM; ii) dependência excessiva de recursos externos para a implementação dos programas, embora os recursos possam ser imprevisíveis e não sustentáveis, enquanto os programas estão, em muitos casos, mal alinhados com as prioridades dos países; iii) uso ineficiente e ineficaz dos recursos existentes; iv) baixa prioridade atribuída à saúde nos planos nacionais de investimento;
- b) Outros desafios do sistema de saúde: i) prestação inadequada dos serviços de saúde, em grande parte devida a uma insuficiente incidência na qualidade e na cobertura; ii) fracas capacidades humanas e institucionais, o que leva a uma reduzida implementação do programa; e iii) sistemas fracos de gestão das compras e abastecimento, resultando em rupturas de *stocks* de produtos e falta de serviços laboratoriais;
- c) Persistência de desigualdades (p. ex., por género, por rendimento e por nível de educação) no acesso a intervenções comprovadas, particularmente no que diz respeito à saúde materna e infantil, VIH/SIDA, tuberculose e paludismo;
- d) Fraca resposta multisectorial no combate aos factores causais;
- e) Dados inadequados e fracas capacidades de monitorização e avaliação, o que limita a capacidade de acompanhar com eficácia os progressos de alguns ODM.
- f) Existência de múltiplas organizações parceiras que não estão bem coordenadas;
- g) Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) que contribuem grandemente para perpetuar a pobreza.

²⁸ Cabo Verde, Comores, Eritreia, Madagáscar e Seychelles.

²⁹ África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Malawi, Mali, Maurícia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Suazilândia e Uganda. Não há dados disponíveis para três países.

20. A meta de 2015 está agora a um ano de distância, mas ainda há muito trabalho para fazer. Torna-se, por isso, um desafio centrarmo-nos nas questões que podem ser tratadas com eficácia dentro do pouco tempo que resta.

PERSPECTIVAS

21. Os países devem centrar-se em áreas em que os progressos são limitados e explorar meios inovadores e rápidos de garantir melhorias, sem perder as conquistas já alcançadas. Devem fazer investimentos que permitam traduzir os compromissos assumidos em acções concretas e reforçar os mecanismos de coordenação, através de uma liderança robusta e de uma boa governação.

22. Os países devem reafectar recursos que permitam atingir a meta de 2001, estabelecida em Abuja, de afectar, pelo menos, 15% do orçamento nacional ao sector da saúde e tomar medidas que permitam melhorar o funcionamento do seu sistema de financiamento da saúde. Por outro lado, devem reforçar as estruturas e mecanismos existentes para uma mobilização e utilização eficaz e eficiente dos recursos internos e externos. Os parceiros deverão melhorar a previsibilidade e a harmonização da afectação de recursos às prioridades dos países, conforme enunciadas na Declaração de Paris sobre eficácia e harmonização da ajuda.

23. Os países devem acelerar a implementação das Declarações de Ouagadougou e Argel, de 2008, melhorando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Devem garantir a qualidade e a quantidade da força de trabalho na saúde e garantir um acesso equitativo aos produtos médicos essenciais, vacinas e tecnologias.

24. Os países e os seus parceiros deverão manter as conquistas alcançadas e reforçar as intervenções para atingirem a redução necessária da mortalidade das mães e de crianças menores de cinco anos, assim como uma maior redução do fardo do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. Terão de dar resposta às principais prioridades na área da saúde e do ambiente, tais como o abastecimento de água potável e o saneamento básico e devem assumir e implementar o Programa Pan-Africano para a Adaptação da Saúde Pública às Alterações Climáticas.

25. Os ministérios da saúde devem participar proactivamente no diálogo político sobre a definição de prioridades, especialmente na análise macroeconómica e no planeamento e orçamentação das estratégias. É preciso aumentar o diálogo entre os ministérios da saúde e os ministérios de supervisão, tais como os das finanças e do planeamento, a colaboração entre os sectores público e privado e a colaboração Sul-Sul.

