



COMISSÃO ECONÓMICA E SOCIAL
COMISSÃO ECONÓMICA PARA ÁFRICA
DAS NAÇÕES UNIDAS

Vigésima Sétima Reunião do Comité de Peritos

26 – 29 de Março de 2008

*Quadragésima Primeira sessão da Comissão Económica
para África*

31 de Março – 2 de Abril de 2008



COMISSÃO DA
UNIÃO AFRICANA

Terceira Reunião do Comité de Peritos

Terceira Sessão da CAMEF

**Primeira Reunião Conjunta da
Conferência da UA dos Ministros da Economia e Finanças
E da Conferência da CEA dos Ministros Africanos das Finanças,
Planeamento e Desenvolvimento Económico**

Adis Abeba, Etiópia



Distr.: Geral
E/ECA/COE/27/10
AU/CAMEF/EXP/10(III)
Data: 6 de Março de 2008

Original: Inglês

Relatório de Avaliação dos Progressos em África tendentes aos Objectivos do Milénio para Desenvolvimento de 2008

Conteúdo

Formatted

INTRODUÇÃO	1
Secção II: SEQUÊNCIA DOS PROGRESSOS	3
1º Objectivo: Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome	3
2º Objectivo: Alcance do Ensino Primário Universal	4
3º Objectivo: Promover a Igualdade do Género e Capacitação da Mulher	6
4º Objectivo: Redução da Mortalidade Infantil	10
5º Objectivo: Melhoria da Saúde Materna	12
6º Objectivo: Combate ao VIH/SIDA, Malária e Outras Doenças	14
7º Objectivo: Garantir a sustentabilidade do meio ambiente	18
8º Objectivo: Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento	19
Secção III: Constrangimentos para aceleração do progresso	20
Secção IV: Conclusão	21
Apêndice I	22
Referências	25
Lista das Tabelas	
Tabela 1: Tendências na incidência, prevalência e mortes por TB em África	15
Lista das Figuras	
Figura 1: Acesso geral ao Ensino Primário em países africanos	4
Figura 2: Taxas de Conclusão para os países africanos seleccionados (1991-2005)	5
Figura 3: Mudanças nas taxas de conclusão do Ensino Primário nas sub-regiões	6
Figura 4: Paridade do Género no Ensino Primário em países africanos seleccionados (1991-2005)	7
Figura 5: Mudanças nas taxas de acesso ao Ensino Primário entre raparigas e rapazes nas sub-regiões	7
Figura 6: Paridade do Género no Ensino Terciário para vários países africanos seleccionados (2000-2005)	8
Figura 7: Percentagem de mulheres no Parlamento Nacional	9
Figura 8: Progresso nas taxas de crianças menores de cinco anos entre 1990 e 2005	11
Lista das Caixas de Texto	
1ª Caixa: Avaliação da Paridade do Género – Contribuição do Índice Africano do Género e Desenvolvimento (AGDI)	9
2ª Caixa: Resultados Rápidos: Acção Coordenada para o alcance de resultados rápidos	12
3ª Caixa: Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde – constrangimento para o alcance dos OMDs de Saúde em África	17

Lista das Abreviaturas

ABC	Abstinência, Fidelidade e Uso do Preservativo
ACT	Terapia Combinada com base em Artemisina
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
AGDI	Índice Africano do Género e Desenvolvimento
RMA	Revisão Ministerial Anual
MARP	Mecanismo Africano de Revisão por Pares
CUA	Comissão da União Africana
CAD	Comité de Apoio ao Desenvolvimento
FCD	Fórum de Cooperação e Desenvolvimento
DHS	Pesquisa Demográfica e Sanitária
DOTS	Estratégia de Tratamento de Acompanhamento Directo
RDC	República Democrática do Congo
CEA	Comissão Económica para África
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
ECOSOC	Conselho Económico e Social das Nações Unidas
REA	Relatório Económico sobre África
PIB	Produto Interno Bruto
PPAes	Países Pobres Altamente Endividados
VIH/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ADI	Assistência de Desenvolvimento Internacional
ODIA	Objectivos de Desenvolvimento Internacionalmente Acordados
CIPD	Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento
FMI	Fundo Monetário Internacional
ITNs	Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida
OMDs	Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento
IMAD	Iniciativa Multilateral de Alívio da Dívida
TMM	Taxas de Mortalidade Materna
AMNA	Acesso ao Mercado Não Agrícola
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
ODA	Assistência de Desenvolvimento Oficial

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PRSPs	Documentos Estratégicos de Redução da Pobreza
CERs	Comunidades Económicas Regionais
RMB	Renminbi (Moeda Chinesa)
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SRS	Saúde Reprodutiva e Sexual
TB	Tuberculose
NU	Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto da Organização das Nações Unidas do VIH/SIDA
UNECA	Comissão Económica das Nações Unidas para África
UN-DESA	Departamento das Nações Unidas para Análise Económica e Social
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Criança
UNSD	Divisão de Estatísticas das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMC	Organização Mundial do Comércio

INTRODUÇÃO

Evidências recentes sugerem que há progresso para que África alcance os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMDs) até a data fixada, apesar de muito necessita ser feito. Foram reportados importantes progressos para os indicadores tais como o ensino primário universal e a igualdade do género. Foi reportado que o Gana, por exemplo, está em vias de alcançar os objectivos de reduzir a metade os índices de pobreza até 2015, bem como houve uma redução significativa na prevalência do VIH/SIDA.

Este relatório, o terceiro em série, apresenta os progressos realizados desde o último relatório, debate o quanto o continente ainda necessita fazer, a que velocidade e o que necessita ser feito a posterior. É uma versão resumida de um Relatório conjunto mais abrangente da Comissão Económica para África (CEA), da Comissão da União Africana (CUA) e do Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) para a Cimeira da União Africana de Julho de 2008.

Estão em vigor as condições para o crescimento e desenvolvimento acelerado para o alcance dos OMDs. Desde o último relatório, cresceu para 41 o número de países africanos com OMDs – estratégias consistentes de redução da pobreza ou planos nacionais de desenvolvimento. Continua forte o crescimento, impulsionado em grande medida pelas reformas políticas apropriadas, preços dos produtos primários favoráveis e uma melhoria marcante na paz e segurança, particularmente nas regiões ocidental, austral e central. Em 2007, por exemplo, mais de 25 países africanos alcançaram uma taxa real de crescimento do PIB de 5% ou mais ao passo que outros 14 tiveram um crescimento entre 3 a 5%¹.

Contudo, a taxa média anual de crescimento de 5,8% continua a ser significativamente inferior do que a taxa anual de crescimento de 7% necessária para reduzir para metade a taxa de pobreza até 2015. Este crescimento está ameaçado com os novos desenvolvimentos. Uma nova ameaça são os crescentes preços dos produtos de base. Em vários países (Camarões, Burquina Faso, Senegal e Mauritània), realizaram-se protestos violentos contra o aumento dos preços dos alimentos. A rede de importadores de África será seriamente afectada pelos crescentes preços dos alimentos. Isto pode se apresentar como sérios riscos a governação, a paz e a segurança. De igual modo, o crescente preço do petróleo e das mudanças climáticas apresentam-se como riscos significantes para a preservação e aceleração do crescimento e para o progresso tendente ao alcance das metas dos OMDs na região.

Tem igualmente havido um reforço da capacidade do estado em realizar o crescimento em muitos países. De facto, os OMDs revelam a importância crítica de uma situação capaz para progresso. Durante o período em análise, muitos países realizaram acções para institucionalizar a boa governação. Três novos países acederam ao Mecanismo Africano de Revisão por Pares (MARF). Foram realizadas eleições em países como a Nigéria e a República Democrática do Congo. A paz está gradualmente a regressar para países tais como a Somália e a RDC ao passo que outros países como o Uganda e a Côte d'Ivoire direccionam-se no sentido de uma paz generalizada (isto é uma paz que se estende por todo o país). No entanto, a propagação do conflito no Darfur do Sudão, o conflito no Chade e nas Ilhas Comores continuam a ser entraves para o crescimento e progresso no sentido do alcance das metas dos OMDs.

¹ REA 2008

Continua bastante forte o amplo apoio regional e sub-regional para os OMDs. A União Africana continua a ver os OMDs como os principais elementos dos programas da sua Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD). A UA, na Cimeira de Julho de 2007 em Acra, Gana e na Cimeira de Janeiro de 2008 em Adis Abeba, adoptou resoluções a reter a importância do alcance dos OMDs. Ambas as Cimeiras decidiram que a Conferência dos Chefes de Estado devem ser informadas regularmente sobre os progressos do continente no sentido dos OMDs.

Há igualmente um profundo reconhecimento ao nível sub-regional da importância do alcance dos OMDs. Para fazer avançar a agenda dos OMDs, varias Comunidades Económicas Regionais Africanas (CERs) estão a desenvolver (ou desenvolveram) estratégias de redução da pobreza regionais que são consistentes com os OMDs. A Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) adoptou recentemente uma estratégia regional de redução da pobreza tendo como base os OMDs e a Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) está em fase de desenvolver uma estratégia semelhante. Durante a 40ª Sessão da Comissão Económica das Nações Unidas para África e a Conferência dos Ministros das Finanças, Planeamento e Desenvolvimento Económico Africanos de 2007, os Ministros das Finanças Africanos reiteraram o seu compromisso no sentido do alcance dos OMDs e adoptaram uma agenda de acção.

Os desenvolvimentos na comunidade internacional na generalidade foram favoráveis. O apoio oficial ao desenvolvimento, apesar de ainda ser aquém dos compromissos, cresceu de forma respeitável aumentando deste modo de uma média de 16 biliões \$EU durante o período 1998 – 2001 para 28 biliões \$EU durante o período 2002 – 2005². Continuaram os esforços para conformar o Apoio de Desenvolvimento Oficial (ODA) com as prioridades nacionais de forma consistente com a Declaração de Paris. O comércio com o ODA dos doadores emergentes sul – sul como a China e a Índia criou recursos adicionais para o incremento especialmente na área das infra-estruturas. Os actores não-governamentais, tais como a Fundação Bill e Melinda Gates continuam a desempenhar um papel activo no apoio aos esforços do continente para o alcance dos OMDs.

