

Ecopolítica. Governamentalidade planetária, novas institucionalizações e resistências na sociedade de controle.

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento 2014

Resumo

Em relação à meta 1, Redução da Pobreza, tem-se como objetivo global a redução da pobreza extrema à metade do nível de 1990 e, como objetivo do Brasil, reduzir a pobreza extrema à um quarto do nível de 1990. Segundo o Relatório, o Brasil atingiu a meta global já em 2012. Deve-se a tal cumprimento as chamadas “tecnologias sociais inovadoras”, que são o Cadastro Único e o Programa Bolsa Família, com os objetivos de garantia de renda, inclusão produtiva e oferta de serviços públicos. Destaca-se que a pobreza extrema continua mais elevada na infância, menor na maturidade e erradicada entre os idosos. Em relação ao combate à pobreza extrema na infância, criou-se a Ação Brasil Carinhoso, derivado do Bolsa Família, que passou a considerar para o cálculo dos valores recebidos pelas famílias a intensidade da pobreza extrema e não mais somente o número de crianças e jovens de cada família. Para a superação da extrema pobreza por meio da chamada “inclusão produtiva” tem-se como referência o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec). Há um grande estímulo estatal para o empreendedorismo. Trabalhadores que desejam trabalhar por conta própria são estimulados a se formalizar como Microempreendedor Individual (MEI); trabalhadores autônomos que querem expandir seus negócios podem aderir ao microcrédito produtivo orientado no Programa Crescer. O Plano Brasil sem Miséria desenvolve também uma estratégia de inclusão produtiva no campo, com o intuito de fazer com que as famílias produzam mais e comercializem seus produtos.

Nos apontamentos sobre o 2º ODM – Atingir o ensino básico fundamental –, têm-se que a partir de 2016 a educação infantil aos 4 e 5 anos passará a ser obrigatória e que o Estado deverá provê-la. Em relação à frequência escolar, o Bolsa Família é considerado grande contribuinte para a permanência no ensino fundamental e médio. A taxa de alfabetização foi tida como positiva, e enfatiza-se a adoção de novas políticas públicas bem como o aumento dos recursos destinados à educação básica, para além das

que já contribuíram para esses resultados: Instituição do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb); Programa Mais Educação; Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública; Programa Universidade para todos (PROUNI); Sistema de Seleção Unificada (Sisu).

Segundo conclusões do 3º ODM – igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres –, não existem grandes diferenças no Brasil no ensino fundamental no acesso de meninos e meninas, embora a dos primeiros seja mais acidentada. Porém, afirma que o sucesso educacional das mulheres não significa a superação da desigualdade de gênero, uma vez que muitas vezes optam por cursos considerados “femininos”, segregando-as em ocupações de remuneração mais baixa. Tem-se a presença de mulheres nos chamados “espaços de poder e decisão” como relevantes para aferir a desigualdade entre os sexos. Como exemplo, destaca-se a eleição de uma mulher em 2010 para Presidência da República.

O 4º Objetivo – reduzir a mortalidade na infância –, toma como indicadores a taxa de mortalidade na infância (abaixo de 5 anos), a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e a proporção de crianças de até 1 ano vacinadas contra o sarampo. A meta global é de 75% de redução das taxas, sendo que no Brasil a taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. Para tanto, o Brasil adotou estratégias, ações públicas e técnicas analíticas para melhorar as estatísticas vitais, reduzindo o sub-registro e a subnotificação de nascimentos e óbitos. Programas contribuintes são o Programa Saúde da Família, de assistência contínua nas especialidades básicas, e o Programa Bolsa Família, também considerado significativo para a redução da mortalidade infantil no país. Em 2010, foi criada no Ministério da Saúde uma secretaria específica para cuidar das políticas de atenção aos povos indígenas.

O 5º ODM – Melhorar a saúde materna –, possui duas metas globais até 2015: reduzir a mortalidade materna em 75% desde 1990, e universalizar o acesso à chamada “saúde sexual e reprodutiva”. A primeira meta não foi atingida, uma vez que apenas 45% foram alcançados. O alcance da meta B também não existiu, mas afirma-se que está próximo, baseando-se no dado de que 99% dos partos foram realizados em estabelecimentos especializados em saúde. Um fator tido como dificultador da primeira meta é o alto número de partos cesáreos. Para tanto, a OMS estipulou que estes não

devem passar a faixa de 5% a 15% do total de partos. O Sistema Único de Saúde (SUS) adotou medidas de regulamentação da vigilância de óbitos maternos e de políticas voltadas para a melhoria da saúde moderna, sublinhando-se a Rede Cegonha, criada em 2011 e atuando no pré-natal, parto e nascimento.

O 6º ODM – Combater o HIV/AIDs, a malária e outras doenças – é composto por três metas: interromper, até 2015, a propagação e diminuir a incidência de HIV/aids; universalizar o acesso ao tratamento do HIV/aids até 2010; e reduzir a incidência de malária e outras doenças, como tuberculose, até 2015. A primeira foi alcançada, mantendo uma média de 20 casos por 100 mil habitantes. Porém, a segunda não foi atingida e, à terceira meta foram adicionados indicadores para monitorar a redução da incidência da hanseníase também, que foi atingida. Em 2012, 574 mil haviam sido diagnosticadas com o vírus da Aids estavam sendo monitoradas e 313 mil recebiam a terapia antirretroviral. Todos os casos de Aids são incluídos na lista de agravos de notificação compulsória nacional, seguida pelo monitoramento dos pacientes. Até 2012, era apenas obrigatória a notificação de crianças e gestantes expostas ao vírus.

No 7º Objetivo – Garantir a sustentabilidade ambiental –, são 4 metas que o definem, sendo as duas primeiras: 1) Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas, e reverter a perda de recursos ambientais e 2) Reduzir a perda da biodiversidade, atingindo, até 2010, uma redução significativa. Ambas tem como indicadores a proporção do território terrestre coberta por florestas; as emissões de CO₂ e de outros gases de efeito estufa (GEE); o consumo de substâncias que destroem a camada de ozônio, entre as quais estão os CFCs, e das quais o Brasil reduziu-os para zero em 2012; a proporção de estoques pesqueiros dentro de limites biológicos seguros; e a proporção de recursos hídricos totais utilizados, da qual o Brasil possui acentuada diferença entre suas regiões; a proporção de áreas terrestres e marinhas protegidas – meta responsável pela criação e a manutenção das Unidades de Conservação (UC), integradas ao Sistema Nacional de Unidades de Conservação (SNUC) –; e a proporção de espécies ameaçadas de extinção, para as quais foram apresentados os Planos de Ação para a Recuperação e a Conservação. Em relação à meta C – Reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável à água potável e ao esgotamento sanitário –, têm-se que o Sudeste possui 91,6% da população abastecida e o Nordeste, como região menos abastecida, 80%, embora tenha partido de apenas 51,3% em 1990. A última meta –

alcançar, até 2020, uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários –, tem como indicador a percentagem da população urbana vivendo em moradias inadequadas. Aponta-se que o Brasil reduziu quase 17 pontos percentuais em relação a essa população e, como principais estratégias para esse fim, enfatiza-se o Programa Minha Casa, Minha Vida, direcionado à população de baixa renda.

Por fim, o último Objetivo – Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento –, é composto por quatro metas. Na primeira meta, “avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório”, destaca-se a participação do Brasil no G20, importante por ter tido implicações em áreas como coordenação macroeconômica internacional, cooperação para o desenvolvimento e reforma das instituições financeiras. A segunda meta, com ênfase na Cooperação Sul-Sul, pretende fortalecer e criar capacidades humanas e institucionais aos países parceiros. A terceira meta tem como foco os chamados Estados insulares em desenvolvimento (SIDs), os países menos desenvolvidos (LDC) e os países sem acesso ao mar, destacando-se a cooperação financeira com o Haiti após o terremoto que atingiu o país. Em relação à quarta meta – tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento mediante medidas nacionais e internacionais de modo a tornar a sua dívida sustentável a longo prazo –, sublinha-se a participação do Brasil nos esforços da comunidade internacional para renegociar a dívida dos países pobres altamente endividados (HIPC – Heavily Indebted Poor Countries), a fim de promover o desenvolvimento sustentável desses países. No que diz respeito à última meta, referente à acessibilidade a medicamentos essenciais em cooperação com as empresas farmacêuticas, apresenta-se o Grupo de Trabalho Consultivo de Especialistas sobre Financiamento e Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento, criado em 2011, que trabalha para desvincular os investimentos em pesquisa e desenvolvimento do preço dos produtos, de forma a incentivar as pesquisas direcionadas a doenças negligenciadas. Apresenta-se também o Fórum de Diálogo Brasil-Índia-África do Sul (Ibas), com o projeto “Acesso a Medicamentos no Contexto do Direito à Saúde” e o Grupo dos Amigos do Desenvolvimento, que defende que o direito de propriedade intelectual seja um meio para o desenvolvimento tecnológico, econômico e social.

Informações gerais sobre a produção e a publicação

Sob coordenação do Ipea (Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada) e da Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico (SP/MP), foi apresentado em maio de 2014, o quinto Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O Relatório é composto por apresentação, prefácio, texto introdutório, 8 capítulos – relativos aos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio –, um anexo estatístico.

A Apresentação é composta por 4 páginas e assinada pela Presidente Dilma Rousseff, seguida de um Prefácio de 2 páginas assinado por Jorge Chediek (representante residente do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil); e de texto explicativo referente aos indicadores e a sua produção de informações, contendo 2 páginas. O Relatório tem 212 páginas ao todo. Após o texto sobre indicadores organiza-se em capítulos destinados a cada um dos 8 ODMs: erradicar a extrema pobreza e a fome (pág. 13 a 35); universalizar a educação primária (pág. 36 a 47); promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres (pág. 48 a 63); reduzir a mortalidade na infância (pág. 64 a 75); melhorar a saúde materna (pág. 76 a 96); combater HIV/AIDS, a malária e outras doenças (pág. 97); garantir a sustentabilidade ambiental (pág. 98 a 121) e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (pág. 122 a 141). No Anexo Estatístico, ao final, consta uma lista de indicadores em nível internacional baseados nos Objetivos do Milênio e relacionados aos indicadores nacionais (pág. 142 a 208).

Descrição sumária das partes que compõem o relatório

a) Apresentação

A Presidente Dilma Rousseff afirma ter sido utilizado um modelo de desenvolvimento inclusivo e sustentável, no Brasil, caracterizado pelo “crescimento econômico com redução da pobreza e da desigualdade social”, que contribui para “manter a solidez de nossos fundamentos macroeconômicos e para a preservação dos nossos recursos naturais” (Ipea, 2014: 6). Afirma que a crise econômica de 2008 não exigiu ao Brasil custos sociais excessivos, e destaca a participação social como método de governo que, essencial às políticas públicas, também faz parte do modelo brasileiro de desenvolvimento (Idem: 6).

Considera-se ter alcançado praticamente uma totalidade dos ODM, bem como ter construído “tecnologias sociais” que tornaram-se referências globais, e atribui-se à base de tal sucesso ao Programa Bolsa Família. Este, que proporcionou o lançamento do Plano Brasil sem Miséria, em 2001, teria alcançado populações consideradas vulneráveis até então invisíveis. Conforme a Presidente, criou-se “condições para a ascensão social de milhões de brasileiros por meio, também, de políticas como a de valorização do salário mínimo, que propiciou, nos últimos 11 anos, elevação de 70% no poder de compra do piso do rendimento do trabalho” (Idem: 7), bem como iniciativas voltadas à formação profissional – com destaque ao Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e ao Emprego (PRONATEC).

Este modelo de desenvolvimento, que segundo a Presidenta reduz a pobreza e eleva a renda do trabalho, “fortaleceram o mercado consumidor interno, aquecendo o mercado de trabalho e compondo um círculo virtuoso que garante a sustentabilidade do nosso desenvolvimento” (Idem: 8).

Ressalta-se a importância da tomada de decisão especial às crianças “em situação de pobreza”, incluídas no cálculo dos benefícios do Programa Bolsa Família e de política de promoção de saúde às crianças.

Afirma-se ter atingido um “pleno alcance” no que concerne à chamada igualdade de gênero. Na saúde, sublinha-se o alcance total da redução da mortalidade na infância, reduzido à metade a taxa de mortalidade materna, a diminuição da transmissão da malária e da tuberculose e a estabilidade da incidência da Aids (Idem: 8).

Em relação ao meio ambiente, aponta-se para a diminuição dos níveis de desmatamento na Amazônia Legal, para o alcance do ODM de acesso à água potável, e a redução e melhorias dos déficits habitacionais.