26. Os países devem melhorar a disponibilidade da informação para a monitorização dos progressos rumo à consecução dos ODM, em colaboração com todas as partes interessadas e parceiros internacionais: a) aumentando a frequência, qualidade e eficiência dos inquéritos nacionais de saúde; b) melhorando os registos dos nascimentos e óbitos; c) melhorando a disponibilidade de dados demográficos e a estatística da vigilância e serviços; d) reforçando a monitorização dos sistemas de saúde; e e) reforçando a análise, avaliação e uso dos dados para a tomada de decisões. Os países deverão ainda considerar a criação de observatórios nacionais da saúde ligados ao Observatório Africano da Saúde, para reforçar os seus sistemas nacionais de informação sanitária.

27. Se a actual situação não mudar drasticamente, não é provável que a maioria dos países da Região Africana atinja todos os ODM relacionados com a saúde. Por esse motivo, os Estados-Membros devem fazer planos para melhorar a Cobertura Universal de Saúde, a qual deverá incluir a maioria das agendas por cumprir dos ODM.

28. O Comité Regional é convidado a tomar nota do presente relatório de progressos e a adoptar as acções propostas como o caminho a seguir para se atingirem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e planear o desenvolvimento pós-2015.

ANEXOS

Anexo 1: Lista oficial de indicadores dos ODM

Quadro de monitorização dos ODM revisto, para incluir novas metas e indicadores, como estabelecido pela 62.^a Assembleia Geral das Nações Unidas. As metas e indicadores da saúde estão sombreados a cinzento. Todos os indicadores devem ser desagregados, tanto quanto possível, por sexo e por zonas urbanas/rurais.

Em vigor desde 15 de Janeiro de 2008

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)	
Objectivos e Metas (Objectivos e Metas (da Declaração do Milénio))	Indicadores de monitorização dos progressos
Objectivo 1: ERRADICAR A POBREZA EXTREMA E A FOME	
Meta 1A: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem de pessoas cujo rendimento é inferior a 1 dólar por dia	1.1 Percentagem da população com menos de \$1 (PPP) por dia. ⁱ 1.2 Desvio de pobreza. 1.3 Parcela do quintil mais pobre no consumo nacional.
Meta 1B: Alcançar o pleno emprego e assegurar a todas as pessoas, incluindo as mulheres e os jovens, um trabalho digno e produtivo.	1.4 Taxa de crescimento do PIB por pessoa com emprego. 1.5 Rácio emprego/população. 1.6 Percentagem de pessoas empregadas que vivem com menos de \$1 (PPP) por dia. 1.7 Percentagem de trabalhadores por conta própria e contribuintes no emprego total.
