

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA

P. O. Box 3243

Telephone : 517 700

Fax : 517844

website : www.africa-union.org

CONSELHO EXECUTIVO

Décima-Terceira Sessão Ordinária

24 – 28 de Junho de 2008

Sharm El Sheikh, República Árabe do Egipto

EX.CL/417 (XIII)

**RELATÓRIO SOBRE AVALIAÇÃO DO PROGRESSO PARA A
REALIZAÇÃO DOS OBJECTIVOS DO DESENVOLVIMENTO DO
MILÉNIO EM ÁFRICA E O ESTADO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS
RECOMENDAÇÕES DO COMITÉ DIRECTIVO DO GRUPO DE
TRABALHO SOBRE OS OMD**

Índice Geral

LISTA DE ACRÔNIMOS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
SUMÁRIO EXECUTIVO	3
CONFINAMENTES AO PROGRESSO DE ACELERAÇÃO	3
A INICIATIVA ODM AFRICANA	7
SECÇÃO I: INTRODUÇÃO	9
SECÇÃO II: SEGUINDO O PROGRESSO	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
<i>Objectivo 1: Eradicar a pobreza e fome extremas.....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<i>Objectivo 2: Conseguir a educação primária universal.....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<i>Objectivo 3: Promover a igualdade de género e autorizar as mulheres</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<i>Bookmark not defined.</i>	
<i>Objectivo 4: Reduzir a mortalidade infantil</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<i>Objectivo 5: Melhorar a saúde materna</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<i>Objectivo 6: Combater HIV e AIDS, malária e outras doenças</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<i>defined.</i>	
<i>Objectivo 7: Assegurar a sustentabilidade ambiental</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<i>Objectivo 8: Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<i>Bookmark not defined.</i>	
SECÇÃO III: CONFINAMENTES AO PROGRESSO DE ACELERAÇÃO	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
SECÇÃO IV: A INICIATIVA MDG AFRICA.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
SECÇÃO V: SUMÁRIO E CONCLUSÕES	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BIBLIOGRAFIA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANEXO I: ESTRUTURA REVISADA DA MONITORAÇÃO DE MDG.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANEXO II: RECOMMENDATIONS FROM THE ODMS AFRICA GROUP.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Progresso nas taxas de mortalidade abaixo de cinco anos	
Tabela 2: Tendências na incidência, na predominância e nas mortes da TB em Africa	
Tabela 3: Predominância do HIV entre as mulheres grávidas entre os 15-24 anos.....	

Lista de Figuras

Figura 1: Matrícula líquida da educação primária nos países africanos seleccionados	4
Figura 2: Taxas da conclusão para os países africanos seleccionados (1991-2005)	5
Figura 3: Mudanças nas taxas preliminares da conclusão através das regiões secundárias	6
Figura 4: Paridade do género na educação primária nos países africanos seleccionados	7
Figura 5: Paridade do género no ensino superior	8
Figura 6: Percentagem das mulheres no Parlamento Nacional	9

Figura 7: Progresso nas taxas de mortalidade abaixo dos cinco anos entre 1990 e 2005... 10

Lista de Caixas

Caixa 1: Vitórias rápidas: acção coordenada para conseguir os resultados rápidos . 12

Lista de Acrónimos

ABC	Abstinência Ser Fiel e Uso do Preservativo
ACT	Terapia combinada baseada em Artemisin
BAD	Banco Africano do Desenvolvimento
IDGA	Índice do Desenvolvimento do Género em Africa
RMA	Revisão Ministerial Anual
MARP	Mecanismo Africano da Revisão Paritária
CUA	Comissão da União Africana
CAD	Comité de Assistência ao Desenvolvimento
DCF	Fórum da Cooperação ao Desenvolvimento
DHS	Inquérito sobre Demografia e Saúde
DOTS	Estratégia de Tratamento Directamente Observada
RDC	Republica Democrática do Congo
CEA	Comissão Económica para Africa
CEEAO	Comunidade Económica dos Estados da Africa Ocidental
ECOSOC	Conselho Económico e Social das Nações Unidas
REA	Relatório Económico sobre Africa
PIB	Produto Interno Bruto
HIPCs	Países Altamente Endividados
HIV/AIDS	Vírus de Imunidade Humana/Síndrome de Imune deficiência adquirida
ADI	Agencia Desenvolvimento Internacional
IADG	Objectivos Internacionais Acordados de Desenvolvimento
CIDP	Conferencia Internacional sobre o Desenvolvimento e a População
FMI	Fundo Monetário Internacional

ITNs	Redes Tratadas por Insecticida
ODMs	Objectivos Desenvolvimento do Milénio
MDRI	Iniciativa de Alívio Multilateral da dívida
TMM	Taxas Mortalidade Maternal
NAMA	Acesso a Mercados que não de agricultura
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento de Africa
ODA	Assistência Oficial ao Desenvolvimento
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PRSPs	Documentos de Estratégia de Redução da Pobreza
RECs	Comunidades Económicas Regionais
RMB	Renminbi (Moeda Chinesa)
SADC	Comunidade de Desenvolvimento do Sudoeste da Africa
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
TB	Tuberculose
NU	Nações Unidas
NUAIDS	Programa Conjunto da Nações Unidas sobre HIV e SIDA
NUECA	Comissão Económica das Nações Unidas para Africa
NU-DESA	Departamento de Análises Económicas e Sociais das Nações Unidas
PNUE	Programa Ambiental das Nações Unidas
NUFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Criança
DENU	Divisão de Estatística das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMC	Organização Mundial do Comercio

Sumário executivo

Este relatório é uma resposta às decisões dos chefes de Estado e Governo, durante várias cimeiras da UA, pedindo à Comissão da União Africana em colaboração com a Comissão Económica para África (CEA) para preparar relatórios do status e estatísticas relacionados com o progresso de África na realização dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio. Revê o progresso feito por países africanos para a realização dos objectivos do desenvolvimento do milénio e propõe recomendações em como acelerar a realização dos mesmos. Além disso, apresenta os resultados e as recomendações do grupo executivo de ODMs para África estabelecidos pelo Secretário-geral das NU em 2007. Apela aos Estados membros das Nações Unidas e parceiros para apoiarem a execução das recomendações para que a África alcance os ODM na data prevista de 2015.

Status de ODMs em África

De acordo com dados disponíveis, África está tendo algum progresso em atingir os objectivos do desenvolvimento do milénio na data prevista. Entretanto, mais trabalho precisa ser feito a fim de acelerar o progresso. Desde o último relatório em 2007, um número de países africanos que incorporaram os ODMs em suas estratégias ou planos de desenvolvimento nacionais de redução da pobreza aumentou para aproximadamente 41. As estatísticas indicam que o progresso está sendo feito num número de áreas tais como entrada na primária, a paridade do género na educação primária, as mortes por malária, e a representação das mulheres nos parlamentos. Prevê-se que se esta taxa de progresso contínua, o continente estará no bom caminho para atingir um número significativo dos ODMs na data prevista.

Sob o objectivo 1, o relatório indica que mais de 62 por cento de países africanos registaram uma melhoria em condições da fome entre 1991 e 2002. Entretanto, esta melhoria significativa foi desafiada pelas ameaças recentes à segurança do alimento, tal como a mudança de clima e aumento dos preços do petróleo e dos alimentos e, tendo em conta que muitos países africanos são altamente dependentes da agricultura pluvial.

O objectivo 2 chama para a realização da matrícula universal na educação primária em 2015. O relatório revela que um número de países africanos está na trilha para conseguir todos os indicadores sob este objectivo. De maior importância é a matrícula na escola primária onde muitos países registaram uma melhoria significativa. Por exemplo, entre 2004 e 2005, 9 países registaram a matrícula na educação primária de mais de 80 por cento. A taxa total, agregada da matrícula para países africanos aumentou em 6 por cento entre 2004 e 2005. A respeito da taxa da conclusão, o relatório indica variações entre regiões africanas. A África do norte tem a taxa mais elevada da conclusão da escola primária, seguida pela África meridional enquanto África Ocidental tem a mais baixa. Geralmente, as taxas da conclusão permaneceram em média em 60 por cento durante o período considerado.

A respeito do objectivo 3, que visa promover a igualdade de género e *empoderamento* das mulheres, o relatório indica que é provável que um número de países africanos alcance a paridade do género em 2015, principalmente na educação primária. De acordo com as estatísticas disponíveis, onze países tinham conseguido já a paridade do género na educação primária em 2005, e 17 países tiveram mais de 0.90 taxas da paridade no mesmo ano. Entretanto, a República Centro Africana e o Chade registaram progressos limitados na paridade do género na educação primária. Além disso, 13 países africanos têm reforçado sua taxa de progresso para a paridade do género na educação primária. Entretanto, o relatório igualmente indica que a melhoria impressionante na paridade do género na educação primária não é a mesma no ensino secundário onde há uma sub-representação ainda significativa das meninas.

O relatório igualmente esboça o status da representação das mulheres no parlamento nacional. De acordo com dados, África tem a taxa mais elevada relatada de progresso comparada aos 10 por cento conseguidos no mundo inteiro durante o período 1990 a 2007. Entre 2003 e 2007, a paridade do género na tomada de decisão avançou mais no Ruanda (48.8 por cento), Moçambique (34.8 por cento), África do Sul (32.8 por cento), Tanzânia (30.4 por cento), Burundi (30.5 por cento), Uganda (29.8 por cento), Seicheles (29.4 por cento), Namíbia (26.9 por cento), Tunísia (22.8 por cento), Eritreia (22 por cento) e Etiópia (21.9 por cento).

O objectivo 4 apela para uma redução para dois terços, entre 1990 e 2015, da taxa de mortalidade na idade inferior a cinco anos. De modo geral, poucos países de África parecem estar na trilha, particularmente no tratamento das doenças que são mais prováveis causas da morte para crianças com menos de 5 anos de idade, incluindo o sarampo. Os dados fornecidos pela UNICEF (2008) indicam que a taxa de mortalidade na idade inferior a cinco anos em África baixou de 185 por 1.000 nascimentos em 1990 para 165 por 1.000 nascimentos em 2005. Apesar deste progresso, os países africanos ainda permanecem abaixo do objectivo exigido pelas NU de redução para dois terços em 2015 para poder alcançar os ODMs. África como uma região fez muito pouco progresso para a diminuição das taxas de mortalidade em idade inferior a cinco anos durante o período 1990-2005. A grande maioria de países africanos experimentou uma melhoria ligeira das taxas de mortalidade em idade inferior a cinco anos, de 1.8 por cento entre 1990 e 2005.

O relatório indica que as taxas elevadas da mortalidade infantil em alguns países são imputáveis às situações particulares da saúde. Isto era evidente em Botswana, no Lesoto, na África do Sul, na Suazilândia, e no Zimbabué onde o HIV e a SIDA explicam na grande medida o nível elevado da mortalidade em idade inferior a cinco anos quando a malária explica as taxas elevadas em países da África Ocidental. De um lado, a taxa de mortalidade infantil para o período 1990-2005 indica que África central, do leste, sul e ocidente, fizeram apenas uma melhoria marginal de 110 para 99 mortes por 1.000

nascimentos durante o período. Entretanto, países como Malawi, Djibouti, Maurícias, Marrocos e Tunísia registaram melhorias de mais de 5 por cento.

O objectivo 5 está na saúde da mortalidade materna. O relatório revela que os dados em relações de mortalidade materna não são prontamente disponíveis num número de países e que os últimos dados disponíveis eram até o ano 2000. Entretanto, os dados estimados para 2005 da OMS, da UNICEF, do FNUAP e do Banco Mundial indicam que a grande maioria de países africanos experimentou uma melhoria ligeira em taxa de mortalidade materna TMM de 1.8 por cento entre 1990 e 2005. Doze países tiveram um TMM de mais de 1000, e estes incluem Angola, Burundi, Chade, República Democrática do Congo, Guiné-Bissau, Libéria, Malawi, Nigéria, Níger, Ruanda, Serra Leoa, e Somália.

A respeito do objectivo 6, combate ao HIV e SIDA, malária e outras doenças, Africa continua a ser a região a mais afectada pelo HIV e pelo SIDA no mundo, com quase 68 por cento dos 33.2 milhões de pessoas que vivem com HIV e SIDA. A taxa da predominância do HIV no adulto varia de bem abaixo 1 por cento em todos os países africanos do norte aos 15 por cento ou mais em muitos dos países na África meridional (ONUSIDA, 2007). Na maioria dos países, a taxa da predominância do HIV estabilizou ou está mostrando sinais de declínio (ONUSIDA, 2007). Costa do Marfim, Togo, Zimbabué e Quênia experimentaram diminuições em suas taxas nacionais de predominância.

Geralmente, as mulheres são altamente contaminadas pelo HIV e o número ainda está aumentando. Até à data de Dezembro 2007, as mulheres constituíram 61 por cento de pessoas contaminadas nas quatro sub-regiões. O número de pessoas que receberam o tratamento anti-retroviral na África central, do leste, sul e ocidente, aumentou de 100,000 em 2003 para 1.3 milhões em 2006 (OMS, UNUSIDA e UNICEF, 2007). Apesar destes dados alarmantes, a malária permanece a causa principal da mortalidade infantil e da anemia nas mulheres grávidas em Africa. De acordo com estatísticas, a malária conta para uma percentagem elevada da mortalidade infantil e endemia em 46 países. O uso de redes para cama tratadas com insecticidas por crianças com menos de cinco anos melhorou em áreas de risco da malária na Africa central, do leste, sul e ocidente, de 2.1 para 5 por cento entre 2001 e 2005.

O relatório indica que as tendências na incidência, na predominância e na morbidade da TB estiveram em ascensão em todas as sub-regiões do continente, excepto no Norte de Africa. A carga da tuberculose é sentida mais na África meridional seguida pela Africa do Leste e Ocidental. Treze dos quinze países que tiveram a taxa de incidência a mais elevada de TB em 2005 estavam em África, e neles incluídos Botswana, Costa do Marfim, Djibouti, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabué. A carga da morte pela doença segue um teste padrão similar, com a África meridional que carrega a carga a mais pesada, seguida por Africa do Leste e Ocidental. Em 2005, a taxa de mortes por TB com exclusão do HIV era no Norte de Africa de 3 em 100.000 quando em outras regiões era de aproximadamente 55 em 100.000. A predominância das taxas de TB por outro lado, tinha um retrato

diferente. Apesar destas baixas taxas em mortes causadas por TB, as taxas da predominância da TB parecem estar no lado mais elevado para as outras regiões excepto Norte de Africa. Por exemplo em 2005 a taxa de predominância da TB com exclusão do HIV e o SIDA na Africa do Norte era apenas de 44 em 100.000 quando em outras regiões eram aproximadamente 490 em 100.000.

A respeito do objectivo 7 em assegurar a sustentabilidade ambiental, o relatório indica que entre 1990 e 2005 a superfície de terra coberta por floresta diminuiu em África, excepto no Norte de Africa em 3 por cento. Geralmente, a desflorestação continua a contribuir para o aumento da superfície agrícola mas teve dois efeitos negativos. Primeiramente, a produtividade agrícola aumentada em florestas recuperadas acaba por ser de curta duração uma vez que a terra é esgotada rapidamente dos nutrientes que impulsionam a produção. Além disso, há uma perda de biodiversidade que é responsável por 18 a 25 por cento de emissões de raios verdes, um factor chave na mudança de clima (NU, 2007).