Para Dilma, “a experiência dos ODM nos mostra que o esforço concertado em torno de objetivos comuns para a melhoria de condições de vida da população mais vulnerável é uma estratégia bem sucedida” (Idem: 9), ressaltando a importância do papel exercido pelo Estado para todas as consideradas conquistas.

O compromisso pós 2015 terá como princípio orientador a integração entre crescimento econômico, justiça social e proteção do meio ambiente, afirmando que não haverá contradições entre “crescer, incluir e proteger” (Idem: 9). Terá continuidade na prioridade para com as populações consideradas vulneráveis, considerando-se que o

desenvolvimento sustentável depende da superação da extrema pobreza, “essencial para o pleno exercício da cidadania em um ambiente de justiça e paz social” (Idem: 9).

b) Prefácio

Segundo Jorge Chediek, os ODMs surgiram como uma estratégia global para o combate dos “inimigos históricos da humanidade”, como a pobreza e a fome, a desigualdade de gênero, doenças transmissíveis e evitáveis, destruição do meio ambiente e condições precárias de vida (Idem: 10). Assim, com a criação de metas e indicadores adquiriu-se referências para a superação de tais obstáculos, afirma. Considera que o Brasil alcançou grandes resultados em termos de desenvolvimento humano, alcançando ou até mesmo superando a maior parte dos ODMs antes mesmo de 2015, e que tornou-se referência para o mundo com suas políticas sociais inovadoras e com a sua liderança demonstrada, por exemplo, na Conferência Rio+20.

c) Sobre os indicadores

Inicialmente é ressaltada a importância dos indicadores para o acompanhamento dos ODMs. Sendo assim, a Organização das Nações Unidas (ONU) disponibilizou uma lista de indicadores por objetivo e meta e explicações sobre a produção destas informações. Aponta-se para que a própria produção do V Relatório tenha pautado-se pelas orientações da ONU com algumas adaptações e substituições de indicadores, a fim de aproximar-se da realidade brasileira.

A ONU recomenda desagregar os indicadores por sexo, pelo meio onde vive a população (urbano/rural) e estabelece que o Relatório de Acompanhamento seguiu esta diretriz, acrescentando a escolaridade do responsável pelo grupo doméstico, faixa etária, renda, raça e região de residência.

Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODM 1: Erradicar a extrema pobreza e a fome

Meta A - Global: Até 2015, reduzir a pobreza extrema à metade do nível de 1990; Brasil: Até 2015, reduzir a pobreza extrema a um quarto do nível de 1990.

- Segundo o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 2013, o mundo já havia alcançado cinco anos antes o estipulado – a redução da pobreza de 47% para 22% –, porém, ainda existem mais de 1,2 milhão de pessoas nessa condição. Destaca-se que mais de 100 milhões de crianças com menos de 5 anos estão desnutridas e que haverá pouca mudança desse quadro até 2015.
- O Brasil havia alcançado a meta de reduzir a pobreza extrema e a fome à metade do nível registrado em 1990 já em 2012, antecipando em três anos a meta global. Em 2000, foi acrescentada a meta global de garantia de trabalho decente e produtivo para todos e a inclusão de mulheres e jovens (determinação do cumprimento a partir de indicadores por falta de um valor exato).
- A linha de pobreza extrema em 2012 correspondia a R\$ 2,36 por dia ou R\$ 71,75 por mês. Levando em conta o tamanho da população brasileira, o Brasil foi um dos países que mais contribuiu para o alcance global desta meta, apresentando uma redução de 25,5% de pobreza extrema em 1990 para 3,5% em 2012.
- Apesar da referência de extrema pobreza no Brasil ter sido atualizada em 2014, (Decreto nº 8.232) para R\$ 77,00 mensais por pessoa, adotou-se o valor de R\$ 70,00 mensais por pessoa por aproximar-se mais de uma linha nacional de pobreza extrema.
- Houve redução da desigualdade uma vez que a camada intermediária recebeu a maior parte da parcela de 8% da renda nacional, perdida pelos 20% mais ricos no período.
- O cumprimento da meta A do ODM1 deve-se as ‘tecnologias sociais inovadoras’, como:
 - Cadastro-Único (CAD-ÚNICO) e o Programa Bolsa Família (PBF). As estratégias de atuação são: garantia de renda, inclusão produtiva e oferta de serviços públicos.
 - Desta forma o Estado pressupõe articulação intersetorial e, ao mesmo tempo, com instituições e organizações não estatais. Por meio do CAD-ÚNICO os programas e serviços sociais são oferecidos às parcelas mais pobres da população em nível nacional, que a partir do cadastramento, passam a ser beneficiários do PBF. Este cadastro traz

informações detalhadas sobre as famílias mais pobres e por meio dele o Estado administra programas sociais em nível municipal e estadual, daí, segundo o Relatório, a importância do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) estar funcionando, uma vez que garante uma rede de ações entre federação, estados e municípios.

- O PBF foi aperfeiçoado (orçamento ampliado) e foram criadas novas frentes: Ação Brasil Carinhoso, Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego, Programa Bolsa Verde e Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais.
 - É enfatizado no âmbito da inclusão social a garantia de mínimos para a população uma renda acima da pobreza extrema, ensino fundamental, igualdade entre os sexos, acesso à saúde e moradia adequada.
- Em 2012 as crianças ainda tinham nove vezes mais chances de estar na extrema pobreza do que os idosos. Sob a perspectiva das faixas etárias, a pobreza extrema continua mais elevada na infância, menor na maturidade e erradicada entre os idosos (principais beneficiários pelas transferências sociais de renda). Fatores que motivaram esta redução entre os idosos: expansão da previdência rural (CF:1988), instituição do benefício de prestação continuada (BPC) e a política de valorização real do salário mínimo.

Prioridade ao combate à pobreza extrema na infância

- Em 2011 o Plano Brasil Sem Miséria (BSM) redefiniu os valores do PBF, beneficiando crianças e adolescentes (0-15 anos) com reajuste de 45,5% e 15,2% para jovens de 16 e 17 anos. O limite de beneficiados por família foi estendido de três para cinco crianças e adolescentes, gerando 1,4 milhões de novos beneficiários na faixa etária de 0 a 15 anos.
- Em 2012 foi lançado o “Ação Brasil Carinhoso” que passou a considerar para o cálculo dos valores recebidos pelas famílias a intensidade da pobreza extrema e não mais somente o número de crianças e jovens de cada família.
- No âmbito da saúde ‘Ação Brasil Carinhoso’ ampliou as estratégias de suplementação de vitamina A e sulfato ferroso e iniciou-se a distribuição de medicamentos contra asma.

- Em nível municipal as prefeituras receberam incentivos para aumentarem o número de vagas em creches e pré-escolas, passando a receber mais recursos pelas vagas ocupadas por crianças beneficiárias do PBF. Aumento de 66% no valor repassado para alimentação escolar e a extensão do Programa Saúde na escola para creches e pré-escolas.
- Programa Mais Educação estimula a oferta de educação em tempo integral nas escolas públicas, priorizando as escolas onde a maioria dos estudantes é beneficiária do PBF.
- As taxas de pobreza extrema continuam a ser mais altas entre negros, no meio rural, nos grupos domésticos cujos responsáveis são menos educados.

Meta B – Assegurar trabalho decente e produtivo para todos, promovendo a inclusão de mulheres e jovens

O primeiro indicador da meta B é a taxa de crescimento da produtividade dos trabalhadores de um ano para outro.

- Entre 1995-2012 o crescimento médio foi de 0,9% ao ano, em 2007-2012 subiu para 1,9% anual.
- Os trabalhadores com vínculos precários, ou inexistentes, permanecem na extrema pobreza.
- O segundo indicador na meta B é a taxa de ocupação da população em idade ativa que apresentou queda de 3% de 1992 a 2001, mantendo-se estável desde então, segundo relatório, graças ao envelhecimento populacional e maior proteção social para idosos e crescimento de escolarização entre a população jovem.
- O terceiro indicador na meta B é a taxa da pobreza extrema da população ocupada, tendo como parâmetros as linhas internacionais: U\$ 1,25/dia – 1,3% em 2012; R\$ 70/mês 1,4% em 2012 e R\$70/mês-formais 0,1% em 2012.
- Cerca de 0,08% de trabalhadores formais na extrema pobreza estão ocupados.
- Fatores apontados: aumento de escolaridade dos trabalhadores, aumento de salário mínimo real e acesso ao crédito além de mudanças e inovações na legislação contribuíram para melhorias neste quesito.

➤ O quarto indicador da meta B é a parcela de trabalhadores autônomos ou não remunerados.

➤ Em 1990, 31% dos trabalhadores se enquadravam nestas categorias. Em 2012 passou a 21%. Porém considera-se que no caso do Brasil a maior precariedade é a não formalização do trabalho. Por conta disso, estabeleceu-se um indicador constituído pela percentagem de trabalhadores formais entre a população ocupada.

➤ O nível de formalização oscilou de 46% da população ocupada em 1992 para 58% em 2012. Entre os extremamente pobres a taxa de formalização da parcela ocupada era de pouco mais de 3% em 2012.

➤ As pessoas ligadas às camadas mais pobres apresentam menores taxas de formalização.

➤ Inclusão produtiva – Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PPA) integra o Plano Brasil Sem Miséria: promoção à água, seguro Garantia-Safra, assistência técnica rural e acesso as sementes e matizes de pequenos animais.

➤ Segurança alimentar e nutricional das populações em situação de vulnerabilidade social.

**Meta C – Global: Reduzir a fome à metade do nível de 1990 até 2015;
Brasil: Erradicar a fome 2015**

➤ A ONU escolheu o déficit de peso para a idade para monitorar a meta da fome, indicador de desnutrição aguda.

➤ Brasil ultrapassou a meta internacional: entre 1989 e 2006 a prevalência de desnutrição infantil foi reduzida a um quarto do valor inicial – de 7,1% para 1,8 %.

➤ Desnutrição aguda – peso abaixo do esperado:

- 1989 – 7,1% desnutrição na infância
- 1996 – 4,2% desnutrição na infância
- 2006- 1,8% desnutrição na infância

➤ Considerando que em grupos de crianças saudáveis e bem nutridas, em média 2,3%, estão com peso abaixo do esperado, considera-se que (por esse indicador) o Brasil já alcançou a meta nacional de erradicação da fome.

- Considerando por grandes regiões:
 - Centro-Oeste: 1,7% em 1996 para 1,5% em 2006
 - Sul: 1,9% para 1,4% em 2006
 - Sudeste: 3,6% para 1,4 % em 2006
 - Nordeste: 6,3% para 2,2%
 - Norte: 5,4% para 3,2%
- Dentre os 20% mais pobres 3,7% apresentam peso menor do que o esperado e dentre os 20% mais ricos 1,2% apresentam peso menor do que o esperado.
- Segundo o Relatório no caso da desnutrição aguda apenas quatro regiões convergem para valores inferiores a 5% entre 2008 e 2012.
- A região Norte ainda apresenta valores superiores: 7,43% em 2008 e 7,03% em 2012.
- Desnutrição crônica (altura abaixo da esperada para a idade)
 - 1989 – 19,6%
 - 1996- 13,4%
 - 2006- 6,7%
- Considerando por grandes regiões:
 - Centro-Oeste: 10,7% em 1996 para 5,5% em 2006
 - Sul: 7,0% em 1996 para 8,4% em 2006
 - Sudeste: 7,2% em 1996 para 5,7% em 2006
 - Nordeste: 22,1 em 1996 para 5,8% em 2006
 - Norte: 20,7% em 1996 para 14,8% em 2006
- Em relação à desnutrição crônica as regiões norte e nordeste apresentaram maior redução desse indicador ao longo do período – 2,75 e 3,57 respectivamente.
- Dentre os 20% mais pobres de 30,1% em 1996 para 9,9% em 2006 e dentre os 20% mais ricos de 5,3% em 1996 para 3,9% em 2006.
- Considera-se que o Brasil atingiu a meta nacional pelo fato do déficit de altura ter caído mais de 50% em relação ao nível inicial passando de 19,6% para 6,8% entre 1989 e 2006.
- Fatores que mais contribuíram para esta redução: aumento da escolaridade materna (25,7%), crescimento do poder aquisitivo das famílias

(21,7%), melhoria de atenção à saúde (11,6%) saneamento básico e acesso água encanada (4,3%).

➤ Desde 2008 o monitoramento da desnutrição da infância pode ser feito pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, cujos dados provêm dos atendimentos na rede de atenção básica do SUS e do acompanhamento do PBF.

➤ O relatório destacou: O ‘Brasil Carinhoso’ integrante do Plano Brasil Sem Miséria ampliando a distribuição suplementar de vitamina A para crianças entre 6 meses e 5 anos nas unidades básicas de saúde (UBS) e sulfato ferroso na rede de atenção básica de saúde.