As Nações Unidas intensificaram o seu papel de liderança e de advocacia para o alcance dos OMDs em África. O Secretário-geral estabeleceu o Grupo Directivo dos OMDs para África, apoiado pelo Grupo de Trabalho dos OMDs para África com o objectivo de mobilizar recursos e manter apoio internacional para o alcance dos OMDs em África. O âmbito para a aprendizagem paritária, partilha de experiências e mobilização de recursos foi ampliado através de reformas em curso do Conselho Económico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) com o estabelecimento de uma Revisão Ministerial Anual (RMA) e o Fórum de Cooperação e Desenvolvimento (FCD). A RMA apresenta-se como uma oportunidade tanto para os países em desenvolvimento como para os países desenvolvidos, de modo a fazerem apresentações voluntárias e partilhar ilações sobre os seus esforços tendentes a alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Internacionalmente Acordados (ODIA), incluindo os OMDs ao passo que o FCD proporciona uma plataforma para explorar a melhor via para o incremento do desenvolvimento da cooperação de formas a alcançarem-se os compromissos.

² REA 2008

Este relatório apresenta uma imagem que é ligeiramente uma variação de vários outros relatórios sobre os progressos de África no sentido de alcançar as metas dos OMDs. Demonstra que os progressos estão a ser realizados em várias áreas tais como o acesso ao ensino primário, a paridade do género no ensino primário, as mortes por malária e a representação das mulheres nos parlamentos. Se esta taxa de progresso continua, o continente estará na via certa para o alcance de vários importantes OMDs até a data fixada. Isto será ainda insignificante uma vez que o objectivo é o de alcançar todas as metas até 2015. Por outro lado, o relatório demonstra que uma área importante para o progresso são os OMDs relacionados com a saúde em que os progressos são os mais lentos. As intervenções para acelerar os progressos nos OMDs para a saúde irão gerar significantes dividendos. Em suma, as pré-condições para a aceleração dos progressos para o alcance das metas dos OMDs estão agora em vigor, apesar de limitadas por fluxos inadequados de recursos e da capacidade em algumas áreas críticas como a capacidade sanitária.

Secção II: SEQUÊNCIA DOS PROGRESSOS

Esta secção apresenta o relatório de progresso meta por meta nos esforços do continente para o alcance das metas dos OMDs. Difere ligeiramente do relatório de 2007 pelo facto de incluir um novo conjunto de indicadores recomendados para inclusão pela 62^a Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas que reviu o estado dos progressos em algumas questões, incluindo as relacionadas com o emprego, saúde reprodutiva, biodiversidade e acesso ao tratamento para o VIH/SIDA e determinou que haviam sido em grande medida negligenciadas. Os novos indicadores e metas adicionais foram operacionalizados pela Inter Agência e Grupo de Peritos sobre os Indicadores dos OMDs em 2007.

Em conformidade com as práticas estabelecidas no relatório de 2007, não há informação sobre a pobreza crescente devido a falta de dados rentáveis e consistentes na maioria dos países africanos. Isto deve-se ao facto de que muitos países africanos não possuem pesquisas recentes sobre os rendimentos domésticos sobre os quais uma avaliação do progresso no sentido das metas da pobreza pode ser baseada de forma segura. Devido a alta taxa de crescimento populacional do continente, é concebível que o progresso no sentido da redução da pobreza tenha sido lento. Todos os dados utilizados neste relatório são da Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (UNSD) no Departamento para Análises Económicas e Sociais das Nações Unidas (UN-DESA).

1º Objectivo: Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome

Meta 1.C: Reduzir a metade a proporção de pessoas que sofrem de fome entre 1990 e 2015

Não existem informações recentes dos dados sobre esta meta na Base de Dados da UNSD que permita uma informação actualizada sobre os progressos no sentido de reduzir a metade a fome até 2015. A evidência apresentada no relatório de 2007 demonstrou significantes variações entre as regiões do continente com os seguintes resultados: a África do Norte alcançou os objectivos ao passo que muitos países ao longo da costa ocidental do continente, excepto para os países em ou saídos de conflito, mantiveram-se no caminho para os alcançar. Não há razão para esperar que isto mude de forma adversa durante o ano passado. Contudo, há novas ameaças na segurança alimentar que necessitam ser abordadas. A primeira é o aumento da variação climática e a ameaça das mudanças climáticas tendo em conta a grande dependência de África na agricultura sustentada

pelas chuvas. A segunda é a ameaça dos crescentes preços dos alimentos estimulados pelos crescentes rendimentos na China, Índia e outras partes do mundo, e a crescente utilização de grandes parcelas de terra para os biocombustíveis³. Esses desenvolvimentos terão provavelmente impacto adverso para o alcance (ou segurança do sucesso já alcançado) deste objectivo em muitos países. A rede de importadores de alimentos de África será provavelmente prejudicada seriamente.

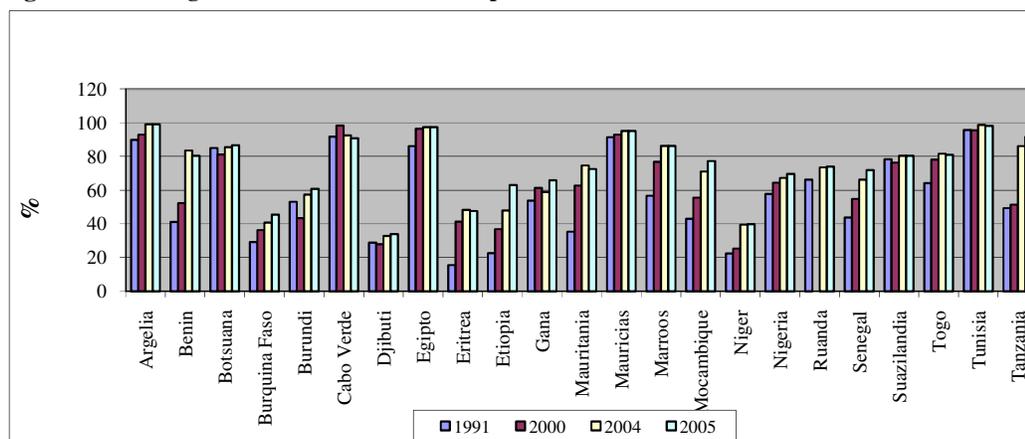
2º Objectivo: Alcance do Ensino Primário Universal

Meta 2A: Garantir que até 2015 as crianças em todo o lado, tanto rapazes como raparigas, sejam capazes de completar um curso completo de Ensino Primário

Indicador 2.1: Acesso geral ao Ensino Primário

Novos dados prestados à UNSD demonstram uma melhoria marcante no acesso geral ao ensino primário em vários países africanos em 2005 comparado a 2004. Caso esta tendência continue, muitos países na região alcançarão as metas de atingir o acesso geral ao ensino primário universal (figura 1). O progresso é amplo, ocorrendo tanto nos países com altas taxas iniciais de acesso geral ao ensino primário relativas a 1990, e naqueles que tiveram baixas taxas iniciais de acesso geral ao ensino primário quando os OMDs foram adoptados.

Figura 1: Acesso geral ao Ensino Primário em países africanos seleccionados



Fonte: dado UNSD.

Para os países para os quais possuímos dados, entre 2004 e 2005, seis países incrementaram o acesso para mais de 4% ao passo que em cinco países as taxas de acesso expandiram-se entre 2 e 4%. Os demais países registaram aumentos que rondam entre 0 e 2%. Progressos neste indicador são influenciados pelos aumentos no acesso em países como a Etiópia, Moçambique, Maurícias, Quênia e Zâmbia. Países que atingiram altos níveis, como a Etiópia, o Gana e a Tanzânia⁴

³ O que complica o cenário é o desvio de significantes quantidades de produtos de base tais como o milho para a produção de etanol.

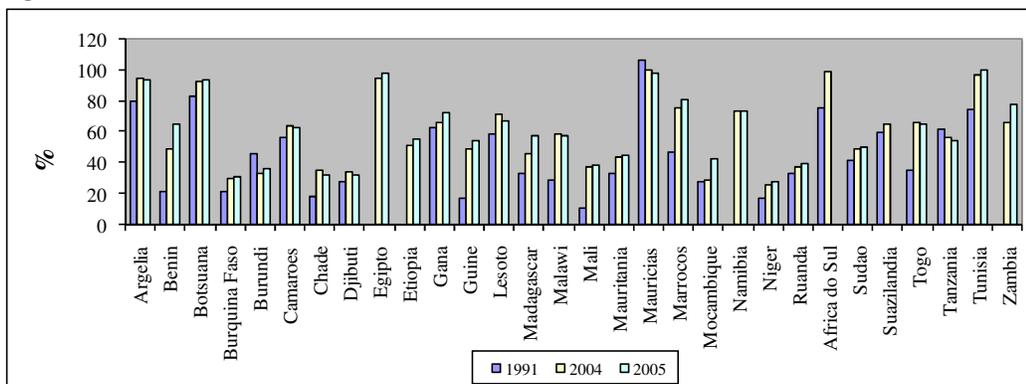
⁴ Somente estes três países possuem dados na Base de Dados da UNSD para o ano 2006

mantiveram o ímpeto dos anos anteriores, mantendo as taxas de crescimento no acesso de 6,5%, 4,2% e 17,3% de 2005 a 2006, respectivamente. O progresso esteve em risco de retrocesso em Cabo Verde, Eritreia e Mauritânia e de forma modesta nas Maurícias e São Tomé e Príncipe. No geral, a taxa de acesso conjunta aumentou em 6% entre 2004 e 2005⁵. Esta taxa de progressos, se for mantida, irá colocar mais países africanos na via certa para o alcance do acesso universal ao ensino primário.

Indicador 2.2: Proporção dos alunos que iniciam a 1ª Classe e terminam o ensino primário

A melhoria continua nas taxas de acesso ao ensino primário não foi alcançada pelo aumento proporcional na conclusão do ensino primário⁶. Em relação ao ano 1992, houve uma melhoria significativa. Contudo, houve um decréscimo num passado recente, conforme pode ser visto na Figura 2 abaixo. O Benim, a Etiópia, o Gana, a Guiné e o Madagáscar aumentaram em 16,2%, 4,4%, 6,7%, 6,1% e 12,4%, respectivamente em 2005 em relação a 2004 mas países como os Camarões, Cabo Verde, Maurícias e Tanzânia registaram retrocessos.