Houve alguma melhoria na provisão da água potável segura, de 1990 a 2004. Quinze países africanos aumentaram o acesso à água potável em áreas rurais por 25 por cento. Entretanto, o hiato rural-urbano no acesso à água potável segura é ainda grande e aquela tende a puxar para baixo figuras agregadas nacionais, em alguns países. Embora haja algum progresso, as mudanças são ainda demasiado poucas para alcançar o objectivo de diminuir para metade o número de pessoas sem água potável segura em 2015.

Mais, a proporção de povos com saneamento melhorado em África, excepto Africa do Norte, aumentou de forma moderada, de 32 por cento em 1990 para 37 por cento em 2004, longe do objectivo de 66 por cento de cobertura a ser atingido em 2015. A diferença rural-urbana e a situação deficiente dos moradores nas favelas tornam este progresso lento. A migração urbana e o crescimento demográfico rápido contribuem para habitação deficiente, saneamento inadequado e insuficiente água segura.

Quanto ao objectivo 8, desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento, 26 países africanos tinham alcançado o ponto de decisão sob Iniciativa dos Países Pobres Altamente Endividados até à data de Fevereiro 2008. Destes países, 19 fizeram-no ao ponto da conclusão. O relatório igualmente esboça alguns dos compromissos assumidos na reunião de Gleneagles dos G8 e Milénio das NU + 5 cimeiras em 2005, de aumento de doadores para Africa. Os compromissos assumidos nestas cimeiras, combinados com outros compromissos, implicaram o aumento da ajuda de USD \$ 80 biliões em 2004 para USD \$ 130 biliões em 2010. O progresso no cumprimento dos compromissos de Gleneagles foi lento. A ajuda ao desenvolvimento oficial (ALDO) (de acordo com OECD/DAC) declinou entre 2006 e 2007.

Os doadores têm programado igualmente uma ajuda adicional em torno de USD \$ 11 biliões até agora em seu plano anual de despesa em 2010, sobre os extras USD 5 biliões

para os programas do país que foram entregues em 2005. Isto mostra que os esforços para aumentar a ajuda estão sendo facturados em planos futuros de alguns doadores, mas ainda deixa cerca de USD \$ 34 biliões em 2004 dólares - sobre E.U. \$ 38 biliões em 2007 dólares - a serem programados nos orçamentos dos doadores se os compromissos assumidos em 2005 para aumentar substancialmente a ajuda até 2010 devam ser atingidos inteiramente (OECD). Um dos desenvolvimentos principais de anos recentes é a importância crescente de doadores não DAC. China e Índia têm fornecido ajuda significativa ao desenvolvimento de Africa. China perdoou a dívida de RMB 10.9 bilhão (USD \$1.47 biliões) da África e comprometeu-se a duplicar AAD (ODA) a Africa.

Obstáculos ao progresso acelerado

Entre outros, o relatório identifica não disponibilidade dos dados como um dos obstáculos chaves que afectam o relatório sobre o progresso dos ODMs e também na tomada de decisão. A este efeito, um número de indicadores não foram relatados devido à não disponibilidade dos dados, sobretudo em relação à finalidade 1 do objectivo 1.

Um outro obstáculo é a falta de recursos adequados, dos parceiros internacionais e dos países africanos (recursos domésticos). O consenso de Monterrey de 2002 enfatizou o papel importante do ODA como um complemento a outras fontes de financiamento em países pobres. Desde que o consenso foi adoptado, diversas promessas foram feitas à região no aumento da quantidade da ajuda e em melhorar a eficácia da ajuda. Os resultados da Cimeira dos G-8 de Gleneagles 2005 e a declaração de Paris, ambos reafirmaram os compromissos feitos no consenso de Monterrey e contêm alguns dos compromissos os mais recentes feitos por parceiros do desenvolvimento na quantidade e na qualidade da ajuda.

De acordo com os dados disponíveis, a parte total do ODA a Africa aumentou de 32 por cento para 40 por cento, este ainda é insuficiente tendo em conta os compromissos assumidos. O aumento de 0.25 para 0.27 de GNI dos países doadores (0.7 por cento do compromisso) é ainda demasiado baixo. Adicionalmente, os fluxos do ODA foram canalizados na sua maioria para um número restrito de países africanos.

A iniciativa Africa de ODMs

A iniciativa, lançada pelo secretário-geral das NU em 2007, salienta a responsabilidade preliminar dos governos africanos em atingir os objectivos e a necessidade das organizações internacionais apoiarem as estratégias conduzidas pelos países. O objectivo principal é endereçar defeitos na abordagem adoptada por parceiros internacionais em apoiar países africanos para a realização dos ODMs. Ao executar os objectivos acima, o grupo executivo de ODM para África, um grupo de alto nível estabelecido pelo secretário-geral das NU sob a iniciativa identificou as seguintes áreas

temáticas do foco, que são chaves na realização dos ODMs: Agricultura, segurança alimentar e nutrição; Educação; Saúde; Infra-estrutura e simplificação do comércio; Sistemas estatísticos nacionais; Eficácia da ajuda e previsibilidade da ajuda; e tradução dos ODMs em programas integrados exequíveis. Além disso, fez um número de recomendações chaves sobre cada uma das áreas temáticas, que, se executadas, ajudarão os países africanos a alcançar os ODMs na data prevista.

Sumário e conclusões

O relatório mostra que algum progresso está sendo feito, e que a região está no caminho para alcançar alguns dos objectivos em 2015. Sobre o financiamento, o relatório observa que o financiamento privado do investimento e dos ODMs poderia ser explorado, particularmente como ajuda oficial ao desenvolvimento ou ajuda excluindo o perdão da dívida e ajuda humanitária que têm diminuído nos últimos anos. O relatório recomenda opções de financiamento que incluem a mobilização doméstica dos recursos, os recursos de parceiros emergentes como a China e a Índia, e parcerias público-privada. Uma vez que as necessidades de financiamento para realizar os ODMs são substanciais, o sector privado é convidado cada vez mais a preencher lacunas de investimento.

Além do aumento dos recursos, os países africanos devem intensificar a execução de suas estratégias de desenvolvimento nacional consistentes com os ODMs e as estratégias da redução da pobreza. Finalmente, os Países Membros da União Africana e os parceiros internacionais são convidados para apoiar a execução das recomendações feitas pelo grupo executivo dos ODM de África.

Secção I: Introdução

1. Este relatório é uma resposta à decisão de Sirte, Julho de 2005 Assembleia/UA/de Dezembro 78 (v) que pede à Comissão da União Africana, em colaboração com a Comissão Económica para África (CEA), o Banco Africano de Desenvolvimento (AfDB), e as Comunidades Económicas Regionais para monitorizarem a execução dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio e continuarem com as reflexões pertinentes a fim de relatar à Assembleia. Igualmente, é uma resposta à Decisão de Addis Ababa de Janeiro 2008 Assembleia/UA/ Dezembro 180 (X) pedindo a Comissão Africana da União em colaboração com a CEA para preparar relatórios sobre o status e estatísticas relacionadas com o progresso em África para a realização dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio.

2. O relatório foi preparado conjuntamente pela Comissão da União Africana, e pela Comissão Económica para África (CEA). Revê o progresso feito até agora, desde o segundo relatório, por países africanos para a realização dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODMs). Igualmente fornece soluções e recomendações em como acelerar a realização dos ODMs. Mais, o relatório realça progressos no trabalho em curso da Iniciativa ODM de África¹.

3. De acordo com o relatório, o progresso de África em atingir os objectivos do desenvolvimento do milénio na data prevista está a avançar. Entretanto, mais trabalho precisa ser feito a fim de acelerar o progresso. Desde o último relatório em 2007, o número de países africanos que incorporaram ODMs nas suas estratégias da redução da pobreza ou nos planos de desenvolvimento nacionais aumentaram para aproximadamente 41. Progresso significativo foi relatado para indicadores tais como a igualdade universal da educação primária e de género. Ghana, por exemplo, é apontado como estando no caminho para atingir o objectivo de reduzir a pobreza para metade em 2015. Mais, Ghana fez progressos tremendos na redução da predominância do HIV.

4. O crescimento, provido em grande parte por reformas apropriadas de políticas, preços favoráveis de produtos básicos e uma melhoria assinalada na paz e na segurança no continente permanece forte. Em 2007, por exemplo, a taxa de crescimento do PIB manteve-se em 5.8 por cento com os mais de 25 países africanos conseguindo uma taxa de crescimento do PIB real de 5 por cento ou acima quando uns outros 14 cresceram entre 3 e 5 por cento. Em 2008, esta taxa de crescimento real do PIB para o continente está projectada para 6.2 por cento. Entretanto, a taxa de crescimento anual média do continente de aproximadamente 5.8 por cento está ainda abaixo da taxa de crescimento anual de 7 por cento exigida para reduzir a pobreza pela metade

¹ A iniciativa ODM foi lançada pelo Secretário geral das Nações Unidas (NU) em 2007 para mobilizar todos os recursos do Sistema das Nações Unidas e seus parceiros para apoiar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio em África (ODMs).

até 2015. Mais ainda, este crescimento está cada vez mais sob a ameaça das novidades tais como a subida dos preços dos alimentos e do petróleo e também as mudanças climáticas.

5. Houve umas iniciativas em resposta aos desafios acima por líderes e por parceiros africanos a níveis nacionais, regionais e continental. Estes incluem: (i) integração dos ODMs em estratégias nacionais da redução da pobreza e em planos de desenvolvimento nacionais; (ii) a posição comum africana sobre os ODMs pela Comissão da União Africana; (iii) a decisão pela assembleia/cimeira da UA dos chefes de Estado e Governo, realizada em Chartoum, no Sudão, pedindo a Comissão da União Africana em colaboração com o AfDB, para realizar o estudo sobre o estabelecimento de um fundo africano do petróleo; (iv) o trabalho em curso pela comissão africana da união visando o fornecimento de soluções à crise alimentar actual; e (v) o lançamento da iniciativa das NU ODM África pelo secretário geral das NU para mobilizar recursos e sustentar apoio internacional para conseguir os ODMs em África.

6. Os parceiros de desenvolvimento têm apoiado o fornecimento de ajuda financeira visando acelerar o trabalho para a realização dos ODMs. Realizações foram já constatadas nos fluxos oficiais da ajuda ao desenvolvimento, que cresceram de uma média dos USD \$16 biliões entre 1998-2001 e os USD \$28 biliões entre 2002-2005². A decisão para cancelar o débito devido por países pobres altamente endividados igualmente jogou um papel significativo em promover o crescimento. Os países cuja dívida foi cancelada conseguiram desviar os recursos dirigidos para o reembolso de dívidas aos sectores de crescimento. Além disso, esforços foram feitos para alinhar o ODA com as prioridades e os programas nacionais de forma consistente com a declaração de Paris. Mais, as economias emergentes como China e Índia forneceram recursos adicionais aos Estados-membros que foram longe ao acelerar a realização dos ODM. Igualmente houve iniciativas por actores não governamentais, tais como o Bill e a fundação de Melinda Gates para suportar os esforços do continente para atingir os ODMs.

7. Este relatório indica que o progresso para a realização dos ODMs aconteceu em um número de áreas tais como a matrícula primária, a paridade do género na educação primária, a redução em mortes causadas por malária, e *empoderamento* das mulheres, entre outros. Se esta taxa de progresso continua, o continente estará no caminho para atingir um número significativo dos ODM na data prevista de 2015. O relatório igualmente mostra que muitos países africanos não fizeram progresso significativo em matérias relacionadas com a saúde e ODMs. Mais, o relatório realça a iniciativa de ODMs de África e convida países africanos e parceiros para apoiarem a execução de suas recomendações.

² Relatório conjunto AUC/ECA Relatório Económico para Africa 2008.

Secção II: Seguindo o progresso

8. Esta secção apresenta o relatório de progresso objectivo-por-objectivo dos esforços do continente para alcançar os ODMs. Igualmente inclui um conjunto novo de indicadores relativos ao emprego, à saúde reprodutiva, à biodiversidade e ao acesso ao tratamento para o HIV e a SIDA e indica que estiveram grandemente negligenciados. O relatório não cobre matérias sobre pobreza da renda devido à falta de dados de confiança e consistentes para a maioria de países africanos. Isto é porque muitos países africanos não têm inquéritos recentes do agregado familiar em que uma estimativa do progresso para os objectivos da pobreza pode ser baseada com confiança. Dada a taxa elevada do crescimento demográfico do continente, é admissível que o progresso em reduzir a pobreza tenha sido lento.

Objectivo 1: Erradicar a pobreza e a fome extremas

Objectivo 1C: Diminuir para metade, entre 1990 e 2015 a proporção de povos que sofrem da fome

9. Não há nenhum dado recente sobre este objectivo, na base de dados da UNSD para actualizar o progresso na redução da fome para metade em 2015. De acordo com o relatório de 2007 sobre ODMs preparado em conjunto pelo CUA e pela CEA, 62 por cento dos países africanos para os quais havia dados disponíveis, registaram uma melhoria em condições da fome entre 1991 e 2002. Entretanto, há ameaças novas à segurança alimentar tendo em conta que muitos países africanos dependem grandemente da agricultura pluvial. Estas incluem: mudanças climáticas e aumento de preços do petróleo e dos alimentos. Estes desenvolvimentos terão provavelmente um impacto adverso no progresso já conseguido por muitos países.

Indicador 1D: Predominância de crianças sub nutridas com menos de cinco anos de idade

10. De acordo com o relatório de Ministros da Saúde africanos, de 2008, a média regional total da proporção de crianças sub nutridas em África, excluindo o Norte de Africa, é de 28 por cento. Países na África ocidental e central tal como Republica Democrática do Congo, Congo, Ghana, Guiné, Mali, Nigéria, Senegal e Togo tem uma taxa anual média da redução (AARR) de 1.6 mas esta não é suficiente para alcançar os objectivos do ODMs. Outros países não mostraram muitas melhorias desde os anos 90 e estes incluem: Burkina Faso, Camarões, Republica Centro Africana, Djibouti, Níger, Serra Leoa, Somália, e Sudão.

Objectivo 2: Conseguir a educação primária universal

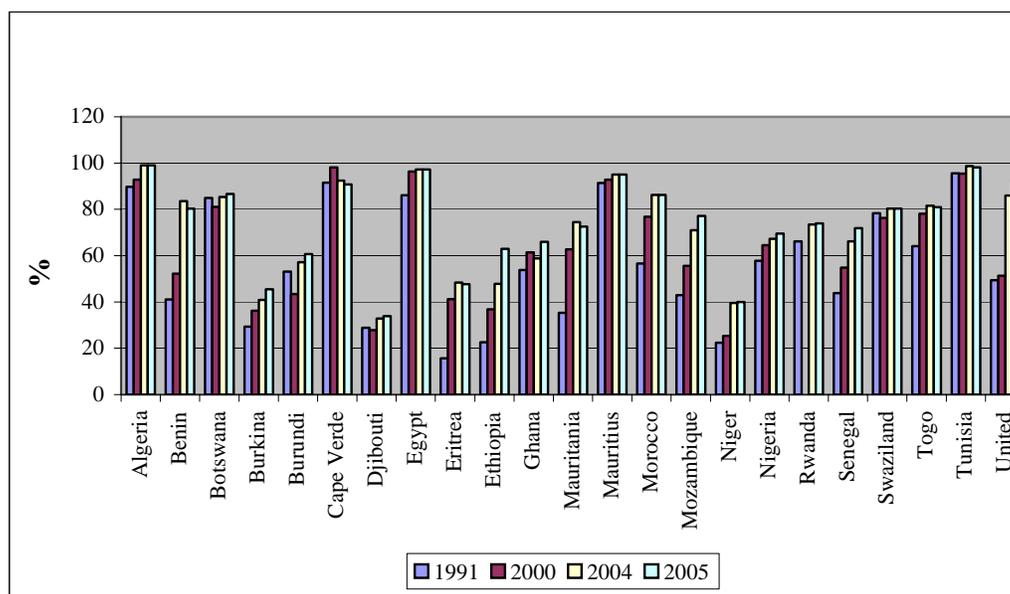
Objectivo 2A: Assegurar-se de que, em 2015, as crianças em toda parte, os meninos e as meninas igualmente, possam terminar um curso geral da educação primária

11. O objectivo 2 apela para a realização da matrícula universal na educação primária até 2015. A maioria de países africanos estão no bom caminho para conseguir todos os indicadores sob este objectivo³. É importante que sejam empenhados mais esforços para a efectivação da educação primária universal tendo em conta que este objectivo é fundamental para a realização de outros ODMs.