➤ Com o ‘Brasil Carinhoso’ a suplementação da vitamina A estendeu-se para 3.034 municípios de todas as regiões (beneficiou 3,7 milhões de crianças em 2013) e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, desenvolvido em todos os municípios atendeu mais de 400 mil crianças em 2013. Inclui-se a distribuição gratuita de medicamentos para asma – considerada segunda maior causa de internação e óbitos de crianças.

➤ Suplementação com vitamina A reduz em 24% o risco global de morte; em 28% a mortalidade por diarreia e 45% os óbitos por todas as causas em crianças com HIV positivo.

Inclusão produtiva para superação da extrema pobreza

Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) oferece cursos de qualificação profissional.

No âmbito do BSM existem várias frentes de atuação:

Adoção de estratégias de sensibilização e mobilização de pessoas para capacitação profissional; adaptação das instituições de ensino a este público (horários, exigências de escolaridade, práticas didáticas); aumento da oferta de cursos alcançando 3.865 municípios; fortalecimento da rede de assistência social.

Desde 2012 o Pronatec recebeu 900 mil matrículas (curso disponível para pessoas a partir de 16 anos inscritas no Cad-Único). Os alunos recebem material escolar, alimentação e transporte.

Os autônomos podem se formalizar como microempreendedor individual (MEI) e ingressar no programa de assistência técnica e gerencial coordenado pelo Sebrae. Existe o microcrédito produtivo orientado pelo Programa Crescer

ODM 2: Universalizar a Educação Primária

- A educação primária de que trata a ONU corresponde ao primeiro nível de classificação Padrão Internacional de Educação (*primary school*) que corresponde aos 06 primeiros anos do ensino fundamental brasileiro, que tem duração de nove anos.
- Acesso à educação obrigatória no Brasil:
 - Até 2007 compreendia ensino fundamental de oito anos de duração para população de 07 a 14 anos
 - Em 2007 começou transição para o ensino fundamental de nove anos de duração para população de 06 a 14 anos.
 - A partir de 2016 a educação infantil aos 04 e 05 anos passará a ser obrigatória e o Estado deverá prover.
- Em relação ao cumprimento da ODM 2 no Brasil
 - Em 2012 – 81% dos alunos com 12 anos estavam cursando o sétimo ou o sexto anos
 - Entre os jovens de 15 a 24 anos com pelo menos seis anos de estudo passou de 59% em 1990 para 84% em 2012.

Meta A – Até 2015, Garantir que meninos e meninas tenham a oportunidade de terminar o Ensino Primário

- O primeiro indicador desta meta A é a taxa de escolarização líquida.
- No Brasil a taxa de escolarização líquida da população de 7 a 14 anos no ensino fundamental cresceu de 81,2% para 97,7% de 1990 a 2012. Este dado, para efeitos práticos, considera a universalização do acesso ao ensino fundamental.
- A distância que separa domicílios chefiados por pessoas com nível superior e domicílios chefiados por analfabetos reduziu no período de

1990-2012 de 32,5% para 3,5%. Chefe analfabeto 1990: 65% - 2012: 95,9%. Chefe com curso superior 1990: 97,5% - 2012 99,6%.

➤ Em 1990 o acesso à educação era de 67% entre os 20% mais pobres e 96% entre os 20% mais ricos. Em 2012 a distância entre os dois grupos foi reduzida a 2,2%. No meio rural a distância entre os dois grupos era mais de 20% em 1990 e foi reduzida a 05, %.

➤ O PBF e sua condicionalidade de frequência escolar contribuiu para o aumento do acesso e permanência no ensino fundamental e médio.

➤ O segundo indicador da meta A do ODM 2 é a taxa de adequação entre a idade e a série.

➤ Frequência dos estudantes na série adequada à faixa etária:

- Em 1990: 50,3% - em 2012: 79,6
- Chefe da família com ensino superior em 1990: 86,7% - em 2012: 92,9%; chefe da família extremamente pobre em 1990: 22,6% - em 2012 47,9%.

• Brancos 63,2% em 1990 e 85,8% em 2012; negros 35,8% em 1990 e 75,2% em 2012.

- Homens 47,0% em 1990 e 75,6% em 2012
- Mulheres 53,5% em 1990 e 83,8% em 2012.
- Persistem diferenças significativas para homens, negros e extremamente pobres.

➤ O terceiro indicador da meta A do ODM 2 é a taxa de alfabetização de jovens de 15 a 24 anos

- Esta taxa passou de 90,3% em 1990 para 98,6% em 2012
- Em domicílios chefiados por analfabetos a taxa subiu de 72,8% para 93,5%, mas permaneceu abaixo de 96%, média alcançada em vários estados da Federação.

• Avaliação do Relatório neste quesito é positiva e enfatiza-se a adoção de novas políticas públicas e o aumento dos recursos destinados a educação básica.

• A melhoria nos indicadores demonstra que a trajetória escolar é trilhada na idade certa.

- Entre os jovens de 15 a 24 anos que completaram seis anos de estudo, o percentual passou de 59,9% em 1990 para 84% em 2012.

- A percentagem de jovens (15-24 anos) que completaram seis anos de estudos aumentou de 59% em 1990 para 84% em 2012.

- A percentagem de jovens (15-24 anos) que completaram ensino fundamental: Brasil – 33% (1990) e 76,8% em 2012. Entre extremamente pobres 6,9% em 1990 e 52,9% em 2012. Negros 22,8% em 1990 e 70,7% em 2012.

- A percentagem de jovens (15-24 anos) que não conseguiu completar a educação primária caiu de 41,1% para 16% (1990-2012).

- A percentagem entre os jovens (15-24) que completaram o ensino fundamental era de 33,6% em 1990 e passou para 76,8% em 2012.

- A taxa de escolarização em CRECHE OU PRÉ-ESCOLA era de 29,6% em 1990 e 51,4 em 2012.

Especificações: entre extremamente pobres era 21,0% em 1990 e 44,2% em 2012; meio rural 19,1% em 1990 e 45,1% em 2012; 20% mais pobres 22,0% em 1990 e 44,4% em 2012; 20% mais ricos 49,0% em 1990 e 65,7% em 2012.

- A taxa de escolarização no ENSINO SUPERIOR era de 5,3% em 1990 e 16,1% em 2012.

Especificações: entre extremamente pobres era 0,2 em 1990 e 7,2% em 2012; meio rural 0,7% em 1990 e 4,6% em 2012; 20% mais pobres 0,1% em 1990 e 3,7% em 2012 e 20% mais ricos 19,0% em 1990 e 43,2 em 2012)

- A taxa de escolarização no ENSINO MÉDIO era de 16,9% em 1990 e 57,9% em 2012.

Especificações: negros 9,3% em 1990 e 51,2% em 2012; extremamente pobres 2,6% em 1990 e 35,4% em 2012; 20% mais pobres 2,9% em 1990 e 42,0% em 2012; meio rural 5,1% em 1990 e 45,1% em 2012, 20% mais ricos 48,2% em 1990 e 45,1 em 2012.

➤ Medidas adotadas nos últimos anos que contribuíram para esses resultados:

- Instituição do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – Fundeb: aprimorou a distribuição de recursos para a educação básica.
- Programa Mais Educação instituído em 2007:
 - Busca induzir a ampliação da jornada escolar e organização curricular para estabelecer uma educação integral (aumentar permanência na escola pública).
 - Em 2013 a jornada integral estava estabelecida em 49 mil escolas em todo o Brasil.
- Instituição de piso salarial nacional para os profissionais do magistério público da União, dos estados, DF e municípios.
- Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública – Proinfância criado em 2007: presta Assistência financeira aos municípios visando garantir o acesso de crianças a creches e escolas da rede pública. Segundo o relatório, contribui também para construção de creches e pré-escolas e equipamentos para essas instituições.
- Programa Universidade para todos – PROUNI criado em 2004 - concessão de bolsas de estudo em instituições privadas – as integrais oferecidas aos estudantes com renda familiar bruta mensal de até 01 salário mínimo e meio por pessoa e as parciais oferecida para jovens de famílias com renda máxima de até 03 salários mínimos por pessoa. Mais de 1,2 milhão de estudantes foram atendidos, sendo 69% com bolsas integrais.
- Sistema de Seleção Unificada (Sisu) para instituições públicas ofereceu mais de 170 mil vagas em janeiro de 2014. Cerca de 500 instituições de ensino superior utilizam o Enem na seleção de alunos.
- A partir de 2012 a lei federal dispôs sobre o sistema de cotas raciais e sociais para ingresso nas universidades federais e instituições federais de ensino técnico de nível médio. Esta normativa garantiu reserva de 50% das matrículas por curso e turno para alunos oriundos do ensino público, com subcotas raciais.

Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

➤ O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) é um indicador de qualidade educacional, que agrega informações sobre fluxo escolar e desempenho dos estudantes em avaliações de língua portuguesa e matemática. A partir deste índice são estabelecidas metas nacionais, estaduais e municipais. A expectativa é evoluir da média nacional de 4,4 nos primeiros cinco anos do ensino fundamental alcançada em 2005 para 6,0 em 2022.

➤ Este indicador está em 5,2 nos anos iniciais e 4,7 nos anos finais do ensino fundamental (escolas públicas). Aprovação de 1º ao 5º ano 80% em 2005 e 90,2% em 2011; aprovação de 6º ao 9º ano 75,0% em 2005 e 81,8% em 2011.

Investimento público direito em educação

➤ De 2000 a 2012 o investimento público em educação passou de 3,9% para 5,5% do Produto Interno Bruto (PIB).

➤ Investimento público direito em educação por aluno no início da década cerca de R\$ 2.000,00 e em 2012 R\$ 5.473,00 em 2012.

➤ Em 200 a verba pública empregada no ensino superior era 11 vezes o valor destinado à educação básica, atualmente o repasse para ensino superior é 3,7 vezes maior.

ODM 3: Promover a igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres

➤ No Brasil, não existem diferenças significativas no ensino fundamental no acesso de meninos e meninas, mas a trajetória dos meninos é mais acidentada e muitos desistem em função do trabalho.

➤ Os outros indicadores do ODM3 dizem respeito à participação feminina no mercado de trabalho e a representação política das mulheres.

Meta A - Até 2015, eliminar as disparidades entre os sexos em todos os níveis de ensino

➤ O primeiro indicador da ODM3 é a paridade entre os sexos no acesso a diversos níveis de ensino.

➤ A paridade entre os sexos dos estudantes de ensino fundamental de 7 a 14 anos foi alcançada em 1990. De 1990 a 2012 a escolarização dos homens no ensino médio aumentou mais do que das mulheres.

➤ Em 1990 havia 136 mulheres para 100 homens no ensino médio, em 2012 a proporção era de 125 para 100.

➤ Uma possível explicação para essa diferenciação é a melhoria do fluxo dos alunos no ensino fundamental.

➤ No ensino superior em 1990 para cada 100 homens frequentando escolas superiores havia 126 mulheres; em 2012 passou para 136.

➤ A expansão do ensino superior beneficiou mais as mulheres.

➤ O melhor aproveitamento das oportunidades de ingresso no ensino superior pelas mulheres está relacionado ao melhor desempenho delas na educação básica.

➤ O sucesso educacional das mulheres não significa a superação da desigualdade de gênero.

➤ As mulheres levadas pelas convenções tradicionais de gênero escolhem em maiores proporções cursos considerados femininos, como relacionados aos serviços de cuidados, o que determina segregá-las em ocupações de remuneração mais baixa. A seguir percentuais de mulheres no total de matrículas no ensino superior, por grande área do conhecimento:

- Engenharia, produção e construção em 2009 27,8% e em 2012 30,4%

- Ciências, matemática e computação em 2009 32,5% e em 2012 30,9%

- Agricultura e veterinária em 2009 41,3 e em 2012 44,2%

- Ciências sociais, negócios e direito em 2009 54,3% e em 2012 56,5%

- Humanidades e artes em 2009 55,8% e em 2012 55,9%

- Serviços em 2009 59,0% e em 2012 60,5%

- Saúde e bem-estar social em 2009 74,4% e em 2012 76,6%

- Educação em 2009 75,4% e em 2012 72,6%

➤ Percentagem de mulheres em cursos selecionados de ensino superior

- Estética e cosmética – 97,6%
- Pedagogia - 92,3%
- Nutrição - 91,8%
- Moda - 91,4%
- Enfermagem – 84,7%
- Design de interiores – 84,0%
- Psicologia – 81,2%
- Desenvolvimento de sistemas – 16,2%
- Ciência da computação – 15,2%
- Engenharia elétrica – 12,5%
- Engenharia da computação – 12,0
- Controle e automação – 10,6%
- Engenharia mecânica – 8,9%
- Administração de redes – 8,7%
- Automação industrial – 5,6%

➤ Essa análise considerou apenas as graduações que, em 2012, contavam com pelo menos 10 mil matriculados e cuja proporção de mulheres era maior que 80% ou menor que 20%.