Meta 1C: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem da população que sofre de fome.	1.8 Prevalência de menores de cinco anos com insuficiência ponderal. 1.9 Percentagem da população abaixo do nível mínimo de consumo calórico na alimentação.
Objectivo 2: ALCANÇAR O ENSINO PRIMÁRIO UNIVERSAL	
Meta 2A: Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo do ensino primário.	2.1 Rácio líquido de matrículas no ensino primário. 2.2 Percentagem de alunos que chegam ao último ano do ensino primário. 2.3 Taxa de literacia de pessoas de ambos os sexos, com 15-24 anos de idade.
OBJECTIVO 3: PROMOVER A IGUALDADE DE GÉNERO E A AUTONOMIA DAS MULHERES	
Meta 3A: Eliminar as disparidades de género no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, o mais tardar até 2015.	3.1 Rácios raparigas/rapazes nos ensinos primário, secundário e superior. 3.2 Parcela de mulheres assalariadas no sector não agrícola. 3.3 Percentagem de lugares ocupados por mulheres nos parlamentos nacionais.
Objectivo 4: REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL	
Meta 4A: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2005, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos.	4.1 Taxa de mortalidade de menores de cinco anos 4.2 Taxa de mortalidade infantil. 4.3 Percentagem de crianças de 1 ano vacinadas contra o sarampo.
Objectivo 5: MELHORAR A SAÚDE MATERNA	
Meta 5A: Reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna, entre 1990 e 2015.	5.1 Rácio de mortalidade materna. 5.2 Percentagem de partos assistidos por pessoal qualificado.
Meta 5B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva	5.3 Taxa de prevalência de contraceptivos. 5.4 Taxa de partos em adolescentes. 5.5 Cobertura dos cuidados pré-natais (pelo menos, uma consulta e, pelo menos, quatro consultas). 5.6 Necessidades em planeamento familiar não satisfeitas.
Objectivo 6: COMBATER O VIH/SIDA, O PALUDISMO E OUTRAS DOENÇAS	
Meta 6A: Travar e começar a reduzir, até 2015, a propagação do VIH/SIDA.	6.1 Prevalência do VIH entre indivíduos com 15-24 anos. 6.2 Uso de preservativos nas últimas relações sexuais de risco. 6.3 Percentagem de pessoas com 15-24 anos com total e correcto conhecimento sobre o VIH/SIDA. 6.4 Rácio entre órfãos e não órfãos que frequentam a escola com 10-14 anos de idade.
Meta 6B: Assegurar, até 2010, o acesso universal ao tratamento contra o VIH/SIDA a todas as pessoas que dele necessitem	6.5 Percentagem da população com infecção avançada pelo VIH e com acesso a medicamentos anti-retrovirais.

Meta 6C: Até 2015, deter e começar a reduzir a incidência do paludismo e de outras doenças	6.6 Taxas de incidência e morte associadas ao paludismo. 6.7 Percentagem de menores de 5 anos que dorme ao abrigo de mosquiteiros tratados com insecticida. 6.8 Percentagem de menores de 5 anos com febre que é tratada com antipalúdicos apropriados. 6.9 Taxas de incidência, prevalência e morte associadas à tuberculose. 6.10 Percentagem de casos de tuberculose detectados e curados por tratamento de observação directa de curta duração.
Objectivo 7: GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL	
Meta 7A: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e inverter a perda de recursos ambientais.	7.1 Percentagem de área territorial coberta por floresta 7.2 Total de emissões de CO ₂ , <i>per capita</i> e por \$1 PIB (PPC). 7.3 Consumo de substâncias destruidoras do ozono. 7.4 Percentagem de reservas de pesca dentro de limites biológicos seguros. 7.5 Percentagem do total de recursos hídricos usados. 7.6 Percentagem de zonas terrestres e marinhas protegidas. 7.7 Percentagem de espécies ameaçadas de extinção.
Meta 7B: Reduzir a perda de biodiversidade e alcançar, até 2010, uma diminuição significativa da taxa de perda.	
Meta 7C: Reduzir para metade, até 2015, a percentagem da população sem acesso permanente a água potável e a saneamento básico.	7.8 Percentagem da população que usa melhores fontes de água potável. 7.9 Percentagem da população que usa melhores serviços de saneamento.
Meta 7D: Até 2020, melhorar consideravelmente a vida de, pelo menos, 100 milhões de pessoas que vivem em bairros degradados.	7.10 Percentagem da população urbana que vive em bairros degradados ⁱⁱ
Objectivo 8: CRIAR UMA PARCERIA MUNDIAL PARA O DESENVOLVIMENTO	
Meta 8A: Continuar a criar um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório. Inclui um compromisso de boa governação, desenvolvimento e redução da pobreza, tanto a nível nacional como internacional.	<i>Alguns dos indicadores abaixo enumerados são monitorizados separadamente em relação aos países menos desenvolvidos (PMD), África, países em desenvolvimento sem litoral e pequenos Estados insulares em desenvolvimento.</i> <u>Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD)</u> 8.1 APD líquida, total e aos países menos desenvolvidos, como percentagem do rendimento nacional bruto dos doadores da OCDE/CAD. 8.2 Percentagem do total bilateral, atribuível por sectores, da APD dos doadores da OCDE/CAD aos serviços sociais básicos (educação básica, cuidados de saúde primários, nutrição, água potável e saneamento). 8.3 Percentagem da ajuda pública bilateral ao desenvolvimento, dos doadores da OCDE/CAD, que não está vinculada. 8.4 APD recebida nos países em desenvolvimento sem litoral como percentagem do seu rendimento nacional bruto. 8.5 APD recebida nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento como percentagem do seu rendimento nacional bruto.
Meta 8B: Responder às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos. Inclui: acesso livre de tarifas e quotas para as exportações dos países menos desenvolvidos; programa revisto de redução da dívida para os países pobres altamente endividados (PPAE) e cancelamento da dívida bilateral oficial; e ainda uma APD mais generosa para os países empenhados na redução da pobreza	<u>Acesso aos mercados</u> 8.6 Percentagem do total de importações que os países desenvolvidos (por valor e excluindo armas) fizeram dos países em desenvolvimento e dos países menos desenvolvidos e que entraram com isenção de direitos 8.7 Tarifas médias impostas pelos países desenvolvidos aos produtos agrícolas, têxteis e vestuário oriundos de países em desenvolvimento. 8.8 Estimativa do apoio à agricultura dos países da OCDE como percentagem do seu produto interno bruto. 8.9 Percentagem de APD fornecida para ajudar a construir capacidade comercial.
Meta 8C: Responder às necessidades especiais dos países sem litoral e dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento (através do Programa de Acção para o Desenvolvimento Sustentável dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento e das conclusões da vigésima segunda sessão especial da Assembleia Geral).	<u>Sustentabilidade da dívida</u> 8.10 Número total dos países que atingiram os seus pontos de decisão da iniciativa PPAE e número dos que atingiram os seus pontos de realização (cumulativos) da PPAE. 8.11 Redução da dívida assumida ao abrigo das iniciativas PPAE e IMRD . 8.12 Serviço da dívida como percentagem das exportações de bens e serviços.
Meta 8D: Tratar de uma maneira global os problemas da dívida dos países em desenvolvimento, através da tomada de medidas a nível nacional e internacional, com o objectivo de tornar a dívida sustentável a longo prazo.	
Meta 8E: Em cooperação com as empresas farmacêuticas, assegurar o acesso a medicamentos essenciais a preços comportáveis, nos países em desenvolvimento.	8.13 Percentagem da população com acesso a medicamentos essenciais de preço comportável, numa base sustentável.
Meta 8F: Em cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, em especial nas áreas da informação e da comunicação.	8.14 Linhas telefónicas por 100 habitantes. 8.15 Assinantes de redes móveis por 100 habitantes. 8.16 Utilizadores de Internet por 100 habitantes.

Os Objectivos e as Metas de Desenvolvimento do Milénio provêm 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>) e de outros acordos entre os Estados-Membros na Cimeira Mundial de 2005 (Resolução adoptada pela Assembleia Geral -A/RES/60/1, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1>).

Os Objectivos e as Metas estão interrelacionados e devem ser vistas como um todo. Representam uma parceria entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, “para criar um ambiente – tanto ao nível nacional como mundial – que seja favorável ao desenvolvimento e à eliminação da pobreza”.

-
- ⁱ Para monitorizar as tendências da pobreza nos países, devem usar-se indicadores com base nos limiares de pobreza nacionais, se existirem.
- ⁱⁱ A percentagem real de pessoas que vivem em bairros degradados é medida por uma referência, 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; c) sobrelotação (3 ou mais pessoas por quarto); e d) habitações feitas de materiais não duradouros.

Anexo 2: Classificação dos países da Região Africana da OMS com base nos progressos para metas e indicadores seleccionados dos ODM (os detalhes da classificação dos progressos são apresentados no Anexo 3)

Objectivo Relacionado com a Saúde	Progressos Regionais	Países com elevado desempenho em metas e indicadores seleccionados
<u>Objectivo 4:</u> Reduzir a mortalidade infantil	Aquém do objectivo	Meta 4A: Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Etiópia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Ruanda, Seychelles, Sudão do Sul, República Unida da Tanzânia.
<u>Objectivo 5:</u> Melhorar a saúde materna	Aquém do objectivo	Meta 5A: Guiné Equatorial e Eritreia, Meta 5B: Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Namíbia, Ruanda, Suazilândia e Zimbabwe.
<u>Objectivo 6:</u> Combater o VIH/SIDA, TB, paludismo e outras doenças	<i>6 A, B e C-Paludismo:</i> Aquém do objectivo <i>6C-TB: Atingido</i>	Meta 6A: África do Sul, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe. Meta 6B: África do Sul, Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Namíbia, Quénia, Ruanda, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe. Meta 6C– <i>Paludismo:</i> África do Sul, Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Madagáscar, Namíbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia (especificamente Zanzibar) e Zâmbia.
<u>Objectivo 1:</u> Erradicar a pobreza extrema e a fome	Aquém do objectivo	Meta 1C: Argélia, Ruanda.
<u>Objectivo 7:</u> Garantir a sustentabilidade ambiental	Aquém do objectivo	Meta 7C – <i>Água potável:</i> África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Camarões, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Malawi, Mali, Maurícia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Suazilândia e Uganda. Meta 7C – <i>Saneamento básico:</i> Angola, Argélia, Botsuana, Maurícia, Ruanda, Seychelles, Togo,

Fonte: Escritório Regional da OMS para a África, 2013

Anexo 3: Definições da classificação dos progressos

Classificação para a Meta 4A

As avaliações dos progressos nacionais e regionais na via do ODM 4 baseiam-se nas taxas médias anuais de redução (AARR) da taxa de mortalidade de menores de cinco anos (U5MR) observadas para o período 1990–2012 e necessárias para 2013–2015, de forma a alcançar a meta do ODM de reduzir a U5MR em dois terços, até 2015, de acordo com os seguintes limiares: No bom caminho: a U5MR é inferior a 40, ou U5MR é 40 ou mais e a AARR observada para 1990–2012 é 4,0 por cento ou mais. Progressos insuficientes: a U5MR é 40 ou mais e a AARR observada para 1990–2012 situa-se entre 1,0 % e 3,9 %. nenhuns progressos: a U5MR é 40 ou mais e a AARR observada para 1990–2012 é inferior a 1,0 %.

Classificação para a Meta 5A

Os países com uma taxa de mortalidade materna (MMR) ≥ 100 em 1990 são categorizados como “no bom caminho ou com progressos suficientes” se houve anualmente uma redução de 5,5% ou mais; “alguns progressos” se a MMR reduziu entre 2% e 5,5%; “progressos insuficientes” se a MMR reduziu anualmente menos de 2%; e “ nenhuns progressos” se não houve redução da MMR. Não houve dados disponíveis para as Seychelles. Com $MMR < 100$ em 1990, a Maurícia não foi categorizada.

Classificação para a Meta 7C

De modo a alcançar a meta de reduzir para metade, até 2015, a percentagem de pessoas com acesso permanente a água potável e a saneamento básico, é necessária uma taxa média anual de redução (AARR) de 2,7%. Os países são classificados como: *No bom caminho*, se o uso de fontes melhoradas de água potável ou saneamento for inferior a 5% abaixo da taxa necessária ao país para alcançar a meta do ODM ou se o uso for superior a 95%. *Progressos insuficientes* significa que o uso se situa entre 5% e 10% abaixo da taxa necessária para alcançar a meta. *Nenhum progresso* significa que o uso é superior a 10% à taxa necessária para alcançar a meta.