Figura 2: Taxas de Conclusão para os países africanos seleccionados (1991-2005)



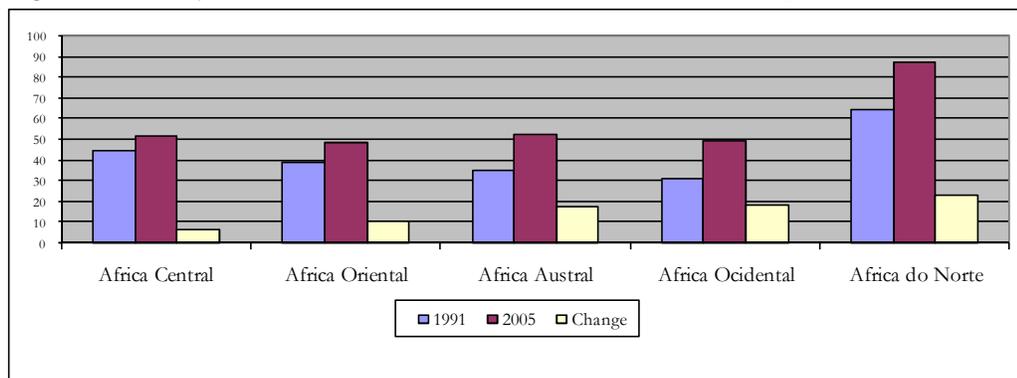
Fonte: Base de Dados da UNSD

A variação no desempenho é igualmente evidente quando as sub-regiões são utilizadas como base para a análise. A África do Norte possui a mais alta taxa de conclusão do ensino primário, seguido pela África Austral ao passo que a África Ocidental possui a taxa mais baixa (Figura 3). As taxas de conclusão continuaram a uma média de 60% no período em análise. Contudo, a taxa de conclusão melhorou na região da África Ocidental no período de 2005 em relação a 2004.

⁵ Avaliação dos progressos tendentes ao alcance dos Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento, Adis Abeba 2007.

⁶ Taxa de Conclusão Primária é a proporção do número total de estudantes que completaram com sucesso (ou graduaram-se) no último ano do ensino primário num ano em relação ao número total de crianças de idade de graduação oficial na população (UNSD)

Figura 3: Mudanças nas taxas de conclusão do Ensino Primário nas sub-regiões



Fonte: Cálculos do CEA da Base de Dados da UNSD.

Um dos principais factores que afectam a taxa de conclusão do ensino primário em vários países é geralmente a entrada tardia dos alunos para o sistema de ensino. Mais crianças com idade para o ensino secundário estão no ensino primário, especialmente em países em que tenha havido uma considerável expansão em programas de abrangência e de acesso. O acesso tardio aumenta a pressão de acesso ao Mercado de trabalho (ou para as raparigas casar-se) antes da conclusão do ciclo. Isto reduz o incentivo para a continuação para o ensino secundário e níveis mais elevados de ensino (NU 2007).

Indicador 2.3: Taxa de Alfabetização (15 – 24 anos de idade) para mulheres e homens

Houve uma nova actualização aos dados prestados no relatório dos OMDs para 2007, com excepção para o Burquina Faso e Níger, em que as taxas de alfabetização no seio da juventude melhoraram em 2% e 36,5% em 2005, respectivamente. Contudo, uma mudança imprevista que se verifica em África é a crescente taxa de alfabetização básica entre a juventude de África, não só na língua nacional, mas igualmente em pelo menos uma língua estrangeira⁷ (línguas Inglesa ou Francesa). Isto é em parte, consequência da melhoria no acesso ao ensino primário. Esta tendência é observada tanto nos países com baixa taxa inicial de alfabetização juvenil como igualmente nos países com altas taxas iniciais de alfabetização juvenil e prognostica boas notícias para o alcance dessa meta.

3º Objectivo: Promover a Igualdade do Género e Capacitação da Mulher

Meta 4: Eliminar a disparidade do género no ensino primário e secundário até 2005 e em todos os níveis de ensino até 2015

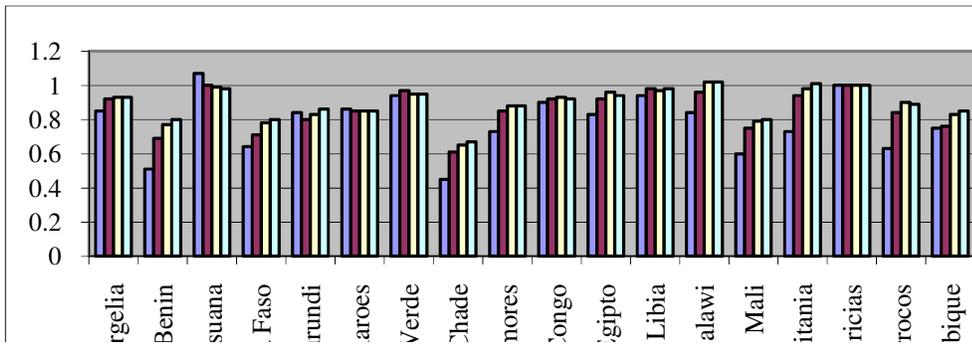
Ensino primário: Muitos dos países africanos poderão atingir a paridade do género até 2015⁸ (Figura 4). Onze países⁹ já atingiram a paridade do género no ensino primário em 2005, e 17

⁷ “Estrangeira” significa a Língua da antiga potência colonial

⁸ Vide “Relatório dos Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento”, Relatório da Conferência dos Ministros das Finanças, Planeamento e Desenvolvimento Económico Africanos, Abril de 2007

países¹⁰ atingiram uma taxa acima de 0,90 de paridade no mesmo ano. Contudo, a República Centro Africana e o Chade registraram progressos limitados em termos de paridade do género no ensino primário.

Figura 4: Paridade do Género no Ensino Primário em países africanos seleccionados (1991-2005)

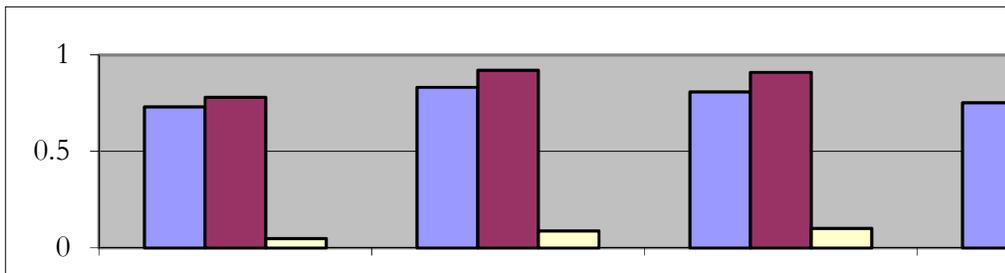


Fonte: Base de Dados da UNSD.

Os últimos dados disponíveis demonstram que 13 países africanos aumentaram as suas já significativas taxas de progresso no sentido da paridade do género no ensino primário. O importante progresso reportado em 2007 e as últimas actualizações confirmam que muitos dos países africanos estão na via certa para o alcance da paridade do género no ensino primário.

Contudo, estas são importantes variações na taxa de progresso ao nível sub-regional. Como a Figura 5 abaixo demonstra, a paridade é mais elevada na África Austral e Ocidental e inferior na África do Norte e Central. Contudo, entre 1991 e 2005, o último ano para o qual existem dados disponíveis, a África Austral, do Norte e Oriental realizaram progressos ao passo que a África Ocidental e Central tiveram retrocessos.

Figura 5: Nível Mudanças nas taxas de acesso ao Ensino Primário entre raparigas e rapazes nas sub-regiões



Fonte: Cálculos da CEA da Base de Dados da UNSD.

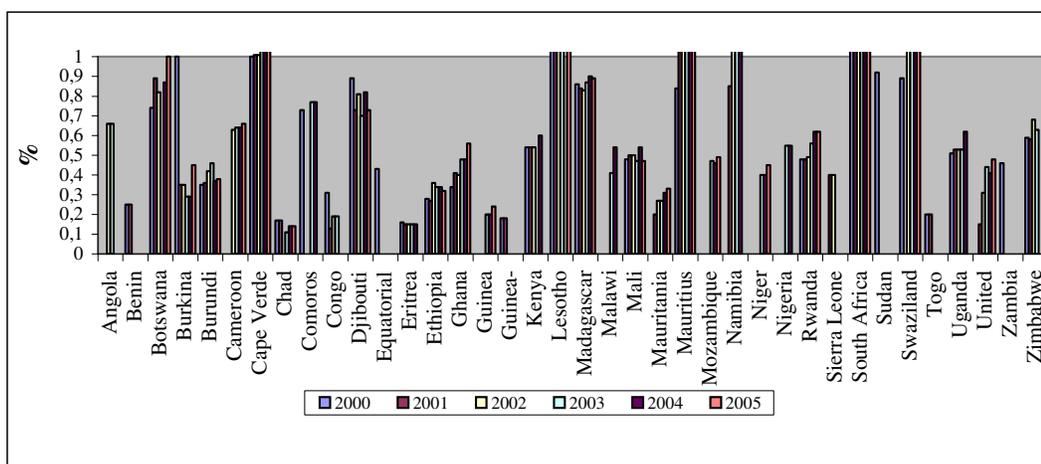
⁹ Países que atingiram a Paridade do Género: Gâmbia, Gabão, Lesoto, Liba, Malawi, Maurícias, Maurítania, Namíbia, Ruanda, Seychelles e Uganda.

¹⁰ Países com Taxas de 0,9 de alcance da paridade do género no ensino primário em 2005: Argélia, Botswana, Cabo Verde, Congo, Egipto, Guiné Equatorial, Gana, Quênia, Madagáscar, São Tomé e Príncipe, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tunísia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábwe.

Contudo, a impressionante melhoria na paridade do género no ensino primário não é espelhada no ensino secundário em que ainda existe uma baixa representação de raparigas. A imagem de progressos é mista. Em conformidade com o que foi informado no relatório de 2007, oito¹¹ países alcançaram a paridade do género no ensino secundário, ao passo que seis¹² outros países alcançaram um índice de paridade do género de mais de 0,90. Em contraste, 14 países retrocederam no mesmo período. A taxa de progresso é, portanto, bastante lenta e frágil para que esta meta seja atingida até 2015.

A situação da mulher nas universidades e nas instituições do ensino terciário continuaram imutáveis em relação ao que foi informado no relatório de 2007 (Figura 6). Nove¹³ países alcançaram a paridade do género. O Madagáscar e o Sudão poderão alcançar a paridade do género no ensino terciário até 2015.

Figura 6: Paridade do Género no Ensino Terciário para vários países africanos seleccionados (2000-2005)



Fonte: Base de Dados da UNSD.