➤ As turmas de estética e cosmética possuíam maior presença relativa de mulheres – 98% das matrículas. Em contraste, apenas 5,6% dos matriculados em automação eram mulheres.

➤ Em 2012 as mulheres respondiam por mais de 70% das matrículas de cursos das áreas de Educação e Saúde e Bem-estar social e apenas 30% das inscrições nos cursos de Ciências, Matemática e Computação, Engenharia, Produção e Construção. Essa distribuição evidencia uma desigualdade estruturante da sociedade brasileira.

➤ A graduação superior que mais atrai as mulheres é Pedagogia: de um total de 603 mil estudantes matriculados em 2012, 556 mil (92,3%) eram do sexo feminino.

➤ Ainda que as mulheres tenham níveis educacionais superiores aos homens, a segmentação do conhecimento, associada a fatores como a

distribuição desigual de tarefas domésticas, levam a um quadro de persistentes distâncias entre os dois sexos no acesso a postos de trabalho, na renda e na qualidade dos vínculos de emprego.

➤ A percentagem de mulheres no emprego assalariado não agrícola em 1992 brasileiras – 42,7%; com curso superior 55,1%; em 2012 brasileiras 47,3% com curso superior 59,5%.

➤ A precariedade das relações trabalhistas se manifesta na falta de formalização do vínculo profissional, materializado pelo contrato da carteira de trabalho para os empregados ou pela contribuição para previdência social, para os demais trabalhadores.

➤ Percentagem de trabalhadores formais na população ocupada:

- Todos: 1992 - 46,0% e 2012 - 57,8%
- Homens: 1992 - 49,5% e 2012 - 58,4%
- Mulheres: 1992 – 40,7% e 2012 – 56,9%

➤ Embora dentro do mercado de trabalho a situação das mulheres tenha evoluído, com a ampliação do acesso aos bons postos de trabalho e fraca convergência a formalização ao nível da verificada entre os homens, a taxa de ocupação de mulheres em idade ativa permanece mais baixa que a dos homens.

➤ Em 2012 50,3% da população feminina com 15 anos ou mais de idade estava ocupada, em contraposição a 74% dos homens. Dada a maior escolaridade média das mulheres, a hipótese explicativa mais forte para a persistente distância está na responsabilização das mulheres pelos cuidados dos membros da família e da casa. Elas respondem pelo trabalho doméstico não remunerado e tal atribuição condiciona as formas de inserção feminina no mercado de trabalho.

➤ Em 2012, 43,1% das mulheres com uma ou mais crianças de 0 a 6 anos em casa, sem frequentar escola ou creche estavam ocupadas. Quando se considera as mulheres com duas ou mais crianças de 0 a 6 anos em casa a taxa de ocupação em 2012 cai para 30%.

➤ Taxa de ocupação da população em idade ativa (em %)

- Brasil – 1995: 64,2% - 2012: 61,7%
- Homens – 1995: 79,7% - 2012: 74,1%
- Mulheres 1995: 49,7% - 2012: 50,3%

- Mães com uma ou mais crianças: 1995: 47,3% - 2012: 43,1%
- Mães com duas ou mais crianças: 1995: 43,7% - 2012: 30,0%
- Mães com uma ou mais crianças de 0 a 6 anos sem frequentar escola ou creche em 1995: 47,3% e em 2012: 43,1%:
 - Negras- 1995: 47,2% em 2012: 43,1%
 - Extremamente pobres – 1995: 46,0% em 2012 18,8%
 - 20% mais pobres – 1995: 45,3% em 2012 26,2%
 - 20% mais ricos – 1995: 57,9% em 2012: 71,7%
- A maior escolaridade feminina não se traduz diretamente em posições vantajosas no mercado.
- Percentagem de contribuição das trabalhadoras domésticas para previdência era de 19,3% em 1992 e 36,8% em 2012.
 - Brancas em 1992: 22,7% e 2012: 41,9%
 - Negras em 1992: 16,7% e 2012: 33,9%
 - Norte em 1992: 5,1% e 2012: 17,5%
 - Sul em 1992: 23,3% e 2012: 45,9%
- Dados mais recentes apontam que 36,8% da categoria (trabalhadoras domésticas) estavam com a carteira assinada. Entre as mulheres negras o índice cai para 34% e entre as brancas 42,0%.
- A percentagem das mulheres brasileiras ocupadas no trabalho doméstico em 1992 era de 15,8% em 2012: 14,8%. Em 2012 esse percentual atingiu o valor mais baixo desde 1992.
 - Mulheres brancas em 1992: 12,0% em 2012: 10,7%
 - Mulheres negras em 1992: 20,7% em 2012: 19,1%
- A presença de mulheres em espaços de poder e decisão é relevante para avaliação da desigualdade entre os sexos.
- Um marco foi à eleição de uma mulher em 2010 para presidente do Brasil.
- Percentagem de mulheres entre os eleitos para Câmara dos deputados: 1992-6,2%; 1998 – 5,7%; 2002 – 8,2%; 2006 – 9,0% e 2010 – 8,8%.

Para o senado federal: 1994 – 7,4%; 1998 – 7,4%; 2002: 14,8%; 2006 – 14,8% e 2010 – 14,8%.

➤ As mulheres representavam, em 2012, 51,7% do eleitorado brasileiro, mas o acesso a cargos eletivos permanece baixo.

➤ Minirreforma eleitoral: obrigatoriedade de um percentual mínimo de candidaturas femininas inscritas por partido, dotação de tempo na propaganda eleitoral gratuita e recursos para campanha. Em 2010, 20,3% do total de postulantes a cargos eletivos eram mulheres, em 2012 passou para 31,9%, mas neste mesmo ano, somente 11,9% dos prefeitos e 13,3% dos vereadores eleitos eram mulheres.

➤ Percentagem de mulheres no Parlamento

- A média global estaria um pouco acima de 20%. No Brasil, o percentual de mulheres na Câmara e no Senado está abaixo da média global.

- Na Câmara dos Deputados a participação feminina não ultrapassa os 9% e no Senado Federal as mulheres respondem por 14,8% do total de senadores eleitos.

- No Poder Executivo, as mulheres representam 45,9% da força de trabalho e 43% dos cargos de confiança. Mas quanto mais elevado o cargo na estrutura de poder, menor a proporção de mulheres.

- Em 121 anos de República, os 31 presidentes anteriores haviam nomeado somente 18 mulheres para as pastas ministeriais. Nos últimos três anos, 10 dos 39 ministros nomeados são mulheres (25,6% do total).

- No poder judiciário houve um ligeiro aumento de 17,5% dos postos em 2009 para 20% em 2014. No STF mantiveram-se 02 mulheres e 11 ministros.

➤ Enfrentamento à violência contra mulheres

- Ainda não há pesquisas regulares capazes de dimensionar e acompanhar o problema da violência contra as mulheres.

- Ligue 180 é a Central de Atendimento à Mulher, mantido pela Secretaria de políticas para as Mulheres. Serviço telefônico que oferece orientação e informações às mulheres em situação de violência.

Central de Atendimento à Mulher 180: ligações válidas (em milhares) 2006 – 46,4; 2007 – 204,5; 2008 – 401,7; 2010 – 734,9; 2011 – 667,1 e 2012 – 732,5.

Tipo de relato de violência das ligações válidas (em %)

Violência Física – 2010: 58,8% e 2012: 56,6%

Violência psicológica – 2010: 25,3% e 2012: 27,6%

Violência moral – 2010: 11,6% e 2012: 11,7%

Violência sexual – 2010: 2,1% e 2012: 1,9%

Violência patrimonial – 2010: 1,7% e 2012: 1,6%

Cárcere privado – 2010: 0,4% e 2012: 0,5%

Tráfico de pessoas – 2010: 0,1% e 2012: 0,1%

Conquistas recentes das trabalhadoras domésticas

- A Constituição Federal de 1988 equiparou os trabalhadores urbanos e rurais e lhes garantiu um conjunto de direitos trabalhistas.
- Em 2013 uma emenda constitucional promoveu a inclusão definitiva da categoria (trabalhadores domésticos) no conjunto da legislação protetora do trabalho.
- Todavia alguns direitos dependem de legislação específica – FGTS; seguro- desemprego, remuneração do trabalho noturno superior ao diurno; salário-família; auxílio-creche desde o nascimento do filho até ele completar 5 anos; seguro contra acidentes de trabalho; proteção contra demissão arbitrária ou sem justa causa e pagamento de indenização.

Enfrentando a violência contra as mulheres

- Em 2003 foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e a Lei Maria da Penha foi promulgada em 2006, criando novos instrumentos para coibir a violência doméstica e familiar.
- Em 2003 havia 331 serviços especializados de atendimento às mulheres. Em 2013 havia 988 serviços especializados, sendo 382 delegacias especializadas de atendimento à mulher; 128 núcleos especializados em delegacias comuns; 222 centros de referência especializados de atendimento à mulher; 72 casas-abrigo; 50 juizados especializados e 46 varas

especializadas. Ainda há 240 serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual e doméstica nos serviços de saúde e 14 serviços de educação e responsabilização dos agressores.

➤ No contexto da organização do Plano Nacional de Políticas para as mulheres destaca-se a relevância dos organismos governamentais para mulheres (OPM), responsáveis pela coordenação e implementação local de políticas para mulheres. Hoje existem 605 OPMs, sendo 25 estaduais e 580 municipais, de acordo com o último levantamento realizado em dezembro de 2013.

➤ Em março de 2013 foi lançado o Programa Mulher, Viver sem Violência, cuja principal inovação consiste na perspectiva da integralidade: garantir um conjunto articulado de ações e serviços, preventivos ou curativos e promover um serviço público multidisciplinar de qualidade. Todas as 27 unidades da federação aderiram ao Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e 18 estados já aderiram ao Programa Mulher, Viver sem Violência.

ODM 4: Reduzir a mortalidade na infância

Meta A – Reduzir a mortalidade na infância a dois terços do nível de 1990 até 2015

➤ Este objetivo leva em conta três indicadores: a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos), a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e a proporção de crianças de até 1 ano vacinadas contra o sarampo.

➤ No relatório dos Objetivos do Milênio 2013 a taxa mundial de mortalidade na infância caiu de 47% em 22 anos. Entre 1990 e 2012 o índice passou de 90 para 48 mortes por mil nascidos vivos.

➤ A meta global é de 75% de redução da taxa.

➤ Em 2012 6,6 milhões de crianças menores de 5 anos morreram ao redor do mundo por doenças evitáveis.

➤ No Brasil a taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011.

➤ O principal indicador da meta A do ODM 4 é a taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos - taxa de mortalidade na infância - que expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos.

➤ Taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos) no Brasil foi em 1990 – 53,7 e em 2011 – 17,7. Por regiões:

- NORTE
1990 - 52,9 e 2011 - 23,7
- NORDESTE
1990 - 87,3 e 2011 – 20,7
- SUDESTE
1990 – 36,6 e 2011 – 15,0
- SUL
1990 – 35,2 e 2011 – 13,0
- CENTRO-OESTE
1990 – 41,0 e 2011 – 17,9

➤ A taxa diminuiu em todas as regiões do país, verificando-se um ritmo mais acelerado no nordeste.

➤ A diferença entre as regiões Norte e Sul aumentou. Esse resultado deve-se ao ritmo mais rápido de redução da mortalidade verificado no sul do país em comparação com o norte.

➤ Tanto o norte como o nordeste apresentam taxas superiores a 20 óbitos de crianças com menos de 5 anos por mil nascidos vivos.

➤ Mais de 85% das mortes de crianças com menos de 5 anos ocorre no primeiro ano de vida.

➤ O segundo indicador oficial do ODM4 é a taxa de mortalidade infantil (frequência de óbitos de crianças até 1 ano de idade por mil nascidos vivos).

➤ A taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) no Brasil em 1990 – 47,1 e em 2011 – 15,3. Por regiões:

- NORTE
1990 – 45,9 e 2011 – 19,9
- NORDESTE

1990 – 75,8 e 2011 – 18,0

- SUDESTE

1990 – 32,6 e 2011 – 13,0

- SUL

1990 – 28,3 e 2011 – 11,3

- CENTRO-OESTE

1990 – 34,3 e 2011 – 15,5

➤ A taxa de mortalidade infantil no país de 1990 a 2011 caiu de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015.

➤ O Brasil tem adotado diversas estratégias, ações públicas e técnicas analíticas para melhorar as estatísticas vitais, reduzindo o sub-registro e a subnotificação de nascimentos e óbitos.