Indicador 2.1: Matrícula na educação primária

12. A matrícula primária entre 2004 e 2005 mostrou que um número de países africanos registaram uma melhoria significativa segundo as indicações da figura 1 abaixo que mostra a matrícula para alguns países africanos seleccionados em 1991, em 2000, em 2004, e em 2005. Se esta tendência contínua, muitos países na região atingirão o objectivo de conseguir a matrícula primária universal em 2015.

Figura 1: Matrícula na educação primária em países africanos seleccionados



Fonte: UNSD

³ De acordo com o relatório da CUA e ECA de 2007 sobre ODMs

13. Da figura 1 acima, entre 2004 e 2005, 9 países registaram matrícula na educação primária em taxas acima de 80 por cento. Durante o mesmo período, quatro países, a saber Burkina Faso, Djibouti, Eritreia e Níger tiveram a matrícula abaixo dos 50 por cento. Para os países onde os dados estavam disponíveis, entre 2004 e 2005, a matrícula aumentou em seis deles por mais de 4 por cento quando em cinco países as taxas da matrícula expandiram entre 2 e 4 por cento. Os aumentos registados nos restantes países estavam entre 0 e 2 por cento.

14. O progresso neste indicador é conduzido por grandes matrículas nos países como Etiópia, Moçambique, Maurícias, Quénia, e Zâmbia. Os empreendedores maiores como Etiópia, Ghana e Tanzânia⁴ mantiveram o impulso/momento dos anos anteriores, afixando a taxa de crescimento em matrícula de 6,5 por cento, 4,2 por cento e 17.3 por cento, respectivamente, de 2005 a 2006. O progresso estava em perigo de regressão em Cabo Verde, Eritreia e Mauritânia e era modesto nas Maurícias e São Tome e Príncipe. A taxa total, agregada da matrícula aumentou por 6 por cento entre 2004⁵ e 2005. Esta taxa de progresso, se sustentada, colocará mais países africanos na trilha para conseguir a matrícula/inscrição primária universal.

Indicador 2.2: Proporção de pupilos que começam a classe 1 e que alcançam a última classe/etapa da escola primária

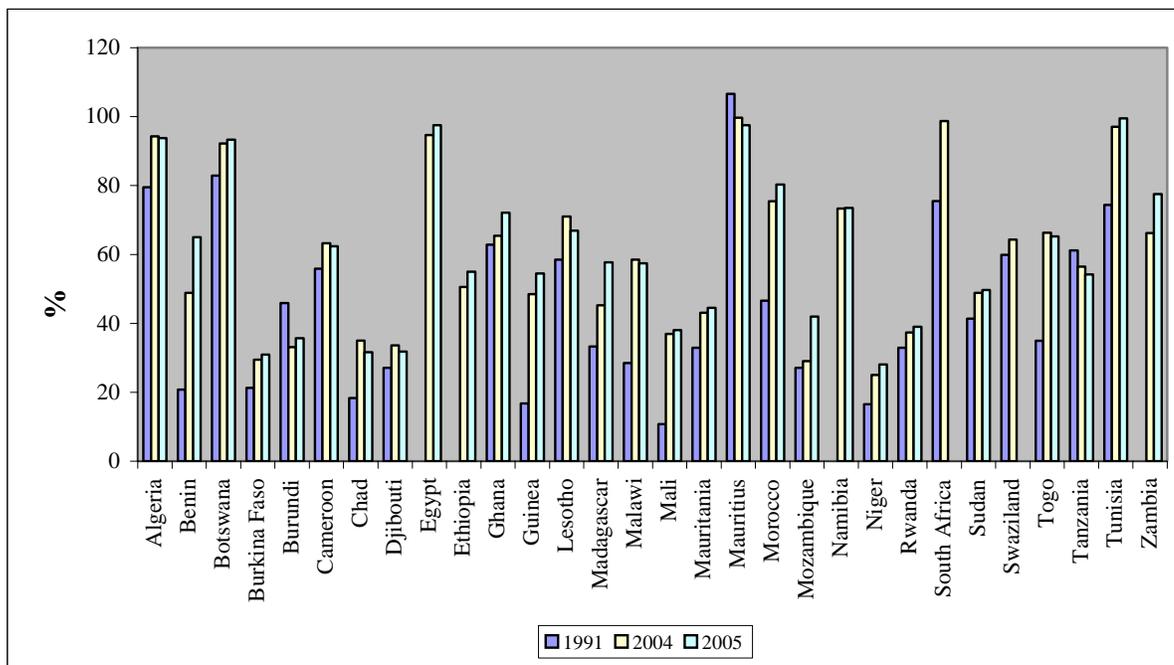
15. De acordo com os dados disponíveis, a melhoria continuada em taxas primárias da matrícula não foi combinada com um aumento proporcional na taxa da conclusão da escola primária⁶. Além disso, houve uma diminuição em taxas da conclusão nos anos recentes como pode ser visto na figura 2 abaixo que indicam taxas da conclusão da escola primária para países africanos seleccionados em 1991, em 2004 e em 2005. Entretanto Benin, Etiópia, Ghana, Guine e Madagáscar tiveram taxas da conclusão aumentadas em 16.2 por cento, 4.4 por cento, 6.7 por cento, 6.1 por cento e 12.4 por cento, respectivamente em 2005 em relação a 2004 mas em países como Camarões, Maurícias, e Tanzânia, regressões foram registadas.

⁴ Apenas estes três países tem dados de 2006 na base de dados da UNSD.

⁵ CUA, ECA – Avaliação de Progressos na rota dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, Addis Abeba 2007.

⁶ A taxa de Conclusão Primária é o rácio do número total de estudantes que completam com sucesso o ultimo ano da escola primária num dado ano escolar em relação ao número total de crianças na idade de graduação oficial da população (UNSD)

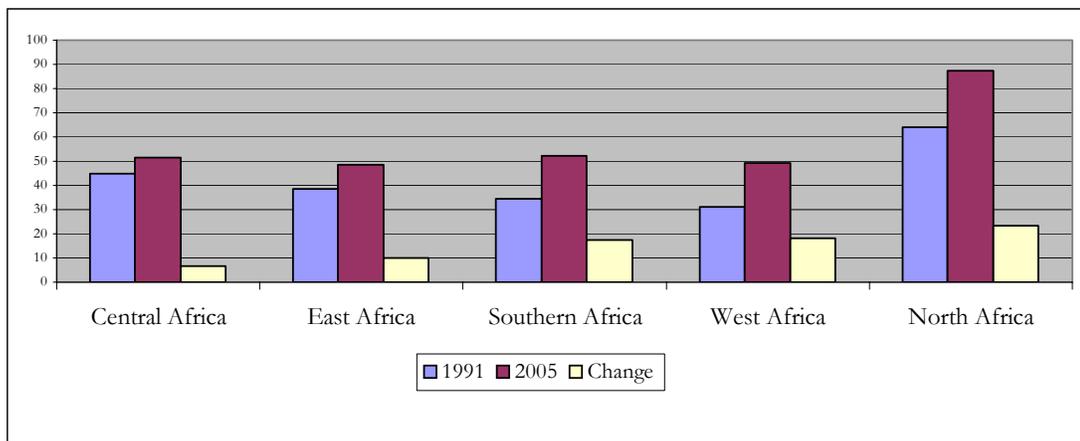
Figura 2: Taxas da conclusão para os países africanos seleccionados (1991 - 2005)



Fonte: UNSD

16. A variação no desempenho é igualmente evidente onde as sub-regiões são usadas como a base da análise. A África do norte tem a taxa mais elevada da conclusão da escola primária, seguida pela África meridional enquanto África ocidental tem a mais baixa (figura 3). As taxas da conclusão permanecem em média em 60 por cento durante o período considerado. Entretanto, a taxa da conclusão melhorou na África ocidental em 2005 em relação a 2004.

Figura 3: Mudanças em taxas de conclusão na primária através das sub-regiões



Fonte: Cálculos de CUA/CEA de UNSD

17. Um factor principal que afecta a taxa da conclusão da escola primária em muitos países é a entrada geralmente atrasada dos alunos/pupilos no sistema escolar. Mais crianças na idade de escola secundária estão atendendo à escola primária, especialmente em países onde houve uma expansão considerável em programas e na matrícula. A entrada atrasada aumenta a pressão em juntar-se ao mercado de trabalho antes de terminar o ciclo. Isto reduz o incentivo ao avanço aos níveis de instrução secundários e mais elevados.

Indicador 2.3: Taxas de analfabetismo (15-24 anos de idade), mulheres e homens

18. Não houve nenhuma actualização nova aos dados relatados no relatório dos ODMs de 2007, à excepção de Burkina Faso e de Níger onde a taxa de analfabetismo da juventude melhorou em 2 por cento e por 36.5 por cento em 2005 respectivamente. Todavia, uma mudança desconhecida que ocorre em África é a taxa de o aumento de instrução básica entre a juventude africana, não apenas no idioma nacional, mas igualmente pelo menos em uma língua (inglesa ou francesa) estrangeira⁷. Isto é devido em parte, a uma consequência da matrícula melhorada na educação primária. Esta tendência igualmente é observada nos países com baixas taxas de analfabetismo iniciais da juventude e taxa de analfabetismo inicial elevada da juventude e indica o progresso em atingir este objectivo.

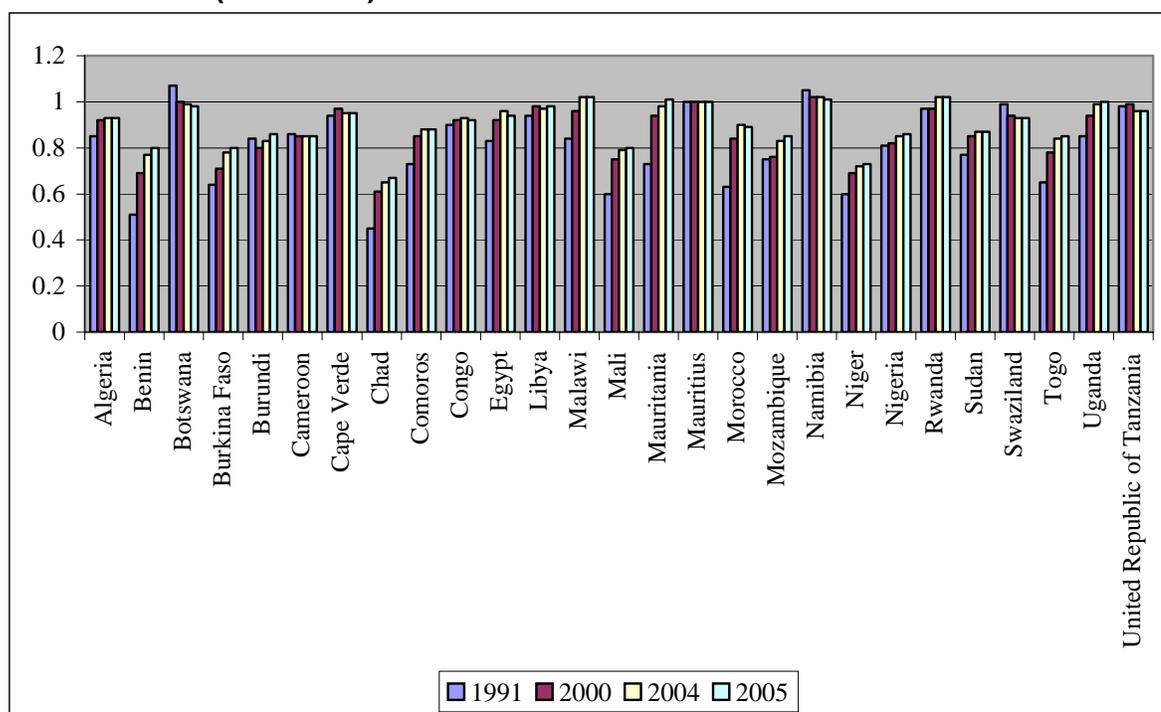
⁷ "Estrangeiro" significa a língua de uma antiga potência colonial

Objectivo 3: Promover a igualdade de género e empoderamento das mulheres

Objectivo 4: Eliminar a disparidade do género no ensino primário e secundário em 2005, e em todos os níveis de instrução em 2015

19. O propósito principal do objectivo 3 é promover a igualdade de género e empoderamento das mulheres. De acordo com estatísticas disponíveis, a maioria de países africanos alcançarão a paridade do género em 2015⁸ na educação primária (ver figura 4). Onze países⁹ tinham conseguido já a paridade do género na educação primária em 2005, e 17 países¹⁰ tiveram mais de 0.90 taxas da paridade no mesmo ano. Entretanto, a Republica Centro Africana e Chade registaram progresso limitado na paridade do género na educação primária.

Figura 4: Paridade do género na educação primária nos países africanos seleccionados (1991-2005)



Fonte: UNSD

⁸ Veja o relatório sobre os Objectivos do Milénio, Relatório à Conferencia de Ministros Africanos responsáveis pelas Finanças, Planeamento, e Desenvolvimento Económico, Abril 2007.

⁹ A Gambia, Gabão, Lesoto, Líbia, Malawi, Maurícias, Mauritània, Namíbia, Ruanda, Seicheles e Uganda.

¹⁰ Algéria, Botswana, Cabo Verde, Congo, Egipto, Guiné Equatorial, Ghana, Quénia, Madagáscar, São Tome e Príncipe, Senegal, Africa do Sul, Suazilândia, Tunísia, Republica Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

20. Os últimos dados disponíveis mostram que 13 países africanos têm reforçado sua taxa de progresso para a paridade do género na educação primária. O progresso significativo relatado em 2007 confirma que a maioria dos países africanos estão na esteira para conseguir a paridade do género na educação primária. Entretanto, a melhoria impressionante na paridade do género na educação primária não é espelhada no ensino secundário onde há um sub-representação ainda significativa das meninas. Consistente com o que foi relatado nos relatórios de 2007, oito¹¹ países conseguiram a paridade do género no ensino secundário, enquanto seis¹² outros conseguirem um índice de paridade do género acima de 0.90. Pelo contraste, 14 países regrediram durante o mesmo período. A taxa de progresso é assim demasiado lenta e frágil para que este objectivo seja conseguido em 2015.

21. O rácio das mulheres em relação aos homens nas universidades e nas instituições terciárias permaneceu inalterado relativamente ao relatório de 2007 (figura 5). Nove¹³ países tinham conseguido a paridade do género. Entretanto, Madagáscar e Sudão poderão conseguir a paridade do género no ensino superior em 2015.

Figura 5: Paridade do género no ensino superior para um número seleccionado de países africanos (2000 - 2005)

Fonte: UNSD

22. A representação das mulheres no parlamento nacional melhorou num número de países africanos (figura 6). Africa tem a taxa relatada a mais elevada de progresso comparada aos 10 por cento conseguidos no mundo inteiro durante o período 1990 a 2007. Apesar deste desenvolvimento, 17 países africanos ainda permanecem abaixo de uma média entre 2003-2007.