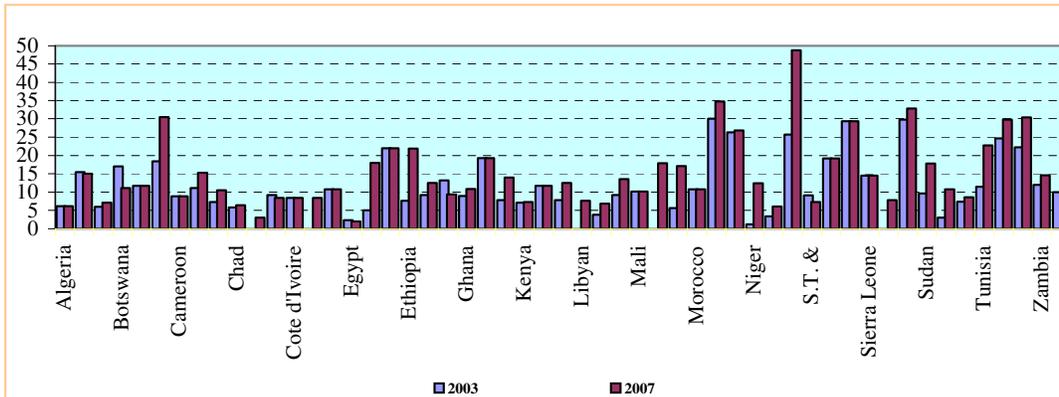
A representação da mulher nos parlamentos nacionais melhorou na maioria dos países africanos (Figura 7). África possui a taxa mais elevada de progresso reportada nesta meta no mundo, 10%, para o período de 1990 para 2007. Mas a história não é totalmente de satisfação uma vez que 17 países demonstraram somente uma ligeira melhoria no período 2003 – 2007.

¹¹ Paridade do género no ensino secundário em 2005: Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Lesoto, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Seychelles e África do Sul (2004)

¹² Mais de 0,90 na paridade do género no ensino secundário: Egípto, Quênia, Maurícias, Sudão e Suazilândia

¹³ Paridade do género no ensino terciário em 2005: Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Maurícias, Líbia, Namíbia (2004), África do Sul, Suazilândia e Tunísia.

Figura 7: Percentagem de mulheres no Parlamento Nacional



Fonte: Base de Dados da UNSD.

A paridade do género nos órgãos de tomada de decisão ou de direcção melhorou bastante no Ruanda (48,8%), Moçambique (34,8%), África do Sul (32,8%), Tanzânia (30,4%), Burundi (30,5%), Uganda (29,8%), Seychelles (29,4%), Namíbia (26,9%), Tunísia (22,8%), Eritreia (22%) e Etiópia (21,9%).

É difícil informar sobre os dados de progressos em relação a proporção da mulher em empregos assalariados no sector não agrícola. Dados datados (históricos) indicam que nenhum país atingiu a paridade do género. O Mali informou que as mulheres representavam 49,7% dos assalariados no sector não agrícola em 2004, e essa proporção manteve-se em 42% na África do Sul em 2005.

1ª Caixa: Avaliação da Paridade do Género – Fonte de Contribuição do Índice Africano do Género e Desenvolvimento (AGDI) CEA (2006)

A natureza abrangente do género em muitos dos OMDs apresenta-se como um problema para a identificação de indicadores abrangentes que demonstram progressos adequados nas questões do género. Para abordar as insuficiências dos mecanismos de monitorização e apoiar os Governos Africanos para o alcance dos progressos tendentes a igualdade do género e melhoria da situação da mulher, as Comissão Económica para África das Nações Unidas (UNECA) através do seu Centro Africano para o Desenvolvimento do Género e Social desenvolveu o Índice Africano do Género e Desenvolvimento (AGDI). O AGDI é uma ferramenta que demonstra a extensão das desigualdades do género em África e avalia o desempenho do governo na abordagem dessa questão. A avaliação do AGDI em 12 países africanos indica que os rendimentos da mulher Africana é ligeiramente mais do que metade do que o dos homens em vários desses países. Ao avaliar o desempenho dos países africanos na implementação de compromissos internacional e regionalmente acordados, o ADGI demonstra que os governos alcançam grandes êxitos tanto em termos de ratificação como no desenvolvimento de políticas para a igualdade do género. Contudo, o seu desempenho é de certo modo débil em relação a implementação do processo.

Fonte: Índice de Desenvolvimento do Género (AGDI)

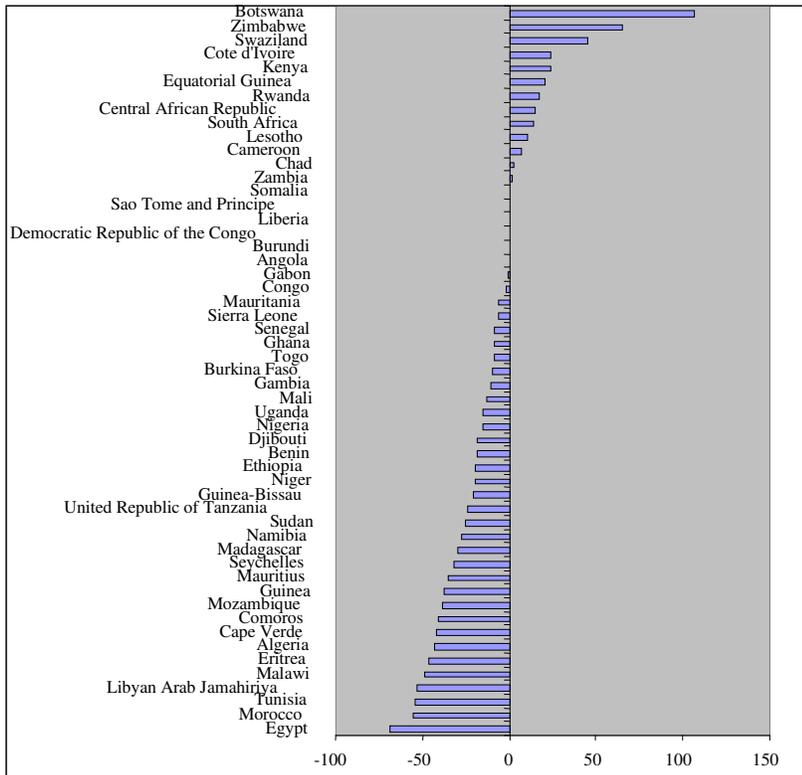
4º Objectivo: Redução da Mortalidade Infantil

Meta 4: Reduzir a dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos

Taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos

África como região efectuou muito poucos progressos no sentido de reduzir as taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos no período entre 1990 – 2005 (Figura 8). A grande maioria dos países africanos registou melhorias insignificantes na mortalidade de crianças menores de cinco anos de 1,8% entre 1990 e 2005, o que é traduzido numa melhoria anual de 0,1%. Isto coloca os países africanos de forma significativa aquém do alcance desses objectivos. Não houve mudanças na mortalidade de crianças menores de cinco anos em 19 países, ao passo que em 10 países, nomeadamente o Botsuana, o Chade, a Côte d'Ivoire, as Comores, o Djibuti, a Gâmbia, o Lesoto, a África do Sul, a Suazilândia e o Zimbábue, a mortalidade de crianças menores de cinco anos aumentou. Em alguns países, a alta taxa de mortalidade infantil é atribuída a situações particulares de saúde. Por exemplo, o VIH/SIDA explica em grande medida a alta taxa de mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos no Botsuana, Lesoto, África do Sul, Suazilândia e Zimbábue ao passo que a malária explica as altas taxas na África Ocidental. Os conflitos dão igualmente um importante contributo às altas taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos.

Figure 8: Progresso¹⁴ nas taxas de mortalidade crianças menores de cinco anos entre 1990 e 2005



Fonte: Dados UNSD.

Vários países como a Eritreia, Etiópia, Madagascar, Malawi, Níger e Tanzânia realizaram importantes progressos na redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos nos anos recentes. Estes progressos são credenciados pelos recentes dados da UNICEF (2008) que demonstram que a mortalidade em crianças menores de cinco anos em África baixou de 166 por 1000 nados vivos em 2005 para 160 por 1000 nados vivos em 2006 (UNICEF 2008). Contudo, esta taxa de progressos é aquém da taxa necessária para o alcance dos OMDs 4 até 2015.

Taxa de mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil para o período 1990 – 2005 demonstra que as regiões da África Central, Oriental, Austral e Ocidental, no geral alcançaram apenas alguma melhoria parcial de 110 para 99 mortes por 1000 nados no período de 1990 para 2005. Contudo, os países como o Malawi, Djibuti, Maurícias, Marrocos e Tunísia, registaram melhorias de mais de 5%.

¹⁴ Mudanças nos pontos percentuais das taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos – os valores negativos indicam progressos.

Dados actualizados da UNICEF indicam que as regiões da África Central, Oriental, Austral e Ocidental, no geral apresentaram progressos parciais na redução das taxas de mortalidade infantil, que se manteve em 95 por 1000 nados vivos em 2006. Esta baixa, apesar de ter sido mais notável de 2005 a 2006, ainda é insuficiente para o alcance da meta dos OMDs 4 até 2015.

Proporção de crianças de um ano imunizadas contra o sarampo

A proporção de crianças de um ano imunizadas contra o sarampo nas regiões da África Central, Oriental, Austral e Ocidental, em geral, aumentou de 64% em 2005, dos 56 % registados em 1990 e baixou ligeiramente de 65% alcançado em 2004. As taxas de imunização contra o sarampo variam entre países. O Botsuana, o Egipto, a Libéria, a Líbia, as Maurícias, as Seychelles, a Tanzânia e a Tunísia registaram taxas de cobertura superiores a 90%, ao passo que o Chade, a República Centro Africana, a Nigéria e a Somália registaram taxas inferiores a 40%. Vinte e três países melhoraram a proporção de crianças imunizadas contra o sarampo, ao passo que 18 países não tiveram nenhuma mudança. Os países que efectuaram progressos substanciais, com aumentos que excederam 5% na melhoria da proporção de crianças imunizadas contra o sarampo incluem o Burquina Faso, a Guiné, a Libéria, o Mali, o Níger, o Ruanda, o Senegal e o Zimbábue. Em particular a Libéria, teve um grande aumento na proporção de crianças imunizadas contra o sarampo. Alguns países tiveram um decréscimo de 10% ou mais na cobertura de imunização contra o sarampo, entre os quais se incluem Angola, Congo, Somália e Suazilândia.

2ª Caixa: Resultados Rápidos: Acção Coordenada para o alcance de resultados rápidos

Os progressos para o alcance dos OMDs relacionados com a saúde foram limitados por recursos humanos e financeiros insuficientes para a prestação dos apoios internacionais. A fragmentação e a débil coordenação das respostas internacionais são as principais culpadas. O sucesso na redução das mortes por sarampo entre 2000 e 2007 demonstra o que se pode alcançar através de uma melhor coordenação.

Ao nível global, as mortes causadas por sarampo baixaram em mais de 60% entre 2000 e 2005. Os progressos mais importantes foram registados em África, em que as mortes provocadas pelo sarampo baixaram em cerca de 75% - de uma estimativa de 506000 para 126000 através do reforço das campanhas de imunização. Este sucesso foi em grande medida devido a acções coordenadas entre a Iniciativa Internacional do Sarampo e 47 países prioritários, que se juntaram desde 2000. A implementação desta iniciativa teve um efeito significativo nas taxas de mortalidade e morbidade de crianças menores de cinco anos e a sua aplicação demonstrou o que pode ser alcançado através de acções coordenadas.

Fonte: NU 2007.

5º Objectivo: Melhoria da Saúde Materna

Meta 5.A: Reduzir em até três quartos a proporção de mortalidade materna entre 1990 e 2015

Os dados sobre a proporção da mortalidade materna não estão prontamente disponível e actualizado para todos os países. Os mais recentes dados sobre a proporção da mortalidade materna da UNSD são até ao ano 2000. Dados estimados para 2005 da OMS, UNICEF, FNUAP e do Banco

Mundial indicam que a grande maioria dos países africanos tiveram melhorias bastantes insignificantes nas taxas de mortalidade materna (TMM) de 1,8% entre 1990 e 2005, o que representa um total de melhoria média anual de 0,1%, aquém de alcançar o objectivo. Doze países possuem uma TMM de mais de 1000, e estes incluem Angola, Burundi, Chade, RDC, Guiné Bissau, Libéria, Malawi, Nigéria, Níger, Ruanda, Sierra Leone e Somália.

Os últimos dados disponíveis sobre assistência prestada por funcionários de saúde capacitados demonstram haver progressos na África Central, Oriental, Austral e Ocidental, em geral. Em 1990 a proporção de nascimentos com assistência de funcionários de saúde nessas quatro sub-regiões manteve-se em 42% e este número aumentou para 46% em 2004 tendo, no entanto, decaído para 45% em 2005 de acordo com dados recentes da UNSD.

Meta 5.B: Alcance do acesso universal a saúde reprodutiva até 2015

Deu-se uma definição internacional consensual a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) em 1994 durante a Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento (CIPD). Os dados disponíveis não permitem monitorizar os progressos mas proporcionam uma imagem da magnitude do que foi alcançado. A estreita ligação entre a SSR e as amplas questões da sociedade torna a SSR vital para o desenvolvimento económico e social de África. Para além de ser importante, é claro que a saúde e os direitos reprodutivos são importantes para o alcance dos OMDs (Sachs 2005).

A taxa de prevalência contraceptiva aumentou de 12,3% em 1990 para 21,3% nas mulheres casadas ou em uniões estáveis durante o período 1990 para 2005. O uso correcto e consistente de preservativos, conforme recomendado na estratégia de Abstinência, Fidelidade e Uso do Preservativo (ABC) cria uma grande quebra na disponibilidade de preservativos. De igual modo, a dinâmica do poder nos lares aumenta a vulnerabilidade da mulher para comportamentos sexuais de risco.

Há um decréscimo global nas taxas de fertilidade e África não é excepção, apesar das altas taxas de gravidez entre adolescentes prevalentes em 1990 não terem declinado. Isto contribui igualmente para uma maior probabilidade de problemas de saúde relacionados com gravidez e aumenta a mortalidade materna.

Os cuidados pré-natais são uma componente importante dos serviços de saúde materna. Desde 1990, mais de dois terços das mulheres receberam pelo menos um cuidado pré-natal durante a gravidez, apesar das recomendações médicas serem de pelo menos 4 visitas. Por exemplo, 87% das mulheres quenianas visitaram uma clínica pré-natal pelo menos uma vez, mas esse número decaiu para 51% para as 4 visitas recomendadas.

Em cada ano, meio milhão de mulheres morrem por complicações preveníveis de gravidez e parto. Entre as mulheres casadas em idade reprodutiva, as obrigações para o espaçamento entre os partos representou 33 – 75% das obrigações para os serviços de planeamento familiar, um mecanismo importante para salvar vidas. Os filhos com um espaçamento de três a quatro anos têm mais probabilidades de sobreviver. Nos países menos desenvolvidos, incluindo os de África, caso não acontecessem partos em 36 meses de um parto anterior, a taxa de mortalidade infantil iria decair em 24% e a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos em 35% (Bertrand 2006).

De igual modo, a necessidade dos serviços de planeamento familiar é grande e não equitativa. As grandes desigualdades entre ricos e pobres nesses países podem reflectir as disparidades no acesso aos serviços de planeamento familiar bem como as diferenças na necessidade de contraceptivos

6º Objectivo: Combate ao VIH/SIDA, Malária e Outras Doenças

Meta 6A: Reduzir a metade até 2015 e início para reverter a disseminação do VIH/SIDA

África continua a ser a região mais afectada pelo VIH/SIDA no mundo, com cerca de 68% dos 33,2 milhões de pessoas portadoras de VIH/SIDA a nível global encontram-se nas regiões da África Central, Oriental, Austral e Ocidental (ONUSIDA, 2007). A taxa de prevalência do VIH/SIDA entre adultos varia de menos de 1% em todos os países da África do Norte e acima de 15% em muitos dos países na África Austral (ONUSIDA 2007). Em muitos países a taxa de prevalência estabilizou-se ou mostra sinais de declínio (ONUSIDA 2007). A Cote d'Ivoire, o Togo, o Zimbábue e o Quênia tiveram declínios nas suas taxas nacionais de prevalência. Ainda assim, o VIH/SIDA continua a liderar as causas de morbilidade e mortalidade adulta das sub-regiões, excepto na África do Norte. Em 2007, 76% do total global de 2,1 milhões de mortes de adultos e crianças devido ao SIDA ocorreram nas regiões da África Central, Oriental, Austral e Ocidental.

A proporção de mulheres infectadas pelo VIH é alta e tem aumentado. Até Dezembro de 2007 as mulheres constituíam 61% das pessoas infectadas nas quatro sub-regiões. Em quase todos os países na região, as taxas de prevalência são mais elevadas entre as mulheres em relação aos homens. A vulnerabilidade da mulher e das raparigas africanas a infecção do VIH está integralmente ligada às principais desigualdades do género, normas da sociedade e discriminação.

Meta 6.B: Alcance do acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA até 2010

O indicador para esta nova meta é a proporção da população com infecção avançada do VIH com acesso aos medicamentos anti-retrovirais. O número de pessoas que receberam tratamento anti-retroviral nas regiões da África Central, Oriental, Austral e Ocidental aumentou de 100 000 em 2003 para 1,3 milhões em 2006 (OMS, UNUSIDA e UNICEF, 2007). A cobertura correspondente das pessoas que receberam tratamento aumentou de 2% em 2003 para 28% em 2006. Apesar de estar em expansão, a taxa de cobertura continua bastante baixa, especialmente quando o fornecimento é efectuado aquém dos requisitos necessários.

Meta 6.C: Diminuir a metade e iniciar a regressão da incidência da malária e de outras doenças até 2015

A malária é a principal causa da mortalidade infantil e da anemia entre as mulheres grávidas em África. Os dados sobre as taxas da incidência e mortes por malária não são abrangentes e não demonstram essas tendências. Contudo, a escassez na disponibilidade de dados indica que a doença é responsável por uma alta percentagem de mortalidade e endemia infantil em 46 países. Apesar do uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida por parte das crianças menores de cinco anos ter sido reportado como tendo aumentado nas áreas com risco de malária nas regiões da África Central, Oriental, Austral e Ocidental, de 2,1 para 5% entre 2001 e 2005, a escala das necessidades continuam altas (OMS, 2006b). Apesar de vários países terem ampliado a

cobertura das redes mosquiteiras tratadas com insecticida (ITNs), a cobertura equitativa continua a ser importante. Uma pesquisa levada a cabo em 30 países africanos entre 2000 e 2006 indica que as crianças menores de cinco anos que vivem nas áreas urbanas, em que a malária é menos endémica, têm 2,5 vezes mais possibilidades de dormir sobre uma ITN do que as que vivem nas áreas rurais (NU, 2007). Por outro lado, a substituição do tratamento da malária de cloroquina pela Terapia Combinada a base de Artemisina (ACT) confronta-se com problemas relacionados com os processos de aquisição e rede de fornecimento em vários países africanos.

Tuberculose

Taxas de Incidência, prevalência e de mortes associadas com a tuberculose

Porquanto está em declínio na África do Norte, as tendências da incidência, prevalência e morbidade da TB tem estado em crescimento nas demais sub-regiões do continente (tabela 1). A incidência da tuberculose em África aumentou juntamente com a epidemia do VIH/SIDA, uma vez que as pessoas com VIH facilmente contraem infecções da tuberculose. A carga da tuberculose nota-se mais na África Austral seguida da África Oriental e Ocidental. Treze de quinze países que possuem a mais altas taxas de incidência da TB per capita em 2005 estão em África e incluem o Botsuana, a Côte d'Ivoire, o Djibuti, o Quênia, o Lesoto, o Malawi, Moçambique, Namíbia, Sierra Leone, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia e Zimbábue. As mortes devido a doença seguem um padrão semelhante, com a África Austral tendo a maior incidência seguida da África Oriental e Ocidental. Em resumo, o número de mortes por TB aumentou parcialmente.

Tabela 1: Tendências na incidência, prevalência e mortes por TB em África

	África do Norte			África Central, Oriental, Austral e Occidental		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Incidência da TB – Número de novos casos por 100 000 habitantes (excepto os infectados com VIH)	54	50	44	148	253	281
Prevalência da TB – Número de casos existentes por 100 000 habitantes (excepto os infectados com VIH)	59	53	44	331	482	490
Mortes por TB – Número de mortes por 100 000 habitantes (excepto os infectados com VIH)	5	4	3	37	54	55

Fonte: Dados UNSD 2008.

Proporção dos casos de Tuberculose detectados e curados directamente com observação de tratamento de curta duração

A Estratégia de Observação e Tratamento Directo (DOTS), que é um mecanismo efectivo para o combate a TB, foi implementado com sucesso em muitos países africanos. O número de casos detectados e curados com base na DOTS aumentou de 36% em 1990 para 47% em 2004 e 49% em 2005, ao passo que a proporção de pacientes tratados com sucesso aumentou de 72% em 2000 para 74% em 2004. A crescente incidência e prevalência da TB destacam a necessidade de um reforço contínuo das respostas no sentido de fazer face a epidemia da TB. Um estudo recente

realizado pelo Banco Mundial sobre *o benefício económico dos investimentos globais na tuberculose é o controlo* indica que o custo económico das mortes relacionadas com a TB (incluindo as co-infecções do VIH) na região Central, Oriental, Austral e Ocidental de África, no geral, desde 2006 até 2015 está estimado em 519 biliões de \$EU quando não houver nenhum tratamento efectivo da TB. Caso seja implementado um tratamento efectivo aos pacientes de TB, esses países podem ter benefícios económicos que excedem os custos relacionados com a doença em cerca de nove vezes. As exterioridades positivas que surgem do controlo da TB constituem uma questão importante para os governos e doadores reduzirem drasticamente a prevalência e as mortes por TB. Ainda assim, a taxa de progresso na qual os países abordam a questão da TB não é suficiente para o alcance das metas dos OMDs.