- Em 2010, o Ministério da Saúde realizou pesquisa de busca ativa de óbitos e nascidos em 129 municípios do Nordeste e da Amazônia Legal. Os óbitos ou nascimentos sem registro nos cartórios, em unidades de saúde ou nos sistemas de informação do Ministério da Saúde foram confirmados por meio de visitas domiciliares.

- As melhorias das condições sanitárias e sociais, além das mudanças demográficas, são responsáveis por parte do sucesso brasileiro no alcance da meta A do ODM4.

- Também foram relevantes a implantação de um sistema de saúde universal, o SUS, após CF de 1988 e a ampliação de coberturas de atenção básica.

➤ A mortalidade infantil pode ser analisada por seus componentes – neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal.

➤ Em meados da década de 1990, a mortalidade de crianças de 0 a 6 dias de vida passou a ser o principal componente das mortes infantis de crianças abaixo de 5 anos.

➤ Em 2011, 1 em cada 2 óbitos em menores de um ano aconteciam nos primeiros seis dias de vida.

➤ Entre 1990 e 2011, a taxa de mortalidade pós-neonatal (de 28 a 364 dias após o nascimento) reduziu 80,5%, passando de 24 para 4,7 óbitos por mil nascidos vivos.

➤ Neste mesmo período, a taxa de mortalidade neonatal precoce caiu de 17,7 para 8,1 óbitos por mil nascidos vivo e a neonatal tardia (7 dias de vida) de 5,4 para 2,5 óbitos por mil nascidos.

➤ ...de acordo com os dados de 2011, a mortalidade no período neonatal ainda responde por cerca de 30% dos óbitos infantis.

➤ Em 2011, as afecções perinatais, relacionada ao período que se estende das 22 semanas completas de gravidez até sete dias completos após o nascimento, respondia, por 59% do total de óbitos em menores de 1 ano no Brasil. O segundo principal grupo de causas eram as malformações congênitas, responsáveis por 20% do total de óbitos nessa faixa etária. Doenças infecciosas – 4,4% e aparelho respiratório - 5,3%.

➤ Dentre as afecções originadas no período perinatal, a prematuridade (18,6%) a maior parcela de infecções perinatais (12,2%), a asfixia/hipóxia (10,4%) e os fatores maternos (9,2%) eram as principais categorias de causas de óbitos infantis no Brasil, do total de mortes registradas em 2011.

- Mortalidade infantil por causas (em %) 2011 – cinco principais categorias causas, raça/cor BRANCA:

Malformações congênitas – 23,63%

Prematuridade – 17,31%

Infecções perinatais – 11,74%

Asfixia/hipóxia – 8,83%

Fatores maternos – 9,34

- As malformações congênitas, as infecções perinatais, a asfixia/hipóxia e os fatores maternos respondiam por mais de 65% dos óbitos de crianças brancas menores de 1 ano em 2011.

- Mortalidade infantil por causas (em %) 2011 – cinco principais categorias causas, raça/cor PRETA:

Malformações congênitas – 18,45%

Prematuridade – 18,24%

Infecções perinatais – 11,19%

Asfixia/hipóxia – 10,67%

Infecções da criança – 10,16

- Para as crianças pretas, os fatores maternos (um pouco superior a 9%) são substituídos pelas infecções da criança no grupo de cinco principais categorias de causas de mortalidade, que somadas respondem por mais de 65% dos óbitos.

- Mortalidade infantil por causas (em %) 2011 – cinco principais categorias causas, raça/cor PARDA:

Malformações congênitas – 18,93%

Prematuridade – 17,02%

Infecções perinatais – 12,33%

Asfixia/hipóxia – 11,64%

Infecções da criança – 10,16

Causas mal definidas ou inespecíficas – 9,32

- Mortalidade infantil por causas (em %) 2011 – cinco principais categorias causas, raça/cor INDÍGENA:

Infecções da criança – 25,14

Causas mal definidas ou inespecíficas – 18,29

Malformações congênitas – 10,48

Infecções perinatais – 10,48%

Prematuridade – 8,76%

Fatores maternos – 7,62

- Em 2011, as infecções em crianças eram uma causa de morte muito expressiva no segmento da população indígena, respondendo sozinhas, por 25% do total de óbitos nessa faixa etária.

- As explicações para a participação de todas essas causas estão associadas ao acesso restrito a ações de atenção primária nas aldeias, baixa cobertura vacinal, atenção pré-natal insuficiente, baixa cobertura de saneamento básico, entre outros.

- Em 1992, foi iniciado o Plano de Controle e Eliminação do Sarampo, como uma bem-sucedida campanha nacional realizada no

primeiro semestre daquele ano que alcançou 96% das crianças de 9 meses a 14 anos de idade em todo o país.

➤ Ocorreram surtos entre 1991 e 1994, em sua maioria, em pessoas maiores de 15 anos. Houve ainda outro surto em 1996, além de alguns casos importados.

➤ No Brasil não houve notificação da transmissão autóctone do vírus do sarampo entre os anos 2000 e 2012. Contudo o Ministério da Saúde registrou 192 casos confirmados da doença.

➤ A vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba), que, em 2003, substituiu a monovalente contra sarampo, alcançou 99,5% do público alvo em 2012.

➤ Nos anos 2000, as campanhas de vacinação contribuíram para uma redução significativa de várias doenças como difteria, tétano neonatal, tétano acidental e rubéola congênita.

A importância do aleitamento materno

➤ Desde 1981, país desenvolve o Programa Nacional de Aleitamento Materno, que contribuiu para promover e ampliar o tempo médio de aleitamento materno no país.

➤ Desde 1992, o Brasil aderiu à iniciativa Hospital Amigo da Criança, criada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990, para promover, proteger e apoiar a amamentação.

➤ Atualmente o país conta com rede formada por 321 hospitais amigos da criança, 212 bancos de leite materno e 128 postos de coleta.

➤ Todos os anos são realizadas campanhas nacionais alusivas à Semana Mundial da Amamentação e ao dia Nacional de Doação de Leite Humano.

Atenção básica e transferência de renda no combate à mortalidade infantil

➤ O Programa Saúde da Família (PSF) foi desenhado para prestar assistência contínua nas especialidades básicas, a uma população descrita, por meio de equipes de saúde da família.

➤ Em dezembro de 2013 a estratégia Saúde da Família já estava presente em mais de 95% das cidades brasileiras. As 34.185 equipes (composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) atendem 108 milhões de pessoas, o equivalente a 56,4% da população.

➤ O PBF também vem contribuindo significativamente para redução da mortalidade infantil no país. Estudo publicado em 2013 a respeito do impacto do Bolsa-Família estima uma redução de 20% na taxa de mortalidade infantil no Brasil entre 2004 e 2009.

Atenção à saúde indígena

➤ Em 2010 foi criada uma estrutura no Ministério da Saúde uma secretaria específica para cuidar das políticas de atenção aos povos indígenas. Um dos desafios é contribuir para a redução da mortalidade das mulheres indígenas em idade fértil, materna, infantil e fetal, que ainda apresenta, indicadores superiores a média nacional.

➤ Dentre as estratégias multissetoriais para a redução da mortalidade das mulheres indígenas em idade fértil, materna, infantil e fetal na população indígena, destaca-se: ampliação de assistência a saúde, ampliação da cobertura de saneamento básico, definição de protocolos direcionados à mulher e à criança indígena, capacitação dos profissionais da saúde, intensificação de vigilância alimentar e nutricional, suplementação de megadoses de vitamina A (crianças de 6 a 59 meses e sulfato para crianças de 6 a 24 meses), aumento de coberturas vacinais.

40 anos do Programa Nacional de Imunizações (PNI)

➤ Em 2013 o Programa Nacional de Imunizações disponibilizou gratuitamente à população 44 tipos diferentes de produtos, entre soros, vacinas e imunoglobinas. As informações consolidadas para 2012 mostram que 96% das vacinas e 100% dos soros utilizados pelo PNI são produzidos no país.

➤ O financiamento destino ao Programa em 2013 foi de R\$ 1,9 milhão.

ODM 5: Melhorar a saúde materna

Meta A – Reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990 até 2015

➤ São duas metas globais a serem atingidas até 2015: a) reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990; e b) universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva.

➤ De acordo com o Relatório ODM 2013 o mundo não alcançará a meta A. Entre 1990 e 2010 houve uma redução de 45% nos países em desenvolvimento. Na América latina o percentual de queda foi de 45%, passando de 130 para 72 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

➤ A meta B também não será alcançada, apenas 51% das gestantes realizavam ao menos quatro consultas de pré-natal.

➤ No Brasil a taxa de mortalidade materna brasileira, de 1990 a 2011, caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

➤ O alcance da meta B, contudo, está muito próximo. Em 2011, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde; e por volta de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais.

➤ O Brasil estipulou para si a meta de deter e inverter a tendência de crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, até 2015, atingindo apenas a meta em relação ao câncer de colo de útero, mas a mortalidade por câncer de mama avançou.

➤ O principal indicador da meta A do ODM 5 é a razão de mortalidade materna (RMM).

➤ Mortalidade materna por diversas fontes (número de óbitos por 100 mil nascidos vivos)

- RMM – corrigida 1990 – 143,0; 2011 – 63,9
- RMM – corrigida/suavizada 1990 – 140,7; 2011 – 64,0
- RMM direta - 1990 – 126,5; 2000 – 63,5; 2011 - 42,3
- RMM indireta – 1990 – 13,5; 2000 – 17,9; 2011 – 19,2

➤ Mortalidade materna segundo causas específicas de óbito

- Hipertensão

1990 – 40,6

2000 – 21,5

2011 – 12,3

- Hemorragias

1990 – 25,7

2000 – 12,3

2011 – 6,7

- Infecção puerperal

1990 – 11,1

2000 – 6,3

2011 – 4,0

- Aborto

1990 – 16,6

2000 – 4,4

2011 – 3,0

- Doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (causas obstétricas indiretas)

1990 – 7,3

2000 – 5,0

2011 – 5,2

➤ A razão de óbitos maternos ainda permanece acima da meta estipulada para 2015 de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, mesmo considerando estimativas que colocam o Brasil em melhor situação.

➤ A redução da RMM observada se deve em grande medida, à queda da mortalidade materna por causas obstétricas diretas: resultantes de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério; decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de eventos associados a qualquer um desses fatores. Houve uma redução de quase 67% em 21 anos, o que dá um declínio médio anual de quase 5,1%.

➤ O parto ou o puerpério, que sofreu um ligeiro aumento entre 2000 e 2011.

➤ O segundo indicador da meta A do ODM 5 é a percentagem de partos realizados em ambientes hospitalares ou outro tipo de estabelecimento de saúde.

➤ No Brasil, 99% dos partos são realizados em estabelecimento de saúde, percentual que praticamente não variou de 1996 a 2011.

➤ Parto cesáreo – Brasil

- 1999 – 37,2 (menor percentual desde 1996)
- 2000 – 38,0
- 2001 – 38,3
- 2002 – 38,8
- 2003 – 40,1
- 2004 – 41,8
- 2005 – 43,3
- 2006 – 45,1
- 2007 – 46,6
- 2008- 48,4
- 2009 – 50,1
- 2010 – 52,3
- 2011- 53,9

➤ Parto Cesário – por regiões

- Norte – 1996 – 29,4; 2011 – 42,8
- Nordeste – 1996 – 25,4; 2011 – 46,3
- Sudeste – 1996 – 50,0; 2011 – 59,5
- Sul – 1996 – 43,7; 2011 – 60,1
- Centro-oeste – 1996 – 50,8; 2011 – 58,9

➤ Um fator que dificulta a redução da mortalidade materna é o elevado número de partos cesáreos. A percentagem de cesarianas tem se mantido em patamares muito altos e com tendência de crescimento em todas as regiões.

➤ A realização indiscriminada de cesarianas envolve riscos desnecessários tanto para a mãe quanto para a criança, além de custos adicionais para o sistema de saúde. Para se ter uma ideia, mulheres submetidas a cesáreas correm 3,5 vezes mais risco de morrer (dados de 1992-2010) e têm cinco vezes

mais chances de contrair uma infecção puerperal (dados de 2000-2011); sem contar a maior probabilidade de ocorrência de partos prematuros.

➤ Para a OMS o percentual de cesarianas não deve ultrapassar a faixa entre 5% e 15% do total de partos.

➤ A redução da mortalidade materna geralmente está associada à atenção qualificada ao parto e à assistência obstétrica de emergência – dimensões relativas à meta A – e também ao acesso a serviços de atenção pré-natal e de planejamento familiar, dimensões relativas à meta B do ODM 5.