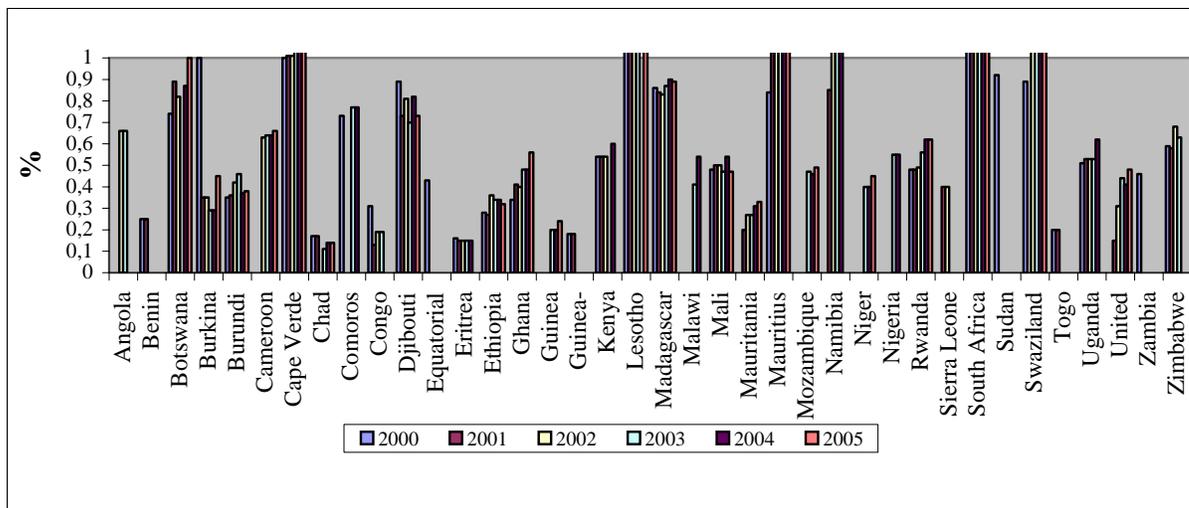
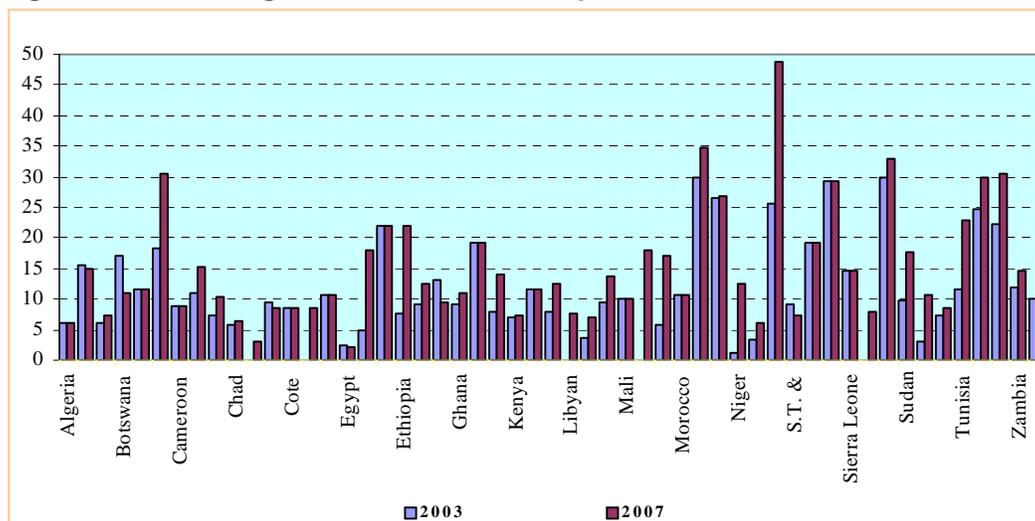


Figura 6: Percentagem das mulheres no parlamento nacional



Fonte: UNSD

23. Entre 2003 e 2007, a paridade do género na tomada de decisão avançou mais no Ruanda (48.8 por cento), Moçambique (34.8 por cento), Africa do Sul (32.8 por cento), Tanzânia (30.4 por cento), Burundi (30.5 por cento), Uganda (29.8 por cento), Seicheles (29.4 por cento), Namíbia (26.9 por cento), Tunísia (22.8 por cento), Eritreia (22 por cento) e Etiópia (21.9 por cento). Os dados são inadequados no relato do progresso e na proporção de mulheres em empregos remunerados no sector não-agrícola. Os dados históricos indicam que nenhum país alcançou a paridade do género. Mali relatou que as mulheres representaram 49.7 por cento dos assalariados não-agrícolas em 2004, e que o rácio esteve em 42 por cento na Africa do Sul em 2005.

Objectivo 4: Reduzir a mortalidade infantil

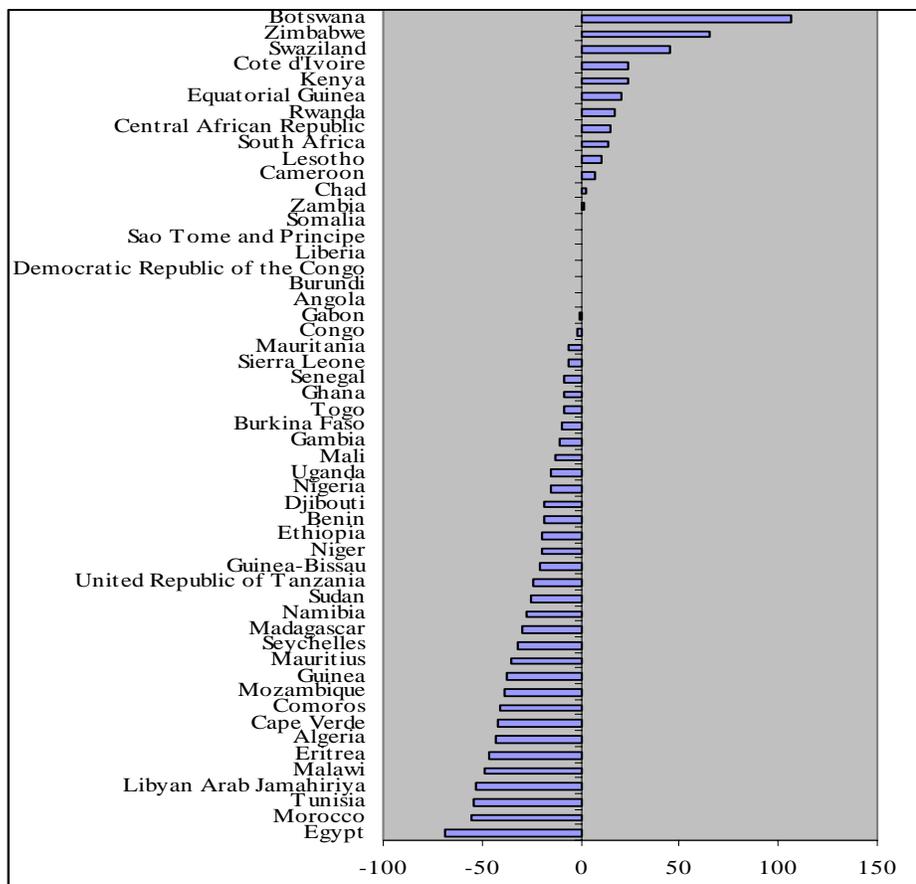
24. O objectivo 4 do desenvolvimento do milénio focaliza-se na redução para dois terços, entre 1990 e 2015, da taxa de mortalidade em idade inferior a cinco anos. O progresso parece estar na esteira em muitos países africanos, particularmente no tratamento das doenças que são mais prováveis de causar a morte a crianças em idade inferior a cinco anos, incluindo o sarampo.

Objectivo 4: Reduzir por dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade em idade inferior a cinco anos

25. Taxa de mortalidade em idade inferior a cinco anos: as taxas de mortalidade em idade inferior a cinco anos diminuíram em Africa de 185 por 1.000 nascimentos em 1990 a 166 por 1.000 nascimentos em 2005. Mais, a UNICEF (2008) relatou que a mortalidade em idade inferior a cinco anos em Africa diminuiu de 166 por 1000 nascimentos em 2005 a 160 nascimentos em 2006. Entretanto, este progresso está longe do objectivo exigido de dois terços

da redução até 2015 para alcançar os ODMs. África como uma região fez muito pouco progresso para a diminuição das taxas de mortalidade em idade inferior a cinco anos, durante o período 1990-2005 (figura 7).

Figura 7: Progresso¹⁴ nas taxas da mortalidade em crianças com menos de cinco anos entre 1990 e 2005



Fonte: UNSD

26. A vasta maioria de países africanos experimentou uma melhoria ligeira em mortalidade em idade inferior a cinco anos de 1.8 por cento entre 1990 e 2005. Não havia nenhuma mudança na mortalidade em idade inferior a cinco anos em 19 países, quando em 10 países, a saber: Botswana, Chade, Costa do Marfim, Comores, Djibouti, Gambia, Lesoto, Africa do Sul, Suazilândia, e Zimbabué, a mortalidade em idade inferior a cinco anos aumentou (tabela 1). Isto coloca a maioria de países africanos significativamente fora da trilha para

¹⁴ Mudança em pontos percentuais nas taxas de mortalidade em crianças com menos de cinco anos – a Figura negativa indica progresso.

conseguir atingir este objectivo. Africa conta com 44 por cento da mortalidade em idade inferior a cinco anos do mundo e todos os anos mais de 4.6 milhões de crianças em idade inferior a cinco anos morre. A maioria destas mortes é devida às condições comuns, evitáveis e tratáveis: Causas Neo-natais (26 por cento), infecções respiratórias (21 por cento), doenças da malária (17 por cento), doenças diarreicas (17 por cento), HIV E SIDA (7 por cento), e outros (4 por cento). Mortalidade em idade inferior a cinco anos é causada igualmente pela má nutrição que conta para perto de 50 por cento das mortes.

Quadro 1: Progresso nas taxas de mortalidade em crianças com idade inferior a cinco anos

Objectivo conseguido ou tendência para a sua realização	Progresso mas insuficiente tendência para alcançar o objectivo	Nenhum progresso ou declínio	Dados incompletos ou não disponíveis
Argélia Cabo Verde Eritreia Maurícias Seicheles	Benin, Costa do Marfim Gambia, Ghana, Guine, Guiné-Bissau Mauritânia, Níger Senegal, Togo Comores, Etiópia Lesoto, Madagáscar Malawi, Moçambique Namíbia, Nigéria Tanzânia, Uganda Zimbabué	Burkina Faso, Libéria Mali, Serra Leoa Angola, Burundi República dos Camarões Republica Centro Africana, Chade, Congo, DRC Guine Equatorial Quénia, Gabão, Ruanda São Tomé & Príncipe Botswana, Africa do Sul, Suazilândia, Zâmbia	

Fonte: Estatísticas de saúde do mundo, 2007

27. Em alguns países, a mortalidade infantil elevada é imputável às situações particulares da saúde. Por exemplo, o HIV e a SIDA explicam na grande medida o nível elevado da mortalidade em idade inferior a cinco anos no Botswana, Lesoto, África do Sul, Suazilândia, e Zimbabué enquanto a malária explica as taxas elevadas na Africa ocidental. Os conflitos igualmente contribuem para a taxa elevada de mortalidade em idade inferior a cinco anos.

28. **Taxa de mortalidade infantil:** A taxa de mortalidade infantil para o período 1990-2005 indica que a Africa central, leste, sul e ocidental, no conjunto fizeram apenas melhorias mínimas de 110 para 99 mortes por 1.000

nascimentos durante o período. Entretanto, países como Malawi, Djibouti Maurícias, Marrocos e Tunísia registaram melhorias de mais de 5 por cento.

29. Os dados actualizados da UNICEF indicam que a África central, leste, sul e ocidental, no conjunto, registou progresso adicional mínimo na redução das taxas de mortalidade infantil, que estiveram em 95 por 1000 nascimentos em 2006. Esta gota, embora mais pronunciada de 2005 a 2006, é ainda insuficiente para conseguir o objectivo do ODM 4 em 2015.

Proporção de crianças de um ano de idade imunizadas contra o sarampo

30. A proporção de crianças de um ano de idade imunizadas contra o sarampo na África central, do leste, a sul e ocidental, no conjunto, aumentou para 64 por cento em 2005, dos 56 por cento registados em 1990 e ligeiramente diminuída dos 65 por cento conseguidos em 2004. As taxas de imunização contra o sarampo variam entre os países. Botswana, Egipto, Libéria, Líbia, Maurícias, Seicheles, Tanzânia e Tunísia registaram taxas de cobertura maiores que 90 por cento, enquanto Chade, Republica Centro Africana, Nigéria e Somália tiveram taxas de cobertura menores que 40 por cento. Vinte e três países melhoraram a proporção de crianças imunizadas contra o sarampo, enquanto 18 países não tiveram nenhuma mudança. Os países que fizeram progresso substancial, com aumentos que excederam 5 por cento em melhoria na proporção de crianças que são imunizadas contra o sarampo incluem Burkina Faso, Camarões, as Comores, Republica Democrática do Congo, Djibouti, Etiópia, Guiné, Libéria, Mali, o Níger, Ruanda, Senegal, e Zimbabué. Em particular, Libéria experimentou um grande aumento na proporção de crianças imunizadas contra o sarampo. Alguns países experimentaram uma diminuição de 10 por cento ou mais na sua cobertura da imunização, e estes incluem Angola, Congo, Somália e Suazilândia.

Caixa 1: Vitórias rápidas: acção coordenada para conseguir resultados rápidos

Progresso em alcançar os ODMs relacionados com a saúde esteve limitado devido a recursos humanos e financeiros inadequados e ineficiências na entrega de apoio internacional. Fragmentação e fraca coordenação da resposta internacional são falhas principais. O sucesso na redução de mortes causadas por sarampo entre 2000 e 2007 mostra o que pode ser alcançado por uma coordenação melhorada.

Globalmente, mortes causadas por sarampo diminuíram em mais de 60 por cento entre 2000 e 2005. O progresso mais significativo foi alcançado em África onde mortes causadas por sarampo diminuíram em cerca de 75 por cento - de um número calculado de 506,000 para 126,000 através do reforço de campanhas de imunização. Este sucesso foi em grande parte devido à acção coordenada entre a Iniciativa de Sarampo Internacional e 47 países prioritários que ganhou celeridade desde 2000. A implementação desta iniciativa teve um efeito significativo nas taxas de mortalidade e morbidade de crianças em idade inferior a cinco anos e demonstra amplamente o que pode ser alcançado por acção coordenada.

Objectivo 5: Melhorar a saúde materna

Objectivo 5.A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, o rácio de mortalidade materna

31. Os dados de rácio sobre a mortalidade materna não são imediatamente disponibilizados e actualizados em todos os países. Os últimos dados sobre rácio de mortalidade materna das NUSD são até o ano 2000. Os dados estimados para 2005 da OMS, da UNICEF, do FNUAP e do Banco Mundial indicam que a vasta maioria de países africanos experimentou uma melhoria ligeira nas taxas de mortalidade materna (TMM) de 1.8 por cento entre 1990 e 2005. Doze países têm um TMM de mais de 1000, e estes incluem Angola, Burundi, Chade, Republica Democrática do Congo, Guiné-Bissau, Libéria, Malawi, Nigéria, Níger, Ruanda, Serra Leoa, e Somália.

32. Os últimos dados disponíveis de auxílio na entrega por um trabalhador apto do sector da saúde mostram que nenhum progresso ocorreu na Africa central, do leste, sul e ocidente, como um todo. Em 1990, a proporção de nascimentos com assistência de pessoal da saúde nestas quatro sub-regiões esteve em 42 por cento, e este aumentou para 46 por cento em 2004 e diminuiu ligeiramente para 45 por cento em 2005, de acordo com dados recentes de NUSD.

Objectivo 6 B: Conseguir, em 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva

33. À saúde sexual e reprodutiva (SSR) foi dada uma definição consensual internacional em 1994 na Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento (CIPD). Os dados disponíveis não permitem a monitorização do progresso, mas fornecem um relance do que foi conseguido. A ligação próxima entre a SSR e questões sociais alargadas faz a SSR vital para o desenvolvimento económico e social em África. Aparte de ser importante, está claro que a saúde reprodutiva e os direitos são instrumentos para conseguir os ODMs (Sachs, 2005).

34. Taxa da predominância contraceptiva aumentou de 12.3 por cento em 1990 para 21.3 por cento em 2005, em mulheres casadas. O uso correcto e consistente dos preservativos como recomendado na Abstinência Seja Fiel e Estratégia do Uso do Preservativo (ABC) cria uma grande falta de disponibilidade do preservativo. Além disso, a dinâmica da potência dentro dos agregados familiares aumenta a vulnerabilidade das mulheres ao comportamento sexual arriscado.

35. Há uma diminuição global em taxas de fertilidade, e África não é nenhuma excepção, embora as taxas elevadas de natalidade em adolescentes que prevalecem em 1990 não baixam. Isto igualmente contribui para uma probabilidade mais elevada de problemas relacionados com saúde no nascimento e aumento da mortalidade materna.

36. O cuidado pré-natal é um componente do núcleo de serviços sanitários maternos. Desde 1990, mais de dois terços das mulheres recebem pelo menos um cuidado pré-natal durante a gravidez, embora a recomendação médica é de pelo menos 4 visitas. Por exemplo, 87 por cento de mulheres quenianas visitaram uma clínica pré-natal pelo menos uma vez, mas este número baixou para 51 por cento para as 4 vezes recomendadas.

37. Todos os anos meio milhão de mulheres morre de complicações evitáveis da gravidez e do parto. Entre mulheres casadas na idade da gravidez, a demanda para o afastamento de nascimento representou 33-75 por cento da demanda para serviços do planeamento familiar, um mecanismo importante para salvar vidas. As crianças espaçadas entre três a quatro anos são mais prováveis de sobreviver. Em países menos desenvolvidos, incluindo os em África, se nenhum nascimento ocorre dentro de 36 meses de um nascimento precedente, a taxa de mortalidade infantil cairia para 24 por cento e a mortalidade em idade inferior a cinco anos em 35 por cento (Bertrand e Anhang, 2006). Além disso, a necessidade de serviços de planeamento familiar é forte e altamente injusta. As grandes injustiças entre os ricos e os pobres nestes países podem reflectir as disparidades em acesso a serviços de planeamento familiar e também diferenças na demanda para contraceptivos.

MDG 6: Combater o HIV e a SIDA, a malária e as outras doenças

Objectivo 6A: Parar até 2015 e começar a inverter a propagação do HIV e da SIDA

38. África continua a ser a região a mais afectada pelo HIV e pela SIDA no mundo, com quase 68 por cento dos 33.2 milhões de pessoas que vivem com HIV e SIDA de um modo geral na África central, do leste, sul e ocidente na (UNSIDA, 2007). A taxa da predominância do HIV no adulto varia de bem abaixo de 1 por cento em todos os países africanos do norte a acima dos 15 por cento em muitos dos países, na África meridional (UNSIDA, 2007). Na maioria dos países a taxa de predominância do HIV estabilizou ou está mostrando sinais de declínio (UNSIDA, 2007). Costa do Marfim, Togo, Zimbabué, Quênia experimentaram diminuições em suas taxas nacionais de predominância. Contudo o HIV e a SIDA permanecem uma causa principal da morbidade e da mortalidade adulta em todas as sub-regiões, excepto no Norte de Africa. Em 2007, 76 por cento do total global de 2.1 milhões de mortes de adultos e de crianças devido à SIDA ocorreram na África central, do leste, do sul, e do Ocidente.

39. A proporção de mulheres contaminadas pelo HIV é elevada e está a aumentar. Até à data de Dezembro 2007, as mulheres constituíram 61 por cento de pessoas contaminadas nas quatro sub-regiões. Em quase cada país na região, as taxas da predominância são mais elevadas entre mulheres do que homens. A vulnerabilidade de mulheres e de meninas africanas à infecção por HIV está ligada integralmente às desigualdades subjacentes do género, às normas sociais e à discriminação.

Objectivo 6.B: Conseguir, até 2010, acesso universal ao tratamento do HIV e SIDA

40. O indicador para este objectivo novo é a proporção da população com infecção pelo HIV avançada com acesso às drogas anti-retrovirais. O número de pessoas que receberam o tratamento anti-retroviral na África central, do leste, sul e ocidente, aumentou de 100,000 em 2003 para 1.3 milhões em 2006 (OMS, NUSIDA e UNICEF, 2007). A cobertura correspondente de pessoas que receberam o tratamento melhorou de 2 por cento em 2003 para 28 por cento em 2006. Embora alargando-se, a taxa da cobertura é ainda muito baixa, especialmente quando o fornecimento é ajustado indo de encontro à demanda daqueles em necessidade.

Objectivo 6.C: Parar em 2015 e começar a inverter a incidência da malária e de outras doenças primordiais

41. A malária é a causa principal da mortalidade infantil e da anemia nas mulheres grávidas em Africa. Os dados na incidência da malária e as taxas de mortalidade não são detalhados e não mostram tendências. Entretanto, os

poucos dados disponíveis indicam que a doença conta para uma percentagem elevada da mortalidade e endemia infantil em 46 países. Embora o uso de redes de camas tratadas com insecticida para crianças com idade inferior a cinco anos seja relatado como tendo melhorado em áreas de risco da malária na África central, do leste, sul e ocidente, de 2.1 a 5 por cento entre 2001 e 2005, a escala da necessidade é ainda grande (OMS, 2006b). Uma pesquisa conduzida em 30 países africanos entre 2000 e 2006 indica que crianças em idade inferior a cinco anos que vivem nas áreas urbanas, onde a malária é menos endêmica, é 2.5 vezes mais provável dormir sob redes tratadas com insecticida do que aqueles que vivem nas áreas rurais (NU, 2007). Além disso, a substituição do tratamento da malária com cloroquina resistente pela terapia baseada em artemisin da combinação (ACT) é confrontada com problemas relativos aos processos da obtenção e da corrente de fornecimento em muitos países africanos.

A incidência da tuberculose, a predominância e as taxas de mortalidade associadas à tuberculose

42. As tendências na incidência, na predominância e na morbidade da TB estiveram em ascensão em todas as outras sub-regiões restantes do continente, excepto no Norte de África (ver a tabela 1). A incidência da tuberculose em África aumentou com o HIV e a epidemia de SIDA, porque as pessoas com HIV contraem facilmente infecções da tuberculose. A carga da tuberculose é sentida mais na África meridional seguida por África do Leste e Ocidental. Treze dos quinze países que têm a taxa de incidência mais elevada de TB em 2005 estavam em África, e incluem Botswana, Costa do Marfim, Djibouti, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabuê. A carga da morte causada pela doença segue um padrão similar, com a África meridional que carrega a carga mais pesada seguida por África do Leste e Oeste.

Tabela 2: Tendências na incidência, na predominância e nas mortes causadas por TB em Africa

	Africa do Norte			Africa Central, do leste, sul e Ocidente		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Incidência da TB - Número de novos casos por população de 100.000 (com exclusão do HIV-contaminado)	54	50	44	148	253	281
Predominância da TB - Número de casos existentes por população de 100.000 (com exclusão do HIV-contaminado)	59	53	44	331	482	490
Mortes por TB - número de mortes por população de 100.000 (com exclusão do HIV-contaminado)	5	4	3	37	54	55

Fonte: Dados 2008 das NUSD.

43. Da tabela 2 acima, o número de mortes causadas por TB com exclusão de infecção por HIV varia em Africa, de região para região. Por exemplo em 2005, a taxa de mortes causadas por TB com exclusão do HIV no Norte de Africa era de 3 por 100.000 enquanto em outras regiões era de aproximadamente 55 por 100.000. As taxas da predominância da TB, por outro lado, tiveram um retrato diferente. Apesar destas baixas taxas em mortes causadas por TB, as taxas da predominância da TB parecem estar no lado mais elevado para as outras regiões excepto Africa do Norte. Por exemplo, em 2005, a taxa de predominância da TB com exclusão do HIV era no Norte de Africa de apenas 44 em 100.000 quando em outras regiões era aproximadamente de 490 em 100.000.

44. Da tabela 3 abaixo, poucos países principalmente no Sudoeste Africano começaram a observar um declínio em tendências da predominância do HIV entre as mulheres grávidas com idade compreendida entre os 15-24 anos. Entretanto, não muitos países estão a fazer a colecta e a relatar a predominância específica do HIV em relação à idade, especialmente entre os participantes nos cuidados pré-natais com idade compreendida entre os 15-24 anos, cuja predominância do HIV actua como indicador da taxa em que infecções novas ocorrem.

Tabela 3: Predominância do HIV entre mulheres grávidas com idade compreendida entre os 15-24 anos

Objectivo conseguido ou tendência para a realização	Progresso mas insuficiente tendência para alcançar o objectivo	Nenhum progresso ou declínio	Dados incompletos ou não disponíveis
Botswana Burundi Etiópia Lesoto Malawi Namíbia Ruanda Zimbabué	Chade Eritreia	Benin Ghana Suazilândia Senegal Africa do Sul Zâmbia	Argélia, Angola Burkina Faso, República dos Camarões Cabo Verde Republica Centro Africana Congo, Costa do Marfim DRC, Guiné Equatorial Gabão, Gambia, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Madagáscar, Maurícias, Moçambique, Níger, Nigéria, São Tomé & Príncipe, Seicheles Serra Leoa, Togo Uganda, Tanzânia

Fonte: Relatório geral sobre TB de 2008 da OMS

45. Os resultados da fiscalização do HIV pelo Pré-Natal indicam variações substanciais na predominância do HIV entre os participantes novos do pré-natal de idades compreendidas entre os 15-24 anos, entre sub-regiões, países e dentro dos países. Em 2005-2006, a predominância média do HIV entre participantes novos do Pré-Natal de idades compreendidas entre os 15-24 anos variou de menos de 1 por cento para 25.8 por cento. Países no Sudoeste da África têm a predominância a mais elevada do HIV entre os participantes do Pré-Natal de idades compreendidas entre os 15 - 24 anos que excede os 15 por cento.

A proporção de casos de tuberculose detectados e curados sob tratamento observado de curso de curta duração

46. A Estratégia Directamente Observada do Tratamento (DOTS), que acaba por ser uma abordagem eficaz no combate à TB, foi executada com sucesso em muitos países africanos. A partilha de casos detectados e curados sob o DOTS aumentou de 36 por cento em 1990 para 47 por cento em 2004 e 49 por cento em 2005, enquanto a proporção de pacientes tratados com sucesso aumentou ligeiramente de 72 por cento em 2000 para 74 por cento em 2004. O aumento de incidência e de predominância da TB destaca a necessidade do reforço continuado das respostas dirigidas à epidemia da TB.

47. Um estudo recente pelo Banco Mundial sobre o *Benefício Económico de Investimentos Globais no Controle da Tuberculose* indica que o custo económico de mortes relacionadas com TB (incluindo co-infecção por HIV) na África central, leste, sul e ocidente de 2006 a 2015 está estimado em USD \$519 bilhões quando não há nenhum tratamento eficaz da TB. Se um tratamento eficaz aos pacientes da TB é posto em prática, estes países experimentaríamos os benefícios económicos que excedem os custos relativos à doença em aproximadamente nove vezes. Os aspectos externos positivos que erigiram do controle da TB constituem bons argumentos para que os governos e os doadores reduzam drasticamente a predominância e as mortes causadas por TB. Contudo a taxa de progresso em que os países estão endereçando o peso da TB não é suficiente para alcançar o objectivo de ODM.

48. A OMS lançou a Estratégia Global para Parar a TB em 2006 que se constrói nos sucessos dos DOTS endereçando seus defeitos. A estratégia de Parar a TB visa reduzir drasticamente a carga global da tuberculose até 2015 assegurando a todos os pacientes da TB, incluindo os co-contaminados com HIV e aqueles com TB resistente aos medicamentos, beneficiar do acesso universal ao diagnóstico de alta qualidade e tratamento centrado/dirigido no/ao paciente. A estratégia promove a ascensão dos DOTS com o financiamento aumentado e sustentado, a detecção melhorada do caso, o tratamento estandardizado com supervisão e apoio ao paciente, fornecimento e sistema de gestão eficaz da droga, o sistema melhorado da monitorização e de avaliação, e a medição do impacto, a prevenção e o controle da TB multidroga-resistente, do reforço do sistema da saúde e empoderamento das pessoas com TB e das comunidades (OMS, 2007b).

49. Geralmente, é pouco passível que a África consiga atingir os objectivos ODMs para o controle da tuberculose em 2015. Entretanto, 5 países já conseguiram o objectivo e 7 países provavelmente o atingirão. Baseado no relatório global de 2008 sobre a TB da OMS, 10 países atingiram o objectivo da Assembleia Mundial da Saúde de uma taxa de 70% de casos de detecção e 8 países conseguiram a taxa de tratamento com sucesso de 85% quando apenas 2 países atingiram ambos os objectivos.

Objectivo 7: Assegurar a sustentabilidade ambiental

Objectivo 7A: Integrar os princípios de desenvolvimento sustentável em políticas e programas do país para inverter a perda de recursos ambientais

50. De 1990 a 2005, a superfície de terra coberta por floresta diminuiu em África, excepto no Norte de África, por 3 por cento. Geralmente, a desflorestação continua a contribuir para o aumento da área agrícola mas tem dois efeitos negativos. Primeiro, a produtividade agrícola aumentada em florestas recuperadas torna-se de curta duração uma vez que a terra é esgotada rapidamente dos nutrientes que impulsionam a produção. Além disso,

há uma perda de biodiversidade que é responsável por 18 a 25 por cento de emissões de raios verdes, um factor chave na mudança climática (NU, 2007).

Objectivo 7.B: Reduzir a perda da biodiversidade, até ,2010, uma redução significativa na taxa de perda

51. Em comparação com outras partes do mundo, a biodiversidade em Africa está relativamente em bom estado. Entretanto, há um número de eco-regiões que passaram por uma transformação radical e aproximadamente 50 por cento das eco-regiões africanas terrestres perderam 50 por cento de sua área de cultivo, à degradação ou à urbanização (PNUA, 2006).

52. A Africa tem mais de 2 milhões de quilómetros quadrados de áreas protegidas, que são na maioria habitats da savana. Das, cento e dezanove eco-regiões, oitenta e nove têm menos de 10 por cento da área total protegida. A área da costa no continente é confrontada por prioridades em conflito: extracção do petróleo e dos minerais, desenvolvimento costal, comunidades piscatórias que são confrontadas com a falta da capacidade em assegurar reservas da biodiversidade e de pesca para o desenvolvimento sustentado (PNUA, 2006).

Objectivo 10: Diminuir para metade até 2015, a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável segura e ao saneamento básico

53. Houve alguma melhoria na provisão da água potável segura de 1990 a 2004 de acordo com os dados mais recentes. Quinze países africanos aumentaram o acesso à água potável em áreas rurais em 25 por cento. Entretanto, a hiato entre o rural e o urbano no acesso à água potável segura é ainda grande e tende a diminuir os dados agregados nacionais em alguns países. Embora tenha havido algum progresso, as mudanças são ainda poucas para alcançar o objectivo de diminuir para metade o número de pessoas sem água potável segura até 2015.

Objectivo 11: Em 2020, para ter conseguido uma melhoria significativa nas vidas de pelo menos 100 milhões de moradores de favela

54. A proporção de pessoas com saneamento melhorado em África, à excepção do aumento moderado do Norte de Africa, de 32 por cento em 1990 para 37 por cento em 2004, longe do objectivo de 66 por cento de cobertura a ser atingida em 2015. A divisão rural-urbano e a situação deficiente dos moradores de favela levam a este progresso lento. A migração urbana e o crescimento demográfico rápido contribuíram para habitação deficiente, saneamento inadequado e água segura insuficiente.

Objectivo 8: Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento

Objectivo 8.A: Desenvolver mais sistemas previsíveis de comércio e financeiros baseados em regras abertas, não discriminatórias .

55. Um dos alvos da Organização Internacional do Comércio (OIT) Ronda de Doha, era acarretar os interesses do desenvolvimento no projecto do sistema comercial multilateral e endereçar as injustiças no sistema existente, especialmente aquelas que eram significativamente desvantajosas aos países em vias de desenvolvimento. Apesar de tais boas intenções, pouco progresso foi feito nas negociações. Não houve nenhum acordo principal na redução ou na remoção de subsídios da agricultura em principais países desenvolvidos , e nenhuma descoberta capital em negociações para acesso a mercados não-agrícolas (NAMA). Os esforços recentes tais como o da Ajuda para a Iniciativa de Comércio, que se pretende sirva como uma ferramenta para construir capacidades em comércio e no marketing para impulsionar infra-estruturas comerciais em países em vias de desenvolvimento particularmente em Africa, ainda estão por dar frutos.

Objectivo 8.D: Negociar detalhadamente os problemas do débito de países em vias de desenvolvimento através de medidas nacionais e internacionais a fim de tornar o débito sustentável a longo prazo

56. Até à data de Fevereiro 2008, 26 países africanos tinham alcançado o ponto de decisão sobre a Iniciativa dos Países Pobres Altamente Endividados (HIPC). Destes países, 19 fizeram-no ao ponto da conclusão. Vale a pena anotar que o atraso encontrado por HIPCs entre a decisão e os pontos da conclusão expandiu desde 2000, e há ainda diversos países que não alcançaram o ponto de decisão.

57. Os países do grupo dos G-8 em sua cimeira em Gleneagles, Escócia, em 2005 além de se comprometerem a aumentar a ajuda a África, igualmente iniciaram a Iniciativa Multilateral da Amortização da Dívida (MDRI) sob a qual 100 por cento da dívida pendente de pagamento, devidas às instituições multilaterais, por todos os países HIPC, que alcançam o ponto da conclusão da iniciativa HIPC, seriam perdoados. O MDRI alveja duplicar o volume de amortização da dívida já esperado da iniciativa realçada de HIPC e “fornece aos HIPCs que alcançaram o ponto da conclusão irrevogável, o cancelamento adiantado do débito devido ao IDA, ao Fundo de Desenvolvimento Africano, IMF, e o BID. O cancelamento da dívida de acordo com o MDRI será adicional à amortização da dívida já comprometida sob a iniciativa HIPC”¹⁵. O progresso a nível do MDRI permanece/continua no melhor dos casos tépido.

58. Na cimeira de Gleneagles dos G8 e do Milénio das NU +5 cimeiras em 2005, doadores igualmente comprometeram-se a aumentar a sua ajuda. Os

¹⁵ Veja <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20040942~>

pedidos feitos nestas cimeiras, combinados com outros compromissos, implicaram o aumento das ajudas de USD \$ 80 bilhões em 2004 para USD \$ 130 bilhões em 2010. O progresso em cumprir os compromissos de Gleneagles igualmente tem sido lento. A Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (ODA) (de acordo com OECD/DAC) declinou em 2006-2007. Grande maioria do crescimento na rede ODA em Africa no passado recente foi devido à amortização da dívida e à ajuda humanitária. Na sua maioria os doadores não estão na trilha para atingir os seus compromissos assumidos de aumentar a ajuda e precisarão fazer aumentos inauditos para alcançar seus objectivos em 2010.

59. Os doadores têm programado uma ajuda adicional de cerca de USD \$11 bilhões, até agora nos seus planos de despesa anual até 2010, para além dos USD \$5 bilhões, extra, para os programas do país que doaram em 2005. Isto mostra que os esforços para aumentar a ajuda estão sendo facturados em planos avançados de alguns doadores, mas ainda deixa cerca de USD. \$ 34 Bilhões em 2004 – cerca de USD \$ 38 bilhões em 2007 - para serem programados nos orçamentos dos doadores caso os compromissos assentes em 2005 para aumentar substancialmente a ajuda até 2010 sejam inteiramente atingidos (OECD).

60. Um dos desenvolvimentos capitais de anos recentes é a importância crescente dos doadores do não-DAC. China e India têm abonado uma significativa ajuda ao desenvolvimento em Africa. China perdoou o montante de RMB 10.9 bilhão (USD \$1.47 bilhões) da dívida da África e comprometeu-se a duplicar o ODA a Africa. Também, a Índia cancelou dívidas de muitos países africanos, dentro do contexto da iniciativa de HIPC.

61. Apesar do progresso feito em reduzir o peso da dívida de Africa, o objectivo da sustentabilidade da dívida não foi conseguido em diversos países africanos. Além disso, os litígios recentes iniciados por alguns credores comerciais contra alguns países africanos, a saber Congo, Camarões, Uganda, levantam desafios sérios para a execução da iniciativa de HIPC e sua credibilidade.

Objectivo 8.H: Em Colaboração com Companhias Farmacêuticas, Proporcionar o Acesso aos Medicamentos Essenciais Disponíveis em Países em Desenvolvimento

62. Medicamentos essenciais salvam vidas e melhoram a saúde quando estão disponíveis, a baixo custo, são de boa qualidade e usados correctamente. Aumentar a disponibilidade e a possibilidade de aquisição dos medicamentos são desafios maiores para muitos países em Africa. Um número crescente de países tem executado políticas nacionais para medicamentos compreendendo os remédios tradicionais, com o objectivo maior de melhorar o acesso aos medicamentos de qualidade e a preços acessíveis e de assegurar seu uso racional.

63. Além disso, a Comissão Africana da União desenvolveu um Plano Farmacêutico de Fabricação para África, visando reforçar sistemas da saúde, desenvolvimento e aumento da produção local e acesso aos medicamentos genéricos disponíveis dentro de África. O Plano foi adoptado por Ministros da Saúde da UA em Abril de 2007.

64. Além disso, a resolução da OUA (Julho 2001) sobre a Década da Medicina Tradicional e o desenvolvimento do plano de acção da década era intenção mais tarde fornecer uma estrutura geral para conduzir/guiar os Estados-membros na formulação das suas Estratégias Nacionais. Muitos países africanos estão conduzindo pesquisas sobre as medicinas tradicionais e desenvolvimento para produzir evidência sobre a segurança, na eficácia e qualidade para a produção local a fim de contribuir para a melhoria do acesso aos medicamentos essenciais. Apesar destes esforços, o acesso aos medicamentos continua limitado na região.

Secção III: Obstáculos à aceleração do progresso

65. Como anotado anteriormente neste relatório, as circunstâncias para acelerar o progresso são maduras. Os países africanos fizeram as reformas institucionais e políticas necessárias. Compromissos com os ODMs no continente continuam vastos e profundos. O sucesso demonstrado por muitos países através de uma escala dos indicadores mostra que os ODMs podem ser atingidos na data perspectivada. Mas o progresso depende de forma crítica da superação de um número de obstáculos chave, muitos dos quais foram discutidos no Relatório de 2007¹⁶.

66. Entre os obstáculos chave estão a disponibilidade dos dados a relatar sobre o progresso e a tomada de decisão. Segundo as indicações deste relatório, um número de indicadores não foram relatados devido à indisponibilidade dos dados. Isto é especialmente crítico no que diz respeito à Finalidade 1 do Objectivo 1 devido à falta de inquéritos regulares ao agregado familiar em países africanos. Os dados referentes a instrução e género estão disponíveis, embora com pouca informação actualizada. Isto permitiu uma análise mais profunda sobre as taxas de progresso para os Objectivos 2 e 3. Pelo contraste, os dados da saúde exibem lacunas profundas para uma monitorização apropriada do progresso dos objectivos da saúde. A disponibilidade de dados, actualizações constantes e sistemáticas dos mesmos são críticos para a política e a tomada de decisão, alocação apropriada e escolha dos recursos e conseqüente execução baseada nos planos nacionais de ODMs.

¹⁶ Veja também, os Documentos sobre a Matéria para a Conferência do CEA de 2007 ECA de Ministros das Finanças, Planeamento e Desenvolvimento Económico “Acelerando o Crescimento e Desenvolvimento de África para atingir os ODMs: Desafios Emergentes e Futuro”.

67. O sucesso e o progresso na cooperação financeira e técnica, terão alguma influência sobre a velocidade do progresso da região na consecução das metas dos MDGs/ODMs. O Acordo de Monterrey, de 2002, destacou a importância do papel da ajuda pública ao desenvolvimento, como um complemento a outras fontes de financiamento dos países pobres. Sublinhou, igualmente, que será necessário um aumento substancial da APD aos países em desenvolvimento, sobretudo em África, se estes países pretendem alcançar os objectivos internacionais assinados, incluindo a realização dos MDGs/ODMs.

Desde que o Acordo foi aprovado, várias promessas foram feitas à região, tanto sobre o aumento da quantidade da ajuda, como na sua eficácia. Ambos os resultados da Cimeira de Gleneagles dos G-8, em 2005, como os da Declaração de Paris, reafirmaram os compromissos assumidos no Acordo de Monterrey, e contêm alguns das mais recentes promessas feitas pelos parceiros do desenvolvimento, sobre a quantidade e qualidade das ajudas.

68. Apesar da quota total da ODA/APD à África ter aumentado de 32 para 40 por cento, esta ainda está aquém dos compromissos assumidos. O aumento de 0.25 para 0.27 do GNI, dos países doadores (0.7 por cento dos compromissos) é ainda muito baixo. As ODA/APD foram em grande parte canalizadas para um grupo reduzido de países Africanos. Não só o volume da finalidade de assistência, mas a qualidade da prestação da ajuda é igualmente importante.

69. Uma das principais preocupações dos países Africanos é que, a maior parte dos recentes aumentos de ajuda, aplicam-se à redução da dívida e à ajuda humanitária, pelo que não traduzem recursos adicionais disponíveis para financiar programas de desenvolvimento. Quando estas duas componentes da ajuda são removidas, torna-se evidente que não existe qualquer alteração significativa no fluxo real da ajuda à região, desde 2004 (ERA, 2008).

Comparando as prioridades das ajudas definidas pelos países nos “Documentos de Estratégia de Redução da Pobreza (PRSPs) ou ODM, baseados em estratégias nacionais de desenvolvimento, bem como na harmonização de práticas, as ajudas são essenciais para garantir a eficácia da ajuda do doador. Seria igualmente importante, se os muitos países Africanos pudessem obter ganhos continuados do comércio, se apenas as questões de perdas de receitas fiscais de curto prazo e de oferta existente, restrições à exportação, estivessem devidamente tratadas.

70. Um dos desafios específicos do MDG/ODM, continua sendo a ausência de indicadores claramente definidos e acordados, relacionados com a saúde, para medir de forma adequada e acompanhar os proporcionais “progressos das populações” ao acesso aos medicamentos essenciais.

71. A realização dos MDGs/ODMs, também solicita e exige parcerias abrangentes e orientadas à escala, em intervenções essenciais de saúde e, ao mesmo tempo, alcançar um desenvolvimento sustentável. Diferentes parcerias

internacionais e regionais foram lançadas para apoiar os países para a execução dos MDGs/ODMs de saúde. Enquanto eles proporcionam oportunidades de mais recursos financeiros, o desafio é garantir que eles existam a longo prazo, harmoniza-los e alinhá-los com as prioridades do país, e garantir que os recursos sejam efectivamente utilizados.

Secção IV: As Iniciativas Africanas dos MDG/ODM

72. A iniciativa lançada pelo Secretário-Geral da ONU, em 2007, sublinha a responsabilidade primordial dos governos Africanos no cumprimento dos Objectivos e da necessidade de organizações internacionais apoiar as estratégias-orientadoras do país. O principal objectivo é o de resolver as deficiências na abordagem adoptada pelos parceiros internacionais, no apoio aos países Africanos para a realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (MDGs/ODMs). Na sequência do lançamento da iniciativa, o Secretário-Geral da ONU, estabeleceu o Grupo Director Africano para os MDG/ODM e seu suporte, o Grupo de Trabalho Africano para os MDG/ODM¹⁷.

73. O Grupo Director Africano para os MDG/ODM concorda com as **deliberações essenciais**, fornece uma orientação estratégica e de coordenação entre os membros das organizações, e envolve-se numa defesa de alto nível e sensibilização aos governos, para assegurar a implementação das suas recomendações. Na sequência do seu estabelecimento, identificou as seguintes áreas temáticas centrais, fundamentais na realização dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (MDGs/ODMs):

- i. Agricultura, Segurança Alimentar e Nutrição;
- ii. Educação;
- iii. Saúde;
- iv. Infra-estrutura e facilitação do Comércio;
- v. Sistemas Estatísticos Nacionais;
- vi. Eficácia da Ajuda e Previsibilidade da Ajuda; e
- vii. Tradução dos MDG/ODMs/ODMs em Programas integrados no terreno.

¹⁷ O Grupo Director Africano para os MDG/ODM é presidido pelo Secretário-Geral da ONU e inclui o Presidente do Banco Africano de Desenvolvimento, o Presidente da Comissão da União Africana, o Presidente da Comissão Europeia, o Director-Geral do Fundo Monetário Internacional, o Presidente do Banco de Desenvolvimento Islâmico, o Presidente do Grupo das Nações Unidas, e o Presidente do banco Mundial. O Grupo de Trabalho Africano para os MDG/ODM, é presidido pelo Secretário-Geral Adjunto da ONU e a sua composição inclui o Comissário para os Assuntos Económicos da UA, o Sub-Secretário-Geral da ONU, o Secretário Executivo da ECA, e o Economista-Chefe do BAD.

74. A Agricultura tem sido entendida como fundamental para erradicar a pobreza extrema e a fome (sessão MDG/ODM 1), bem como acelerar o crescimento em África. De particular importância é a necessidade de centrar nos pequenos agricultores, que são predominantemente mulheres, e são os mais duramente atingidos pela pobreza. A este respeito, o Grupo Director sublinhou a necessidade de dispor de informações agrícolas base. Sobre a educação primária universal, o Grupo Director Africano tem observado que muitos países são susceptíveis de atingir a meta até 2015. Este valor Um valor total aproximado de US \$8.3 bilhões é anualmente necessário para garantir a realização dos MDG/ODMs e os objectivos da Iniciativa Rápida de Educação para Todos em África (EFA-FIT), até 2015. Este valor exclui programas de alimentação escolar. Também não abrange as despesas para o ensino técnico e profissional, bem como o ensino superior, que são fundamentais para o aumento do crescimento económico e exigirá um financiamento adicional. No entanto, o Grupo Director reconheceu o facto do sector de educação sector ser sub-financiado.

75. A observação geral do Grupo Director é a de que o Continente está fora dos parâmetros das metas de Saúde dos MDG/ODMs, não obstante os esforços desenvolvidos para financiar o sector da saúde em África. Tendo em conta as sinergias entre as metas de saúde, estima-se que o financiamento externo para as necessidades acima identificadas, pode atingir o valor anual de US\$25-30 bilhões, até 2010. A maior parte deste financiamento deverá ser assegurado com flexibilidade suficiente para cobrir as lacunas, em termos de financiamento dos planos nacionais, incluindo os planos de desenvolvidos no âmbito da Parceria Internacional de Saúde (IHP/PIS).

76. A falta de previsibilidade da ajuda continua a afectar os Planos e Programas Públicos de Investimento efectivo, bem como as despesas correntes dos Governos Africanos. O Grupo Director reconheceu a importância dos calendários dos desembolsos das ajudas, para implementação efectiva dos projectos, nomeadamente projectos de infra-estruturas, que são fundamentais para o crescimento económico da África, desenvolvimento do comércio e redução da pobreza. A disponibilidade de estatísticas é importante para acompanhar os progressos, no sentido da realização dos MDG/ODMs e, o Grupo Director fez notar, que alguns países não têm estatísticas adequadas, sobretudo devido à fraca capacidade estatística com os governos nacionais.

77. Face ao exposto, o Grupo Director identificou mecanismos de apoio ao Governos Africanos para alcançar os MDG/ODMs, incluindo os mecanismos de financiamento multilaterais, políticas de apoio e coordenação dos doares. Fez algumas considerações fundamentais sobre cada grupo temático, as quais se junta como Anexo II.

Secção V: Resumo e Conclusões

79. O presente Relatório apresenta uma imagem de progresso do Continente, no sentido da realização das metas dos MDG/ODMs. Ele apontou a melhoria dos ambientes económicos e políticos em África, e o persistente empenho ao mais alto nível, da tomada de decisão para a realização dos MDG/ODMs em África. O Relatório demonstra que alguns progressos estão a ser realizados, e que a região está em vias de atingir algumas metas até 2015.

80. Quanto a financiamento, o Relatório observou que o financiamento do investimento privado e os MDG/ODMs poderiam ser explorados como uma forma geral de garantir a disponibilidade de serviços básicos, especialmente porque a ajuda oficial ao desenvolvimento ou, excluindo a redução da dívida ou, a ajuda humanitária, tem diminuído nos últimos anos. As opções de financiamento deverão também, incluir a mobilização de recursos internos, bem como o estímulo de parcerias com os parceiros emergentes, como a China e a Índia. Note-se também que, o investimento directo estrangeiro (FDI/IDE) tem um impacto significativo sobre a realização dos MDG/ODMs e um clima propício de investimento deve ser criado em África, a fim de atrair os FDI/IDE. Isso irá ajudar a evitar que uma percentagem significativa do FDI/IDE seja concentrada em poucos países. Além disso, poderia ser útil para os países Africanos satisfazerem os seus próprios compromissos de aumentar a dotação orçamental para a realização dos sectores mais sensíveis do MDG/ODM.

81. Idealmente, os sectores público e privado complementam-se mutuamente, com o governo a proporcionar um adequado ambiente favorável às iniciativas privadas para o desenvolvimento. Parcerias público-privadas são, portanto, uma forma importante de aumentar capitais financeiros, humanos e sociais em África. As parcerias podem incluir desde formação pública para pequenas e médias empresas, parcerias na educação, pesquisa agrícola, saúde, energia, fornecimento de tecnologias de informação e comunicação, bem como a expansão de infra-estruturas, incluindo estradas.

82. Assim como são substanciais os requisitos financeiros para a realização dos MDG/ODMs, o sector privado é, cada vez mais, chamado a colmatar as lacunas de investimento. É complementar e desempenha um papel de apoio na prestação de serviços básicos de água, terra, saúde, desenvolvimento e outras infra-estruturas que estão ausentes na maioria dos países em desenvolvimento, e não podem ser ignorados. Um tipo particular de envolvimento do sector privado irá gerar as necessárias transformações da economia. Empresários privados estão agora, cada vez mais a utilizar a nível ambiental, social, de administração corporativa, princípios que destacam práticas empresariais sustentáveis e a adesão a normas trabalhistas

83. Existe ainda mais a ser feito, e entre estes é fundamental o aumento em escala, de recursos para acelerar o índice de progresso. Os países têm de intensificar a respectiva realização dos MDG/ODM - consistentes estratégias

nacionais de desenvolvimento e de redução da pobreza. No mesmo sentido, têm de ser intensificados os esforços para esmagar os novos focos de conflito que podem comprometer os frágeis progressos de alguns países em conflito, e para resolver os potenciais desafios das alterações climáticas, aumento de preço dos produtos energéticos e alimentares. Acima de tudo, novos mecanismos devem ser concebidos para capacitar a África a alcançar os MDG/ODMs.

84. Por último, os Estados-Membros e os Parceiros internacionais são chamados a apoiar a implementação das recomendações efectuadas pelo Grupo Director dos MDG/ODMs em África, constantes no Anexo II. A implementação destas recomendações e, das efectuadas nesta secção, irão percorrer um longo caminho no impulsionamento da África para a realização dos MDG/ODMs, até à data-meta de 2015.

Bibliografia

Bertrand, J.T. e R. Anhang, (2006), “A Eficácia dos Meios de Comunicação para Mudar o HIV e SIDA- Comportamentos Relacionados entre os Jovens nos Países em Desenvolvimento”, in *Prevenção do HIV e SIDA entre os Jovens: Uma Revisão Sistémica das Provas de Países em Desenvolvimento*, Ross, D, Dick, B. e Ferguson, J. (eds) pp.205-241. Organização Mundial da Saúde. Relatório Técnico Série no. 938.

ECA, (2005), *Fazer face aos Desafios do Desemprego e da Pobreza em África*, Relatório Económico sobre África, Washington.

ECA, (2007), *Avaliar os Progressos no Sentido de Desenvolvimento do Milénio, Relatório apresentado na Conferência dos Ministros de Finanças, Planeamento e Desenvolvimento Económico, Addis Ababa, Etiópia.*

ILO/OIT, (2008), *Tendências Globais de Emprego*, Genebra.

Sachs.J. *Investir no desenvolvimento um Plano Prático para Atingir os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio*, Relatório Apresentado ao Secretário-Geral da ONU, Nova York.

Sahn e Stifel, (2000). “As Comparações da Pobreza ao Longo do tempo e Entre os Países em África”, *Desenvolvimento Mundial*, Vol 28 No 12, Reino Unido.

O Grupo Director para os MDG/ODM em África, (2008), *Atingindo os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio em África*, ONU, Nova York.

ONUAIDS/UNAIDS, (2007), *Actualização da Epidemia do SIDA*, Genebra.

ONUICEF/UNICEF, (2008), *O Estado Mundial da Sobrevivência das Crianças*, Nova York.

United Nations/ONU, (2007), *O Relatório de Desenvolvimento do Milénio*, Nova York.

United Nations/ONU, (2007), *Situação Económica Mundial e Perspectivas 2007*, Nova York.

WHO/OMS, (2006), *O Relatório Mundial da Saúde: Trabalhando Juntos para a Saúde*, Genebra.

WHO/OMS, ONUICEF/UNICEF, ONUFPA/FNUAP, World Bank/Banco Mundial, (2007), *Mortalidade Materna em 2005*, Genebra.

Anexo I: Acompanhamento do Quadro Revisto dos MDG/ODM

Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (MDG/ODMs)	
Objectivos e Metas (da Declaração do Milénio)	Indicadores para acompanhamento dos progressos realizados
Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome	
Meta 1.A: Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção de pessoas cujo rendimento é inferior a um dólar por dia	1.1. Proporção de população inferior \$US1 (PPP) por dia ¹⁸ 1.2. Taxa do fosso da pobreza 1.3. Proporção de pobres no consumo nacional quintile
Meta 1.B: Conseguir pleno emprego produtivo e trabalho digno para todos, incluindo mulheres e jovens	1.4. Taxa de crescimento do GDP/PIB por pessoa empregada 1.5. Taxa população-emprego 1.6. Proporção de pessoas que vivem a trabalhar abaixo de \$US1 (PPP) por dia 1.7. Proporção de contribuintes por conta própria e os trabalhadores familiares no emprego total
Meta 1.C: Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção de pessoas que sofrem de fome	1.8. Prevalência de crianças abaixo de peso, com menos de cinco anos de idade 1.9. Proporção da população abaixo do nível mínimo de consumo de dieta energética
Objectivo 2: Atingir o ensino primário universal	
Meta 2.A: Assegurar que até 2015, crianças de todo o lado, meninos e meninas, serão capazes de completar o ciclo completo do ensino primário	2.1. Taxa de matrícula no ensino primário 2.2. Proporção de alunos do 1 grau que começam a chegar à última série do ensino primário 2.3. Taxa de alfabetização de homens e mulheres entre os 15-24 anos de idade
Objectivo 3: Promover a igualdade do género e a autonomia das mulheres	
Meta 3.A: Eliminar a disparidade entre os sexos no ensino primário e secundário, de preferência até 2005, e em todos os níveis de educação, o mais tardar até 2015	3.1. Taxas de raparigas para rapazes no ensino primário, secundário e superior 3.2. Proporção de mulheres no emprego assalariado, no sector não agrícola 3.3. Proporção de lugares ocupados por mulheres no parlamento nacional
Objectivo 4: Reduzir a mortalidade infantil	
Meta 4.A: Reduzir em dois-terços,	4.1. Taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos

¹⁸ Para acompanhar as tendências da pobreza no país, indicadores baseados em linhas nacionais da pobreza, deve ser utilizado quando disponível.

entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos	<p>4.2. Taxa de mortalidade infantil</p> <p>4.3. Proporção de crianças de 1 ano de idade, imunizadas contra o sarampo</p>
Objectivo 5: Melhorar a saúde materna	
Meta 5.A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna	<p>5.1. Taxa de mortalidade materna</p> <p>5.2. Proporção partos assistidos por pessoal qualificado de saúde</p>
Meta 5.B: Atingir, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva	<p>5.3. Taxa de prevalência contraceptiva</p> <p>5.4. Taxa de gravidez na adolescência</p> <p>5.5. Cobertura de cuidados pré-natal (pelo menos uma visita e, pelo menos quatro visitas)</p> <p>5.6. Necessidades de planeamento familiar não satisfeitas</p>
Objectivo 6: Combater o HIV e o SIDA, a malária e outras doenças	
Meta 6.A: Interromper, até 2015, e começar a inverter a propagação do HIV e o SIDA	<p>6.1. Prevalência do HIV entre a população com idades entre os 15-24 anos</p> <p>6.2. Uso do preservativo em sexo de alto risco</p> <p>6.3. Proporção da população com idades compreendidas entre os 15-24 anos, com um conhecimento correcto do HIV e o SIDA</p> <p>6.4. Taxa de frequência escolar de órfãos a frequentar escolas de não-órfãos, com idades compreendidas entre os 10-14 anos</p>
Meta 6.B: Atingir, até 2010, o acesso universal ao tratamento para o HIV e o SIDA para todos os que dele necessitarem	<p>6.5. Proporção da população com infecção avançada do HIV e com acesso a medicamentos anti-retrovirais</p>
Meta 6.C: Ter interrompido até 2015, e começar a inverter a propagação da incidência da malária e outras doenças importantes	<p>6.6. Taxa de incidência e de mortalidade associada à malária</p> <p>6.7. Proporção de crianças menores de 5 anos dormindo sob mosquiteiros tratados com insecticida; Proporção de crianças menores de 5 anos com febre que são tratadas com medicamentos indicados contra a malária</p> <p>6.8. Taxas de incidência, prevalência e morte associadas à tuberculose</p> <p>6.9. Proporção de casos de tuberculose detectados e curados directamente sob tratamento de curto prazo</p>
Objectivo 7: Garantir a sustentabilidade ambiental	
Meta 7.A: Integrar os princípios de sustentabilidade, nas políticas e programas de desenvolvimento	<p>7.1. Proporção de área terrestre coberta por floresta</p> <p>7.2. Total de emissões de CO2 per capita e \$1</p>

sustentável do país, e reverter a perda dos recursos ambientais	GDP/PIB (PPP), e o consumo de substâncias que empobrecem a camada de ozono 7.3. Proporção de stocks de peixes dentro dos limites biológicos de segurança 7.4. Proporção do total dos recursos hídricos utilizados
Meta 7.B: Reduzir a biodiversidade, alcançar até 2010, uma redução significativa da taxa de perda	7.5. Proporção de áreas terrestres e marinhas protegidas 7.6. Proporção de espécies ameaçadas de extinção
Meta 7.C: Reduzir até 2015, a proporção de pessoas sem acesso sustentável a água potável segura e ao saneamento básico	7.7. Proporção da população que utiliza uma fonte de abastecimento de água potável melhorada 7.8. Proporção da população que utiliza um mecanismo melhorado de saneamento
Meta 7.D: Ter alcançado até 2020, uma melhora significativa nas vidas de, pelo menos, 100 milhões de habitantes	7.9. Proporção de população urbana vivendo em favelas ¹⁹
Objectivo 8: Desenvolver de uma parceria global para o desenvolvimento	
<p>Meta 8.A: Desenvolver uma maior abertura, com base em regra, previsível, e um não discriminatório sistema comercial e financeiro. Inclui um compromisso com a boa governação, desenvolvimento e redução da pobreza – nacional e internacional</p> <p>Meta 8.B: Atender necessidades especiais de países menos desenvolvidos</p> <p>Inclui: tarifas e quotas para o livre acesso dos países menos desenvolvidos, exportações;</p>	<p><i>Alguns dos indicadores listados abaixo, são controlados separadamente para os Países Menos Desenvolvidos (LDCs/PME) da África, sem litoral, os países em desenvolvimento e pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento.</i></p> <p><u>Ajuda Pública ao Desenvolvimento (ODA/APD)</u></p> <p>8.1. O total da ODA/APD aos países menos desenvolvidos, como percentagem do rendimento nacional bruto dos doadores da OECD/DAC (CAD/OCDE).</p> <p>8.2. Proporção do total bilateral, dos sectores-receptores da ODA/APD OECD/DAC (APD da OCDE/CAD) doadores aos serviços sociais básicos (educação básica, cuidados primários de saúde, nutrição, água potável e saneamento</p>

¹⁹ A real proporção de pessoas vivendo em favelas é medida através de um proxy, representada pela população urbana vivendo em famílias com pelo menos uma das quatro características: (a) a falta de acesso ao abastecimento melhorado de água; (b) a falta de acesso a melhorias de saneamento; (c) superlotação (3 ou mais pessoas por quarto); e (d) residências feitas de materiais não duráveis

<p>reforço do programa da dívida dos Países Pobres Altamente Endividados (HIPC/PPAI) e o cancelamento da dívida bilateral oficial, e mais generosa ajuda pública ao desenvolvimento ODA/APD para os países empenhados na redução da pobreza.</p> <p>Meta 8.C: Atender as necessidades especiais dos países em desenvolvimento 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 os resultados da vigésima-segunda sessão especial da Assembleia Geral).</p> <p>Meta 8.D: Tratar exaustivamente os problemas da dívida dos países em desenvolvimento, através de medidas nacionais e internacionais, a fim de tornar a dívida sustentável a longo prazo.</p>	<p>básico)</p> <p>8.3. Proporção de acordos bilaterais de ajuda oficial ao desenvolvimento, de doadores desligados da OECD/DAC</p> <p>8.4. ODA/APD recebida nos países em desenvolvimento sem litoral, como uma percentagem do seu rendimento nacional bruto</p> <p>8.5. ODA/APD recebida nos pequenos Estados Insulares em desenvolvimento, como uma percentagem do seu rendimento nacional bruto</p> <p><u>O Acesso ao Mercado</u></p> <p>8.6. Proporção do total das importações dos países desenvolvidos (em valor e excluindo armas) dos países em desenvolvimento e menos desenvolvidos, admitidas com isenção de direitos</p> <p>8.7. Tarifas médias impostas pelos países desenvolvidos aos produtos agrícolas, têxteis e de vestuário de países em desenvolvimento</p> <p>8.8. Apoio agrícola estimado para os países da OECD/OCDE como uma percentagem do seu produto interno bruto</p> <p>8.9. Proporção da ODA/APD fornecida para ajudar a construir a capacidade comercial</p> <p><u>A Sustentabilidade da Dívida</u></p> <p>8.10. Total número de países que tenham atingido os seus pontos de decisão HIPC/PPAE e o número dos que tenham atingido os seus pontos de conclusão HIPC/PPAE (cumulativos)</p> <p>8.11. Redução da dívida contraída sob Iniciativas HIPC e MDRI/IADM</p> <p>8.12. Serviço da dívida como um percentual das exportações de bens e serviços</p>
<p>Meta 8.E: Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a preços acessíveis aos medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento</p>	<p>8.13. Proporção da população com acesso a medicamentos essenciais numa base de preços acessíveis</p>
<p>Meta 8.F: Em cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias,</p>	<p>8.14. Linhas de telefone por 100 habitantes</p> <p>8.15. Subscritores de celulares por 100 habitantes</p> <p>8.16. Utilizadores de Internet por 100 habitantes</p>

especialmente da informação e das comunicações	
--	--

Anexo II: Recomendações do Grupo de Desenvolvimento do Milénio para a África MDG/ODMs/ODMs

a) Agricultura, Segurança Alimentar e Nutrição

- i. Para atender às necessidades de emergência de curto prazo, resultantes da subida dos preços dos produtos alimentares globais, a comunidade internacional tem de mobilizar um número estimado em US \$755. O Grupo Director de Desenvolvimento do Milénio para a África MDG/ODM exorta os governos a aproveitar a oportunidade apresentada pela alta dos preços agrícolas para reduzir os subsídios as distorções comerciais, bem como as barreiras ao comércio de produtos agrícolas;
- ii. Os governos e a comunidade internacional deveriam dar todo o apoio à implementação de Programa de Desenvolvimento Global de Agricultura em África (CAADP), que fornece o enquadramento para apoiar a concepção e execução dos planos nacionais de agricultura e execução dos planos nacionais de estratégias à agricultura e segurança alimentar;
- iii. Os Governos Africanos, com o apoio dos parceiros de desenvolvimento e em colaboração com o sector privado, devem lançar uma Revolução Africana Verde, no âmbito do CAADP. As principais intervenções incluem o fornecimento de acesso a semente melhoradas, fertilizantes agrícolas, bem como a extensão de serviços financeiros; o reforço da gestão de terras e dos recursos hídricos; melhoramento das infra-estruturas rurais; o reforço das associações dos agricultores; e aumentar o acesso aos mercados em estreita colaboração com o sector privado. Estas intervenções, têm de ser apoiadas por reformas políticas agrícolas e institucionais, bem como a aquisição local da ajuda alimentar;
- iv. Trabalhando com os Governos Africanos, a comunidade internacional necessita aumentar o financiamento externo Africano para a agricultura, a partir do actual US\$1-2 bilhões por ano, para aproximadamente US\$8 bilhões, até 2010. Todos os canais bilaterais e multilaterais de financiamento disponíveis, têm de ser mobilizados para este esforço urgente, sem precedentes, em estreita observância com os princípios da Declaração de Paris sobre o Grupo Director para Eficácia dos MDG/ODM para a África, que elaborará um conjunto de propostas detalhadas, sobre a forma como tal financiamento pode ser mobilizado;
- v. Os Governos Africanos interessados deveriam ser apoiados no lançamento de programas de alimentação escolar - utilizando produtos alimentares produzidos localmente – e que abrangeriam todas as

crianças da escola primária. De igual modo, são necessários programas abrangentes de nutrição, à escala nacional, para fazer face às deficiências em micro nutrientes (ou seja, Iodo, Vitamina A, Zinco, Ferro, etc.) com uma especial incidência em crianças com idades entre os 0-2. O fornecimento de rações alimentares para levar para casa, vai aumentar os incentivos para as raparigas frequentarem as escolas. Estes programas podem ser implementados com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (ONUICEF/UNICEF) e o Programa Alimentar Mundial (WFP/PAM) e, irá exigir um valor anual estimado em US\$4 bilhões, em financiamentos externos. Com o passar do tempo, o seu financiamento tem de ser assegurado através de uma percentagem crescente dos recursos internos;

- vi. Os investimentos em pesquisas agrícolas, precisam ser significativamente redimensionados, para apoiar a investigação de alto rendimento das culturas e variedades de gado, bem como poder sustentar as práticas agrícolas que também são resistentes à seca e aos efeitos previsíveis das alterações climáticas. Para investimentos adicionais, haverá necessidade de se aderir ao CAADP, em especial o seu Quadro Africano de Produtividade Agrícola (FAAP), e apoio a pesquisas Africanas através do Fórum para a Investigação Agrícola em África (FARA), organizações sub-regionais, e centros pertencentes ao Grupo Consultivo Internacional sobre Investigação Agrária (CGIAR);

b) Educação

- i. A comunidade internacional deve cumprir os seus compromissos para com a educação, usando toda a gama de instrumentos bilaterais e multilaterais, incluindo uma capitalização integral do Fundo Catalisador EFA-FTI. Em especial, os parceiros de desenvolvimento precisam de:
 - Tomar medidas urgentes para satisfazer as actuais carências, a nível do ensino primário, para o financiamento FTI a países de baixo rendimento que aprovaram planos sectoriais exigindo, no mínimo, o valor de US\$1 bilhão;
 - Aumentos dos recursos através do FTI e outros acordos e canais bilaterais/multilaterais para apoiar países cujos planos serão aprovados no futuro previsível; e
 - Garantir que a educação nos países experimentando fragilidades, e em países com baixo nível de envolvimento sejam devidamente.
- ii. Como parte do processo de autenticação, os parceiros do FTI deverão rever sistematicamente os planos sectoriais, em conformidade com a projecção dos recursos necessários para a realização dos MDG/ODM e

objectivos do EFA, até 2015. Os parceiros do FTI deverão apoiar, sempre que possível, cada país a rever e melhorar o seu plano de educação com os objectivos de 2015. Manifestamente, os parceiros necessitam adoptar uma abordagem de longo prazo, olhar para além dos resultados que podem ser alcançados ao longo de um período de quatro ou cinco anos de um ciclo de planeamento.

- iii. Todos os parceiros devem satisfazer, sistematicamente, os governos beneficiários dos pedidos de apoio de longo prazo para o sector da educação, a fim de garantir ao país capacidade financeira, financiamento previsível, uma boa divisão do trabalho entre os doadores, e um alinhamento integral com os sistemas dos países durante vários anos.
- iv. Os líderes africanos, devem dar alta prioridade à criação de fortes sistemas estatísticos nacionais, para acompanhar os progressos em direcção aos objectivos da educação. Em apoio dos seus Objectivos, no esforço Africano, a Comunidade internacional deve investir no reforço do Grupo de Alto Nível, apoiando o Grupo de Trabalho do EFA como uma plataforma para:
 - Os países partilharem as melhores práticas e aprenderem uns com os outros conceber e executar planos do sector da educação, holística para a realização dos objectivos do MDG/ODMs/ODMs e do EFA , e
 - Acompanhamento dos progressos a nível global, através do relatório Annual de Vigilância Global (GMR).

c) Saúde

- i. Todos os parceiros de desenvolvimento, incluindo os doadores não-DAC, os filantropos e outros, deverão reunir sistematicamente os governos beneficiários dos pedidos de longo prazo, para abordagens globais sólidas e de longo prazo do sector da saúde, tal como definido pelo IHP, para projectar necessidades financeiras, assegurar o financiamento plurianual previsível para os sistemas de saúde, uma boa divisão do trabalho entre os doadores, o alinhamento integral e de apoio dos doadores com os sistemas dos países
- ii. O Director do Grupo solicitou à comunidade internacional para apoiar a expansão dos Governos Africanos:
 - Em sistemas de cuidados de saúde primários para prestação de serviços básicos e essenciais de saúde acima identificados;

- Cuidados obstétricos de emergência para chegar a todas as mulheres até 2015; e
 - Reforço da comunidade e dos trabalhadores da Saúde de nível médio, simultaneamente com a necessidade de mais pessoal altamente treinado e especializado.
- iii. Os financiamentos para os sistemas de saúde podem ser canalizados através dos sistemas de janelas de saúde, do Fundo Global e GAVI, ou de outros canais multilateral e bilateral.
- iv. O apoio internacional abrangente para o planeamento familiar, deve ser expandido através do Fundo de População das Nações Unidas (ONUFPA/FNUAP), outras instituições de referência e canais bilaterais.
- v. Continuar a expansão da prevenção, outras doenças prioritárias, incluindo as Doenças Endémicas Negligenciadas Tropicais (NTDs) e outras, através do Fundo Global e outros mecanismos.

d) Infra-estrutura e Facilitação do Comércio

- i. Lançar um "Novo Negócio" para o sector da energia, para planear, construir, criar, transformar e transmitir as facilidades de instalações em toda a África, e melhorar o desempenho dos utilizadores de energia. Eles solicitaram, particularmente, o aumento do fluxo do ODA/APD, para as necessidades crescentes energéticas, para o valor de US \$11.5 bilhões anuais;
- ii. A comunidade internacional deve ajudar no financiamento de infra-estruturas regionais (por exemplo, corredores rodoviários, piscinas de energia, infra-estruturas de água polivalentes, tecnologias de informação e de comunicação), conforme descrito no Plano Acção de Infra-estruturas da União Africana NEPAD, planos regionais, de curto prazo e outros. Isto vai exigir um único investimento para as redes de transporte e energia, respectivamente de US \$10 bilhões, e um valor aproximado de US\$2 bilhões para concluir as redes regionais de comunicações em banda larga;
- iii. A comunidade internacional precisa apoiar os países Mrican na implementação de estratégias nacionais para atingir os objectivos de abastecimento de água e saneamento básico. Isso exigirá um valor anual estimado de US \$5.8 bilhões, em financiamento externo. Adicionalmente, a soma anual de US \$0.8 bilhões, deverá ser investida em infra-estruturas de irrigação;

- iv. Os ODA/APD para as infra-estruturas em África, incluindo as instalações de água e saneamento, devem ser, no mínimo, duplicados até 2010, e entregues através de instalações de infra-estruturas criadas pelo G8, Agências de Desenvolvimento Bilaterais, o Banco Africano de Desenvolvimento, a Comissão Europeia, o Banco Islâmico de Desenvolvimento e o Banco Mundial;
- v. Total operacionalização do reforço do Quadro Integrado e de Mecanismos de Ajuda ao Comércio, a fim de apoiar os esforços do país a desenvolver, a sua capacidade comercial e de desempenho;
- vi. Os doadores multilaterais e bilaterais deverão aumentar a utilização das parcerias público-privadas (PPPs) para impulsionar o financiamento público e reforçar a colaboração com organizações não-DAC, doadores e outros parceiros, através de apoio a projectos de co— financiamento e de outros novos instrumentos híbridos de financiamento; e
- vii. A infra-estrutura de Consórcio para África (ICA) deverá ser reforçada para apoiar o acompanhamento dos resultados da infra-estruturação, nomeadamente nos sectores dos transportes e energia, onde o progresso é necessário para alcançar os MDG/ODM 1 sobre a pobreza e os MDG/ODM 7 sobre a sustentabilidade ambiental.

e) Os Sistemas Estatísticos Nacionais

- i. Os governos, com o apoio dos parceiros de desenvolvimento, deveriam financiar e implementar Estratégias Nacionais de Bases para o Desenvolvimento da Estatística (NSDS) para fortalecer os sistemas de dados e desenvolver a capacidade estatística em toda a África. Para o efeito, foram dadas as seguintes estimativas:
 - É particularmente necessário apoiar o censo de 2010, a criação de sistemas nacionais de registo civil e estatísticas vitais, e o reforço da infra-estrutura para conduzir levantamentos socioeconómicos comparáveis em toda a África;
 - Serão necessários, anualmente, cerca de US\$250 milhões 10 em financiamento externo, para apoiar os investimentos indispensáveis e associados a despesas operacionais.

f) Eficácia da Ajuda e Previsibilidade da Ajuda

- i. Cada país que proporciona ajuda ao desenvolvimento deverá reconfirmar a sua intenção de aplicar plenamente a Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda, bem como o seu compromisso de

aumentar a ODA/APD/APD de 2005, em consonância com o compromisso do Acordo de Monterrey, de fazer esforços concretos para atingir a meta da ODA/APD, igual a 0.7 por cento do GNI/RNB;

- ii. Cada doador bilateral deverá facultar, país por país, programações sobre a forma como ele irá ampliar a sua Ajuda para a África, para cumprir os compromissos assumidos, incluindo Gleneagles e outros compromissos para 2010, que equivalem a um acréscimo adicional de US \$25 bilhões para um total de US \$54 bilhões, ou de US \$90 per capita a preços de 2004, e das taxas de câmbio;
- iii. O Banco Africano de Desenvolvimento, a União Africana, o IMF/FMI, o Sistema da ONU, e o Banco Mundial deverão apoiar os Governos Africanos a manterem fortes quadros políticos internos, bem como conceber políticas e programas para a utilização eficaz das ajudas programadas, mantendo ao mesmo tempo o crescimento e a estabilidade macroeconómica;
- iv. Os Governos e Parceiros de desenvolvimento deverão formalizar um sólido esboço sobre o papel de cada um deles e suas responsabilidades, para garantir que os compromissos de financiamento sejam cumpridos e alinhados com os sistemas nacionais, desembolso da ajuda, desenhar e implementar qualquer condicionalismo de forma a promover a previsibilidade.

9) Traduzindo os MDG/ODMs/ODMs em programas integrados no terreno

- i. O Banco Africano de Desenvolvimento, a União Africana, o IMF/FMI, o Sistema da ONU, e o Banco Mundial deverão apoiar os Governos que solicitarem ajuda para a preparação de “cenários Gleneagles/MDG/ODM”. Os cenários irão mostrar como os compromissos internacionais, que tentam equacionar um aumento da ajuda ao desenvolvimento à África, numa média de US \$105 per capita (US \$90 per capita nos termos de US\$ de 2004) até 2010, pode ser operacionalizado por meio da implementação de políticas e programas a um país, ou a nível da comunidade, de modo a atingir resultados tangíveis.

2008

Relatório Sobre Avaliação Do Progresso Para A Realização Dos Objectivos do Desenvolvimento Do Milénio Em África e O Estado De Implementação Das Recomendações do Comité Directivo do Grupo De Trabalho Sobre os omd

União Africana

União Africana

<http://archives.au.int/handle/123456789/3817>

Downloaded from African Union Common Repository