A OMS lançou a Estratégia Global de Erradicação da TB em 2006 que se baseia nos sucessos da DOTS na abordagem das suas deficiências. A Estratégia de Erradicação da TB tem como objectivo reduzir drasticamente o peso global da tuberculose até 2015 garantindo que os pacientes com TB, incluindo os co-infectados com o VIH e os portadores da TB resistente a medicamentos, beneficiem do acesso universal ao diagnóstico e tratamento centrado no paciente. A estratégia promove o incremento da DOTS através do aumento e manutenção do financiamento, melhoria do diagnóstico dos casos, tratamento padronizado com supervisão e apoio ao paciente, fornecimento efectivo de medicamentos, melhoria nos sistemas de monitorização e avaliação e avaliação do impacto, prevenção e controlo da tuberculose resistente a vários medicamentos, reforço dos sistemas de saúde e capacitação das pessoas e comunidades portadoras de TB (OMS, 2007b).

3ª Caixa: Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde – um constrangimento para o alcance dos OMDs da Saúde em África

As desigualdades sanitárias são desigualdade evitáveis que se resumem na injustiça no acesso aos serviços de saúde entre as regiões e subgrupos de populações num país, o que tem implicações severas para o desenvolvimento humano e o alcance dos OMDs.

Os progressos extremamente lentos no sentido do alcance dos OMDs da mortalidade materna e infantil em África são parcialmente causados pelas desigualdades no acesso aos serviços de saúde devido aos factores socioeconómicos tais como os rendimentos, género, raça, residência rural/urbana e antecedente étnico. Por exemplo, numa pesquisa realizada em 30 países africanos, as crianças menores de cinco anos que vivem nas áreas urbanas tinham 2,5 mais probabilidades de dormirem cobertas por redes mosquiteiras tratadas com insecticida do que as crianças da mesma idade que vivem nas áreas rurais e as mulheres que vivem de altos rendimentos têm seis vezes mais possibilidades de trabalhar com pessoal qualificado (NU, 2007)

A CEA recentemente levou a cabo um estudo para identificar as principais fontes de desigualdades no acesso a e utilização dos cuidados de saúde em dez países seleccionados para o estudo que incluiu a Etiópia, o Quénia, o Gana, o Senegal, a Zâmbia, o Malawi, o Egipto, o Marrocos, o Chade e os Camarões, com base nas análises dos dados das Pesquisas Demográficas e de Saúde (PDS). Os resultados do estudo revelam notáveis evidências das desigualdades no acesso e utilização dos cuidados de saúde resultando em diferença nos rendimentos entre a área urbana e rural. Em todos os países em estudo, as mulheres das zonas mais pobres têm menos probabilidades do que as das zonas mais privilegiadas no uso dos serviços básicos de saúde tais como os cuidados pré-natais, contraceptivos modernos, assistência no parto por pessoal especializado e imunização. De igual modo, os grupos de populações rurais têm desvantagem no acesso aos serviços dos cuidados de saúde em relação a população urbana. As desigualdades são mais extremas para a assistência ao parto, ao passo que a imunização é o serviço mais equitativo nos grupos de rendimentos localidades rural-urbanas. Durante dois períodos de PDS, os resultados revelam que o Marrocos e o Egipto realizaram algum progresso na abordagem da desigualdade, ao passo que o Gana, Malawi, Senegal e Camarões fizeram algum progresso parcial.

Uma revisão dos planos nacionais de saúde dos países em estudo revela que todos estes fazem referência a igualdade em vários graus. Alguns planos têm uma articulação clara dos objectivos e estratégias da igualdade sanitária a serem adoptados com vista a alcançar os objectivos da igualdade. Contudo, há geralmente uma necessidade de melhorar nos objectivos das metas da saúde de modo que reflectam tanto o acesso geográfico como financeiro. É igualmente importante que os objectivos de igualdade sejam de facto traduzidos em programas de implementação que sejam realizados no terreno. Incrementar os recursos disponibilizados para a saúde com vista a alcançar os mínimos compromissos de 15% aprovado pelos líderes africanos em Abuja, é essencial para melhorar a implementação. De modo geral, dada a natureza multi-sectorial da saúde, é importante que os importantes sectores tais como o da água e saneamento, educação, agricultura, transportes, bem-estar social garantam a implementação da igualdade sanitária nas suas políticas sectoriais de modo a apoiar na melhoria do acesso geográfico e financeiro aos cuidados de saúde. Isto pode ser alcançado com sucesso através da integração da igualdade sanitária no quadro nacional abrangente de desenvolvimento.

Fonte: CEA para futura introdução nos Dados da PDS.

7º Objectivo: Garantir a sustentabilidade do meio ambiente

Meta 7A: Integrar os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas dos países de redução da perda de recursos do meio ambiente

Desde 1990 a 2005, a terra coberta por florestas reduziu em 3% na África subsaariana. No geral, a desflorestação continua a contribuir para o aumento das terras agrícolas mas tem igualmente dois efeitos negativos. Primeiro, o aumento da produtividade agrícola em terrenos transformados de florestas apresenta-se de pouca duração uma vez que a terra é rapidamente reduzida dos nutrientes que impulsionam a produção inicial. De igual modo, há a perda da biodiversidade que é responsável por 18 a 25% das emissões de efeito de estufa, um factor importante nas mudanças climáticas (NU, 2007).

Numa nota positiva, o combate a desertificação no Sahel, um importante factor que contribui para a pobreza, apresenta resultados promissores, especialmente no que toca a redução de anteriores previsões de perda (NU, 2007). Por outro lado, quatro países africanos aumentaram as áreas de florestas em mais de 25% e dois países africanos mantiveram a percentagem total de área coberta por florestas a taxa de 85% (CEA, 2007).

Meta 7.B: Reduzir as perdas da biodiversidade alcançando, até 2010, uma significativa redução na taxa de perdas

Em comparação com outras partes do mundo, a biodiversidade de África continua relativamente em bom estado. Contudo, há várias eco-regiões que tiveram transformações radicais e aproximadamente 50% das eco-regiões terrestres perderam 50% da sua área para a agricultura, degradação e urbanização (PNUMA, 2006).

África possui mais de 2 milhões de quilómetros quadrados de áreas protegidas, que são na maioria habitats de savana. Das cento e dezanove eco-regiões, noventa e nove possuem menos de 10% da área total protegida. A área costeira no continente enfrenta prioridades conflituosas: extracção de petróleo e minerais, desenvolvimento costeiro, comunidades de pescadores que são confrontadas com a falta de capacidade de garantir as reservas da biodiversidade e de pescado para o desenvolvimento sustentável (PNUMA, 2006).

Meta 10: Reduzir a metade a proporção de pessoas sem acesso garantido a água potável e ao saneamento básico até 2015

Houve alguma melhoria na água potável desde 1990 até 2004 em conformidade com os últimos dados. Quinze países africanos aumentaram o acesso a água potável nas áreas rurais em até 25%.

Ainda assim, a diferença entre o acesso à água potável entre as áreas rural-urbana continua alto e tende a diminuir os dados conjuntos nacionais em alguns países. Apesar de ter havido algum progresso, as mudanças continuam bastante baixas para o alcance da meta de redução para metade das pessoas sem acesso a água potável até 2015.

Meta 11: Alcançar, até 2020, uma melhoria significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes dos Bairros de Lata

A proporção de pessoas com saneamento melhorado na África subsaariana melhorou de forma moderada, de 32% em 1990 para 37% em 2004, aquém da meta de 66% almejada até 2015. A diferenciação entre as áreas rurais e urbanas e a débil situação dos habitantes dos bairros de lata acrescentou ainda mais neste lento progresso. A migração urbana e o rápido crescimento populacional contribuíram para as habitações débeis, saneamento inadequado e insuficiente água potável.

8º Objectivo: Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento

Meta 8.A: Desenvolver mais um sistema aberto com base em regras, não discriminatório de comércio e finanças

Um dos objectivos das Rondas Multilaterais de Doha da Organização Mundial do Comercio (OMC) foi o de levar a debate preocupações de desenvolvimento na elaboração de sistemas multilaterais de comércio e abordar as desigualdades nos sistemas existentes, especialmente os que se apresentavam significativamente desvantajosos para os países em desenvolvimento. Apesar dessas boas intenções, poucos progressos realizaram-se nessas negociações. Não houve nenhum grande acordo sobre a redução ou remoção dos subsídios agrícolas nos principais países desenvolvidos e nenhum grande passo adiante sobre as negociações do acesso aos mercados não agrícolas (NAMA). Estão ainda por iniciar a dar resultados os esforços recentes tais como a Iniciativa Ajuda para o Comercio, com o objectivo de servir como ferramenta para o reforço das capacidades no comercio e publicitação para impulsionar as infra-estruturas relacionadas com o comercio nos países em desenvolvimento, particularmente em África.

Meta 8.D: Tratar de forma abrangente os problemas da dívida dos países em desenvolvimento através de medidas nacionais e internacionais de modo a tornar a dívida sustentável a longo prazo

Até Fevereiro de 2008, 26 países africanos alcançaram o ponto decisivo com base na Iniciativa de Melhoria dos Países Pobres Altamente Endividados (HIPC) – um esforço voluntário iniciado em 1996 e elevado em 1999 por todos credores em realizar o perdão da dívida com o objectivo de prestar um novo ponto de partida para os países que lutam para lidar com a dívida externa que se apresenta em grande medida como um grande encargo aos rendimentos de exportação ou rendimentos fiscais. Destes países, 19 fizeram-no ao ponto de conclusão, o ponto no qual as instituições que emprestam concedem um perdão da dívida total acordada na altura da decisão. É importante notar que os atrasos por que passam os HIPC entre a altura de decisão e de conclusão aumentou desde 2000 e continua a haver vários países que ainda não alcançaram o ponto de decisão, apesar de elegíveis à iniciativa HIPC.

Os países do G-8 na sua Cimeira de 2005 em Gleneagles, Escócia, para além de comprometerem-se em incrementar a ajuda para África, iniciaram igualmente a Iniciativa Multilateral de Perdão da Dívida (MDRI) sob a qual 100% da dívida pendente quantificada a ser paga às instituições multilaterais por todos os países HIPC que tenham alcançado o ponto de conclusão da Iniciativa HIPC seria perdoada. A MDRI tem efectivamente como objective duplicar

o volume de perdão da dívida que já se espera da Iniciativa HIPC incrementada e “proporciona aos HIPCs que tenha alcançado o ponto de conclusão irrevogavelmente, o cancelamento adiante da dívida a ser paga à AID, ao Fundo Africano de Desenvolvimento, ao FMI e a IADB. O cancelamento da dívida com base no MDRI será um acréscimo ao perdão da dívida já acordado com base na Iniciativa HIPC”¹⁵. Os progressos nas MDRI continuam de certo modo razoáveis.

Progressos no cumprimento dos acordos de Gleneagles têm igualmente sido lentos. Os Apoios Oficiais de Desenvolvimento (ODA) gerais (de acordo com a OECD/DAC) decresceram em 2006 – 2007. Muito do crescimento na ODA geral para a África subsaariana no passado recente tem sido devido ao perdão da dívida e assistência humanitária¹⁶.

Um dos principais desenvolvimentos nos anos recentes é a crescente importância de doadores não do Comité de Assistência ao Desenvolvimento (DAC). A China e a Índia têm prestado significativa assistência ao desenvolvimento para África. A China perdoou RMB 10,9 biliões (1,47 biliões \$EU) da dívida dos africanos e comprometeu-se a dobrar a ODA para África. De igual modo a Índia cancelou as dívidas de vários países africanos, no contexto da iniciativa HIPC.

Apesar dos progressos realizados na redução dos encargos da dívida de África, a os objectivos da sustentabilidade da dívida não foi alcançado em vários países. De igual modo, litígios recentes iniciados por alguns credores comerciais contra alguns países africanos, nomeadamente o Congo, os Camarões e o Uganda, apresentam-se como sérios desafios tanto para a implementação da Iniciativa HIPC e da sua credibilidade.

Secção III: Constrangimentos para aceleração do progresso

Nesta secção, debatemos alguns constrangimentos ao progresso. Conforme acima referenciado neste relatório, as condições para acelerar os progresso estão criada. Os países africanos implementaram as necessárias reformas institucionais e políticas. Os compromissos para os OMDs no continente continuam amplos e profundos. O sucesso demonstrado por muitos países em torno de uma variedade de indicadores demonstra que os OMDs podem ser alcançados até a data marcada. Mas o progresso depende principalmente da ultrapassagem de vários importantes constrangimentos, muitos dos quais foram abordados no Relatório de 2007¹⁷.

Entre os principais constrangimentos estão a disponibilidade de dados para informar sobre os progressos e tomada de decisão. Conforme apresentado neste relatório, vários indicadores não foram abordados devido a indisponibilidade de dados. Isto apresenta-se especialmente crítico em relação a Meta 1 do 1º Objectivo devido a falta de pesquisas regulares domestica nos países africanos. Estão disponíveis os dados de Educação e do Género, apesar de serem com pouca

¹⁵ Vide <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,conteúdo,DK:20040942>

¹⁶ A nova iniciativa do Secretário-geral, Grupo Directivo de África para os OMDs, que junta todas as principais instituições financeiras multilaterais e as NU tendem a corrigir esta situação. O Grupo de Trabalho das NU sobre a diferença dos OMDs aborda igualmente a diferença no financiamento dos OMDs.

¹⁷ Vide igualmente, O Documento das Questões para a Conferência dos Ministros das Finanças, Planeamento e Desenvolvimento Económico da CEA de 2007, “Acelerar o Crescimento e o Desenvolvimento de África para o alcance dos OMDs. Desafios emergentes e Via a Seguir.

informação actualizada. Isto permitiu uma análise mais profunda das taxas do progresso no sentido das Metas 2 e 3. Em contraste, os dados sobre a saúde apresentam uma profunda lacuna para uma monitorização adequada dos progressos no sentido dos objectivos da saúde. A disponibilidade de dados, as constantes e sistemáticas actualizações são importantes para a elaboração de políticas e tomada de decisão, disponibilização adequada e dirigida dos recursos e consequentemente para a implementação dos planos nacionais orientados para os OMDs.

Os sucessos e progressos na cooperação técnica e financeira internacional terão alguma influência na celeridade do progresso da região no sentido de alcançar as Metas dos OMDs. O Consenso de Monterrey de 2002 destacou o importante papel da ODA como um complemento para outras fontes de financiamento para os países pobres. Destacou igualmente que aumento substancial na ODA para os países em desenvolvimento, especialmente em África, será necessário caso estes países queiram alcançar os objectivos de desenvolvimento internacionalmente acordados, incluindo os OMDs. Desde a adopção do Consenso várias promessas foram feitas para a região, tanto no incremento da quantidade de ajuda e na melhoria da efectividade da ajuda. Os resultados da Cimeira do G-8 de Gleneagles e a Declaração de Paris, ambas reafirmaram os compromissos realizados no Consenso de Monterrey e contêm algumas das mais recentes promessas efectuadas pelos parceiros de desenvolvimento na quantidade e qualidade das ajudas.

Apesar do montante total da ODA para África ter aumentado de 32% para 40%, ainda está aquém dos compromissos alcançados. O aumento de 0,25 para 0,27 do GNI dos paises doadores (0,7% do compromisso) continua bastante baixo. O fluxo da ODA tem sido introduzido em grande medida para um número restrito de países africanos. Não só tem influência o volume do apoio, mas também a qualidade do apoio prestado é igualmente importante. Uma das principais preocupações para os países africanos é a de que a maioria dos recentes aumentos nos apoios são devidos ao perdão da dívida e assistência humanitária de modo que não reflectem os recursos adicionais disponíveis para o financiamento dos programas de desenvolvimento quando estas duas componentes da ajuda forem removidas, tornar-se-á claro que não tem havido grandes mudanças no fluxo real das ajudas para as regiões desde 2004 (ERA, 2008). O encaminhamento de prioridades de ajuda para esses países definidos nos Documentos Estratégicos de Redução da Pobreza (PRSPs) ou estratégias nacionais de desenvolvimento baseadas nos OMD dos países bem como a harmonização das práticas de ajuda são importantes na garantia da efectividade da assistência dos doadores. De igual modo importante, muitos países africanos podem obter benefícios garantidos do comércio somente se as forem bem abordadas as questões da perda dos rendimentos de curto prazo e dos rendimentos fiscais e dos constrangimentos existentes no fornecimentos e exportações forem abordados de forma adequada.

Secção IV: Conclusão

Este relatório, tal como os anteriores, apresentou uma panorâmica do progresso do continente no sentido de alcançar as metas dos OMDs. De notar os melhores ambientes políticos e económicos em África e o contínuo compromisso ao mais alto nível dos órgãos de tomada de decisão com vista aos OMDs em África. O relatório demonstra que nem tudo é ensombrado, progressos estão a ser realizados e a região está no caminho de alcançar algumas metas ate a data prevista.

Muito deve ainda ser feito e o mais importante entre estas questões está o incremento dos recursos para acelerar a taxa do progresso. Os países devem intensificar a implementação das suas estratégias nacionais de desenvolvimento consistentes com os OMDs e de redução da pobreza. De igual modo, esforços intensificados devem ser realizados no sentido de extinguir os novos focos de conflito que podem prejudicar os frágeis progressos em alguns dos países de conflito e para abordar os potenciais desafios da mudança climática. Acima de tudo, devem ser implementados novos mecanismos para capacitar África para o alcance dos OMDs.

A Comissão Económica para África tem vindo a incrementar o seu apoio aos Estados Membros com o objectivo de alcançar essas metas. Em conjunto com a Comissão da União Africana (CUA) e o Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), prepara um relatório anual para a Cimeira da União Africana sobre o progresso do continente no sentido das metas dos OMDs. Na sua Cimeira de Janeiro de 2008, a União Africana aprovou uma resolução em que aplaude o Secretário-geral das Nações Unidas, Ban ki Moon por ter criado um Grupo Directivo dos OMDs para África e ter mandatado a CUA e a CEA a informar a esta numa periodicidade anual, sobre os progressos realizados nesta iniciativa.

A CEA está a incrementar as suas ferramentas de diagnóstico e analíticas para o incremento dos apoios. Desenvolveu um Mapa dos OMDs para permitir uma representação visual dos progressos comparativos em todo o continente e permitir que os países direccionem melhor as suas intervenções ao nível sub-regional. Conjuntamente com o PNUD, a CEA esta a contribuir para o desenvolvimento de estratégias nacionais de desenvolvimento consistentes com os OMDs, em conformidade com a resolução da Cimeira Mundial das Nações Unidas de 2005.

A importante questão dos dados está igualmente em abordagem pela CEA através do Centro Africano para Estatística (ACS). Esta a apoiar vários países africanos a realizar censos populacionais nacionais durante a Ronda de 2010 do Censo da População e Habitação (CPH). Os progressos nesta frente são bastante impressionantes. Doze países (Burquina Faso, Camarões, Congo, Djibuti, Egipto, Etiópia, Guiné, Lesoto, Moçambique, Nigéria, Santa Helena e Suazilândia) já realizaram os seus censos entre 2005 e 2007. Outros 21 países, nomeadamente, a Argélia, o Burundi, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Gana, Guiné Bissau, Quénia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Níger, Seychelles, Sudão, Togo, e Zâmbia, planeiam realizar os seus censos durante o período 2008 – 2010. A CEA ira apoiar os países de modo a analisar os dados recolhidos desses censos e espera-se que estes dados venham a melhorar significativamente a sequencia e monitorização dos progressos tendentes aos OMDs bem como melhorar a tomada de decisão para a aceleração do progresso.

Apêndice I:

Quadro revisto de monitorização que inclui novas metas e indicadores, conforme apresentados à 62ª Assembleia Geral e a nova numeração, conforme recomendada pela Inter Agência e Grupo de Peritos sobre os Indicadores dos OMDs na sua 12ª reunião, 14 de Novembro de 2007

Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMDs)	
Objectivos e Metas (da Declaração do Milénio)	Indicadores para a monitorização do progresso
1º Objectivo 1: Erradicar a Extrema Pobreza e Fome	
Meta 1.A: Reduzir a metade, entre 1990 e 2015, a proporção das pessoas cujos rendimentos sejam inferiores a 1 dólar por dia	1.1. Proporção da população abaixo de 1\$EU (PPP) por dia ¹⁸ 1.2. Taxa de diferença de Pobreza 1.3. Contribuição dos habitantes das zonas mais pobres no consumo nacional
Meta 1.B: Alcance de empregos plenos e produtivos e de trabalho decente para todos, incluindo a mulher e a juventude	1.4. Taxa de crescimento do PIB por pessoa empregada 1.5. Proporção de Emprego-População 1.6. Proporção de pessoas empregadas que vivem abaixo de 1 \$EU (PPP) por dia 1.7. Proporção das famílias trabalhadoras por conta própria e trabalhadoras contribuintes no emprego total
Meta 1.C: Reduzir a metade a proporção de pessoas que sofrem com a fome entre 1990 e 2015	1.8. Prevalência de crianças abaixo do peso menores de cinco anos 1.9. Proporção da população abaixo dos níveis médios de consumo de dietas energéticas
2º Objectivo: Alcance do Ensino Primário Universal	
Meta 2.A: Garantir que as crianças em todos os locais, rapazes e raparigas, sejam capazes de concluir um curso completo de ensino primário até 2015	2.1. Taxa geral de acesso ao ensino primário 2.2. Proporção de alunos que iniciam a 1ª Classe e que alcançam o último ano do ensino primário 2.3. Taxa de alfabetização dos 15 – 24 anos de idade, homens e mulheres
3º Objectivo: Promover a Igualdade do Género e Capacitação da Mulher	
Meta 3.A: Eliminar as disparidades do género no ensino primário e secundário, preferencialmente até 2005, e em todos os níveis de ensino não após 2015	3.1. Proporção de raparigas e rapazes no ensino primário, secundário e terciário 3.2. Contributo da mulher no emprego assalariado no sector não agrícola 3.3. Proporção de assentos mantidos por mulheres nos parlamentos nacionais
4º Objectivo: Redução da Mortalidade Infantil	
Meta 4.A: Reduzir em até dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos	4.1. Taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos 4.2. Taxa de mortalidade infantil 4.3. Proporção de crianças de 1 ano imunizadas contra o sarampo
5º Objectivo: Melhoria da Saúde Materna	

¹⁸ For monitoring country poverty trends, indicators based on national poverty lines should be used, where available.

Meta 5.A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna	5.1. Taxa de mortalidade materna 5.2. Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde capacitado
Meta 5.B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva	5.3. Taxa de prevalência de contraceptivos 5.4. Taxa de gravidez na adolescência 5.5. Cobertura de cuidados pré natais (pelo menos uma consulta e pelo menos quatro consultas) 5.6. Necessidades não atingidas para o planeamento familiar
6º Objectivo: Combate ao VIH/SIDA, Malária e Outras Doenças	
Meta 6.A: Ter reduzido a metade até 2015 e iniciar o decréscimo da progressão do VIH/SIDA	6.1. Prevalência do VIH entre a população com idades entre 15 e 24 anos; 6.2. Uso do preservativo na última relação sexual de alto risco 6.3. Proporção da população com idades entre 15 e 24 anos com conhecimentos correctos do VIH/SIDA 6.4. Taxa de participação no ensino de órfãos em relação a não órfãos com idades entre os 10 e 14 anos
Meta 6.B: Alcançar, até 2015, o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA para todos os necessitados	6.5. Proporção da população com infecção do VIH avançada com acesso aos medicamentos anti-retrovirais
Meta 6.C: Reduzir a metade até 2015 e iniciar o decréscimo da incidência da malária e de outras grandes doenças	6.6. Taxas de incidência e de mortes associadas com a malária 6.7. Proporção de crianças menores de 5 anos que dormem com redes mosquiteiras tratadas com insecticida e proporção de crianças menores de 5 anos que são tratadas com medicamentos anti-malária adequados 6.8. Taxa de Incidência, prevalência e de morte associada com a tuberculose 6.9. Proporção dos casos de tuberculose detectados e curados sob tratamento de observação directa de curto prazo
7º Objectivo: Garantir a sustentabilidade do meio ambiente	
Meta 7.A: Integrar os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas dos países e reverter a perda dos recursos do meio ambiente	7.1. Proporção da área de terra coberta por florestas 7.2. Emissões totais e per capita e por 1 \$EU PIB (PPP), e consumo de substancias nocivas ao ozono 7.3. Proporção das reservas de pescado em limites biológicos seguros 7.4. Proporção de recursos hídricos utilizados
Meta 7.B: Reduzir as perdas da biodiversidade, alcançando, até 2010, uma importante redução na taxa de perdas	7.5. Proporção de áreas protegidas terrestres e marinhas 7.6. Proporção de espécies ameaçadas de extinção
Meta 7.C: Reduzir a metade, até 2015, a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável e saneamento básico	7.7. Proporção da população a utilizar fontes de água potável melhorada 7.8. Proporção da população a utilizar instalações de saneamento melhoradas
Meta 7.D: Até 2020, ter alcançado uma melhoria significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes dos bairros de lata	7.9. Proporção da população urbana que vive em bairros de lata ¹⁹

¹⁹ A actual proporção de pessoas que vivem nos bairros de lata é avaliada por aproximação, representada pela população urbana que vive em residências com pelo menos uma das seguintes características: (a) falta de acesso a fornecimento de água melhorado; (b) falta de acesso ao saneamento melhorado; (c) acumulação de pessoas (3 ou mais pessoas por quarto); e (d) habitação construída de materiais não duradouros.

8º Objectivo: Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento

<p>Meta 8.A: Desenvolver mais um sistema aberto, com base em regras, previsível e não discriminatório de comércio e finanças</p>	<p><i>Alguns dos indicadores abaixo discriminados são mencionados separadamente para os Países Menos Desenvolvidos (PMDs), África, países encravados em desenvolvimento e Pequenas Ilhas Estado em desenvolvimento.</i></p>
<p>Inclui: um compromisso para a boa governação, desenvolvimento e redução da pobreza – tanto ao nível nacional como internacional</p>	<p><u>Apoio de Desenvolvimento Oficial (ODA)</u> 8.1. ODA geral, total e para os países menos desenvolvidos, como percentagem dos rendimentos nacionais brutos dos doadores OECD/DAC</p>
<p>Meta 8.B: Abordar as necessidades especiais dos países menos desenvolvidos</p>	<p>8.2. Proporção do total bilateral, disponibilidade sectorial da ODA dos doadores OECD/DAC para os serviços sociais básicos (ensino básico, cuidados primários de saúde, nutrição, água potável e saneamento)</p>
<p>Inclui: acesso tarifário e livre de quota para as exportações dos países menos desenvolvidos; melhoria dos programas de perdão da dívida para os países altamente endividados (HIPC) e cancelamento de dívidas oficiais bilaterais; e ODAs mais generosos para os países comprometidos na redução da pobreza.</p>	<p>8.3. Proporção de ODA bilateral dos doadores OECD/DAC sem compromisso 8.4. ODA recebidos nos países encravados em desenvolvimento como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos 8.5. ODA recebidos nas pequenas Ilhas Estados em desenvolvimento como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos</p>
<p>Meta 8.C: Abordar as necessidades especiais dos países encravados e das pequenas ilhas Estados em desenvolvimento (através do Programa de Acção para o Desenvolvimento Sustentável das Pequenas Ilhas Estados em Desenvolvimento e o resultado da vigésima segunda sessão especial da Assembleia Geral)</p>	<p><u>Acesso aos Mercados</u> 8.6. Proporção do total de importações dos países desenvolvidos (por valor e excluindo as armas) dos países em desenvolvimento e países menos desenvolvidos considerados como isentos de impostos</p>
<p>Meta 8.D: Tratar de forma abrangente do problema da dívida dos países em desenvolvimento através de medidas nacionais e internacionais de modo a tornar a dívida sustentável a longo prazo</p>	<p>8.7. Tarifa média imposta pelos países desenvolvidos nos produtos agrícolas em têxteis e vestuário dos países em desenvolvimento 8.8. Estimativas de apoio Agrícola para os países OECD como percentagem dos seus PIBs 8.9. Proporção de ODA prestado para auxílio na criação de capacidades comerciais</p>
<p>Meta 8.E: Em cooperação com as companhias farmacêuticas, prestar medicamentos essenciais acessíveis nos países em desenvolvimento</p>	<p><u>Sustentabilidade da dívida</u> 8.10. Número total de países que alcançaram os seus pontos de decisão HIPC e número dos que alcançaram os seus pontos HIPC de conclusão (cumulativos) 8.11. Perdão da dívida acordado com base nas iniciativas HIPC e MDRI 8.12. Serviços de dívidas como percentagem das exportações de bens e serviços</p>
<p>Meta 8.F: Em cooperação com o sector privado, disponibilizar os benefícios das novas tecnologias, especialmente nas informações e comunicações.</p>	<p>8.13. Proporção da população com acesso aos medicamentos essenciais acessíveis de forma sustentável 8.14. Linhas telefónicas por 100 habitantes 8.15. Assinantes de linhas celulares por 100 habitantes 8.16. Usuários da Internet por 100 habitantes</p>

Bibliografia

Bertrand, J.T. e R. Anhang, 2006. A Efectividade da Imprensa para a Mudança do Comportamento dos jovens nos Países em vias de Desenvolvimento relacionado com o VIH/SIDA. Na Prevenção do VIH/SIDA nos Jovens: Uma Revisão Sistemática da Evidência dos Países em vias de Desenvolvimento. Ross, D, Dick, B. e Ferguson, J. (eds) pp.205-241. Organização Mundial da Saúde. Séries de Relatórios Técnicos no. 938.

CEA, 2005. Relatório Económico de Abordagem dos Desafios do Desemprego e Pobreza em África, Washington.

CEA, 2007. Avaliação dos Progressos no sentido dos Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento, relatório apresentado na Conferência dos Ministros das Finanças, Planeamento e Desenvolvimento Económico, Adis Abeba.

OIT, 2008. Tendências Globais do Emprego, Genebra

Sachs.J. Investimento no Desenvolvimento de um Plano Prático para o Alcance dos Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento, relatório para o Secretário-geral das Nações Unidas, Nova Iorque.

Sahn & Stifel, 2000. *Comparação da Pobreza durante o tempo e pelos países em África*, Desenvolvimento no Mundo Vol 28 No 12, Reino Unido

ONUSIDA, 2007 Actualização da Epidemia do SIDA, Genebra

UNICEF, 2008. A situação da criança do mundo. Sobrevivência da criança, Nova Iorque.

Nações Unidas, 2007. Relatório dos Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento, Nova Iorque

Nações Unidas, 2007. *Situação e Perspectiva Económica Mundial em 2007*, Nova Iorque

OMS, 2006. Relatório da Saúde Mundial: Juntos para a Saúde, Genebra

OMS, Unicef, FNUAP, Manco Mundial 2007. Mortalidade Materna em 2005, Genebra