➤ O Sistema Único de Saúde (SUS) tem adotado medidas nessas duas frentes por meio da regulamentação da vigilância de óbitos maternos e de políticas voltadas para melhoria da saúde materna, dentre as quais se destaca recentemente a Rede Cegonha.

Meta B – Até 2015, universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva

➤ O primeiro indicador da meta B é a taxa de prevalência do uso de anticoncepcionais.

➤ A taxa de fecundidade das adolescentes é o segundo indicador da meta B. A questão da gravidez na adolescência está diretamente relacionada ao uso de métodos anticoncepcionais.

➤ Taxa de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos (por mil mulheres):

- Brasil: 2000 – 0,088; 2011 – 0,065
- Norte: 2000 – 0,141; 2011 – 0,102
- Nordeste: 2000 – 0,100; 2011 – 0,073
- Sudeste: 2000 – 0,073; 2011 – 0,053
- Sul: 2000 – 0,076; 2011 – 0,054
- Centro-Oeste: 2000 – 0,099; 2011 – 0,067

➤ A maior disseminação do uso de contraceptivos está provavelmente correlacionada à queda da taxa de fecundidade dentre as adolescentes.

➤ A gravidez entre adolescentes vem diminuindo em todo o País, sendo historicamente menor nas regiões Sul e Sudeste. O Norte, contudo, ainda apresenta um número elevado de gestações nessa faixa etária.

➤ O terceiro indicador da meta B diz respeito à cobertura da atenção pré-natal, levando em conta as porcentagens de mães que fizeram ao menos uma consulta e das que estiveram no mínimo em quatro consultas.

➤ Cobertura de atenção pré-natal

- Na cobertura de atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta) de 2000 a 2011, destacam-se os anos de 2008 e 2010 – 98,2 com o maior índice e o ano de 2000 com menor índice de 95,1. O último ano apresentado foi 2011 com 97,3.

- Na cobertura de atendimento pré-natal (pelos menos quatro consultas) de 2000 a 2011, destacam-se os anos 2010 – 91,0 com o maior índice e o ano de 2000 – 83,5, com o menor índice. O último ano apresentado foi 2011 com 89,8.

Meta C – Até 2015, deter e inverter a tendência do crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero

➤ O câncer de colo uterino e o de mama estão entre as principais causas de óbitos de mulheres na faixa etária de 30 a 69 anos de idade por neoplasias.

➤ Um dos indicadores da meta definida pelo Brasil, aqui denominada meta C, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero – altamente associado à infecção por subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV) – tem se mantido estável no Brasil.

➤ A taxa de mortalidade por câncer de mama tem crescido ao longo dos anos.

➤ Taxa de mortalidade por câncer de mama entre mulheres de 30 a 69 anos (por mil mulheres):

- 1990 – 17,4
- 2000 – 17,7
- 2005 – 18,8
- 2011 – 20,7

➤ Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero entre mulheres de 30 a 69 anos (por mil mulheres):

- 1990 – 8,7
- 2000 – 9,0
- 2005 – 8,9
- 2011 – 85

Rede Cegonha

➤ A rede Cegonha foi lançada em 2011 objetivando reduzir a mortalidade materna e neonatal, atua no pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à saúde da criança.

➤ Em 2013, 5488 municípios aderiram à Rede Cegonha, beneficiando 2,5 milhões de gestantes, foram criados 439 novos leitos neonatais e 861 leitos receberam custeio para qualificação do cuidado neonatal.

Atenção Oncológica

➤ Após a nova Política Nacional de Atenção Oncológica, iniciou-se a reorganização da atenção oncológica no Sistema de Saúde. Nas habilitações de alta complexidade foram incluídos 09 complexos hospitalares (atendimento integral do paciente oncológico).

➤ Foram destinados recursos adicionais do exame citopatológico cérvico-vaginal/miniflora e da mamografia bilateral para rastreamento.

➤ Investimento na qualificação das mamografias e exames citopatológicos.

➤ Campanha de vacinação gratuita contra o HPV nas escolas e postos de saúde.

ODM 6: Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças

➤ Os países precisam alcançar três metas específicas: interromper, até 2015, a propagação e diminuir a incidência de HIV/aids (meta A); universalizar o acesso ao tratamento do HIV/aids até 2010 (meta B); e reduzir a incidência de malária e outras doenças, como tuberculose, até 2015 (meta C).

➤ Segundo Relatório ODM 2013 a meta A já foi alcançada. Apesar da redução significativa da disseminação da doença, a ONU alerta para a infecção de 2,5 milhões de pessoas todos os anos. No Brasil, a taxa de detecção de HIV/aids se estabilizou nos últimos dez anos, em torno de 20 por 100 mil habitantes diagnosticados por ano, e o coeficiente de mortalidade pela doença diminuiu.

➤ Segundo relatório ODM 2013 o mundo não conseguiu alcançar a meta B, de universalizar até 2010 o tratamento de pacientes HIV/aids. Estima-se que, em 2012, 718 mil brasileiros tinham HIV/aids, o que representa uma prevalência de 0,4% na população geral. Desse total, 574 mil haviam sido diagnosticados, 436

foram atendidos nos serviços de saúde e 313 mil (44%) estavam em terapia antirretroviral.

➤ Em relação a meta C do ODM 6, (reduzir a incidência da malária até 2015) a diminuição da taxa global de mortalidade por malária reduziu 25%, o que significa que a meta de redução já foi alcançada.

➤ De 1990 a 2012, a incidência parasitária anual (IPA) de malária no Brasil caiu de 3,9 para 1,3 casos por mil habitantes, e a de tuberculose de 51,8 para 37 casos por 100 mil habitantes. Neste caso o país alcançou a meta de reduzir a incidência das duas doenças monitoradas pelos indicadores oficiais.

➤ Como a meta C do ODM 6 não especifica outras doenças, além da malária e da tuberculose, o Brasil decidiu, por conta própria, incluir indicadores para monitorar a redução da incidência da hanseníase também.

➤ Entre 1994 e 2012, a taxa de detecção de hanseníase caiu de 21,6 para 17,2 novos casos anuais por 100 mil habitantes.

Meta A – Até 2015, interromper a propagação e diminuir a incidência de HIV/AIDS

➤ Ao longo dos últimos dez anos, a detecção do HIV/aids no Brasil se manteve estável, com uma média de 20 casos por 100 mil habitantes. Apenas a taxa do sul apresentou comportamento errático, mantendo-se mais elevada que as demais.

➤ A taxa de detecção de HIV/ aids em crianças com até 5 anos de idade diminuiu de 5 para 3,4 casos por 100 mil habitantes entre 2001 e 2012.

➤ O gráfico “Taxa de detecção total” (por 100 mil habitantes) apresenta as taxas nos últimos 12 anos : 2006 – 18,4 (menor taxa de 2001 a 2012); 2011 – 21,1 (maior taxa de 2001 a 2012) e 2012 – 20,2 (último ano apurado).

➤ O gráfico “Taxa de detecção em menores de 5 anos” (por 100 mil habitantes) apresenta as taxas nos últimos 12 anos: 2007/2012 – 3,4 (menor taxa de 2001 a 2012); 2002 – 6,4 (maior taxa de 2001 a 2012).

➤ O gráfico “Coeficiente de mortalidade por aids” (por 100 mil habitantes) apresenta as taxas nos últimos 12 anos: 2007/2011 – 5,6 (menor taxa de 2001 a 2012); 2001/2002 – 6,3 (maior taxa de 2001 a 2012) e 5,5 em 2012.

➤ Ao considerar todas as regiões, nota-se que as diferenças das taxas registradas no Norte e no Nordeste em relação às outras três regiões se mantêm estáveis desde 2007.

➤ A razão entre os números de casos de HIV/aids detectados em homens e em mulheres aponta maior incidência da doença na população masculina. Contudo, até 2006, na faixa etária dos 10 aos 19 anos a relação era inversa, com mais registros entre as mulheres.

➤ Apesar da mortalidade por aids apresentar uma pequena redução no país na última década, a média nacional oculta diferenças relevantes nas tendências das grandes regiões. O declínio dos registros de óbitos deve-se ao desempenho da região Sudeste, que apresentou queda contínua da mortalidade no período. Esse fato compensou a elevação do coeficiente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e sua estabilidade no Sul em nível mais elevado que o das demais regiões.

Meta B – Até 2010, universalizar o acesso ao tratamento de HIV/AIDS

➤ O Ministério da Saúde estimava, em 2012, a existência de 718 mil pessoas com HIV/aids no Brasil, correspondendo a uma taxa de prevalência de 0,4% da população.

➤ Dessas, 574vmil haviam sido diagnosticadas, 436 mil estavam sendo monitoradas e 313 mil recebia a terapia antirretroviral (TARV – Terapia antirretroviral).

➤ O novo protocolo do Ministério da Saúde estimula o início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/aids, independentemente da contagem de linfócitos LT-CD4+. O objetivo é, com a redução da carga viral, diminuir a transmissibilidade do vírus HIV, a morbidade e a mortalidade da doença.

➤ As evidências mostram que a supressão viral promovida pela TARV também pode reduzir significativamente a transmissão sexual do HIV. A adesão à terapia antirretroviral é voluntária, mas uma vez iniciada não deverá ser interrompida.

➤ Para uniformizar o processo de notificação, todos os casos de infecção pelo HIV serão incluídos na lista de agravos de notificação compulsória nacional, seguida pelo monitoramento dos pacientes. Até então, só era obrigatória a notificação de crianças expostas ao HIV e dos casos de aids e infecção por HIV em gestantes.

Meta C – Até 2015, reduzir a incidência da malária e de outras doenças

➤ Nas últimas duas décadas, foram notificados, em média, 458,9 mil casos de malária por ano no Brasil. De 1990 a 2012, a incidência parasitária anual (IPA) de malária diminuiu de 3,9 para 1,3 casos por mil habitantes, mas a queda não foi linear.

➤ Entre 1997 e 1999 houve um aumento da IPA de 2,5 para 3,9 casos por mil habitantes. A partir daí, a incidência reduziu-se até chegar a dois casos por mil habitantes em 2002, quando iniciou um novo período de crescimento alcançando 3,3 casos por mil habitantes em 2005.

➤ No Brasil, a incidência de malária está concentrada na região amazônica, que registrou 99,9% dos casos em 2012.

➤ Em 1996, 121 municípios dessa região eram considerados de alto risco para transmissão da doença (IPA \geq 50 casos por mil habitantes), 112 de

médio risco (IPA entre 10 e 49,9 casos por mil habitantes) e aproximadamente 500 de baixo risco (IPA <10 casos por mil habitantes).

➤ Em 2012, apenas 45 municípios dos seis estados da Amazônia Legal foram considerados de alto risco.

➤ O Brasil não possui estimativas para apurar o sétimo indicador definido pela ONU para o ODM 6: número de crianças menores de 5 anos dormindo sob mosquiteiros tratados com inseticidas.

➤ O número absoluto de óbitos por malária no Brasil caiu 93,5% entre 1990 e 2012, passando de 927 para 60.

➤ Quanto à tuberculose, em 2011 foram notificados em torno de 71 mil novos casos, o equivalente a uma taxa de incidência de 37 casos por 100 mil habitantes.

➤ Em relação a 1990, isso representa uma melhora significativa, pois naquele ano a incidência foi de 51,8 novos casos por 100 mil habitantes. A mortalidade por tuberculose no período também apresentou redução de 3,6 para 2,4 óbitos por 100 mil habitantes.

➤ O método tradicional para diagnosticar a tuberculose pode levar até dois meses para fornecer o resultado. Por isso, o Brasil passará a adotar o teste molecular rápido para diagnóstico da tuberculose pulmonar.

➤ O Brasil reassumiu o compromisso de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015.

➤ Os principais indicadores recomendados pela Estratégia Global para o acompanhamento do progresso da endemia são: o coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade em cada 100 mil habitantes; o número e o coeficiente de casos novos detectados por 100 mil habitantes; e a proporção de cura.

➤ A maior carga da doença se manteve nas regiões Centro-oeste, Norte e Nordeste. Optou por agregar outros indicadores para monitorar e avaliar a doença, como coeficiente de detecção de casos novos, coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos, de detecção de casos novos com grau 2 de incapacidade e o percentual de pacientes curados.

➤ De 1994 até 2012, há uma queda no coeficiente geral, contudo ela não foi contínua, apresentando elevação até 2003 (quando atingiu o valor de

29,4 novos casos por 100 mil habitantes) e decréscimo nos anos posteriores. Em 2012, foram diagnosticados no País 33.303 casos novos de hanseníase, correspondendo a um coeficiente de detecção de 17,2 casos por 100 mil habitantes.

Nova forma de diagnóstico da tuberculose: teste rápido molecular

- Em 2014, a rede pública de saúde passou a adotar o teste rápido molecular para diagnóstico da tuberculose (TRM-TB).
- A ideia do Ministério da Saúde é substituir a baciloscopia pelo TRM-TB e aumentar o número de casos identificados e o diagnóstico oportuno.

ODM 7: Garantir a sustentabilidade ambiental

- Os países têm de atingir 4 metas para alcançar este objetivo: duas relativas à proteção de recursos ambientais e da biodiversidade, e duas relacionadas ao acesso à água potável e ao saneamento básico, e à melhoria das condições de vida da população urbana em assentamentos precários.
- Das metas do ODM 7, a única que possui um critério objetivo e mensurável para determinar seu alcance é a C: reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável à água potável e ao esgotamento sanitário.
- Segundo o Relatório ODM 2013, parte da meta C foi atingida cinco anos antes do prazo, com redução do percentual de pessoas sem água potável de 24% para 11% da população mundial entre 1990 e 2010. No entanto, a expansão do acesso ao esgotamento sanitário no patamar estabelecido pelo ODM 7 ainda não foi alcançada.
- O Brasil, porém, já cumpriu integralmente a meta C: em 2012, as porcentagens de pessoas sem acesso à água e sem acesso ao esgotamento sanitário já estavam abaixo da metade do nível de 1990.
- A meta D do ODM 7 visa alcançar, até 2020, uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários.

➤ O Relatório ODM 2013 considera que essa meta global foi atingida bem antes do prazo e que mais de 200 milhões de moradores de assentamentos precários ganharam acesso à água potável e ao esgotamento sanitário, ou passaram a viver em casas construídas com materiais duráveis ou com menor adensamento.

➤ No Brasil, a população urbana em condições de moradia inadequada caiu de 53,3%, em 1992, para 36,6% em 2012.

Meta A – Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas e reverter a perda de recursos ambientais; Meta B – reduzir a perda da biodiversidade, atingindo, até 2010, uma redução significativa

➤ A proporção do território terrestre coberta por florestas é o primeiro indicador das metas A e B do ODM 7.

➤ Em 2012, 4,63 milhões de km², ou 54,4% do território nacional, encontravam-se cobertos por florestas naturais e plantadas. Desse total, 4,56 milhões de km² (98,5%) se referiam a florestas naturais, a maioria localizada no bioma Amazônia (3,25 milhões de km², ou 77,5% das florestas naturais).

➤ Os 70 mil km² (1,5%) restantes correspondiam a florestas plantadas, principalmente com espécies dos gêneros Eucalyptus e Pinus.

➤ Na Amazônia Legal, o desmatamento é monitorado desde 1988. As taxas de desmatamento do bioma amazônico brasileiro oscilaram bastante desde então, tendo atingido picos de 29,1 mil km² em 1995, e de 27,7 mil km² em 2004.

➤ Os outros biomas terrestres – Caatinga, Cerrado, Mata Atlântica, Pampa e Pantanal têm taxas de desmatamento monitoradas desde 2002.

➤ Entre os anos 2002 e 2008, o bioma Cerrado sofreu um desmatamento absoluto de 85.075 km², o que corresponde a uma taxa média anual de 14.179 km² no período considerado. Nos dois anos seguintes, houve quedas nas taxas de desmatamento do bioma, observando-se valores de 7.637 km² e 6.469 km² para 2009 e 2010, respectivamente.

➤ Ainda assim, o Cerrado é o bioma com maiores taxas de desmatamento da atualidade, superando as encontradas para o bioma Amazônia em períodos recentes.

➤ O segundo indicador das metas A e B do ODM 7 são as emissões de CO₂ e de outros gases de efeito estufa (GEE), medidos em termos de sua equivalência ao CO₂ (CO₂eq) quanto ao potencial de sua contribuição para o aquecimento global (GWP).

➤ Em 2005, o Brasil emitiu o equivalente a dois bilhões de toneladas de CO₂ eq, quantidade que caiu para 1,3 bilhão de toneladas de CO₂eq em 2010, ou seja, uma redução de 38,7% no total de gases de efeito estufa emitidos no período.

➤ Considerando todos os GEE, convertidos para CO₂eq, observa-se uma variação de 11 para 6,6 toneladas de CO₂eq por habitante de 2005 a 2010. As emissões médias em países desenvolvidos estão por volta de 11 toneladas por habitante ao ano, enquanto em países em desenvolvimento, ficam em torno de três toneladas por habitante ao ano, embora haja grande variação entre os países.

➤ Ao relacionar as emissões de gases à atividade econômica, percebe-se que de 2005 a 2010 houve uma redução de 1,5 kg para 0,7 kg de CO₂eq por dólar produzido (PIB em US\$ PPC 2005).

➤ No que se refere à contribuição de cada setor econômico, em 2005 a principal fonte de emissões de GEE – 58% do total – era o setor Uso da Terra e Florestas, principalmente devido aos desmatamentos nos biomas Amazônia e Cerrado. Em segundo lugar, aparecia a Agropecuária, responsável por 20% e, em seguida, o setor Energia, com 16% das emissões, resultantes da queima de combustíveis fósseis e emissões fugitivas da indústria de petróleo, gás e carvão mineral.

➤ Em 2010, a Agropecuária passou a responder por 35% do total de emissões. O setor Energia, por sua vez, passou a ocupar o segundo lugar, com 32%, seguido pelo setor Uso da Terra e Florestas, com 22%.

➤ O setor Energia apresentou aumento de 21,4% no total de emissões entre 2005 e 2010, como resultado, principalmente, do aumento do uso de combustíveis fósseis. As emissões da Agropecuária aumentaram 5,2% em termos absolutos no mesmo período. Nesse setor, as principais fontes emissoras

de GEE são a fermentação entérica de animais (56% do total) e os solos agrícolas (35%). Outros setores que aumentaram o volume de emissões no intervalo 2005-2010 foram Tratamento de Resíduos (16,4%) e Processos Industriais (5,3%).

➤ Em 2005, 73% das emissões eram de dióxido de carbono, percentagem que foi reduzida para 57% em 2010. O metano e o óxido nitroso, por sua vez, aumentaram suas participações relativas de 19% para 28% e de 8% para 14%, respectivamente o fato é resultado da grande redução na emissão de CO₂ no período considerado, devido à acentuada queda nas taxas de desmatamento dos biomas Amazônia e Cerrado.

➤ A participação de fontes renováveis na matriz energética brasileira continua bastante elevada, quando comparada à média mundial (13,2% em 2010) e à de países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (8,0% em 2010).

➤ O terceiro indicador das metas A e B do ODM 7 é o consumo de substâncias que destroem a camada de ozônio, entre as quais estão os CFCs. O Brasil reduziu o consumo de CFCs de cerca de 10 mil toneladas de potencial de destruição do ozônio (tPDO), em 1995, para zero em 2010. A linha de base para os CFCs era de 10.525,8 tPDO, constituída pela média entre os anos de 1995 a 1997. Dessa forma, a meta preconizada pelo Protocolo de Montreal foi plenamente atingida.

➤ O quarto indicador das metas A e B do ODM 7 é a proporção de estoques pesqueiros dentro de limites biológicos seguros. Os recursos pesqueiros compreendem as espécies de peixes, moluscos e crustáceos, entre outras, que são exploradas economicamente pela pesca.

➤ O maior esforço nacional no levantamento da situação dos estoques pesqueiros marinhos ocorreu entre 1995 e 2005, com o desenvolvimento do Programa Avaliação do Potencial Sustentável de Recursos Vivos na Zona Econômica Exclusiva (Revizee).

➤ De uma maneira geral, o estudo concluiu que os principais recursos já explorados não permitiam o aumento da produção com o aumento do esforço de pesca, pois a maioria já se encontrava plenamente explorada ou sobre-explorada.

➤ Em síntese, dos 153 estoques considerados, 11% não eram explorados, 4% eram subexplorados, 23% estavam plenamente explorados, 33% estavam sobre-explorados e 29% não foram avaliados de maneira conclusiva, demandando estudos adicionais.

➤ Outro indicador das metas A e B do ODM 7 é a proporção de recursos hídricos totais utilizados. Apesar de, em termos globais, apresentar uma grande oferta hídrica, o Brasil possui acentuada diferença entre suas regiões hidrográficas no que diz respeito à oferta e à demanda de água.

➤ Enquanto bacias localizadas em áreas caracterizadas pela combinação de baixa disponibilidade e grande utilização enfrentam escassez e estresse hídrico, outras estão em situação confortável, com oferta do recurso em abundância. Cerca de 80% da disponibilidade hídrica brasileira concentra-se na região hidrográfica amazônica, onde se encontram o menor contingente populacional e valores reduzidos de demandas consuntivas.

➤ A alta demanda concentrada em regiões específicas do País, demonstram maior estresse hídrico nas bacias da região semiárida, devido à baixa disponibilidade hídrica; na bacia do rio Tietê, por conta da alta demanda para abastecimento urbano; e nas sub-bacias do Uruguai e Atlântico Sul, em decorrência da elevada necessidade de água para irrigação.

➤ O sexto indicador das metas A e B do ODM 7 é a proporção de áreas terrestres e marinhas protegidas. A criação e a manutenção de unidades de conservação (UC), integradas no Sistema Nacional de Unidades de Conservação (SNUC) continuam sendo parte central da estratégia brasileira de proteção da biodiversidade.

➤ O SNUC, instituído em 2000, abrange o conjunto de unidades de conservação federais, estaduais e municipais, as quais se dividem em dois grandes grupos: unidades de proteção integral, cujo objetivo básico é preservar a natureza, sendo admitido apenas o uso indireto de seus recursos naturais; e unidades de uso sustentável, que visam compatibilizar a conservação da natureza com o uso sustentável de parcela dos recursos naturais.

➤ Os dados do CNUC, no intervalo 2000 a 2013, indicam aumento considerável tanto no número quanto na área abrangida pelas UC. Nesse

período, o quantitativo de UC quase dobro (de 916 para 1.783) e a área protegida cresceu mais de 110% (de 0,7 milhão para 1,5 milhão de km²).

➤ Do total atual de unidades de conservação, 1.224 (1 milhão de km²) são de uso sustentável e 559 (520 mil km²) de proteção integral. A extensão territorial protegida por meio de UC nas três esferas da administração pública corresponde a aproximadamente 17% da área continental e a 1,5% das áreas marinhas brasileiras.

➤ O último indicador das metas A e B do ODM 7 é a proporção de espécies ameaçadas de extinção.

➤ No Brasil existe entre 1,4 milhão e 2,4 milhões de espécies, desse total, apenas 10% a 20% referem-se a espécies conhecidas e adequadamente catalogadas na atualidade. As atuais listas de espécies brasileiras ameaçadas de extinção, por sua vez, incluem 472 espécies da flora e 627 da fauna.

➤ Segundo dados do biênio 2011-2012, houve um aumento superior a 8% na proporção das espécies brasileiras ameaçadas de extinção com registro de ocorrência nas UC federais.

➤ Outro indicador de avanço na conservação da biodiversidade brasileira refere-se à proporção de espécies ameaçadas de extinção para as quais foram apresentados Planos de Ação para a Recuperação e a Conservação, os chamados Planos de Ação Nacionais (PAN).

➤ Com efeito, na avaliação do período 2008-2012, constata-se que o número de espécies ameaçadas de extinção com PAN aumentou mais de 13 vezes, alcançando, em 2012, aproximadamente 49% das espécies.

Meta C – Reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável à água potável e ao esgotamento sanitário

➤ O indicador brasileiro de acesso à água que mais se aproxima do indicador da meta C do ODM 7 é o percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com abastecimento de água potável por rede geral de distribuição.

➤ A redução da percentagem de pessoas sem acesso à água de 29,9% para 14,5% demonstra que o Brasil já atingiu uma parte da meta C do ODM 7.

➤ As regiões do País apresentam grandes diferenças no acesso à água. A melhor percentagem encontra-se no Sudeste, onde 91,6% da população estão abastecidos por rede geral. Sul e Centro-Oeste vêm a seguir, enquanto o Nordeste aproxima-se do patamar de 80% da população com acesso à rede geral de abastecimento de água. Com efeito, o Nordeste foi a região que teve o maior crescimento no período, partindo de apenas 51,3% em 1990.

➤ O indicador de acesso ao saneamento básico da meta C do ODM 7 requer a adequação do escoamento de esgoto para que os dejetos sejam higienicamente separados do contato humano.

➤ De 1990 a 2012, o acesso ao esgotamento sanitário passou de 53% para 77%. Logo, o Brasil também já cumpriu esta meta: a população sem acesso ao saneamento básico caiu de 47% para 23%, menos da metade do nível de 1990.

➤ Assim como para o abastecimento de água, os contrastes entre urbano e rural são expressivos para o esgotamento sanitário. A diferença fica sempre acima de 50 pontos percentuais ao longo de todo o período.

Meta D – Até 2020, alcançar uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários

➤ O indicador da meta D do ODM7 é a percentagem da população urbana vivendo em moradias inadequadas.

➤ Segundo esse indicador, o Brasil conseguiu (nos últimos 20 anos), reduzir em quase 17 pontos percentuais a população urbana que vive em domicílios com condições inadequadas.

➤ A região Norte continua sendo aquela com a maior proporção de pessoas em domicílios inadequados, seguida do Centro-Oeste. O Nordeste encontra-se em posição intermediária, mas é a região que obteve a maior redução de população em domicílios inadequados – 26% a menos, no período. No Centro-Oeste, por sua vez, 23% da população urbana deixou a situação de moradia inadequada.

- Percentagem da população urbana vivendo em moradias inadequadas:

NORTE – 1992: 77,3% - 2012 – 64,8%

NORDESTE – 1992: 68,9 – 2012: 42,5%

SUDESTE – 1992: 40,5% – 2012: 27,7%

SUL – 1992: 52,9% - 2012: 32,1%

CENTRO-OESTE – 1992: 74,9% - 2012: 51,6%

➤ Conforme o Censo de 2010, 323 municípios apresentavam aglomerados subnormais. Quase metade da população residente nesse tipo de moradia estava concentrada na região Sudeste. O fenômeno é fortemente metropolitano: em 2010, as regiões metropolitanas (RM) e as regiões integradas de desenvolvimento (Ride) abrigavam 90,8% do total de moradores em aglomerados subnormais do Brasil.

➤ Em 2010, o déficit habitacional urbano no Brasil, calculado pela FJP com dados do Censo Demográfico, era de 5,9 milhões de domicílios; o déficit rural, no mesmo ano, chegava a um milhão de domicílios.

➤ As regiões Sudeste e Nordeste concentram 69,8% do déficit urbano. Já o déficit rural é mais intenso no Nordeste, com mais da metade do déficit habitacional rural do Brasil.

➤ A estratégia de reversão desse quadro passa pelo necessário investimento em urbanização e regularização fundiária, com a garantia de investimentos para produção habitacional direcionada à população de renda mais baixa, além de novas alternativas de acesso à moradia. O programa Minha Casa, Minha Vida é o carro chefe dessa estratégia.

ODM 8: Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

A formação de uma parceria global para o desenvolvimento é o compromisso estabelecido no oitavo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 8).

Meta A – Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório

➤ O Brasil tem sido um participante ativo no sistema de solução de controvérsias da OMC. Com 26 casos como membro demandante, 15 como membro demandado e mais de 79 participações como terceira parte interessada

em contenciosos sobre os mais variados temas, o País encontra-se entre os dez principais usuários do sistema.

➤ Com vistas ao aperfeiçoamento das regras do sistema financeiro internacional, entre 2010 e 2013, a participação no G20 permaneceu como um dos pilares da atuação do Brasil, com implicações em áreas como coordenação macroeconômica internacional, cooperação para o desenvolvimento e reforma das instituições financeiras. Esses temas, na agenda do G20, apresentam impactos mais acentuados sobre os desafios enfrentados pelos países em desenvolvimento em matéria de crescimento e geração de empregos, bem como de acesso a poder de voz e voto nas instituições internacionais.

Meta B – Atender as necessidades especiais dos países menos desenvolvidos

➤ A meta B propõe o aumento da assistência oficial ao desenvolvimento. O Brasil tem ampliado suas ações de cooperação técnica com países em desenvolvimento.

➤ A estratégia para a condução da política de cooperação Sul-Sul está centrada no fortalecimento, ou na criação, de capacidades humanas e institucionais. Sem fins lucrativos e desvinculada de interesses comerciais, a cooperação Sul-Sul brasileira pretende compartilhar o acervo de êxitos e de melhores práticas desenvolvidas no País por centenas de instituições públicas e da sociedade civil nas áreas demandadas pelos países parceiros.

➤ Entre 2010 e 2013, o Brasil executou 5.095 iniciativas de cooperação técnica em benefício de cerca de uma centena de países em desenvolvimento da América Latina, Caribe, África e Ásia. Para o custeio das operações vinculadas a esse conjunto de iniciativas, foram mobilizados recursos equivalentes a US\$ 126 milhões.

➤ A cooperação Sul-Sul com os países da América do Sul, da América Central e do Caribe desenvolveu, de 2010 a 2013, um conjunto de 1.185 ações nas áreas de saúde, agricultura, meio ambiente, trabalho e emprego, educação e formação profissional, cultura, desenvolvimento social, pecuária, biocombustíveis, piscicultura, comunicação, desenvolvimento agrário, segurança pública, administração pública, energia, urbanismo, nutrição, metrologia, geografia, estatística e finanças.

➤ A cooperação técnica do Brasil focaliza a formação de recursos humanos, notadamente na capacitação de formadores, de modo a garantir a sustentabilidade e a multiplicação do conhecimento compartilhado.

➤ A cooperação técnica do Brasil focaliza a formação de recursos humanos, notadamente na capacitação de formadores, de modo a garantir a sustentabilidade e a multiplicação do conhecimento compartilhado.

➤ As áreas contempladas pelos projetos de cooperação variam de país a país, mas as demandas concentraram-se nas áreas de educação, saúde e segurança alimentar, com ênfase para os projetos de formação profissional, os quais viabilizaram a instalação e implantação de centros de formação profissional em todos os países do grupo. Outras ações de cooperação técnica do Brasil com os Países do Palop incluem geração de emprego e renda, inclusão social, segurança pública, trabalho, meio ambiente, agricultura familiar e censo demográfico.

➤ O Programa Brasileiro de Cooperação com o Leste Europeu foi desenvolvido com o objetivo de incentivar a dinamização das relações do Brasil com os países daquela região. Entre 2010 e 2013, as ações de cooperação concentraram-se em cinco países: Albânia, Armênia, Azerbaijão, Geórgia e Ucrânia. Na ausência de acordo básico de cooperação com esses países, a cooperação foi estruturada por meio de ações pontuais.

➤ O Brasil avalia que parcerias na modalidade triangular contribuem para potencializar o impacto das ações de desenvolvimento.

➤ No âmbito de ações de cooperação técnica trilateral na região do Caribe, merece destaque o apoio à reconstrução de oito vias públicas na região de Porto Príncipe, iniciativa implementada em parceria com a Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (Minustah). Também vale registrar os treinamentos de oficiais da Polícia Nacional do Haiti para o fortalecimento da segurança pública haitiana.

➤ Outra ação trilateral relevante é o programa estabelecido entre o governo brasileiro e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) com foco na América Latina e Caribe, composto por seis projetos que associam o tema da segurança alimentar e nutricional à alimentação escolar, ao desenvolvimento agrário, ao meio ambiente e à agricultura familiar.

➤ Na África, o Brasil mantém acordos trilaterais com a FAO e o Programa Mundial de Alimentos (PMA) na área de alimentação escolar. Em parceria com o PMA, são promovidas, desde 2011, estratégias para criação e aprimoramento de programas nacionais de alimentação escolar sustentável em 16 países africanos.

➤ Com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), o governo brasileiro desenvolveu, entre 2010 e 2013, parceria em benefício da Guiné-Bissau na área de segurança pública, ação que incluiu a formação de instrutores do referido país, bem como a adequação da infraestrutura para o funcionamento de centro de formação de forças de segurança.

➤ Também na Guiné-Bissau, parceria entre o Brasil e a Unesco com organizações não governamentais brasileiras permitiu, entre 2011 e 2013, a execução de projeto voltado à educação integral.

➤ A Lei nº 12.429, de 2011, aprovou a maior doação brasileira em gêneros alimentícios, totalizando 710 mil toneladas de alimentos para 37 países em situação de insegurança alimentar, beneficiando aproximadamente 24,7 milhões de pessoas.

➤ Entre 2010 e 2013, o Brasil renovou o apoio à Associação Internacional de Desenvolvimento (AID), braço do Grupo Banco Mundial que concede financiamento aos países de baixa renda, com vistas a reduzir a pobreza e promover o desenvolvimento.

➤ Desde 2010, o governo brasileiro aportou US\$ 9,94 milhões ao Fundo Africano de Desenvolvimento (FAD) – “janela concessional” do Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) –, no marco de suas 11ª e 12ª recomposições de recursos. Em 2011, com a adoção de Resolução que aprova a 12ª recomposição de Recursos do FAD (FAD-12), o País oficializou seu compromisso de contribuir com mais US\$ 14,75 milhões para apoio ao combate à pobreza naquela região.

Meta C – Atender às necessidades especiais dos países sem acesso ao mar em desenvolvimento e dos pequenos estados insulares em desenvolvimento

➤ No tocante aos países menos desenvolvidos (LDC), aos pequenos Estados insulares em desenvolvimento (SIDS) e às nações sem acesso ao mar – foco da meta C –, a atuação da cooperação técnica brasileira não contempla programas geográficos específicos.

➤ Destaca-se a cooperação financeira com o Haiti, na sequência do terremoto que vitimou o país em janeiro de 2010. O Brasil foi o primeiro a efetuar aporte financeiro ao Fundo de Reconstrução do Haiti (US\$ 55 milhões) e apoiou a adoção de diversas medidas excepcionais pelo Banco Mundial, como a disponibilização de US\$ 579 milhões em doações, o cancelamento de dívida e outras formas de ajuda.

➤ Desde 2012, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), a Agência de Cooperação Internacional do Japão (Jica) e o Escritório das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul (UNOSSC) implementam o projeto trilateral intitulado Desenvolvimento de Capacidades em Gestão de Cooperação Sul-Sul e Trilateral.

Meta D – Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento mediante medidas nacionais e internacionais de modo a tornar a sua dívida sustentável a longo prazo

➤ O Brasil tem participado dos esforços da comunidade internacional para renegociar a dívida dos países pobres altamente endividados (HIPC – Heavily Indebted Poor Countries, na sigla em inglês), de modo a permitir que resgatem sua trajetória de desenvolvimento com sustentabilidade, como prescreve a meta D.

➤ Nesse contexto, foram renegociadas, entre 2010 e 2013, dívidas com sete países: Cabo Verde, Congo (Brazzaville), Gabão, São Tomé e Príncipe, Senegal, Sudão e Suriname. O valor original das dívidas totalizou US\$ 556,7 milhões, com abatimento de US\$ 370 milhões (redução de 67% no estoque).

➤ Ao implementar essa decisão, o governo brasileiro atuou em estreita coordenação com a comunidade internacional, que recomenda as operações de reestruturação de dívida para beneficiar os HIPC, segundo os padrões do Clube de Paris e do Banco Mundial. Não obstante, o Brasil considera

que a iniciativa não é suficiente para assegurar a retomada do crescimento sustentável dos países pobres altamente endividados.

Meta E – Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países em desenvolvimento

➤ Desde a aprovação da Estratégia Global sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, o enfrentamento de doenças que afetam desproporcionalmente os países em desenvolvimento, particularmente os mais pobres (conhecidas como doenças negligenciadas), firmou-se como prioridade nos trabalhos da Organização Mundial da Saúde (OMS).

➤ Em 2011, no quadro da Estratégia Global, foi criado Grupo de Trabalho Consultivo de Especialistas sobre Financiamento e Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento, que vem apresentando propostas no sentido de desvincular os investimentos em pesquisa e desenvolvimento do preço dos produtos, de forma a incentivar as pesquisas direcionadas a doenças negligenciadas.

➤ O Fórum de Diálogo Brasil-Índia-África do Sul (Ibas) tem apresentado regularmente projeto de resolução intitulado Acesso a Medicamentos no Contexto do Direito à Saúde, no Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (CDH). A última resolução sobre o tema, aprovada em junho de 2013, contou com 33 países copatrocinadores e representou vitória para os países em desenvolvimento.

➤ O Grupo dos Amigos do Desenvolvimento defende que a proteção aos direitos de propriedade intelectual não seja concebida como um fim em si mesmo, mas um meio para o desenvolvimento tecnológico, econômico e social.

➤ A instalação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM), fábrica em Maputo que resultou da cooperação entre Brasil e Moçambique, trouxe grande impacto no acesso das populações de países menos desenvolvidos a medicamentos com preço justo. A SMM, que iniciou suas operações em 2012, produzirá, inicialmente, três tipos de antirretrovirais, totalizando 226 milhões de unidades farmacêuticas por ano.

Bibliografia

IPEA (2014). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento Brasil 2014*. Coord.: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; Supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: IPEA. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf.