



**RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE
DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO
2015**

ANGOLA

Agosto de 2015

Índice

Listagem de Acrónimos	6
Introdução	9
Caracterização do país	14
Progressos alcançados nos ODM até 2015	15
Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome	15
Meta 1.A: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem da população cujo rendimento é inferior a 1 dólar PPC por dia	15
Indicador 1.1: Percentagem da população com rendimento inferior a 1 dólar PPC por dia	15
Indicador 1.2: Índice do hiato de pobreza	16
Indicador 1.3: Participação dos 20% mais pobres da população na renda ou no consumo nacional	16
Meta 1.B: Alcançar o pleno emprego e assegurar a todas as pessoas, incluindo mulheres e jovens, um trabalho digno e produtivo.....	18
Indicador 1.4: Taxa de crescimento do PIB por pessoa empregada.....	19
Indicador 1.5: Razão entre emprego e população dos dois sexos.....	20
Indicador 1.6: Percentagem de pessoas empregadas com renda inferior a 1 dólar PPC por dia	21
Indicador 1.7: Percentagem de trabalhadores por conta própria e que contribuem para a previdência social, em relação ao emprego total.....	21
Meta 1.C: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem da população que sofre de fome	22
Indicador 1.8: Prevalência de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade	23
Indicador 1.9: Percentagem da população que não atinge as necessidades energéticas ou calóricas diárias na dieta	24
Objectivo 2: Alcançar o Ensino Primário Universal	28
Meta 2.A: Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo do ensino primário	28
Indicador 2.1: Taxa líquida de escolarização no ensino primário.....	28
Indicador 2.2: Percentagem de alunos que iniciam a 1ª classe e chegam à última classe do ensino primário	29
Indicador 2.3: Taxa de alfabetização dos 15-24 anos de idade, mulheres e homens.....	30
Objectivo 3: Promover a Igualdade de Género e o Empoderamento das Mulheres	34
Meta 3.A: Eliminar as disparidades de género no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino o mais tardar até 2015	34
Indicador 3.1: Relação rapazes/raparigas no ensino básico, médio e superior	34
Indicador 3.2: Percentagem de mulheres assalariadas no sector não-agrícola.....	36
Indicador 3.3: Percentagem de mulheres exercendo mandatos na Assembleia Nacional.....	36
Objectivo 4: Reduzir a Mortalidade na Infância	41

Meta 4.A: Reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos, entre 1990 e 2015.....	41
Indicador 4.1: Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos.....	41
Indicador 4.2: Taxa de mortalidade infantil.....	42
Indicador 4.3: Percentagem de crianças menores de 1 ano vacinadas contra o sarampo.....	43
Objectivo 5: Melhorar a Saúde Materna.....	46
Meta 5.A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.....	46
Indicador 5.1: Taxa de mortalidade materna.....	46
Indicador 5.2: Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado.....	47
Meta 5.B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva.....	50
Indicador 5.3: Percentagem de mulheres de 15 a 49 anos que usam métodos contraceptivos.....	51
Indicador 5.4: Taxa de nascimentos entre adolescentes.....	52
Indicador 5.5: Cobertura de atendimento pré-natal com pelo menos quatro consultas.....	53
Indicador 5.6: Necessidades de planeamento familiar não atendidas.....	54
Objectivo 6: Combater o VIH/SIDA, a Malária e outras doenças.....	58
Meta 6.A: Deter e começar a reduzir, até 2015, a propagação do VIH/SIDA.....	58
Indicador 6.1: Prevalência do VIH entre a população com idade entre 15-24 anos.....	58
Indicador 6.2: Uso de preservativos na última relação sexual de alto risco.....	60
Indicador 6.3: Percentagem da população com idade entre 15-24 anos com conhecimento correcto e abrangente sobre o VIH/SIDA.....	61
Indicador 6.4: Razão de frequência escolar de órfãos e não órfãos com idade de 10-14 anos.....	62
Meta 6.B: Alcançar, até 2010, o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA para todas as pessoas que precisam dele.....	65
Indicador 6.5: Percentagem da população com infecção avançada por VIH com acesso a medicamentos anti-retrovirais.....	65
Meta 6.C: Até 2015, deter e começar a reduzir a incidência da malária e de outras doenças graves.....	67
Indicador 6.6: Incidência e mortalidade associadas à malária.....	68
Indicador 6.7: Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiros impregnados com insecticida.....	69
Indicador 6.8: Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre que são tratadas com medicamentos anti-malária apropriados.....	70
Indicador 6.9: Incidência, prevalência e mortalidade associadas à tuberculose.....	71
Indicador 6.10: Percentagem de casos de tuberculose detectados e curados sob observação directa e tratamento de curta duração.....	72
Objectivo 7: Garantir a Sustentabilidade Ambiental.....	77
Meta 7.A: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais.....	77
Indicador 7.1: Percentagem de área terrestre coberta por florestas.....	77

Indicador 7.2: Emissões de CO ₂ e total, per capita e por cada \$1 (PPP).....	79
Indicador 7.3: Consumo de substâncias que empobrecem a camada de ozono	81
Indicador 7.4: Percentagem de unidades populacionais de peixes dentro dos limites biológicos de segurança.....	82
Indicador 7.5: Percentagem de recursos totais de água utilizada	83
Meta 7.B: Reduzir a perda de biodiversidade e alcançar, até 2010, uma redução significativa	85
Indicador 7.6: Percentagem de áreas protegidas, terrestres e marinhas.....	85
Indicador 7.7: Percentagem de espécies ameaçadas de extinção	86
Meta 7.C: Reduzir para metade, até 2015, a percentagem da população sem acesso sustentável à água potável e ao saneamento básico	88
Indicador 7.8: Percentagem da população que utiliza uma fonte de água potável melhorada	88
Indicador 7.9: Percentagem da população com acesso à instalações de saneamento melhoradas	90
Meta 7.D: Até 2020, ter alcançado uma melhoria significativa nas vidas de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros precários/degradados	92
Indicador 7.10: Percentagem da população urbana que vive em bairros precários/degradados.....	93
Objectivo 8: Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento	95
Meta 8.A: Continuar a desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório	95
Meta 8.B. Responder às necessidades especiais dos países menos avançados.....	95
Meta 8.C. Atender às necessidades especiais dos países em desenvolvimento sem litoral e dos pequenos estados insulares	95
Indicadores relacionados à Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD):.....	96
Indicador 8.1: Ajuda oficial ao desenvolvimento líquida, total e para os países menos desenvolvidos, em percentagem do rendimento nacional bruto dos doadores da OCDE/CAD	96
Indicador 8.2: Percentagem de ajuda oficial ao desenvolvimento bilateral total dos doadores OCDE/CAD alocada para serviços sociais básicos (educação básica, cuidados primários de saúde, nutrição, água potável e saneamento).....	97
Indicador 8.3: Proporção de ajuda oficial ao desenvolvimento bilateral de doadores da OCDE/CAD	98
Indicador 8.4: Ajuda oficial ao desenvolvimento recebida nos países em desenvolvimento sem litoral como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos	98
Indicador 8.5: Ajuda oficial ao desenvolvimento recebida nos pequenos estados insulares em desenvolvimento como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos	98
Indicadores relacionados ao Acesso ao Mercado:.....	99
Indicador 8.6: Proporção do total das importações dos países desenvolvidos (por valor e excluindo armas) provenientes de países em desenvolvimento e países menos desenvolvidos, isentos de direitos.....	99
Indicador 8.7: Tarifas médias impostas pelos países desenvolvidos sobre os produtos agrícolas, têxteis e vestuário de países em desenvolvimento.	100
Indicador 8.8: Estimativa de apoio agrícola dos países da OCDE como uma percentagem do seu produto interno bruto	101

Indicador 8.9: Proporção de ajuda oficial ao desenvolvimento fornecida para ajudar a construir a capacidade comercial.....	103
Meta 8.D: Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais, a fim de tornar a sua dívida sustentável a longo prazo	105
Indicador 8.10: Número de países que tenham atingido os seus pontos de decisão PPME e número que tenham atingido os seus pontos de conclusão HIPC (cumulativo).....	106
Indicador 8.11: Alívio da dívida comprometida sob HIPC e MDRI iniciativas.....	106
Indicador 8.12: Serviço da dívida total em percentagem de exportação de bens e serviços e rendimentos primários.....	106
Meta 8.E: Em cooperação com as empresas farmacêuticas, assegurar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países em desenvolvimento	108
Indicador 8.13: Percentagem da população com acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis numa base sustentável	109
Meta 8.F: Em cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente da informação e comunicação.....	110
Indicador 8.14: Linhas telefónicas fixas por 100 habitantes.....	111
Indicador 8.15: Assinaturas de celulares móveis por 100 habitantes.....	112
Indicador 8.16: Utilizadores de Internet por 100 habitantes	113
Bibliografia	116

Listagem de Acrónimos

ADECOS	Agentes de Desenvolvimento Comunitário
ANIP	Agência Nacional para o Investimento Privado
AOD	Ajuda Oficial ao Desenvolvimento
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
BDA	Banco de Desenvolvimento de Angola
BNA	Banco Nacional de Angola
CAADP	Comprehensive Africa Agriculture Development Programme (Programa Compreensivo para o Desenvolvimento da Agricultura em África)
CAD	Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
CAPSIDA	Comportamentos, Actitudes e Práticas sobre SIDA
CARMMA	Campanha de Aceleração da Redução da Mortalidade Materna e Infantil em África
CASA – CE	Convergência Ampla de Salvação de Angola - Coligação Eleitoral
CDB	Convenção sobre a Diversidade Biológica
CE	Contracepção de Emergência
CECOMA	Central de Compras de Medicamentos de Angola
CNAC	Concelho Nacional da Criança
CNLSGE	Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias
CO2	Dióxido de Carbono
COMSAN	Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional
CONU	Cuidados Obstétricos e Neonatais De Urgência
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
DDT	Diclorodifeniltricloroetan
DNA	Direcção Nacional de Águas
DNME	Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DTP	Vacina Tríplice Bacteriana
ECP	Estratégia de Combate à Pobreza
ENSAN	Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
ESA	Educação Sexual Abrangente
EUA	Estados Unidos da América
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FED	Fundo Europeu de Desenvolvimento
FIDA	Fundo Internacional de Desenvolvimento da Agricultura
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNLA	Frente Nacional de Libertação de Angola
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
GEE	Gás de Efeito Estufa
GSA	Gabinete de Segurança Alimentar da FAO
IBEP	Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População
IDA	Associação Internacional de Desenvolvimento
IDG	Índice de Desigualdade no Género
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IG	Índice de Género
INCAPSIDA	Inquérito sobre Comportamentos, Actitudes e Práticas sobre SIDA
INE	Instituto Nacional de Estatística
INLS	Instituto Nacional de Luta contra a SIDA
INN	Inquerito Nacional de Nutrição
ITS	Infecções de Transmissão Sexual

IXP	Internet Exchange Point (Ponto de troca de Trafego de Internet)
M&A	Monitoramento e Avaliação
MED	Ministério da Educação
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MINAGRI	Ministério da Agricultura
MINAMB	Ministério do Ambiente
MINCO	Ministério do Comércio
MINEA	Ministério da Energia e Águas
MINEC	Ministério da Economia
MINFAMU	Ministério da Família e Promoção da Mulher
MINFIN	Ministério das Finanças
MINPLAN	Ministério do Planeamento
MINSA	Ministério da Saúde
MPDT	Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
MTTI	Ministério das Telecomunicações e Tecnologias de Informação
NEPAD	New Partnership for Africa's Development (Nova Parceria para o Desenvolvimento de África)
NMF	Nações Mais Favorecidas
NU	Nações Unidas
NV	Nascidos Vivos
OCDE	Organização para a Cooperação e de Desenvolvimento Económico
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentáveis
OGE	Orçamento Geral do Estado
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OUA	Organização de Unidade Africana
PAAE	Programa de Aceleração e Alfabetização Escolar
PAEP	Projecto de Apoio ao Ensino Primário
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PAM	Programa de Alimentação Mundial
PAO	Potencial de Esgotamento da Camada de Ozónio
PAPAGRO	Programa de Aquisição de Produtos Agro-pecuários
PAT	Programa Água para Todos
PAT	Projecto "Aprendizagem para Todos"
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PEN-TB	Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Tuberculose
PEN	Planos Estratégicos Nacionais
PENM	Plano Estratégico Nacional da Malária
PERCOM	Programa Executivo de Expansão da Rede Comercial
PIB	Produto Interno Bruto
PIN	Programa Indicativo Nacional
PIP	Programa de Investimentos Públicos
PLAIDENCOR	Plano Integrado de Desenvolvimento do Comércio Rural e Empreendedorismo
PLANARCA	Plano Estratégico de Expansão das Áreas de Conservação

PMA	Países Menos Avançados
PMI	President's Malaria Initiative (Iniciativa Presidencial contra a Malária)
PMIDRCP	Programa Municipal Integrado de Desenvolvimento e Combate à Pobreza
PNCM	Programa Nacional de Controlo de Malária
PNCT	Plano Nacional de Controlo da Tuberculose
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNDS	Plano Nacional de desenvolvimento Sanitário
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPC	Paridade do Poder de Compra
PPMDS	Planos Provinciais e Municipais de Desenvolvimento Sanitário
PRM	País de Rendimento Médio
PROAPEN	Programa de Apoio ao Pequeno Negócio
PRS	Partido de Renovação Social
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
QUIBB	Inquérito de Indicadores Básicos de Bem-Estar
RMM	Razão de Morte Materna
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIS	Sub-Sistema de Informação em Saúde
SISAS	Sistema de Informação do Sector de Águas e Saneamento
SNN	Secção Nacional de Nutrição
TAAG	Transportes Aéreos Angolanos
TB	Tuberculose
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UE	União Europeia
UEN	Unidade Especial de Nutrição
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development (Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento)
UNFCCC	Convenção Quadro das Nações Unidas para o Combate às Alterações Climáticas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola
UNSTATS	Comissão de Estatística das Nações Unidas
USAID	United States Agency for International Development (Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos)
USD	Dólar dos Estados Unidos
VBG	Violência Baseada no Género
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
ZIP	Zonas de Influência Pedagógicas

Introdução

Angola, como país signatário da Declaração do Milénio¹, foi um dos 189 países que se comprometeu a alcançar até 2015 os 8 Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM):

- Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome;
- Objectivo 2: Alcançar o ensino primário universal;
- Objectivo 3: Promover a igualdade de género e empoderamento das mulheres e raparigas;
- Objectivo 4: Reduzir a mortalidade em crianças com menos de 5 anos;
- Objectivo 5: Melhorar a saúde materna;
- Objectivo 6: Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças;
- Objectivo 7: Garantir a sustentabilidade ambiental;
- Objectivo 8: Desenvolver uma Parceria Global para o Desenvolvimento.

Os ODM constituem um conjunto articulado de temas, interligados no quadro de uma agenda global e estão desdobrados, para o caso de Angola, em vinte (20) Metas, que agregam 56 Indicadores relacionados aos acordos fundamentais assinados nas cimeiras mundiais das Nações Unidas, nos anos 90, de onde decorre um desígnio integral para ser considerado nas agendas nacionais e internacionais.

Até ao momento, foram elaborados em Angola três relatórios de progresso para a avaliação e monitoria das Metas e seus Indicadores, que permitem verificar a consecução de cada ODM em diferentes períodos, tendo o primeiro sido em 2003, o segundo em 2005 e o terceiro em 2010.

O presente relatório, o quarto, reflecte os progressos realizados pelo país até 2015 para atingir cada uma das Metas dos Objectivos do Milénio.

A elaboração deste relatório beneficiou dos resultados do Inquérito de Indicadores Básicos de Bem Estar (QUIBB 2011) realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e dos resultados das diferentes análises realizadas pelos Departamentos Ministeriais e Agências do Sistema das Nações Unidas em Angola, através de pesquisa e tratamento de dados relacionados com as áreas dos ODM.

Como parte desse esforço, o Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT) coordenou, com apoio das Nações Unidas, um Grupo Técnico integrado por representantes dos Departamentos Ministeriais e Agências das Nações Unidas com acções directas nos ODM, que teve a missão de articular os trabalhos de preparação deste Relatório².

Para o processo de elaboração do Relatório Nacional de Angola sobre os ODM 2015 realizaram-se 3 workshops:

1. Workshop de lançamento do processo, presidido conjuntamente pelo Ministro do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial e o Coordenador Residente das Nações Unidas. O workshop contou com a presença de membros do Governo e representantes das Agências das Nações Unidas em Angola.
2. Workshop técnico, com a participação dos Pontos Focais Ministeriais e das Agências das Nações Unidas, onde foram constituídos 8 grupos de trabalho, para refinar toda informação disponível.
3. Workshop com a participação da sociedade civil, para obter as suas contribuições.

O relatório é, assim, o resultado de um processo abrangente e intenso de trabalho que reflecte as contribuições de mais de uma centena de representantes do Governo de Angola e Agências das

¹ Organização das Nações Unidas-Assembleia Geral, "Declaração do Milénio, 6-8 de Setembro," Nova York, EUA, 2000.

² Foi realizado um trabalho conjunto entre os Ministérios e as Agências das Nações Unidas para a elaboração dos inputs de cada indicador. Diferentes Grupos de Trabalho foram formados no seio do Grupo Técnico. Posteriormente foram realizadas 20 reuniões técnicas que visaram analisar cada um dos indicadores dos ODM e discutir cada Meta.

Nações Unidas –e com os aportes da sociedade civil–, que participaram activamente nas deliberações, oferecendo conhecimentos e apoio técnico de diferentes perspectivas, tornando o Relatório um documento que capta a realidade nacional.

ue participaram activamente nas deliberações e intercâmbio de conhecimentos, oferecendo aporte técnico de diferentes perspectivas, tornando o Relatório um documento que capta a realidade nacional.

O Relatório está estruturado em vários capítulos. O capítulo principal, Progressos alcançados nos ODM até 2015, oferece uma visão panorâmica do estado da situação dos ODM em Angola, contemplando a análise de cada um dos indicadores através dos seguintes pontos:

- Tendências: Avaliação da situação actual e da evolução do indicador.
- Políticas e Programas: Indicação das políticas e programas mais relevantes implementadas para promover o alcance da meta.
- Desafios e Recomendações: Identificação dos principais constrangimentos e apresentação de recomendações concretas para enfrenta-los.

Pela avaliação realizada, duas (2) das vinte (20) Metas apresentam uma probabilidade muito alta de serem alcançadas, onze (11) intermédia, três (3) intermédia/baixa e cinco (5) baixa, como se observa no quadro 1.

Apesar de não se terem atingidos todos os ODM, o Governo de Angola reitera o seu compromisso com o desenvolvimento do país para alcançar os Objectivos pendentes e avançar na agenda de Desenvolvimento Sustentável pós-2015, que os Estados Membros das Nações Unidas subscreverão na Cimeira Mundial de Setembro em Nova York, rumo aos novos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que orientarão a política de desenvolvimento e as prioridades de financiamento durante os próximos 15 anos.

Os ODS propostos, embora de natureza global e universalmente aplicáveis, dialogam com as políticas e acções nos âmbitos regional e local, sendo construídos sobre as bases estabelecidas pelos ODM, de maneira a completar o trabalho deles e responder a novos desafios. Esses objectivos constituem um conjunto integrado e indivisível de prioridades globais para o desenvolvimento sustentável, que procuram aumentar a ambição dos ODM (erradicação da pobreza e da fome, saúde, educação, género) e promover a sustentabilidade económica (crescimento inclusivo, empregos e infraestrutura) e a sustentabilidade ambiental (combate às alterações climáticas, preservação dos recursos naturais do planeta, consumo e produção sustentável).

A proposta em discussão contém 17 objetivos, sendo 16 temáticos e um sobre meios de implementação, bem como 169 metas sobre questões de desenvolvimento sustentável.

Será impossível implementar esta agenda transformadora sem envolver múltiplos intervenientes a nível local, nacional, regional e global. Particularmente, o envolvimento da sociedade civil, deve ser consistentemente forte para implementar a Agenda pós-2015³.

³ Gallardo, Glenda, 2015. Dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (apresentação digital). PNUD. Angola.

QUADRO 1 OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO (ODM)				
ANGOLA: Resumo dos ODM, Metas e Indicadores				
Objectivos e Metas (da Declaração do Milénio)	Indicadores de avaliação do progresso	Probabilidade de se alcançar		
		Alta	Media	Baixa
Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome				
Meta 1.A: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem da população cujo rendimento é inferior a 1 dólar PPC por dia				
1.1 Percentagem da população com rendimento inferior a 1 dólar PPC por dia				
1.2 Índice do hiato de pobreza				
1.3 Participação dos 20% mais pobres da população na renda ou no consumo nacional				
Meta 1.B. Alcançar o emprego pleno e produtivo e o trabalho decente para todos, incluindo mulheres e jovens				
1.4 Taxa de crescimento do PIB por pessoa empregada				
1.5 Razão entre emprego e população dos dois sexos				
1.6 Percentagem de pessoas empregadas com renda inferior a 1 dólar PPC por dia			N.D ⁴	
1.7 Percentagem de trabalhadores por conta própria e que contribuem para a previdência social, em relação ao emprego total			N.D	
Meta 1.C: Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome				
1.8 Prevalência de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade				
1.9 Percentagem da população que não atinge as necessidades energéticas ou calóricas na dieta				
Objectivo 2: Alcançar o ensino primário universal				
Meta 2.A. Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo do ensino primário				
2.1 Taxa líquida de escolarização no ensino primário				
2.2 Percentagem de alunos que iniciam a 1ª classe e chegam à última classe do ensino primário				
2.3 Taxa de Alfabetização dos 15-24 anos, mulheres e homens				
Objectivo 3: Promover a igualdade de género e o empoderamento das mulheres				
Meta 3.A: Eliminar as disparidades de género no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino o mais tardar até 2015				
3.1 Relação rapazes/raparigas no ensino básico, médio e superior				
3.2 Percentagem de mulheres assalariadas no sector não-agrícola				
3.3 Percentagem de mulheres exercendo mandatos na Assembleia nacional				
Objectivo 4: Reduzir a mortalidade na infância				
Meta 4.A: Reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos, entre 1990 e 2015				
4.1 Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos				
4.2 Taxa de mortalidade infantil				
4.3 Percentagem de crianças com 1 ano de idade vacinadas contra o sarampo				
Objectivo 5: Melhorar a saúde materna				
Meta 5.A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna				
5.1 Taxa de mortalidade materna				
5.2 Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado				
Meta 5.B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva				
5.3 Percentagem de mulheres de 15 a 49 anos que usam métodos contraceptivos				
5.4 Taxa de nascimentos entre adolescentes				
5.5 Cobertura de atendimento pré-natal com pelo menos quatro consultas				
5.6 Necessidades de planeamento familiar não atendidas				

⁴ Informação não disponível para estes indicadores.

QUADRO 1 OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO (ODM)				
ANGOLA: Resumo dos ODM, Metas e Indicadores				
Objectivos e Metas (da Declaração do Milénio)	Indicadores de avaliação do progresso	Probabilidade de se alcançar		
		Alta	Media	Baixa
Objectivo 6: Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças				
Meta 6.A: Deter e começar a reduzir, até 2015, a propagação do VIH/SIDA				
6.1 Prevalência do VIH entre a população com idade entre 15-24 anos				
6.2 Uso de preservativos na última relação sexual de alto risco				
6.3 Percentagem da população com idade entre 15-24 anos com conhecimento correcto e abrangente sobre VIH/SIDA				
6.4 Razão de frequência escolar de órfãos e não órfãos com idades entre 10-14 anos				
Meta 6.B: Alcançar, até 2010, o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA para todas as pessoas que precisam dele				
6.5 Percentagem da população com infecção avançada por VIH com acesso a medicamentos anti-retrovirais				
Meta 6.C: Até 2015, deter e começar a reduzir a incidência da malária e de outras doenças graves				
6.6 Incidência e mortalidade associadas à malária				
6.7 Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiros impregnados com insecticida				
6.8 Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre que são tratadas com medicamentos anti-malária apropriados				
6.9 Incidência, prevalência e mortalidade associadas à tuberculose				
6.10 Percentagem de casos de tuberculose detectados e curados sob observação directa e tratamento de curta duração				
Objectivo 7: Garantir a Sustentabilidade Ambiental				
Meta 7.A: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais				
7.1 Percentagem de área terrestre coberta por florestas				
7.2 Emissões de CO2e total, per capita e por cada \$1 (PPP)				
7.3 Consumo de substâncias que empobrecem a camada de ozono				
7.4 Percentagem de unidades populacionais de peixes dentro dos limites biológicos de segurança				
7.5 Percentagem de recursos totais de água utilizada				
Meta 7.B: Reduzir a perda de biodiversidade e alcançar, até 2010, uma redução significativa				
7.6 Percentagem de áreas protegidas, terrestres e marinhas				
7.7 Percentagem de espécies ameaçadas de extinção				
Meta 7.C: Reduzir para metade, até 2015, a percentagem da população sem acesso sustentável à água potável e ao saneamento básico				
7.8 Percentagem da população que utiliza uma fonte de água potável melhorada				
7.9 Percentagem da população com acesso às instalações de saneamento melhoradas				
Meta 7.D: Até 2020, ter alcançado uma melhoria significativa nas vidas de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros precários/degradados				
7.10 Percentagem da população urbana que vive em bairros precários/degradados				
Objectivo 8: Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento (É importante destacar que o alcance desta Meta não é apenas da responsabilidade de Angola, mas também da comunidade de doadores e dos países desenvolvidos)				
Meta 8.A: Continuar a desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório <i>Inclui o compromisso de alcançar uma boa gestão dos assuntos públicos, o desenvolvimento e a redução da pobreza, nos planos nacional e internacional.</i>				
Meta 8.B: Responder às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos <i>Inclui: Acesso livre de tarifas e quotas para as exportações dos menos desenvolvidos; programa de alívio da</i>				

QUADRO 1 OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO (ODM)				
ANGOLA: Resumo dos ODM, Metas e Indicadores				
Objectivos e Metas (da Declaração do Milénio)	Indicadores de avaliação do progresso	Probabilidade de se alcançar		
		Alta	Media	Baixa
<i>dívida reforçada dos países pobres altamente endividados e cancelamento da dívida bilateral oficial; e Ajuda Oficial para ao Desenvolvimento (AOD) mais generosa aos países menos avançados</i>				
Meta 8.C: Atender às necessidades especiais dos países em desenvolvimento sem litoral e dos pequenos Estados insulares (através do Programa de Ação de Desenvolvimento para o Desenvolvimento Sustentável dos Pequenos Estados Insulares em desenvolvimento e do resultado da vigésima segunda sessão especial da Assembleia Geral)			N.A ⁵	
8.1 Ajuda oficial ao desenvolvimento bilateral líquida, total para os países menos desenvolvidos, em percentagem do rendimento nacional bruto dos doadores da OCDE / CAD				
8.2 Percentagem de ajuda oficial ao desenvolvimento bilateral total dos doadores OCDE/CAD alocada para serviços sociais básicos (educação básica, cuidados primários de saúde, nutrição, água potável e saneamento)				
8.3 Proporção de ajuda oficial ao desenvolvimento bilateral de doadores da OCDE/CAD				
8.4 Ajuda oficial ao desenvolvimento recebida nos países em desenvolvimento sem litoral como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos			N.A	
8.5 Ajuda oficial ao desenvolvimento recebida nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos			N.A	
8.6 Proporção do total das importações dos países desenvolvidos (por valor e excluindo armas) provenientes de países em desenvolvimento e países menos desenvolvidos, isentos de direitos				
8.7 As tarifas médias impostas pelos países desenvolvidos sobre os produtos agrícolas, têxteis e vestuário de países em desenvolvimento				
8.8 Estimativa de apoio agrícola a países da OCDE como uma percentagem do seu produto interno bruto				
8.9 Proporção de ajuda oficial ao desenvolvimento fornecida para ajudar a construir a capacidade comercial			N.D	
Meta 8.D: Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais, a fim de tornar a sua dívida sustentável a longo prazo.				
8.12 Serviço da dívida total em percentagem de exportação de bens e serviços				
Meta 8.E: Em cooperação com as empresas farmacêuticas, assegurar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países em desenvolvimento				
8.13 Percentagem da população com acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis numa base sustentável				
Meta 8.F: Em cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente da informação e comunicação				
8.14 Linhas telefónicas fixas por 100 habitantes				
8.15 Assinaturas de celulares móveis por 100 habitantes				
8.16 Utilizadores de Internet por 100 habitantes				

⁵ Não aplicável para o caso de Angola.

Caracterização do país

A República de Angola é um país de dimensões continentais com vasta área costeira que se estende por 1.650 km de águas tropicais do Atlântico Sul. É dos mais extensos países da África ao sul do Sara, com uma costa marítima também das mais extensas do Continente africano. O território dispõe de 3 importantes portos de mar, Luanda, Lobito e Namibe, sendo o segundo considerado um dos melhores da costa ocidental de África. O clima é tropical ao Norte e subtropical ao Sul, sendo temperado nas zonas de maior altitude.

O país possui imensos solos férteis e abundantes recursos naturais, principalmente minerais e petróleo, o que lhe confere um grande potencial para o desenvolvimento económico, reforçado pelas reservas hidroeléctricas, vastos recursos marítimos e cerca de 35 milhões de hectares potencialmente aráveis⁶.

A República de Angola tornou-se numa nação independente em 11 de Novembro de 1975, após mais de 500 anos de colonização portuguesa. Encontra-se administrativamente dividida em 18 províncias⁷ e 163 municípios⁸. De acordo com os dados preliminares do Recenseamento Geral da População e da Habitação (RGPH) 2014, a população total foi estimada no ano 2014 em 24.383.301 pessoas, das quais 51,6% mulheres e 48,4% homens. O índice de masculinidade a nível nacional é de 94, isto é, em Angola existem 94 homens para cada 100 mulheres. A maior parte da população, 62,3%, concentra-se nas zonas urbanas. A demografia angolana caracteriza-se por uma elevada taxa de crescimento anual da população de mais de 3%, alta taxa de fecundidade de 6,4⁹ filhos por mulher, elevada percentagem de população jovem com menos de 14 anos de idade (47,8% da população total)¹⁰ e baixa esperança de vida ao nascer 45,4¹¹ anos. Por cada quilómetro quadrado do país residem 19 pessoas. A província de Luanda é a mais populosa, concentrando 27% da população do país.

A economia angolana cresceu a um ritmo médio anual de cerca de 8% no período 2003-2013, demonstrando um crescimento robusto. O PIB per capita passou de \$1.121 USD em 2002 para \$5.199¹² em 2014, colocando Angola na categoria internacional de país de rendimento médio.

Apesar do sector petrolífero ter ainda um peso significativo na estrutura do PIB, o mesmo tem vindo a reduzir-se, passando de 44% em 2012 para 39% em 2013¹³. O sector do comércio e serviços tem vindo a apresentar maior dinamismo, sendo o segundo mais importante na estrutura económica do país, embora os restantes sectores de atividade, dos quais, a maior parte da população, depende em termos de emprego e rendimento, também vão aumentando paulatinamente o seu peso no PIB.

Após a assinatura do Acordo de Paz em 2002, o desenvolvimento do país é notável, no entanto, Angola continua a enfrentar desafios significativos de desenvolvimento¹⁴, sobre tudo relacionados com a diversificação económica¹⁵ e com os indicadores sociais de acesso à educação, saúde, água potável e saneamento, habitabilidade e igualdade de género.

⁶ Plano de Desenvolvimento de Médio Prazo do Sector Agrário 2013 -2017.

⁷ Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Cunene, Huambo, Huila, Cuando Cubango, Cuanza-Norte, Cuanza-Sul, Luanda, Lunda-Norte, Lunda-Sul, Malange, Moxico, Namibe, Uíge, Zaire.

⁸ Governo de Angola, Ministério do Planeamento. Monografia de Angola, 2008.

⁹ Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito Integrado sobre o Bem Estar da População (IBEP 2008-2009). UNICEF estima a taxa de fertilidade para 2013 em 5,9 filhos por mulher.

¹⁰ Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito de Indicadores Básicos de Bem-estar (QUIBB 2011).

¹¹ INE, QUIBB 2011. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) estima a esperança de vida ao nascer em 51,9 anos (Relatório do Desenvolvimento Humano 2014).

¹² Contas Nacionais do INE (2002-2013) e Projeção do Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (2014).

¹³ Instituto Nacional de Estatística (INE).

¹⁴ O Índice de Desenvolvimento Humano foi de 0,526 no ano 2013, ocupando o país a posição 149 entre 187 países (PNUD, IDH 2014).

¹⁵ Angola é uma economia fortemente dependente do sector petrolífero e das suas exportações. Mais de 90% das exportações de Angola proveem do sector petrolífero, sendo o índice de Herfindahl-Hirschman aplicado às exportações de 0,85, em 2013. Assim, o grande desafio económico para Angola é a diversificação da sua economia, incrementando a produtividade dos sectores primários e protegendo a indústria nacional.

Progressos alcançados nos ODM até 2015

Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome

O primeiro Objectivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM 1) consiste em acabar com a pobreza extrema e a fome. De acordo com o Relatório Global dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas 2014, o mundo já alcançou, cinco anos antes do previsto, esta meta. Em Angola, a acção articulada e planeada do Executivo, em cooperação com outros sectores da sociedade, tem levado à implementação de programas, desde o ano de 2001, cujos resultados alcançados mostram a redução significativa da pobreza extrema e a fome.

Meta 1.A: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem da população cujo rendimento é inferior a 1 dólar PPC por dia

A evolução dos indicadores nacionais mostra uma melhoria significativa da incidência da pobreza em Angola, do índice do hiato de pobreza e do coeficiente de Gini, alcançando-se as metas estabelecidas. As tendências dos dados demonstram que o governo ao longo dos últimos 15 anos foi adoptando uma série de políticas articuladas com vista à redução da pobreza inseridas nas Estratégias de Redução da Pobreza, que foram operacionalizadas através dos Planos Económicos, Sociais e dos Orçamentos do Estado.

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 3 indicadores, designadamente:

- Percentagem da população com rendimento inferior a 1 dólar PPC por dia;
- Índice do hiato de pobreza;
- Participação dos 20% mais pobres da população na renda ou no consumo nacional.

A. TENDÊNCIAS:

Indicador 1.1: Percentagem da população com rendimento inferior a 1 dólar PPC por dia¹⁶

A situação de crise social que o país viveu nos trinta anos de guerra civil reflectiu-se em todos os sectores da economia nacional, sobretudo no domínio agrícola, no êxodo das populações rurais, e nos indicadores de desenvolvimento. Depois do acordo de Paz, celebrado em Abril de 2002, o Governo de Angola desenvolveu a sua Estratégia de Combate à Pobreza (ECP) para garantir que todos possam beneficiar, de forma equitativa, do processo de reconstrução e desenvolvimento nacional. A implementação da ECP a nível nacional trouxe resultados visíveis no desenvolvimento do país.

As acções desenvolvidas no âmbito da ECP permitiram a evolução deste indicador como se constata na tabela abaixo.

Tabela 1: Evolução do indicador 1.1

INDICADOR	1990	1996	2001	2008	Meta
Percentagem da população com rendimento inferior a 1 dólar PPC por dia	36	61	68 ¹⁷	36,6	34

Fonte: Relatórios de Progresso ODM e INE (IBEP) 2008-2009.

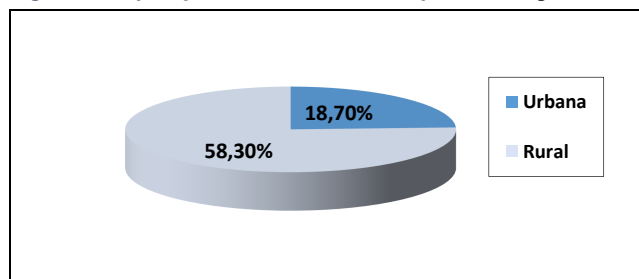
Como se pode observar, a percentagem da população com rendimento inferior a 1\$ PCC por dia passou de 36% em 1990 para 68% em 2001. Este agravamento deveu-se à situação de conflito armado terminado em 2002, período em que a pobreza alcançou a taxa mais elevada, havendo 26%

¹⁶ A nível internacional a margem para a pobreza está situada em 2 USD/dia e para a pobreza extrema ou indigência em 1 USD/dia. Em Angola considera-se o limiar da pobreza em 1,70 USD/dia e o limiar da pobreza extrema ou indigência em 0,76 USD dia (Ministério do Planeamento, Estratégia de Combate à Pobreza, edição revista 2005.)

em situação de pobreza extrema. Assim sendo, Angola comprometeu-se em reduzir para metade (34%) até 2015, a incidência de pobreza do ano 2001, tendo reduzido para 36,6% em 2008, atingindo 93% da meta estabelecida.

A incidência de pobreza é maior nas áreas rurais, tal como se observa na figura abaixo.

Figura 1: População abaixo da linha da pobreza segundo meio urbano ou rural



Embora o comportamento do indicador nacional de pobreza reflita evolução, ainda existem no país algumas assimetrias territoriais, de acordo com a figura ao lado.

Fonte: INE (IBEP 2008-2009).

A fim de consolidar esta tendência, o PND 2013-2017 tem como um dos programas prioritários para a redução da pobreza o “Programa Municipal Integrado de Desenvolvimento Rural e Combate à Pobreza”, que visa essencialmente a reduzir a pobreza no meio rural.

Indicador 1.2: Índice do hiato de pobreza

O índice do hiato de pobreza refere-se a percentagem da renda necessária para elevar todos os pobres acima da linha da pobreza. A profundidade de pobreza resume-se na distância média, em percentagem, entre a condição de pobreza do indivíduo e a linha de pobreza. Este índice registou, em 2009, a magnitude de 12,7% de acordo com os dados do IBEP 2008/2009.

A tabela abaixo apresenta a evolução dos indicadores da pobreza, em termos de profundidade e hiato de pobreza.

Tabela 2: Evolução dos indicadores de pobreza

INDICADORES	2000	2008/2009	Meta
a. Profundidade de pobreza ao nível da linha da pobreza nacional (%)	--	12,7	--
b. Índice do hiato de pobreza a 1,25 dólares PPC por dia (%)	29,94	16,45	14,97

Fonte: Indicador a): INE (IBEP 2008/2009); Indicador b): Banco Mundial¹⁸.

A nível internacional o Banco Mundial estabelece dados para o Índice do hiato de pobreza a 1,25 dólares PPC por dia. A melhoria deste índice, em Angola, é evidente, tendo passado de 29,94%, em 2000, para 16,45%, em 2008, o que representa quase uma redução da pobreza para a metade. Este progresso é semelhante à redução para cerca de metade da percentagem da população com rendimento inferior a 1 dólar PPC por dia, entre os anos 2000 e 2008.

Indicador 1.3: Participação dos 20% mais pobres da população na renda ou no consumo nacional

Este indicador mede a desigualdade na distribuição do consumo do quintil mais pobre da população (1º quintil).

A tabela abaixo mostra a evolução dos indicadores da participação da população mais pobre no consumo nacional.

¹⁷ Relatórios de Progresso sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, Angola 2003, 2005 e 2010.

¹⁸ Dados de supervisão global baseados no consumo

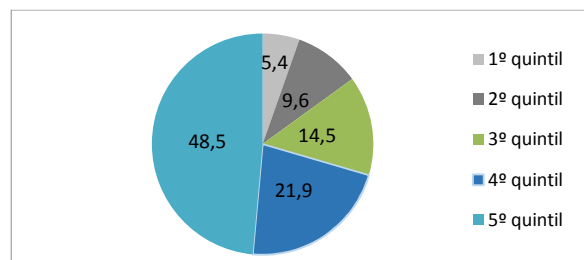
Tabela 3: Evolução do indicador 1.3

INDICADOR	2000	2008/2009	Meta
Participação dos 20% mais pobres da população no rendimento ou no consumo nacional (1º quintil)	2	5,4	4

Fonte: INE (IBEP 2008/2009) e Banco Mundial.

Os dados do IBEP 2008/2009 revelam um ligeiro progresso na participação do quintil mais pobre da população no consumo nacional. No ano 2000, este quintil participou no consumo com 2%, tendo duplicado, em 2009, para 5,4%, mas apresentando ainda um valor muito pequeno, enquanto o 5º quintil consumia 48,5%, tal como se observa na figura a seguir.

Figura 2: Desigualdade na distribuição do consumo (%)



Fonte: INE (IBEP 2008/2009).

A diferença do consumo entre os segmentos mais pobre e o mais rico da população de Angola traduziu-se num coeficiente de Gini de 0,43 (referido ao consumo). Quando o coeficiente de Gini de um país é superior a 0,40 significa que há uma grande diferença entre ricos e pobres, pelo que se pode afirmar que a riqueza está concentrada nas mãos de poucos indivíduos.

A distribuição geográfica do 1º quintil, relativamente ao consumo nacional, é a que consta na tabela a seguir:

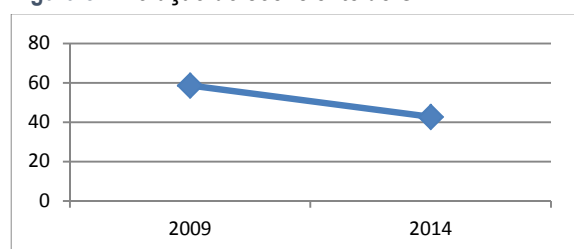
Tabela 4: Distribuição geográfica do 1º quintil

Região	Luanda	Região Norte	Região Este	Região Centro Norte	Região Sul	Região Centro Sul
Porcentagem do 1º Quintil	7,7	7,3	7,2	6,9	6,4	5

Fonte: INE (IBEP 2008/2009).

Quanto ao rendimento, o IBEP 2008/2009 demonstra que o quintil mais pobre contribuiu com 3,2% das receitas nacionais, enquanto que o quintil mais rico contribuiu com 59,4%, traduzindo-se esta diferença num Coeficiente de Gini de 0,55, que felizmente tem vindo a melhorar como mostra a figura a seguir.

Figura 3: Evolução do coeficiente de Gini



Fonte: PNUD 2009 e 2014.

Observa-se uma evolução positiva do coeficiente de Gini, em Angola, nos últimos 5 anos, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD 2014.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

A redução da pobreza constitui um dos objectivos prioritários da política de desenvolvimento adoptada pelo Governo, incluindo as estratégias de Combate a Pobreza e de Segurança Alimentar e Nutricional, ambas inseridas actualmente num único programa reajustado, designado Programa Municipal Integrado de Desenvolvimento Rural e Combate a Pobreza (PMIDRCP), que é implementado e gerido directamente pelas Administrações Municipais, constituindo-se, desta forma, num instrumento efectivo de descentralização e capacitação dos Municípios para o desenvolvimento local.

Tendo como um dos objectivos a redução da pobreza, em particular no meio rural, o Governo, através do PND 2013-2017, tem vindo a implementar vários programas que visam promover o acesso à

alimentação de qualidade e à bens públicos essenciais à vida (água potável, saúde, educação, energia, saneamento e habitação), nomeadamente:

- Programa Municipal Integrado de Desenvolvimento Rural e Combate à Pobreza (PMIDRCP);
- Programa de Extensão e Desenvolvimento Rural e do Fomento Agrícola;
- Programa de Fomento da Pequena Indústria Rural (PROFIR);
- Estratégia Nacional do Comércio Rural e Empreendedorismo (ENACRE);
- Programa Nacional de Desenvolvimento da Mulher Rural (PNADEMUR);
- Programa “Água para Todos”;
- Programa de Desenvolvimento da Agricultura Familiar;
- Programa de Extensão e Desenvolvimento Rural e do Fomento Agrícola;
- Programa de Apoio e Fomento da Produção Animal.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

A redução da pobreza continua a ser um grande desafio para o Governo. Assim, os principais desafios prendem-se com o seguinte:

- Redução das assimetrias verificadas entre o meio rural e urbano sobre a incidência da pobreza;
- Fortalecimento da participação das mulheres na tomada de decisões estratégicas, no mercado de trabalho e acesso à terra, no desenvolvimento comunitário, nas associações rurais e na gestão dos recursos naturais;
- Sistematização e partilha de informação e dados estatísticos sociais;
- Fortalecimento das instituições locais e promoção da produção nas zonas rurais.

Recomendações:

Tendo em atenção os desafios acima identificados, recomenda-se o seguinte:

- A produção de informação estatística sistemática e desagregada (nacional, local e género) para avaliar o alcance dos resultados dos programas de luta contra a pobreza;
- Integração da abordagem do género na priorização das medidas de política para o combate à pobreza;
- Melhorar os mecanismos de coordenação, avaliação e monitoria do PMIDRCP;
- Implementação de um conjunto de medidas que promovam as transferências sociais para os grupos mais vulneráveis;
- Avaliar o impacto das medidas de protecção social não contributiva, incluindo transferências de rendimentos (dinheiro) e ampliar os recursos alocados para os casos de sucesso;
- Assegurar uma política social coesa, devidamente coordenada, que garante maior eficiência na protecção social.

Meta 1.B: Alcançar o pleno emprego e assegurar a todas as pessoas, incluindo mulheres e jovens, um trabalho digno e produtivo

Na segunda metade da década de 2000, houve uma revisão das metas dos ODM, tendo sido acrescentada ao Objectivo 1 a meta para garantir o trabalho decente e produtivo para todos, promovendo a inclusão de mulheres e jovens, embora não tenha sido definido um valor para avaliar o cumprimento desta meta. Para o seu alcance foram definidos 4 indicadores, designadamente:

- Taxa de crescimento do PIB por pessoa empregada;

- Razão entre emprego e população dos dois sexos;
- Percentagem de pessoas empregadas com renda inferior a 1 dólar PPC por dia;
- Percentagem de trabalhadores por conta própria e que contribuem para a previdência social, em relação ao emprego total.

A. TENDÊNCIAS:

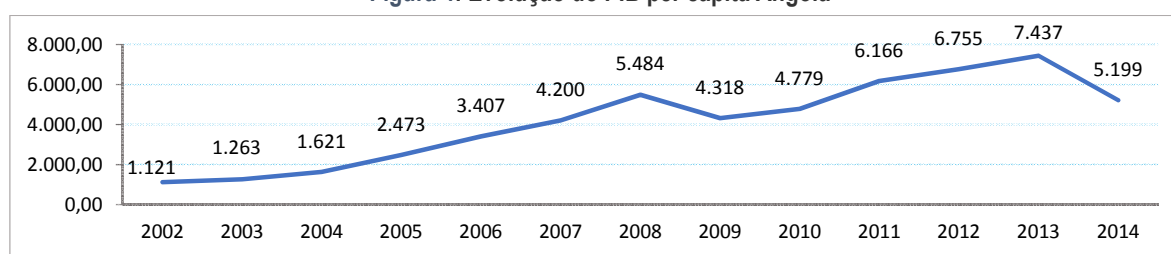
Indicador 1.4: Taxa de crescimento do PIB por pessoa empregada¹⁹

A taxa de crescimento da produtividade dos trabalhadores de um ano a outro é definida como a quantidade média do produto por trabalhador ocupado.

O PND 2013-2017 definiu a política de “Promoção do Emprego, Capacitação e Valorização dos Recursos Humanos”, que contribui para o alcance deste indicador.

O PIB per capita (em USD) tem registado uma evolução positiva e crescente, tal como mostra a figura abaixo.

Figura 4: Evolução do PIB per capita Angola



Fonte: MPDT e INE.

A queda do PIB per capita observada no ano de 2009 é consequência da crise financeira e económica de 2008, enquanto que em 2014 deve-se à actualização dos dados da população (RGPH 2014). O Recenseamento Geral da População e Habitação²⁰ de 2014 indica que residem em Angola 24.383 milhões de pessoas, observando-se um aumento de mais de 5 milhões de pessoas comparativamente ao ano de 2013.

A expansão da economia angolana tem reflectido na melhoria dos resultados do mercado de trabalho nos últimos anos. O crescimento da força de trabalho tem variado entre 2,64% a 3,84%, como se observa na tabela a seguir.

Tabela 5: Evolução da Força de Trabalho

ANO	Força de Trabalho	Diferença	% Variação
2002	5.530.010	161.105	3.00
2003	5.717.367	187.357	3.39
2004	5.902.911	185.544	3.25
2005	6.065.208	162.297	2.75
2006	6.236.723	171.515	2.83
2007	6.401.237	164.514	2.64
2008	6.597.146	195.909	3.06
2009	6.848.824	251.678	3.81
2010	7.111.735	262.911	3.84
2011	7.355.111	243.376	3.42
2012	7.628.708	273.597	3.72

Fonte: Banco Mundial.

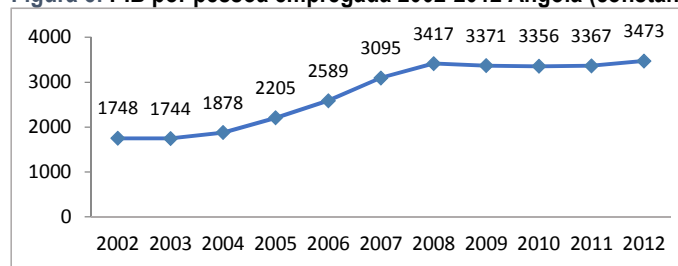
Para o efeito de cálculo recorreu-se aos dados sobre evolução da força de trabalho, que contam na tabela 5.

¹⁹ O PIB per capita por pessoa empregada é o PIB dividido pelo total de emprego na economia. Analiticamente é apresentado pela equação: Produtividade da força de trabalho = PIB / Emprego total.

²⁰ O Recenseamento Geral da População e Habitação de Angola 2014 é o primeiro depois da Independência Nacional. O último Censo foi realizado em 1970, antes da independência.

Uma vez aplicada a fórmula, produtividade do trabalho = PIB / emprego total, obteve-se a evolução do PIB por pessoa empregada, tal como se observa na figura abaixo.

Figura 5: PIB por pessoa empregada 2002-2012 Angola (constante 190 \$)

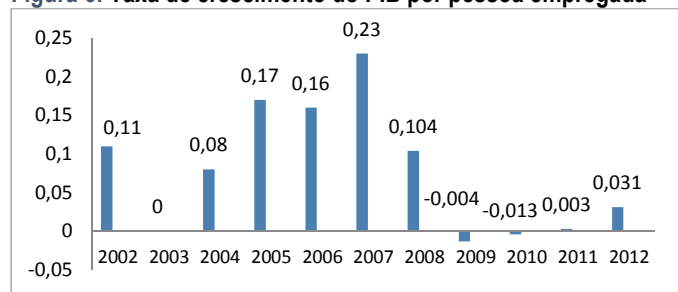


Fonte: MPDT, INE e Banco Mundial.

Como se pode observar, o PIB por pessoa empregada cresceu de forma constante em Angola, tendo abrandado o ritmo de crescimento a partir de 2008.

A análise do conjunto de estatísticas de crescimento indica que, entre 2009 e 2012, o país apresentou uma trajetória ascendente da taxa de crescimento do PIB por pessoa empregada, como mostra a figura a seguir.

Figura 6: Taxa de crescimento do PIB por pessoa empregada



Fonte: MPDT, INE e Banco Mundial.

A taxa de crescimento anual médio do PIB por pessoa empregada em Angola é calculada em aproximadamente 8% para o período 2002-2012.

O crescimento do país foi sustentado principalmente por projectos de capital intensivo, ligados às explorações de petróleo, tendo criado limitadas oportunidades de emprego. A redução do peso do sector petrolífero no PIB, fruto da recuperação paulatina dos sectores não petrolíferos, tem vindo a apresentar alguns resultados na geração de novos empregos.

No período 2009-2011, de acordo com os dados apurados pelo Grupo Técnico Multisectorial para Tratamento dos Dados Numéricos do Mercado de Emprego, foram criados aproximadamente 500.000 novos postos de trabalhos, principalmente na agricultura (182.289), comércio (121.037), construção (90.337) e serviços públicos (92.218).

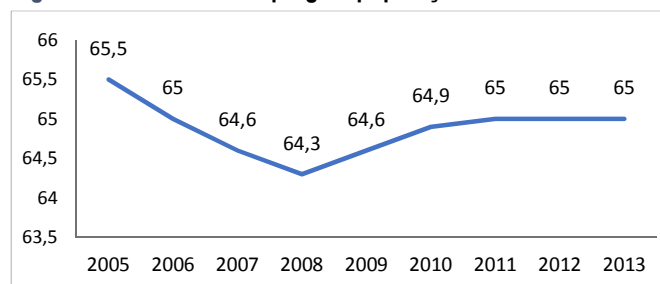
A formação profissional é um dos factores chave que o Governo tem vindo a desenvolver, consubstanciado nas inúmeras acções de formação em todos os sectores económicos, fomentando o empreendedorismo e a inserção na vida activa de muitos angolanos, particularmente daqueles que procuram o primeiro emprego. Neste quadro, um dos elementos mais fortes da estratégia angolana para fomentar o emprego, com vista à redução da pobreza e melhorar a produtividade da força de trabalho, é o sistema de Ensino e a Formação Profissional. Hoje Angola tem cerca de 555 centros de formação profissional, dos quais 140 são tutelados pelo Instituto Nacional de Emprego e Formação Profissional, bem como 51 centros de emprego espalhados nas 18 províncias do país.

Indicador 1.5: Razão entre emprego e população dos dois sexos

A razão entre emprego e população dos dois sexos é a melhor medida das condições do mercado de trabalho. É um indicador estatístico que mede a percentagem da população em idade de trabalhar (15-60 anos em Angola) que está empregada. Este cálculo inclui pessoas que já deixaram de procurar emprego.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), uma pessoa é considerada empregada se trabalhou pelo menos 1 hora num emprego remunerado na semana mais recente. Baseada nesta definição, foi calculada a razão entre emprego e população conforme a figura que se segue.

Figura 7: Razão entre emprego e população²¹



Fonte: Banco Mundial.

De uma maneira geral, a razão é elevada quando esta acima de 70% da população em idade de trabalhar. A razão é considerada baixa quando esta abaixo de 50%. A figura mostra que a razão entre emprego e população em Angola, passou de 64,3% em 2008 para 65% em 2013, o que é um valor bastante positivo.

De acordo com as projecções do Banco Mundial, a razão estará acima de 65% até 2023.

Indicador 1.6: Percentagem de pessoas empregadas com renda inferior a 1 dólar PPC por dia

Não há dados disponíveis para este indicador, e nenhum alvo específico foi fixado para Angola.

Indicador 1.7: Percentagem de trabalhadores por conta própria e que contribuem para a previdência social, em relação ao emprego total

Idem (ver indicador 1.6).

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

Um dos objectivos do Governo de Angola é a promoção da competitividade e o desenvolvimento sustentável dos vários sectores da actividade económica, em linha com as políticas e prioridades para o desenvolvimento territorial. Para a sua realização, foram definidos 3 Programas de Acção Fundamentais e 23 medidas de política, que contribuirão para a diversificação e desenvolvimento de actividades económicas geradoras de riqueza e de emprego, destacando-se os seguintes:

- Política de Rendimentos e Preços;
- Estratégia Nacional de Criação de Emprego;
- Sistema Nacional de Formação Profissional;
- Programa de Elaboração e Implementação da Estratégia Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos, implementado por via da Estratégia Nacional de Formação de Quadros e o Plano Nacional de Formação de Quadros;
- Programa “Diversificação da Produção Nacional”;
- Programa “Angola Investe”;
- Programas “AVANÇO”, Fomento do Auto-emprego e Empreendedorismo na Comunidade;
- Implementação dos Centros Locais de Empreendedorismo e Serviços de Emprego;
- Implementação dos Pavilhões Ocupacionais de Prestação de Serviços (pro-trabalho);
- Programa de reconversão da economia informal;

²¹ Não há dados disponíveis desagregados por género.

- Programa de Formação Feminina, com a construção de centros de formação profissionais dirigidos às mulheres, bem como a reorientação dos cursos ministrados em determinadas localidades.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

- Reconversão da economia informal;
- Continuar a aposta na ciência, empreendedorismo e inovação como fontes de geração de rendimento e riqueza;
- Diminuição do desemprego em geral e, especificamente, das mulheres e dos jovens;
- Expansão do número de postos de trabalho dignos, apostando na formação e capacitação contínua dos recursos humanos.

Recomendações:

- Desenvolver a agricultura e a agro-indústria;
- Promover micro e pequenas empresas sustentáveis: estabelecimento de ligações entre universidades, institutos de investigação e pequenas empresas e expansão de instituições de microfinanças;
- Melhorar os circuitos de comercialização internos e atender os mercados de exportação;
- Fomentar o empreendedorismo e a expansão do sector de serviços (indústrias não manufactureiras), como os transportes, comunicação, TIC, banca, seguros, vendas, assistência à saúde, turismo, artes e entretenimento, imóveis e empresas de aluguer, para à criação de emprego;
- Expandir e diversificar a rede de formação profissional;
- Desenvolver a formação formal e profissional que permita integrar as mulheres e os jovens no mercado de trabalho;
- Implementar acções específicas dirigidas à redução do desemprego das mulheres;
- Promover programas de emprego para as mulheres e jovens e medidas de conciliação da vida laboral e familiar;
- Avaliar e monitorar o Programa Nacional de Formação de Quadros.

Meta 1.C: Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a percentagem da população que sofre de fome

A terceira meta do Objectivo 1 tem como finalidade reduzir a prevalência de subnutrição infantil em crianças menores de 5 anos e aumentar o acesso da população aos bens que permitem suprir as necessidades energéticas.

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 2 indicadores, designadamente:

- Prevalência de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade;
- Percentagem da população que não atinge as necessidades energéticas ou calóricas na dieta.

De acordo com a informação disponível, Angola alcançou esta Meta internacional. A evolução dos indicadores mostra uma redução considerável da prevalência de crianças abaixo de peso e da percentagem da população sub-alimentada, atingindo-se as metas dos dois indicadores.

O PND 2013-2017, tem, como um dos programas, a “Segurança Alimentar e Nutricional”, que contribui para o alcance desta meta.

A. TENDÊNCIAS:

Indicador 1.8: Prevalência de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade

A adequação do peso para a idade reflecte o estado nutricional recente da criança e, conseqüentemente, o aporte calórico no período próximo à realização da medida. Mas outras medidas antropométricas são relevantes, como o déficit de altura para a idade, que indica a desnutrição crónica.

Os indicadores do estado nutricional das crianças apresentam uma evolução muito positiva. De acordo com os dados do INE e do MINSA, a percentagem de crianças menores de 5 anos abaixo do peso normal diminuiu para metade, entre 2001 e 2007, tal como se observa na tabela abaixo.

Tabela 6: Indicadores da Situação Nutricional das Crianças Menores de 5 anos (%)

Indicadores	1996	2001	2007	Meta
Peso para a idade (baixo peso)	42	31	15,6	21
Altura para idade (nanismo)	53	45	29,2	26,5
Peso para altura (marasmo)	6	6	8,2	3

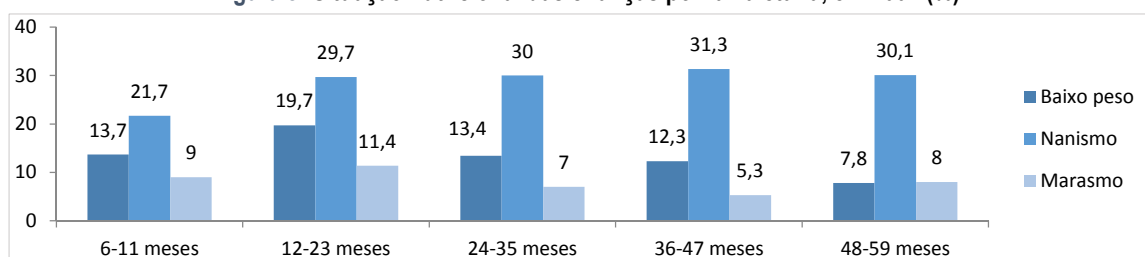
Fontes: INE: MICS-I (1996-1997) e MICS-II (2001). Ministério da Saúde: Inquérito Nacional de Nutrição em Angola, 2007.

A tabela acima mostra, ainda, que a prevalência do nanismo (proporção de crianças que têm altura inferior à recomendada para a idade) também apresenta uma melhoria muito positiva, apesar de afectar ainda um terço das crianças. Contudo, o indicador mais preocupante é a prevalência do marasmo que aumentou de 6% em 2001 para 8,2% em 2007.

A desnutrição afecta principalmente à área rural. O nanismo é mais prevalente nas Regiões Sul, Oeste e Centro Sul e a maior taxa de prevalência de crianças menores de 5 anos de baixo peso é encontrada na Região Sul.

O último inquérito nacional sobre a situação nutricional das crianças, revela que a faixa etária mais crítica para as crianças, é dos 24 aos 47 meses, ou seja após o desmame, como mostra a figura a seguir.

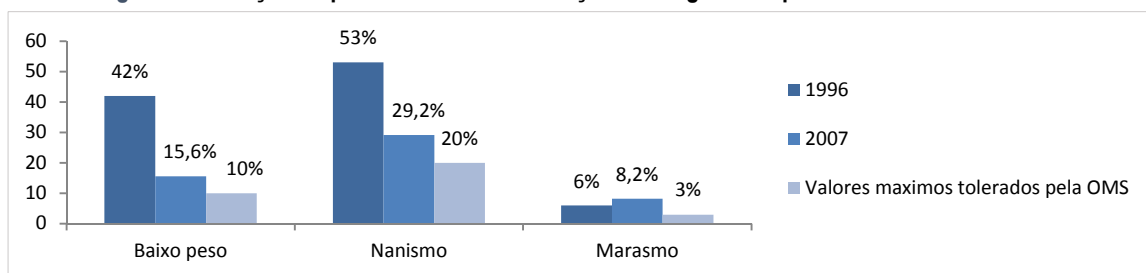
Figura 8: Situação nutricional das crianças por faixa etária, em 2007 (%)



Fonte: MINSA 2007.

Embora o país tenha reduzido para mais da metade a prevalência de crianças menores de 5 anos abaixo do peso, entre 1996 e 2007, os indicadores não atingiram os valores recomendados pela OMS, tal como se observa na figura abaixo.

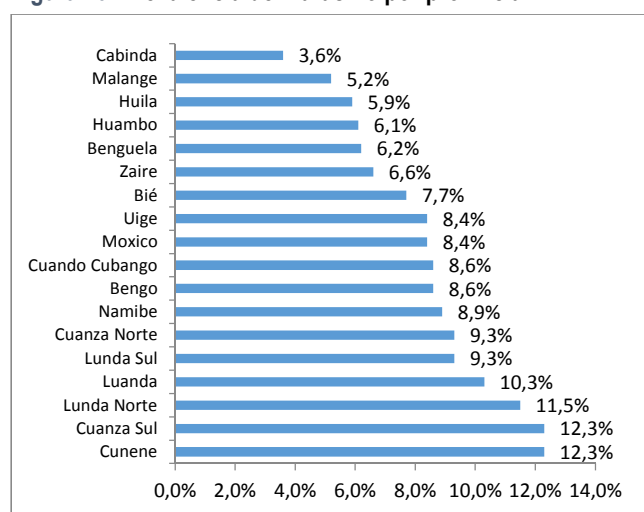
Figura 9: Evolução da prevalência da subnutrição em Angola comparada com o limite da OMS



Fonte: INE 1996 e MINSa 2007.

A análise das taxas de subnutrição, com base no Inquérito Nacional de Nutrição 2007, em Angola, mostra algumas disparidades por região e área de residência, tal como se verifica na figura abaixo.

Figura 10: Prevalência de marasmo por província



Fonte: MINSa 2007.

O marasmo é predominante na Região Sul, Leste e em Luanda, sendo as províncias de Cunene, Cuanza Sul, Lunda Norte, Luanda, Lunda Sul e Cuanza Norte as que apresentam maior prevalência de marasmo.

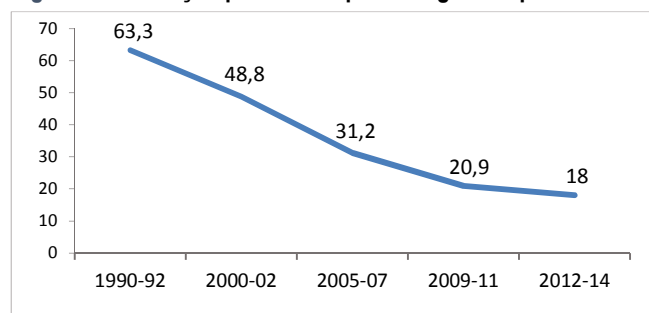
A subnutrição das crianças contribui de forma significativa para a mortalidade infantil e pode causar danos permanentes ao desenvolvimento cognitivo das crianças, comprometendo o seu bem-estar e produtividade quando adultos. A subnutrição crónica, ainda observada em Angola, pode ter impactos a nível populacional, em termos de capital humano, e representar uma ameaça significativa para o desenvolvimento sócio - económico nacional.

Indicador 1.9: Percentagem da população que não atinge as necessidades energéticas ou calóricas diárias na dieta

Em Angola, a agricultura representa um sector vital para a população, especialmente nas áreas rurais, em termos de meios de subsistência e segurança alimentar e nutricional. O sector emprega dois terços da força de trabalho angolana, que são principalmente pequenos agricultores.

O PND 2013-2017 tem como um dos seus compromissos a redução da fome e da pobreza. Existe a promoção da iniciativa denominada "Parceria Renovada para uma Abordagem Unificada para Acabar com a Fome em África em 2025", que começou em 2003 com a ECP e contribuiu para o alcance da meta deste indicador, tal como se constata na figura abaixo.

Figura 11: Evolução positiva da percentagem de pessoas sub-alimentadas



Fonte: FAO, IFAD e PAM 2014.

De acordo com o Relatório sobre o Estado de Insegurança Alimentar no Mundo (FAO, IFAD e PAM), entre 1990 e 1992 Angola teve um registo de 63,3% de pessoas sub-alimentadas, tendo reduzido para 18%, no período entre 2012 e 2014.

Angola atingiu, largamente, a meta deste indicador (31,6%), reduzindo em mais de 50% o número de pessoas sub-alimentadas, encontrando-se acima da média da África Subsaariana, tal como se observa na tabela a seguir.

Tabela 7: Evolução da percentagem de pessoas sub-alimentadas em Angola, África e no mundo (%)

	1990-92	2000-02	2005-07	2009-11	2012-14
Angola	63,3	48,8	31,2	20,9	18
África Subsaariana	33,3	29,8	26,5	24,4	23,8
Mundo	18,7	14,9	14,3	12,1	11,3

Fonte: FAO, IFAD e PAM 2014.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

O PND 2013-2017, no âmbito das prioridades dos seus objectivos específicos, tem em curso acções que visam o alcance desta meta, operacionalizadas pelos seguintes programas:

- Programa de Melhoria das Acções Essenciais de Nutrição;
- Programa de Desenvolvimento da Fileira dos Cereais;
- Programa de Fomento da Actividade Produtiva;
- Programa de Desenvolvimento da Agricultura Familiar;
- Programa de Segurança Alimentar e Nutricional;
- Programa de Desenvolvimento da Agricultura Comercial;
- Programa de Expansão de Unidades de Tratamento da Malnutrição;
- Programas de Extensão Rural;
- Programa de Suplementação de Micronutrientes;
- Programa de Vigilância Nutricional e Informação, Educação e Comunicação;
- Programa de Desenvolvimento Sectorial da Agricultura de médio-prazo.
- Programa de Desenvolvimento da Fileira das Carnes e do Leite;
- Programa de Prestação de Cuidados de Saúde;
- Programa de Implementação de Cozinhas Comunitárias;

Estes programas, em consonância com o Programa de Manuseamento e Gestão da Malnutrição Aguda, visam melhorar a qualidade nutricional, através de várias actividades estratégicas, alavancadas pelo Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde (PNDS).

O PND 2013-2017 é acompanhado por um Programa de Desenvolvimento Sectorial da Agricultura a Médio Prazo (2013-2017) alinhado à CAADP (Programa Compreensivo para o Desenvolvimento da Agricultura em África), com realce para as seguintes medidas de política:

- Estratégia Nacional para a Segurança Alimentar e Nutricional (ENSAN), baseada em Agricultura Familiar e suporte para as Mulheres Rurais;
- Estratégia Nacional de Comércio Rural e Empreendedorismo (2014-2017);

- Plano de Desenvolvimento das Pescas (2006-2010) e Estratégia de Progresso e Sustentabilidade da Pesca e Aquicultura (2004-2025).

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

São identificadas, ainda, preocupações sobre a baixa resiliência da população vulnerável, a sustentabilidade das intervenções em geral, e mais especificamente os pontos de estrangulamentos estruturais da resposta integrada à nutrição, incluindo a Estratégia Nacional para Nutrição da Primeira Infância. Os principais desafios identificados prendem-se com o seguinte:

- Ausência de unidades fabris de produtos nutricionais locais para suplementação de crianças malnutridas;
- Sustentabilidade do financiamento para a gestão operacional, acompanhamento e monitoramento dos dispositivos de segurança alimentar e nutricional;
- Fortalecimento institucional em termos de recursos humanos (capacidade técnica e operacional) e financeiros, a nível das províncias;
- Coordenação inter-sectorial e estabelecimento de laços intra-instituições;
- Adequação da legislação de protecção de maternidade para permitir às mães combinarem suas responsabilidades nutricionais e profissionais;
- Fortalecimento do sistema de informações e estatísticas sobre a segurança alimentar e nutricional;
- Integração dos programas de nutrição nas cadeias de produção alimentar;
- Necessidade de melhorar o estado nutricional das populações (crianças, adolescentes, mulheres em idade reprodutiva, idosos e doentes);
- Criação de condições para melhor investigação científica no país na área de nutrição e alimentação;
- Necessidade de realização de inquéritos nutricionais mais abrangentes.

Recomendações:

Tendo em conta os desafios acima mencionados, recomenda-se o seguinte:

- Incentivar a produção de produtos nutricionais no país;
- Implantar uma Política Nacional de Nutrição integrada;
- Elaborar a Estratégia de Fortificação dos Alimentos, incluindo a iodização universal do sal;
- Dotar de meios técnicos, financeiros e humanos às instituições provinciais com responsabilidade de assegurar a segurança alimentar e nutricional;
- Reforçar os mecanismos concretos para a implementação das políticas nacionais e estratégias multisectoriais de segurança alimentar e nutricional;
- Implementar a Estratégia Nacional para Nutrição da Primeira Infância e assegurar a implementação dos 11 compromissos das crianças;
- Implementar a Estratégia Integrada de Comunicação da Promoção para a Nutrição;
- Reformular a Estratégia de Segurança Alimentar no quadro de CAADP/NEPAD;
- Criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;
- Melhorar o mecanismo de coordenação e o sistema de informação sobre a segurança alimentar e nutricional;
- Criar programas de educação alimentar nas escolas e controlo do tipo de alimentos consumidos pelos alunos;

- Apostar na elaboração de materiais de educação nutricional e alimentar e promoção de mudança de estilos de vida (apoiar à população na adopção de estilos de vida mais saudáveis);
- Desenvolver melhor a área de higiene dos alimentos;
- Melhorar a alocação de recursos para o Sector Agrícola no quadro da Declaração de Maputo;
- Finalizar o compacto (CAADP/NEPAD), planificar e perspectivar investimentos para o sector agrícola.

Objectivo 2: Alcançar o Ensino Primário Universal

O segundo Objectivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM 2) traduz-se na universalização da educação primária. Em Angola, verificou-se uma grande expansão do ensino nos últimos 15 anos, tendo o número de alunos matriculados em todos os níveis de ensino quadruplicado, passando de 2,2 milhões de alunos em 2001 para 8 milhões em 2014. Em relação ao ensino primário a percentagem de crianças matriculadas passou de 76% em 2008 para 86% em 2014, com destaque para uma redução das disparidades de género. Apesar dos fortes avanços verificados, as disparidades entre as zonas rurais e urbanas ainda são visíveis, principalmente no acesso ao ensino de meninas e raparigas das zonas rurais.

Meta 2.A: Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo do ensino primário

A educação primária consiste, em Angola, em 6 anos obrigatórios de escolaridade para as crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos. Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 3 indicadores, designadamente:

- Taxa Líquida (Frequência) de Escolarização no Ensino Primário;
- Percentagem de alunos que iniciam a 1ª classe e chegam à última classe do Ensino Primário;
- Taxa de Alfabetização dos 15-24 anos, mulheres e homens.

Progressos significativos foram obtidos em Angola ao nível da taxa líquida de escolarização, mas a taxa de conclusão do ensino primário ainda é relativamente baixa. Este indicador revela que esforços adicionais devem ser realizados no sentido de elevar a taxa de conclusão.

A. TENDÊNCIAS:

Indicador 2.1: Taxa líquida de escolarização no ensino primário

O PND 2013-2017 tem como um dos seus programas para a educação, o programa de “Desenvolvimento do Ensino Primário e Secundário”, que visa à evolução deste indicador, medida pela taxa líquida de frequência no ensino primário e apontada na tabela a seguir.

A tabela abaixo apresenta a evolução dos principais indicadores no domínio do ensino primário.

Tabela 8: Evolução do indicador 2.1 (%)

Indicadores	2001 ²²	2008 ²³	2011 ²⁴	2014	Meta
Taxa líquida de frequência no ensino primário	56	76,3	79	83,4	100
Taxa líquida de frequência no ensino primário, rapazes	55	77,2	79,7	84,2	100
Taxa líquida de frequência no ensino primário, raparigas	56	75,4	78,3	82,6	100
Taxa líquida de frequência no ensino primário urbana	61	85,6	84,6	ND	100
Taxa líquida de frequência no ensino primário rural	44	68,5	72,2	ND	100

Fonte: INE (anos 2001, 2008 e 2011) e MED (ano 2014).

De acordo com os dados apurados na tabela acima, em 2014, a taxa líquida de frequência média nacional no ensino primário atingiu 83,4%, o que significa um aumento considerável comparada a 2001 (56%), existindo uma pequena diferença entre rapazes (84,2%) e raparigas (82,6%). De um modo geral, quando comparado aos dados de 2001, as estatísticas apresentadas demonstram uma

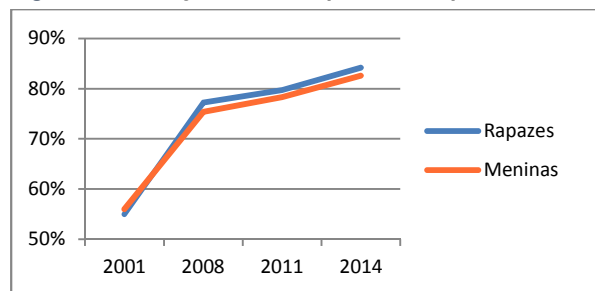
²² O indicador do MICS-II 2001 mede a percentagem de crianças dos 6-9 anos de idade que frequentam o ensino primário (1ª a 4ª classe).

²³ O indicador do IBEP 2008-2009 mede a percentagem de crianças dos 6-11 anos de idade que frequentam o ensino primário (1ª a 6ª classe).

²⁴ O indicador do QUIBB 2011 mede a percentagem de crianças dos 6-11 anos de idade que frequentam o ensino primário (1ª a 6ª classe).

redução das disparidades entre zonas urbanas e rurais e de género, tal como é dado a observar na figura abaixo.

Figura 12: Evolução da taxa líquida de frequência no ensino primário



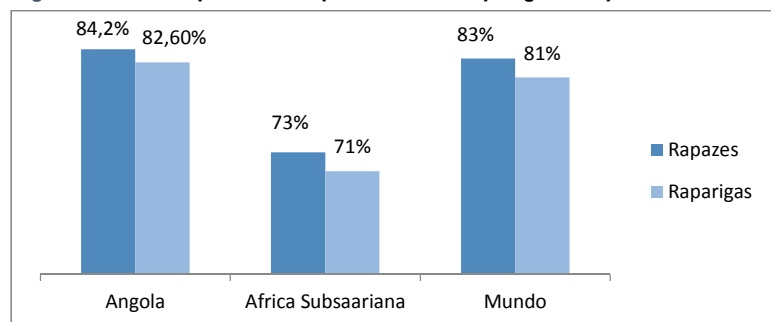
A paridade de género na taxa líquida de frequência no ensino primário é relativamente equilibrada. De acordo com os dados do QUIBB 2011, o índice de igualdade de género no ensino primário é 0,98.

Fonte: INE (anos 2001, 2008 e 2011) e MED (ano 2014).

A taxa líquida urbana de frequência no ensino primário é de 84,6%, e a taxa rural é de 72,2%. As razões para esta disparidade estão relacionadas com as longas distâncias percorridas pelos alunos da escola para casa e vice-versa, as tarefas domésticas das raparigas, o fraco nível académico dos pais e encarregados de educação, as dificuldades financeiras vividas pelas famílias e a participação das crianças na renda familiar.

O seguinte gráfico mostra uma análise comparativa da taxa líquida de frequência do ensino primário em Angola em relação à média de países da África Subsaariana e do mundo.

Figura 13: Taxa líquida de frequência entre raparigas e rapazes no ensino primário



A taxa líquida de frequência primária para Angola (82,6% para as meninas e 84,2% para os meninos) está acima da média para a África Subsaariana (71% e 73%) e da média mundial (81% e 83%).

Fonte: INE e MED/UNICEF²⁵.

Indicador 2.2: Percentagem de alunos que iniciam a 1ª classe e chegam à última classe do ensino primário

Para atingir esta meta internacional, não basta que as crianças tenham acesso ao ensino primário, é preciso que o completem, ou seja, que tenham uma trajetória regular.

Neste campo, Angola precisa aumentar os esforços para melhorar este indicador, referente à sobrevivência escolar, tal como se constata na tabela a seguir.

Tabela 9: Valor do indicador 2.2 (%)

Indicadores	2001	2014	Meta
Alunos inscritos na 1ª classe que atingem 6ª classe	40.7	61.6	100
Alunos inscritos na 1ª classe que atingem 6ª classe, rapazes	45.0	59.8	100
Alunos inscritos na 1ª classe que atingem 6ª classe, raparigas	36.4	58.6	100

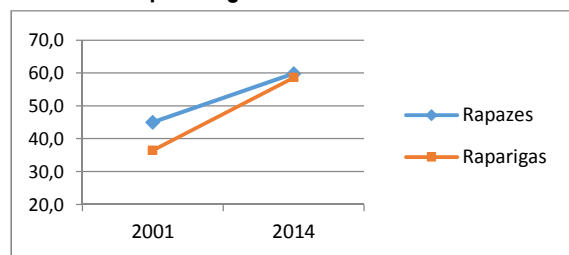
Fonte: Ministério da Educação.

De acordo com os dados apresentados na tabela acima, em 2001, a proporção de crianças que ingressaram na 1ª classe e atingiram a 6ª classe foi de 40,7%, com a percentagem de raparigas mais

²⁵ UNICEF, State of the World's Children 2014.

baixa (36,4%) que a percentagem de rapazes (45%). A evolução deste indicador, por género, pode ser observada na figura a seguir.

Figura 14: Evolução da percentagem de alunos inscritos na 1ª classe que atingem 6ª classe



Fonte: Ministério da Educação.

Em 2014 verificou-se uma evolução deste indicador para 61,6% sendo 59,8% para os rapazes e 58,6% para as raparigas. As taxas de repetência e abandono contribuíram para a baixa sobrevivência escolar no ensino primário e consequentemente compromete a qualidade de ensino.

Os dados mostram que se registaram progressos na taxa líquida de frequência, porém o nível da graduação/conclusão no ensino primário continua fraco.

Indicador 2.3: Taxa de alfabetização dos 15-24 anos de idade, mulheres e homens

Segundo dados do INE (QUIBB 2011), 68,6% da população angolana é alfabetizada, sendo particularmente baixa entre as mulheres (56,6%) quando comparada aos homens (81,8%), representando uma desigualdade de género de 0,69.

Apesar dos esforços do Governo e da Sociedade Civil em combater o analfabetismo, os resultados estão ainda longe de alcançar as metas estabelecidas, tal como se constata na tabela abaixo.

Tabela 10: Evolução da taxa de alfabetização da população com 15-24 anos (%)

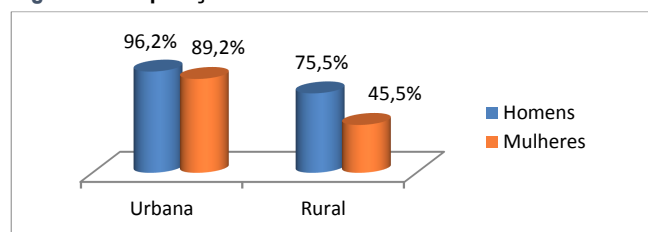
Indicadores	2009	2011	Meta
Taxa de alfabetização (população com 15-24 anos)	76,0	79,5	100
Taxa de alfabetização 15-24 anos mulheres	67,8	72,4	100
Taxa de alfabetização 15-24 anos homens	85,1	87,0	100
Urbana 15-24 anos	88,5	92,5	100
Rural 15-24 anos	56,3	59,4	100

Fonte: INE (IBEP 2008/2009 e QUIBB 2011).

Como se pode observar na tabela, registou-se uma melhoria na alfabetização da população angolana dos 15 aos 24 anos de idade, passando de 76% em 2009 para 79,5% em 2011. A taxa de alfabetização das mulheres entre 15-24 anos também registou um aumento de 67,8% em 2009 para 72,4% em 2011, sendo o índice de desigualdade de género de 0,83, de acordo com o QUIBB 2011.

A análise comparativa mostra que o índice de desigualdade de género na alfabetização da população dos 15 aos 24 anos de idade, é maior na zona rural, como se constata na figura abaixo.

Figura 15: População alfabetizada com 15-24 anos de idade



Fonte: INE (QUIBB 2011).

Relativamente a taxa de alfabetização, o meio rural apresenta a maior preocupação no que se refere a desigualdade de género, visto que menos da metade das mulheres entre os 15-24 anos de idade, sabem ler e escrever. O índice de desigualdade de género na zona urbana é de 0,93 e 0,62 para rural.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

A expansão e a qualidade do ensino primário constitui um dos objectivos prioritários da política de desenvolvimento do País. A Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo "Angola 2025", reconhece a educação como um dos motores do desenvolvimento.

Neste contexto, foram aprovados vários instrumentos, nomeadamente: a Estratégia Integrada para a Melhoria do Sistema de Educação 2001-2015, a Lei 13/2001 de Bases do Sistema de Educação de 31 de Dezembro, e o Plano de implementação progressiva do Novo Sistema de Educação, aprovado pelo Decreto Presidencial nº 2/05, de 14 de Janeiro.

No período 2008-2015 implementou-se o Plano Mestre de Formação de Professores, destinado à formação inicial e em serviço de professores, bem como à formação de supervisores pedagógicos. A estratégia de formação em serviço de professores desenvolve-se em Zonas de Influência Pedagógicas (ZIP), que é um órgão de apoio didáctico-pedagógico que agrega um conjunto de escolas próximas umas das outras, respeitando a natureza de cada Província, Município e Comuna.

O Ministério da Educação também desenvolveu o Projecto de Apoio ao Ensino Primário (PAEP) para aumentar o acesso e a qualidade do ensino primário, a capacidade de planear e orçamentar de forma efectiva e a qualidade dos recursos humanos.

O Governo ampliou o número de escolas de formação de professores (parte do 2º ciclo do ensino secundário), aumentando a capacidade de fornecer treinamento de pré-serviço para uma nova geração de professores. O número de estudantes matriculados nas escolas de formação de professores duplicou de 37.447 em 2001 para 81.463 em 2015.

Angola aderiu recentemente ao Consórcio da África Meridional para Monitoramento da Qualidade Educacional, com vista a avaliar a qualidade do ensino primário nas áreas de conhecimento de Matemática e de Língua Portuguesa.

Está em curso a implementação do Projecto "Aprendizagem para Todos 2014-2018" (PAT), apoiado pelo Banco Mundial, com o objectivo de melhorar os conhecimentos e as competências dos professores, a gestão das escolas nas áreas designadas do projecto e desenvolver um sistema de avaliação sistemática de alunos.

Também, no âmbito do Plano de Acção Nacional "Educação para Todos" 2013-2020, o País está a implementar, em parceria com diversas organizações da sociedade civil, o Programa de Aceleração e Alfabetização Escolar (PAAE), que visa fornecer uma segunda oportunidade de aprendizagens adequadas e equitativas para àquelas crianças com desfasagem em termos de idade/classe. Em 2014 estavam inscritos 731.278 alfabetizando e 1,3 milhões envolvidos em actividades de pós-alfabetização.

Outra aposta do País é a implementação da Iniciativa "Escolas Amigas da Criança" para garantir uma educação de qualidade para todas as crianças, proporcionando ambientes educacionais onde todas as crianças possam adquirir experiências positivas de aprendizagem. Com a preocupação de dar resposta às necessidades específicas das comunidades migratórias e das situações de emergências, está em desenvolvimento uma estratégia para a implementação de Escolas Itinerantes ou Móveis.

No âmbito da expansão do ensino pré-escolar, em 2014, foi realizado um estudo sobre a situação da Educação pré-escolar em Angola. Está em elaboração a regulamentação do artigo 7º da Lei de Bases do Sistema de Educação, relacionado com o princípio da gratuidade e o projecto de regulamento do Conselho de Escola -órgão representativo da comunidade-, cujo objectivo consiste em criar comunidades educativas organizadas e interventivas com vista a identificação e solução de problemas de maneira co-participada.

Também está em implementação o Programa de Merenda Escolar, de âmbito nacional, que, entre outros objectivos, visa reduzir o insucesso escolar e aumentar as taxas de retenção dos alunos do ensino primário.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

A pesar dos esforços empreendidos ainda persistem os seguintes desafios:

- Disparidades no acesso ao ensino primário entre as zonas urbanas e rurais, sendo que as meninas no meio rural têm menor acesso;
- Corpo docente constituído maioritariamente por agentes de educação, sem a preparação pedagógica adequada;
- Comunidades migratórias e em situação de emergências sem programas que atendem as suas necessidades específicas;
- Insuficiente oferta formativa de professores em quantidade e qualidade, com maior relevância nos subsistemas de Educação Pré-escolar e do Ensino Geral (ensino primário);
- Baixo acesso à educação da primeira infância (apenas 9,3% das crianças com idades entre 3-5 anos participaram nos programas da 1ª infância);
- Insuficiente oferta de escolas do ensino secundário, tanto no meio rural como no meio urbano e insuficiente capacidade de absorção de crianças no ensino secundário;
- Regulamentação da gratuidade do ensino primário;
- Insuficientes recursos alocados à educação para responder aos desafios do sector;
- Aumento do acesso à escola (ensino especial) para as crianças com necessidades educativas especiais;
- Adopção de medidas para reduzir a percentagem de crianças que começam a escola tarde, que ainda continua elevada;
- A ausência de um sistema de educação bilíngue sistemático em algumas das regiões onde as pessoas falam uma língua diferente do português;
- Redução da taxa de repetência e abandono escolar, que ainda é elevada;
- Sobrelotação das escolas no meio urbano;
- Longas distâncias percorridas pelos alunos entre a casa e a escola e vice-versa;
- Insuficiência de manuais escolares;
- A dotação orçamental, que ainda não é suficiente para atender a demanda da merenda escolar;
- Número considerável da população adulta incapaz de ler e escrever, estimado em 3,3 milhões em 2011, principalmente entre as mulheres e nos quintis mais pobres;
- Tempo para a consolidação das aprendizagens nos programas de alfabetização.

Recomendações:

Assim sendo, recomenda-se o seguinte:

- Aumentar o investimento para a expansão e garantia da qualidade e igualdade de acesso à educação, principalmente nos subsistemas do pré-escolar e do ensino secundário;
- Promover programas específicos para a educação de meninas, populações migrantes e em situação de emergências e para o ensino bilíngue;
- Institucionalizar escolas itinerantes/móveis e desenvolver parcerias de coordenação institucional para as escolas primárias e do 1º ciclo rurais com um pendor profissionalizante;
- Melhorar as normas de segurança, de fornecimento de água potável e o saneamento nas escolas;

- Regular o princípio da gratuidade no ensino primário e criar mecanismos que assegurem o seu cumprimento;
- Melhorar a oferta formativa de professores com maior relevância no subsistema de educação pré-escolar e do Ensino Geral (ensino primário);
- Melhorar o sistema de avaliação de aprendizagem e do desempenho docente;
- Acelerar a elaboração da Política Nacional de Educação Especial orientada para a inclusão educacional e alocar recursos para assegurar a sua implementação;
- Assegurar ambientes de aprendizagem seguros, livre de violência, inclusivo e de equilíbrio de género;
- Melhorar os rácios aluno/sala de aulas e manual/aluno, bem como professor/aluno;
- Reforçar o Programa de Alfabetização e Aceleração Escolar (PAAE);
- Melhorar a produção e distribuição de materiais pedagógicos, através de um maior controlo da cadeia de suprimentos, melhor distribuição, manutenção e armazenamento;
- Desenvolver um sistema de avaliação sistemático do desempenho dos alunos;
- Reforçar a gestão escolar através da formação dos directores das escolas e da criação de conselhos escolares;
- Melhorar o sistema de informação para a gestão da educação;
- Intensificar as acções de alfabetização dando especial atenção às populações de rendimento baixo, as áreas rurais e as mulheres;
- Rever e reforçar o currículo da alfabetização.

Objectivo 3: Promover a Igualdade de Género e o Empoderamento das Mulheres

O empoderamento da mulher e a igualdade de género são conceitos intrínsecos e formam a base para o alcance do desenvolvimento sustentável. O Relatório de Desenvolvimento Humano 2014 (PNUD) classifica Angola no 149º lugar em 187 países, em termos de índice de desigualdade de género e índice de desenvolvimento de género, sendo o índice de desigualdade de género uma medida composta que reflecte a desigualdade de realização entre mulheres e homens em três dimensões: saúde reprodutiva, capacitação e mercado de trabalho.

Meta 3.A: Eliminar as disparidades de género no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino o mais tardar até 2015

O processo de educação das mulheres está ligado às acções relativas à redução dos níveis de pobreza, pois a medida que as mulheres são formadas, alfabetizadas, educadas e colocadas em postos de trabalho aumenta-se os níveis do seu empoderamento, para uma melhor inserção na vida económica e social do país.

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 3 indicadores, designadamente:

- Relação rapazes/raparigas no ensino básico, médio e superior;
- Percentagem de mulheres assalariadas no sector não agrícola;
- Percentagem de mulheres exercendo mandatos no parlamento nacional (Assembleia Nacional).

Progressos significativos foram realizados na diminuição do índice de desigualdade de género em todos os níveis de ensino, mas a desigualdade ainda persiste sobretudo no ensino superior.

A. TENDÊNCIAS:

Indicador 3.1: Relação rapazes/raparigas no ensino básico, médio e superior

Para obter este indicador, as taxas de escolarização líquida das meninas/raparigas são divididas pelas taxas equivalentes dos meninos/rapazes. Valores menores do que 0,97 indicam desigualdade de género, e valores de 0,97 a 1,3²⁶ indicam a paridade.

O PND 2013-2017 tem como uma das medidas de política “Eliminar a disparidade de género nos ensinos primário e secundário até 2017 e nos restantes níveis até 2025”. As acções desenvolvidas permitiram a evolução dos indicadores como se constata na tabela abaixo.

Tabela 11: Evolução dos indicadores 3.1

Indicadores	2009	2011	Meta
Índice de desigualdade de género no ensino primário	0,98	0,98	1
Índice de desigualdade de género no ensino secundário	0,85	0,93	1
Índice de desigualdade de género na alfabetização	0,64	0,69	1
Índice de desigualdade de género na alfabetização da população com 15-24 anos de idade	0,80	0,83	1

Fonte: INE (IBEP 2008-2009 e QUIBB 2011).

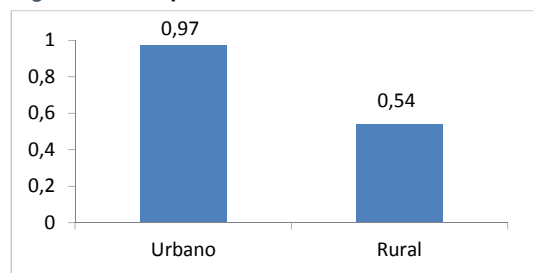
Como se pode observar na tabela acima, a paridade de género no ensino primário é relativamente equilibrada, com um IDG de 0,98 entre raparigas e rapazes, permanecendo acima da média de África Subsaariana de 0,91.

²⁶ Valores menores do que 0,97 indicariam menor escolarização das raparigas. Valores maiores do que 1,3 indicariam menor escolarização dos rapazes.

De acordo com o QUIBB 2011, há uma relativa diferença entre o meio rural e urbano, no valor do IDG, em relação ao ensino primário, dentro dos quintis socioeconómicos da população. No entanto, no nível secundário, a desigualdade de género é mais acentuada, impulsionada, em grande parte, pelas disparidades entre as áreas rurais e urbanas, bem como pelas questões de ordem cultural. O IDG apresenta uma melhoria, passando de 0,85 em 2009 para 0,93 em 2011.

Os dados do QUIBB 2011 mostram que o IDG urbano foi de 0,97, enquanto que o rural se situou em 0,54, como se observa na figura abaixo.

Figura 16: Comparativa IDG no ensino secundário



Fonte: INE (QUIBB 2011).

Segundo os dados do QUIBB 2011, apenas 6% das raparigas do meio rural, com idades entre 12-18, frequentam a escola secundária em comparação com 11% dos rapazes. Apesar da disparidade de género não poder ser ignorada, o mais preocupante é o número reduzido de crianças a frequentar a escola secundária nas áreas rurais.

Há diferenças significativas no IDG, no ensino secundário, entre os diferentes quintis socioeconómicos da população: 0,66 no primeiro quintil e 1,04 no quinto quintil, o que significa que no quintil mais rico da população a totalidade de raparigas frequenta a escola secundária, enquanto no quintil mais pobre há aproximadamente 40% de raparigas que não frequenta o ensino secundário. Isto deve-se ao facto de que estas raparigas, além dos estudos, atendam as tarefas domésticas (cuidados com os irmãos mais novos, acarretar água e lenha e venda de produtos).

De acordo com os dados do Ministério do Ensino Superior, que tutela o subsistema do ensino superior, o IDG passou de 0,81 em 2013 para 0,76 em 2014. Nas áreas de conhecimento das Ciências da Educação, Ciências, Engenharias e Tecnologias, predominam os estudantes do sexo masculino, enquanto nas áreas de Medicina, Ciências de Saúde, Tecnologias de Saúde, Ciências Sociais e Humanas, Artes e Letras predominam os estudantes do sexo feminino, como se constata na tabela a seguir.

Tabela 12: Graduados por Áreas de Conhecimento e Género 2014 (%)

Área de Conhecimento	Período de Estudo					
	Regular			Pós-Laboral		
	F	M	Total	F	M	Total
Ciências da Educação	10.1	17.0	13.7	14.5	22.3	18.5
Ciências, Engenharia e Tecnologia	10.5	21.3	16.2	2.5	7.7	5.2
Ciências Medicina, Ciências de Saúde e Tecnologia de Saúde	15.3	8.2	11.2	4.2	2.6	3.3
Ciências Humanas, Sociais, Arte e Letras	61.6	47.0	53.9	76.4	64.2	70.2
Dados não classificados	2.4	6.5	4.6	2.4	3.2	2.8
Total Geral	100	100	100	100	100	100

Fonte: Ministério do Ensino Superior, 2014.

Na carreira docente universitária nota-se também o predomínio dos homens em todos os graus académicos e categorias profissionais. Isso deve-se a factores histórico-culturais que incidiram na incorporação tardia da mulher na actividade escolar e a socialização dos papéis de género. Não obstante, há todo um esforço do Governo em mitigar essa disparidade de género na escolha das profissões e na ascensão da carreira socio- profissional. Actualmente, a percentagem de mulheres em categorias cimeiras da docência universitária tem aumentado consideravelmente, como se vê na tabela abaixo.

Tabela 13: Docentes segundo a carreira universitária 2014 (%)

Categoria Socio-Profissional	Habilitações Literárias					
	Doutor		Mestre		Licenciado	
	F	M	F	M	F	M
Professor Titular	19.4	80.6	---	100.0	66.7	33.3
Professor Associado	15.6	84.6	28.3	71.7	35.7	64.3
Professor Auxiliar	20.1	79.9	31.9	68.1	25.3	74.7
Assistente	27.3	72.7	31.3	68.7	27.8	72.2
Assistente Estagiário	36.4	63.6	36.5	63.5	26.2	73.8
Investigador	---	--	---	---	25.0	75.0
Estagiário de Investigação	---	---	100	---		
Dados não classificados	18.7	81.3	19.0	81.0	37.3	62.7
Total Geral	19.5	80.5	31.5	68.5	27.3	72.7

Fonte: Ministério do Ensino Superior, 2014.

Indicador 3.2: Percentagem de mulheres assalariadas no sector não-agrícola

Os empregos assalariados no sector não agrícola costumam ser de melhor qualidade. A baixa presença de mulheres nos sectores não agrícolas é um indicador da existência de barreiras de género que dificultam o acesso das mulheres ao mercado de trabalho.

Angola regista progressos nas estratégias de implementação de programas concretos direccionados a reduzir situações de pobreza no seio da população feminina, como por exemplo, a promoção de emprego e de actividades geradoras de rendimento (incentivos ao desenvolvimento de pequenas e médias empresas), o acesso a serviços sociais básicos, incluindo a educação e saúde com forte pendôr no meio rural.

A maior parte da população, sobretudo as mulheres, encontra a sua ocupação activa no sector agrícola ou no mercado informal. O Diagnóstico de Género de Angola, apresentado em março de 2015, mostra que a participação das mulheres nos sectores productivos é a seguinte: indústria, 17%; construção, 11%; comércio formal, 25%; agricultura comercial e pesca, 26%; serviços comunitários, 28%; educação e ciência, cerca de 36%; cultura e arte, 49%; administração pública, 29% e serviços de saúde, cerca de 42%. As mulheres representam cerca de 40% dos efectivos na função pública, com maior frequência no grupo do pessoal administrativo e auxiliar²⁷.

Indicador 3.3: Percentagem de mulheres exercendo mandatos na Assembleia Nacional

A presença das mulheres em espaços de poder e decisão é crucial para avaliar a situação da desigualdade de género do país e o nível de empoderamento das mulheres.

Angola encontra-se classificada entre os 20 países melhores do mundo e ocupa o quinto lugar na região da SADC em relação a este indicador. A Lei dos Partidos Políticos obriga todos os Partidos a observar a inclusão, nos seus Estatutos, do princípio da igualdade de género e representação por sexo não inferior a 30%.

A evolução da percentagem de mulheres exercendo mandatos na Assembleia Nacional, é apresentada na tabela abaixo:

Tabela 14: Evolução do indicador 3.3 (%)

Indicadores	2008		2012		2014/2015	
	Mulheres	%	Mulheres	%	Mulheres	%
Assentos Parlamentares (220 assentos)	85	38,6	76	34,5	81	36,8

Fonte: MINFAMU 2014.

²⁷ República de Angola, União Europeia e Cooperação Espanhola, Diagnóstico de Género de Angola, Março 20015.

Os resultados das eleições legislativas e presidenciais de 2012 revelam que a participação das mulheres no plano político e público é um dos domínios onde se manifesta maior participação das mulheres. Não obstante a isso, comparativamente às eleições de 2008, houve uma ligeira diminuição da representatividade das mulheres na Assembleia Nacional.

Relativamente ao ano de 2014, a representação das mulheres e homens, a nível de Partidos Políticos, na Assembleia Nacional, é a que se apresenta na tabela a seguir.

Tabela 15: Análise dos assentos parlamentar por Partido Político, 2014

Partidos Políticos	Sexo					
	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
MPLA	106	60,6%	69	39,4%	175	79.5
UNITA	22	68.7%	10	31,3%	32	14.5
CASA-CE	6	75%	2	25%	8	3.6
PRS	3	100%	0	0%	3	1.4
FNLA	2	100%	0	0%	2	1.0
Total	139	63,2	81	36,8	220	100.0

Fonte: GEPE-MINFAMU e MAT, 2014.

Dos 5 Partidos com assento no parlamento, constituído por 220 deputados, 139 são homens, o que corresponde 63,2% do total e 81 mulheres, o que corresponde 36,8% do total.

O distanciamento das mulheres aos órgãos de decisão é associado com a desigualdade de género perante o controlo dos recursos, do trabalho e da tomada de decisões. Esta situação influencia negativamente no desenvolvimento da igualdade de oportunidades entre mulheres e homens no acesso ao poder, contribuindo para a discriminação das mulheres nas esferas de tomada de decisão.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

O Governo de Angola assumiu, no PND 2013-2017, o compromisso com as questões de género, através do Programa de Promoção da Igualdade de Género, inserido na Política Nacional de População, com o objectivo de:

- Aplicar uma Política de Igualdade de Género;
- Promover a Igualdade de Género no Acesso ao Emprego e à Formação Profissional;
- Organizar acções de sensibilização²⁸ para o papel da mulher na vida política e comunitária.

Em 2013, o país aprovou uma Política Nacional para a Igualdade e Equidade de Género com o objectivo de empoderar, transversalizar a participação de homens e mulheres em todos os domínios e contribuir para a redução das disparidades de género.

No âmbito das acções em curso para aumentar o acesso das mulheres aos empregos assalariados no sector não-agrícola, destaca-se a criação de programas e instituições bancárias de micro-créditos, vocacionadas para apoiar principalmente às mulheres, incluindo as rurais, com juros bonificados, nomeadamente:

- A Sociedade KIXICRÉDITO, que emergiu de um programa de micro-créditos para mulheres no sector informal, iniciada em 1995 pela ONG Development Workshop Angola, tendo sido licenciada pelo Banco Nacional de Angola (BNA), contando com uma rede de 14 Agências de créditos distribuídas pelo país;

²⁸ A Execução, por parte do Ministério da Família e Promoção da Mulher, de acções de carácter formativo com conteúdos sobre as questões de género, cidadania, violência no género e economia doméstica, entre outros, reforçam a compreensão na eliminação dos estereótipos e desigualdades de género. Neste âmbito 7.500 mulheres e meninas receberam formação e 750 mulheres foram preparadas como formadoras e conselheiras. A participação da Sociedade Civil, incluindo as do meio rural, reforçou o processo de alfabetização, beneficiando 55 mil pessoas, das quais 85,5% são mulheres.

- O "Depósito Bankita", com a abertura de conta com o valor mínimo de 100 kwanzas e até 100.000 kwanzas, bem como a "Poupança Bankita para Crescer", uma conta de poupança que pode ser aberta a partir de 1.000 kwanzas;
- O projecto Kitandas, lançado em 2014, pelo Ministério do Comércio, em Luanda, com o objectivo de eliminar a informalidade das mulheres vendedoras, criando condições dignas para o exercício das suas actividades, combater a fome e reduzir a pobreza no país;
- O Programa de Apoio às questões de género e promoção da mulher, incluído no PND 2003-2017, que incorpora um componente de formação de mulheres empresárias e mulheres líderes, estimula o associativismo feminino e promove a realização de estudos sobre a mulher no sector informal.

Neste âmbito, o MINFAMU tem levado a cabo Feiras da Mulher em Artes e Ofícios, para divulgação das habilidades e iniciativas das mulheres e incentivar o empreendedorismo.

As acções conducentes ao acesso das mulheres nas esferas de poder e ao empoderamento da mulher angolana, são alavancadas por instrumentos jurídicos nacionais, nomeadamente:

- A Constituição Nacional de Angola;
- A Lei nº 02/ 05 de 01 de Julho dos Partidos Políticos;
- A Lei 25/11 de Julho de 2011 Contra a Violência Doméstica e seu Regulamento;
- Decreto Presidencial nº 26/13 de 08 de Maio, que aprova o Plano Executivo para a Eliminação da Violência.

Assim como por instrumentos jurídicos internacionais, tais como:

- A Declaração Universal dos Direitos Humanos;
- Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos;
- Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais;
- Declaração de Pequim e a Plataforma de Acção de Pequim;
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres;
- Protocolo da SADC sobre o Género e Desenvolvimento, bem como a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos.

Em 2007, iniciou-se um programa para criação de base de dados na área da violência contra a mulher e a sua participação. Este culminou com o Lançamento em 2012 do Sistema Integrado de Indicadores de Género (SIIGénero).

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

A temática da igualdade do género precisa de ser melhor assimilada em todos os sectores económicos e sociais. Assim, os principais desafios para eliminar a disparidade de género na educação prendem-se com o seguinte:

- Elevado número de mulheres e raparigas que não sabem ler e escrever, particularmente nas zonas rurais;
- Dificuldades de acesso e permanência das meninas e raparigas na escola devido à vários factores;
- Conteúdos e currículos com aspectos que reforçam os estereótipos e desigualdades de género;
- Infra-estruturas e equipamentos de ensino que não incluem a perspectiva de género;
- Fraca recolha, análise e sistematização dos dados estatísticos concernentes ao género;
- Fraca abordagem das questões de género no currículo de formação docente.

Especificamente, os principais desafios para promover a participação das mulheres nos sectores não-agrícolas, incluem:

- Desigualdade no acesso à inserção na vida socioeconómica do país;
- Desigualdade de oportunidades no acesso a todos os sectores de emprego e profissões;
- A violência baseada no género, que constitui um constrangimento para a plena participação das mulheres na sociedade e na economia;
- Dificuldades das mulheres no acesso aos recursos económicos, terra produtiva, tecnologia e crédito;
- Pouco envolvimento dos homens nas questões de género;
- Fraca participação dos homens na partilha das responsabilidades e tarefas domésticas na vida familiar.

Os principais desafios para promover o empoderamento e acesso das mulheres às esferas de poder, centram-se em:

- Persistência de desigualdades de género na representação masculina e feminina em posições do serviço público, governação nacional e local de tomada de decisão;
- Fraco investimento para as questões relativas à igualdade de género e empoderamento das mulheres.

Recomendações:

Tendo em atenção os desafios acima identificados, recomenda-se o seguinte para eliminar a desigualdade de género em todos os níveis de ensino:

- Erradicar o analfabetismo entre as mulheres e as raparigas e melhorar o seu acesso à formação a todos os níveis;
- Aumentar o acesso das raparigas à escola e reduzir as taxas de desistência escolar;
- Revisar os conteúdos e currículos para eliminar os estereótipos e desigualdades de género;
- Actualizar os instrumentos de formação, tendo em conta a perspectiva de género, revendo os manuais dos professores e alunos e inserindo a componente didáctica de promoção da igualdade de género;
- Incluir a perspectiva de género na construção e expansão de infraestruturas e equipamentos de ensino;
- Reforçar o sistema de recolha, análise e sistematização de dados desagregados por sexo e idade;
- Desenvolver acções de formação na área da educação sexual e reprodutiva, nas escolas e institutos médios, a exemplo do programa “Educação para a Vida Familiar” apoiado pelo FNUAP/PNUD, e acções de comunicação social focadas na prevenção da gravidez e casamentos precoces.

Especificamente, as principais recomendações para aumentar a presença de mulheres nos sectores não-agrícolas da economia são as seguintes:

- Empoderar as mulheres e os homens angolanos no reforço da abordagem sobre igualdade de género;
- Facilitar e implementar acções positivas que assegurem a representação feminina nos diferentes âmbitos de formação profissional e emprego;
- Realizar estudos que permitam contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos e principais obstáculos para a integração das mulheres no mercado de trabalho;
- Criar o Observatório de Género, para melhorar a capacidade de coordenação entre Departamentos Ministeriais, Sociedade Civil e Parceiros;
- Aprovar, divulgar e implementar a regulamentação do trabalho doméstico;
- Ampliar/criar mecanismos de informação sobre a legislação vigente para o desenvolvimento dos pequenos negócios;
- Fomentar o empreendedorismo feminino.

As principais recomendações para promover o empoderamento das mulheres e a sua participação nas esferas de poder e tomada de decisão, são as seguintes:

- Sensibilizar os Partidos Políticos no sentido do cumprimento das estratégias de equilíbrio de género (quotas, sistema zebra, Lei dos Partidos Políticos);
- Promover programas direccionados ao empoderamento das mulheres e à igualdade de género;
- Promover acções de capacitação aos quadros técnicos e superiores das instituições governamentais sobre a análise e planificação de género e políticas públicas/orçamento do estado com enfoque de género;
- Reforçar a capacidade das instituições para o avanço das mulheres;
- Melhorar o fluxo de informação entre as instituições encarregadas da promoção da igualdade e equidade de género e o resto de organizações do Estado;
- Intensificar a divulgação dos instrumentos legais internacionais, regionais e nacionais para que as mulheres e raparigas conheçam os seus direitos, e garantir a plena realização dos Direitos Humanos das Mulheres e das Jovens.

Objectivo 4: Reduzir a Mortalidade na Infância

De acordo com o Relatório dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2014, elaborado pelas Nações Unidas, a mortalidade infantil a nível mundial diminuiu quase para metade, mas ainda são necessários maiores progressos neste objectivo. Em quase todo o mundo, a mortalidade de menores de 5 anos baixou 47% em 22 anos; entre 1990 e 2012, a taxa passou de 90 para 48 mortes por 1000 nascidos vivos. No que respeita a este Objectivo, Angola segue a tendência mundial e a sua taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos reduziu 43% no período 1990-2013.

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

Nos últimos 10 anos, Angola tem realizado progressos na melhoria da saúde da sua população através da reconstrução e criação de infraestruturas sanitárias, formação de recursos humanos e a descentralização do sistema de saúde com foco no município. Tendo em conta a prioridade de acelerar a redução da mortalidade materna e infantil, o país definiu um pacote de cuidados e serviços integrados oferecidos a nível da atenção primária.

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 3 indicadores, designadamente:

- Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos;
- Taxa de mortalidade infantil;
- Percentagem de crianças com 1 ano de idade vacinadas contra o sarampo.

O PND 2013-2017 tem como um dos objectivos específicos a redução da morbimortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, no quadro nosológico nacional, cuja as acções concorrem para o alcance desta meta.

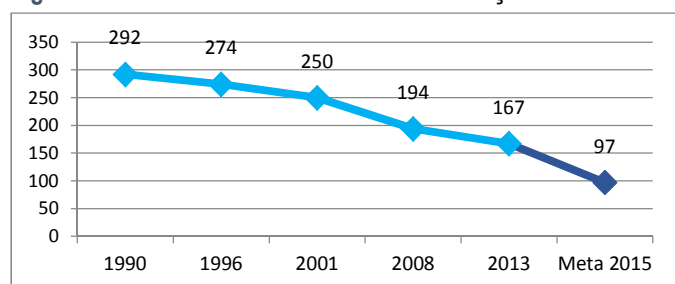
A. TENDÊNCIAS:

Indicador 4.1: Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos

Esta taxa expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos, estimando o risco de morte durante os primeiros 5 anos de vida.

A mortalidade em menores de cinco anos diminuiu de 292, em 1990, para 167/1000 nascidos vivos (NV) em 2013, como indica a figura abaixo.

Figura 17: Tendências da mortalidade de crianças menores de 5 anos



Observa-se uma tendência de redução deste indicador a um ritmo aproximado de 1,3% ao ano no período 1990-2001 e de 2,8% no período 2001-2013. No entanto, este progresso não foi suficiente para atingir a meta de 97/1000 NV em 2015.

Fonte: MINSA, INE (MICS 1996, MICS 2001, IBEP 2008-2009) e UNICEF²⁹ 2015.

As principais acções implementadas pelo país foram as múltiplas campanhas de vacinação para a erradicação da pólio, controlo do sarampo, a distribuição de mosquiteiros impregnados com insecticida de longa duração, administração da Vitamina A e Albendazol, intensificação da vacinação de rotina, introdução de novas vacinas (hemophilus, pneumocócica e rotavírus) e capacitação de equipas

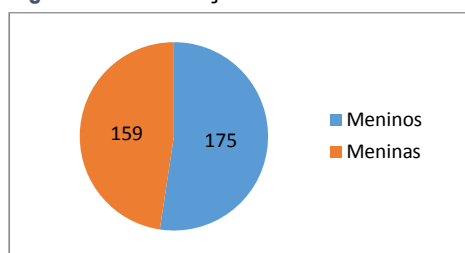
²⁹ Relatório Mundial da Infância 2015, UNICEF.

provinciais e municipais no manuseio das principais doenças infantis (malária, diarreia, infecções respiratórias agudas e malnutrição).

Foram igualmente realizados esforços no âmbito dos determinantes de saúde, acesso à água potável, saneamento básico, segurança alimentar e meio ambiente.

As estatísticas epidemiológicas do Ministério da Saúde, indicam que a malária continua a ser a principal causa de mortalidade em menores de 5 anos, seguida das doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, sarampo e causas neonatais (asfixia, prematuridade, sepsis). A desnutrição é uma causa subjacente importante das mortes em crianças menores de 5 anos. Crianças em áreas rurais têm uma vez e meia mais chances de morrerem antes dos 5 anos em comparação com as das áreas urbanas (IBEP 2008/09). A figura abaixo apresenta a distribuição por sexo da taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos.

Figura 18: Distribuição da Mortalidade em menores de 5 anos, por sexo



De acordo com os dados de UNICEF, em 2013 a mortalidade em crianças menores de 5 anos foi 175/1000 NV nos meninos e 159/1000 NV nas meninas.

Fonte: UNICEF 2015.

Para a melhoria da expansão e oferta de serviços de qualidade, o MINSA, através da cooperação cubana, alocou, em 70 municípios, um trio de profissionais constituídos por um médico, uma enfermeira de saúde materna e infantil e um bio-estatístico.

Indicador 4.2: Taxa de mortalidade infantil

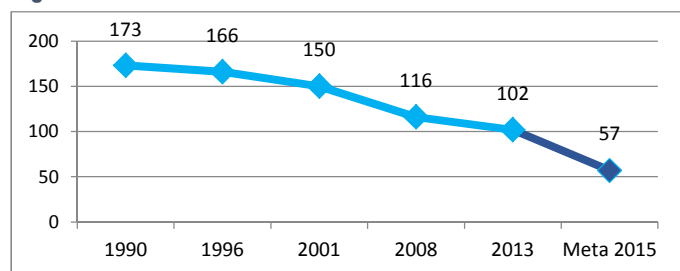
Este indicador mede a mortalidade das crianças menores de 1 ano de idade por cada mil nascidos vivos, estimando o risco de morte nessa faixa etária.

A taxa de mortalidade infantil diminuiu de 173/1000 nascidos vivos (NV) em 1990 para 102/1000 NV em 2013, o que significa uma diminuição de 41%. Esta taxa está relacionada ao parto institucional, assistido por pessoal qualificado, aos cuidados obstétricos e neonatais de urgência (CONU), aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, a vacinação de rotina e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. O acesso à água segura, saneamento básico, pessoal de saúde qualificado para o manuseamento das principais doenças da infância (malária, diarreia, infecções respiratórias agudas e malnutrição), o grau de escolaridade da mãe e as condições sócio-econômicas da população, também jogaram um papel importante.

A introdução de novas vacinas pelo Programa de Imunização, nomeadamente a pentavalente (*Haemophilus influenzae*, DTP, tétano, coqueluche, meningococo), a vacina para prevenir a pneumonia estreptocócica, diarreias por rotavírus e contra a Hepatite B, também contribuíram para a redução da mortalidade infantil.

Apesar dos esforços realizados, a meta de 57/1000 nascidos vivos em 2015 não foi alcançada, como se constata na figura a seguir.

Figura 19: Tendência da taxa de mortalidade infantil



Observa-se na figura uma tendência a reduzir a mortalidade infantil a um ritmo aproximado de 1,2% anual, excepto no período 2001-2013 que a redução foi mais significativa alcançando o 2,7% anual.

Fonte: MINSA, INE (MICS 1996, MICS 2001, IBEP 2008-2009) e UNICEF 2015.

As complicações neonatais (asfixia, prematuridade, sepsis e malformações congénitas) são responsáveis por um quinto das mortes de crianças. Estas mortes poderiam ser reduzidas com a assistência pré-natal, parto, pós parto e durante a primeira semana de vida da criança por profissionais qualificados.

Apesar do aumento do acesso aos serviços de saúde, as áreas rurais apresentam indicadores de desenvolvimento social mais baixos do que nas áreas urbanas, principalmente para a saúde materna e sobrevivência infantil. Apenas um quarto dos partos em zonas rurais ocorrem em unidades de saúde, em comparação com três quartos em áreas urbanas (QUIBB 2011).

Indicador 4.3: Percentagem de crianças menores de 1 ano vacinadas contra o sarampo

O sarampo é uma doença imuno prevenível que tem um grande peso na morbimortalidade infantil.

Esforços significativos foram realizados ao longo dos últimos anos para aumentar o acesso universal ao sistema de saúde e ao programa de imunização.

Como indica a tabela a seguir, a cobertura de sarampo passou de 38% na década de 1990 para 85% em 2014, ou seja, registou-se uma duplicação da percentagem de crianças menores de 1 ano vacinadas contra o sarampo no período 1990-2014³⁰.

Tabela 16: Evolução do indicador 4.3

INDICADOR	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014
Cobertura vacinal de rotina para sarampo	38	46	41	45	93	91	85

Fonte: MINSA e OMS/UNICEF 2014.

A primeira campanha nacional contra o sarampo organizada pelo Governo e apoiada pelos parceiros OMS e UNICEF foi realizada em 2003, com uma cobertura de 95%. Quatro campanhas nacionais de seguimento de vacinação contra sarampo foram realizadas nos anos 2006, 2009, 2011 e 2014 para responder aos desafios da diminuição das taxas de cobertura vacinal e crescimento da coorte de crianças susceptíveis que não foram imunizadas. Na campanha de vacinação contra o sarampo de 2014, cerca de 8 milhões de crianças de 6 meses até 10 anos foram vacinadas e foram administradas, com doses de vitamina A, 7 milhões de crianças de 6 até 59 meses.

Na Direcção Nacional de Saúde Pública existe uma Secção de Imunização integrada ao Departamento de Higiene e Epidemiologia, que faz a coordenação a nível nacional. Em relação aos recursos humanos, existem três técnicos (vacinação, vigilância e cadeia fria/logística) em cada uma das 18 províncias e dois ao nível municipal.

³⁰ OMS/UNICEF Joint Reporting Form 2014.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

Em Angola a preocupação com o bem-estar da criança, levou o Executivo a definí-la como prioridade absoluta, a elaborar várias políticas, estratégias e ratificar compromissos internacionais para atingir este desiderato:

- A Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança (OMS 2010);
- A Campanha de Aceleração da Redução da Mortalidade Materna e Infantil (CARMMA) - União Africana (2010);
- O Roteiro Africano para Redução Acelerada da Mortalidade Materna e Neonatal - OMS (2004);
- O Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno-Infantil (2005- 2009);
- O Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Angola (2007-2015), no âmbito do cumprimento dos compromissos assumidos com a OMS, União Africana e parceiros, para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde Materna e Neonatal;
- A criação do Conselho Nacional da Criança (CNAC), pelo Decreto nº 20/07, de 20 de Abril 2007, que definiu 11 Compromissos, dos quais três estão relacionados com a saúde³¹;
- A Estratégia de Revitalização do Sistema Municipal, como opção chave para operacionalidade do Plano Estratégico e do Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da mortalidade materna e infantil, baseado no Pacote Integrado de Cuidados e Serviços de Saúde Materno Infantil, definido pelo Ministério da Saúde para aplicação a escala nacional em 2008;
- A Política Nacional de Saúde, aprovada e publicada no Diário da República em 2010, centrada nos indivíduos, famílias e comunidades, e orientada para o aumento do acesso aos serviços de saúde com qualidade, solidariedade, equidade e eficácia;
- O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2012-2025);
- A Política Nacional de Agente de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário (ADECO), que visa mobilizar e aumentar o acesso da população aos serviços sociais e de desenvolvimento comunitário incluindo a saúde, com foco na atenção à mãe e crianças menores de 5 anos;
- O Programa Alargado de Vacinação (PAV), que teve início em Angola em 1979, com o objectivo de vacinar crianças menores de um ano de idade contra a poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, sarampo, tuberculose e tétano para mulheres grávidas;
- A "Estratégia Alcance a Todos os Municípios", implementada em 2003 e outras estratégias avançadas para acelerar o aumento da cobertura de vacinação de rotina;
- A iniciativa do registo de nascimento gratuito, assegurada por Decreto presidencial, que oferece uma oportunidade para alcançar mais crianças e garantir uma cobertura eficaz com baixo custo e alto impacto de intervenções dos cuidados primários.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Os principais desafios para a redução da mortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos e do programa de imunização estão essencialmente relacionados com:

- A necessidade de fortalecimento do sistema de saúde em todos os níveis (nacional, provincial e municipal), em termos de recursos humanos em quantidade e qualidade, para garantir a oferta de serviços e o acesso universal aos serviços de saúde;
- A gestão da logística dos equipamentos, insumos, medicamentos, produtos de saúde reprodutiva e vacinas;

³¹ Compromisso Nº 1- Esperança de vida ao nascer; Compromisso nº 2- Segurança Alimentar e Nutricional; Compromisso nº 7- Prevenção, Tratamento, Apoio e Redução do Impacto do VIH/SIDA nas famílias e nas crianças.

- O financiamento do sector de saúde para alcançar a meta de 15%, recomendada pela Declaração de Abuja em 2005;
- A mobilização de recursos financeiros para aquisição das vacinas, insumos e manutenção da cadeia de frio, de forma sustentável;
- A debilidade do subsistema de informação sanitária: falta de disponibilidade de dados em tempo oportuno, completos e fiáveis;
- A promoção do aleitamento materno exclusivo, da primeira hora após parto, até 6 meses de idade e a introdução da alimentação complementar adequada;
- O aumento da escolaridade das mães e melhorias das práticas familiares chave;
- O alcance de altas taxas de cobertura de vacinação de rotina;
- O conhecimento limitado das famílias e das comunidades sobre as melhores atitudes e práticas de saúde.

Recomendações:

Assim sendo, destacam-se as seguintes recomendações:

- Aumentar e fortalecer a formação adequada e contínua, dos recursos humanos e incrementar o número de pessoal de saúde qualificado;
- Reforçar a gestão da logística dos equipamentos, insumos, medicamentos, produtos de saúde reprodutiva, vacinas e do sistema de informação sanitária;
- Apropriar-se das novas Tecnologias de Informação para reforçar o Sistema de Informação Sanitária para coordenação, monitorização, avaliação, orientação das decisões e planificação das intervenções;
- Reforçar a integração do Sistema de Saúde, com a participação de parcerias público-privadas, como estratégia a curto e médio prazo para a mobilização de recursos adicionais;
- Estabelecer uma abordagem de financiamento da saúde com base populacional, considerando a Declaração de Abuja 2005;
- Assegurar a sustentabilidade financeira em todos os níveis, para a implementação das actividades e para aquisição das vacinas, insumos e manutenção da cadeia de frio;
- Criar mecanismos eficazes de acompanhamento da gestão dos recursos financeiros da saúde;
- Promover o parto institucional, assistido por pessoal qualificado;
- Expandir as estruturas dos CONU para a oferta do pacote integrado de cuidados e serviços de baixo custo e alto impacto para os recém nascidos;
- Acelerar o aumento da cobertura da vacinação de rotina de crianças não vacinadas utilizando a estratégia “Alcançar todos os Municípios”, micro planeamento e implementação da auto-avaliação da qualidade dos dados;
- Implementar integralmente as recomendações da revisão externa do Programa de Imunização;
- Manter as actividades de erradicação da pólio, bem como as estratégias de eliminação do sarampo e do tétano;
- Promover estratégias intersectoriais para elevar a escolaridade das raparigas e mulheres;
- Empoderar as famílias e comunidades sobre as melhores atitudes e práticas de saúde através da implementação da Política Nacional dos ADECO;
- Capacitar os representantes da comunidade (líderes religiosos/comunitários) e supervisionar, em serviço, os ADECO.

Objectivo 5: Melhorar a Saúde Materna

De acordo com o Relatório dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2014, elaborado pelas Nações Unidas, apesar da redução ocorrida desde 1990, o mundo não alcançará este ODM. A taxa mundial de mortalidade materna caiu de 380 para 210 óbitos por 100.000 mil nascidos vivos, uma redução de 45% entre 1990 e 2013, mas é necessária maior atenção no que concerne aos cuidados pré-natal e ao parto institucional. No que respeita a este Objectivo, Angola segue a tendência mundial e a sua taxa de mortalidade materna reduziu 67% no período 1990-2013.

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

O Governo Angolano tem como uma das prioridades na área da saúde as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo assumido em Conferências Internacionais compromissos como a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e a redução da morte materna e neonatal. O acesso aos cuidados obstétricos e neonatais de urgência (CONU), a capacitação de pessoal de saúde para assistência qualificada ao parto e a promoção do planeamento familiar tem sido estratégias-chave para a redução da mortalidade materna e dos recém-nascidos registrada em Angola.

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 2 indicadores, designadamente:

- Taxa de mortalidade materna;
- Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado.

A. TENDÊNCIAS:

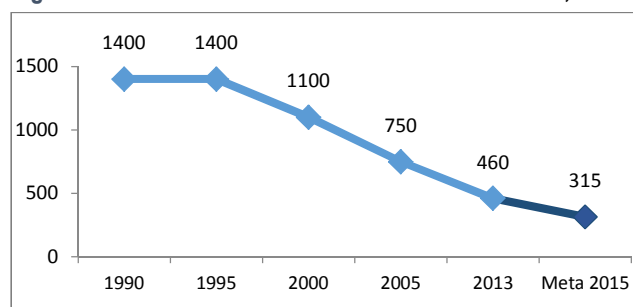
Indicador 5.1: Taxa de mortalidade materna

A taxa de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos (NV), constitui um indicador sensível da qualidade de vida de uma população, por evidenciar, mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno à serviços de saúde qualificados.

O PND 2013-2017, no âmbito da saúde da população, identificou como uma das prioridades específicas reduzir a mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, bem como a morbilidade e mortalidade no quadro nosológico nacional.

Em Angola a mortalidade materna tem vindo a reduzir gradualmente desde 1990 com 1.400 mortes por 100.000 NV em 1990 para 460 mortes por 100.000 NV em 2013, tal como é dado a observar na figura abaixo.

Figura 20: Tendência da taxa de mortalidade materna, 1990-2013



O ritmo anual de redução, a partir do ano 2000, foi de aproximadamente 4,5%. De facto, no período 1990-2013 a taxa de mortalidade materna decresceu num total de 67%. No entanto, este progresso não foi suficiente para atingir a meta do indicador prevista para 2015 (350/100.000 NV).

Fonte: Grupo Técnico Global de Estimativas (FNUAP, UNICEF, OMS, Banco Mundial).

A razão de morte materna (RMM) em Angola, 460/100.000³² nascidos vivos (NV), é alta. A OMS considera aceitável o número de 20 mortes maternas para cada 100.000 NV. A redução gradual da mortalidade materna observada tem sido imputada aos esforços do Governo, sobretudo após 2002 (ano da assinatura da Paz), em disponibilizar cuidados obstétricos e neonatais de urgência (CONU) básicos e completos mais perto das populações, apesar de ainda serem insuficientes. O estabelecimento de Núcleos de formação permanente nas 18 províncias, a criação dos Comitês de Auditoria e Prevenção das mortes materna e neonatal e a descentralização do sistema de saúde no município, com ênfase na redução acelerada da mortalidade materna e infantil, definindo um pacote mínimo de cuidados e serviços para a saúde da mãe e da criança, contribuíram significativamente na redução da taxa de mortalidade materna.

São apontadas como causas directas de morte materna as complicações da gravidez, parto e pós parto, que ocorrem em cerca de 15% do total de gravidezes estimadas anualmente. A tabela abaixo indica as causas directas e indirectas de morte materna notificadas no período 2006-2014 pelas unidades sanitárias do sector público.

Tabela 17: Causas Directas e Indirectas de Morte Materna Institucional 2006-2014 (%)

Causas/ Anos	2006	2008	2010	2012	2014
Causas directas (em %):					
Hemorragias	11,3	15,1	33,8	32,5	24,4
Toxemias	9,4	8,6	8,1	14,2	15,4
Inf. Puerperal	4,5	4,6	9,8	4,0	3,9
Abortos	3,2	3,9	2,5	3,4	3,0
Rotura Uterina	4,8	3,7	4,0	5,2	5,5
Outras causas directas	24,5	21,3	7,4	12,0	22,2
Causas Indirectas (em %):					
Malaria	17,0	14,0	15,5	13,1	8,5
Hepatite	3,4	3,6	5,3	2,5	1,8
Outras causas indirectas	21,8	25,1	13,7	13,1	15,3

Fonte: Direcções Provinciais de Saúde, 2014.

As causas directas contribuem em 74% de todas as mortes institucionais, verificando-se como primeira causa directa a hemorragia, seguindo-se os transtornos hipertensivos da gravidez, rotura uterina e infecções. Das causas indirectas a malária lidera a mortalidade; porém no total das causas de mortes maternas é importante destacar que a malária é a terceira causa.

O estabelecimento da Comissão sobre Informação e Responsabilidade para Saúde das Mulheres e das Crianças na sequência da Estratégia Global de Redução da mortalidade materna e infantil 2010, pretendia determinar os mecanismos institucionais internacionais e nacionais mais eficazes para a elaboração de relatórios, supervisão e responsabilidade na saúde das mulheres e das crianças. Uma das dez recomendações desta Comissão era específica para melhorar a medição da razão da morte materna e das crianças. Esta recomendação orientou que até 2015, todos os países deveriam fortalecer o sistema de registo de nascimentos, óbitos e causas de morte, e dispor de um sistema de informação sanitária, que combinasse dados administrativos fiáveis e a realização de inquéritos sistemáticos.

No cumprimento desta recomendação, Angola reforçou e expandiu o sistema de registo dos nascimentos, inclusive nas maternidades, e melhorou a operacionalização e expansão dos Comitês de Auditoria e prevenção de morte materna e perinatal. Hoje o país conta com 18 Comitês provinciais.

Indicador 5.2: Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado

A realização do parto com pessoal qualificado é importante para reduzir as mortes maternas e neonatais por complicações e prevenir as enfermidades e incapacidades ligadas ao parto.

³² Trends in maternal mortality 1990 to 2013, WHO, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial e a Divisão de População das Nações Unidas, Maio 2014.

Em relação ao acesso das mulheres a partos assistidos por profissional de saúde qualificado, o Governo de Angola, nos últimos anos, investiu em formação de profissionais de saúde para prestar assistência obstétrica de qualidade; ampliou a rede física com a construção, reconstrução e apetrechamento das unidades de saúde com meios médicos e de diagnóstico, além de garantir a gratuidade de todas as intervenções de saúde no sistema público.

Os resultados do QUIBB 2011 elaborado pelo INE mostram que 56,9% dos partos foram assistidos por pessoal qualificado, sendo 75,7% na área urbana e 35,2% na rural. Quanto ao local do parto, a tabela a seguir mostra a evolução do indicador, no período de 1996 a 2011, sendo possível averiguar que houve aumento na percentagem de partos assistidos por pessoal qualificado de 22% em 1996 para 50,9% em 2011.

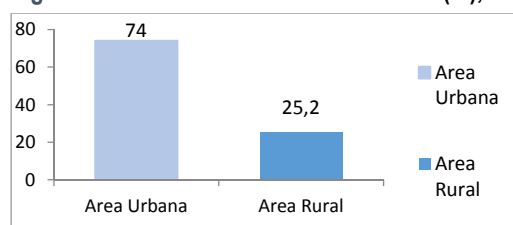
Tabela 18: Percentagem de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, 1996-2011

INDICADOR	1996	2001	2011
Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado do total de partos (%)	22	24	50,9

Fonte: INE (MICS 1996 e 2001, QUIBB 2011).

Assim sendo, a percentagem de partos não institucionais é mais de 49%.

Figura 21: Partos nas unidades de saúde (%), 2011



A percentagem de mulheres que, na área urbana, fizeram o parto nas unidades de saúde é cerca de 3 vezes superior à da área rural; fora dos centros urbanos apenas 25,2% dos partos são assistidos por pessoal qualificado.

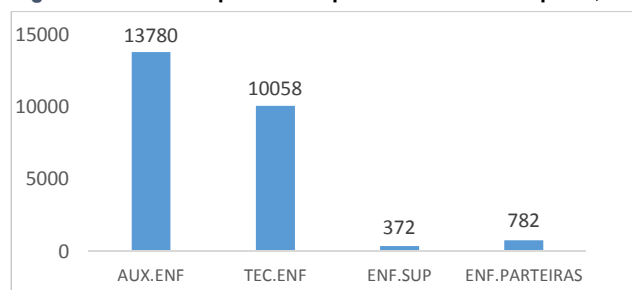
Fonte: INE (QUIBB 2011).

Em 2007, os resultados do Inquérito sobre a Avaliação de Necessidades dos Serviços de CONU, indicou que o número mínimo de profissionais qualificados para assegurar o parto era de 0,85/1000 habitantes, enquanto o número mínimo recomendado pela OMS é de 2,3/1000 habitantes. De 2007 a 2014 houve progresso neste indicador, que passou de 0,85 a 1,0/1000 habitantes.

Ainda de acordo com o referido inquérito, em 2007, das 400 unidades sanitárias que prestam serviços de assistência ao parto, 363 (91%), não satisfaziam os critérios de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência (CONU). Em 2014, foram contabilizadas 2.933 unidades de saúde públicas com CONU básico e completo.

A figura a seguir mostra o número de pessoal qualificado em 2015 para assistência ao parto, por categorias profissionais.

Figura 22: Pessoal qualificado para assistência ao parto, 2015



Observa-se que Angola tem 13.780 auxiliares de enfermagem no total, mas somente 372 enfermeiros superiores. O número de enfermeiros parteiras é 782.

Fonte: MINSA/DNSP.

Não existem estudos específicos sobre a baixa utilização dos serviços, as evidências em África indicam que o baixo estatuto social das mulheres, os factores sócio culturais, o acesso geográfico e financeiro e a reduzida disponibilidade de serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência (CONU) básico e completo, podem estar na base desta fraca utilização.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

A redução da mortalidade materna e infantil tem vindo a ser afirmada como uma das principais prioridades do Executivo Angolano, com particular ênfase no período de Governação 2009-2012, quando definiu como metas a redução em 50% das taxas de mortalidade materna e infantil e o aumento em 80% da cobertura de partos institucionais, assim contribuindo para o alcance dos Objectivos do Milénio 4 e 5, relativos à redução da mortalidade infantil e materna respectivamente.

No cumprimento dos compromissos internacionais, regionais e nacionais, vários documentos de política e estratégias foram definidos, nomeadamente:

- O Manual de “Políticas e normas para prestação de Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva” revisto em 2004;
- O Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno-Infantil (2005- 2009);
- O Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Angola (2007-2015), actualizado em 2010;
- O Plano Estratégico de Segurança dos Produtos de Saúde Reprodutiva (2009-2013), em conformidade com as recomendações do Plano de Maputo, 2005;
- A Estratégia de Revitalização do Sistema Municipal;
- A Política Nacional de Saúde, aprovada em 2010;
- O Lançamento da Campanha Acelerada para Redução da Mortalidade Materna-Angola (CARMMA) num Fórum nacional, onde foi anunciada a criação de um Comité Nacional de Prevenção de Mortes Maternas;
- O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2012-2025);
- Integração da notificação obrigatória das Mortes Maternas no sistema de vigilância epidemiológica nacional.

Em 2011, o Sector finalizou a elaboração dos Mapas Sanitários das 18 províncias, que disponibilizam dados sobre a distribuição e características de todas as infra-estruturas sanitárias, serviços prestados, recursos humanos existentes, bem como uma análise detalhada dos resultados, propostas e recomendações. No âmbito da consolidação do processo de desconcentração e descentralização administrativas e do reforço do Sistema de Saúde a nível municipal, foi atribuída às administrações municipais uma dotação directa do orçamento com o propósito de proporcionar recursos para despesas de saúde a nível local.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Apesar dos esforços na redução da taxa de mortalidade materna entre 1990-2013 como indicado acima, muito ainda resta por fazer e vários desafios devem ser superados em termos de saúde reprodutiva, tais como:

- Disponibilidade de recursos financeiros específicos para a Saúde Materna e Infantil;
- Insuficiência de Recursos Humanos em número e qualidade, para responder à necessidade de melhoria da gestão dos Programas e Serviços a todos os níveis e expansão e manutenção da qualidade dos Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos e Completos (colocação e retenção de pessoal qualificado a nível rural e periurbano de uma forma equitativa);
- Planificação e gestão pouco eficiente dos recursos financeiros, humanos e materiais;
- Deficiências no Sistema de informação, monitoria e avaliação, assim como de coordenação inter e intra sectorial;
- Fraco ou inexistente sistema de referência e contra-referência para as urgências obstétricas e neonatais;

- Garantir, a nível municipal, a cobertura universal do pacote essencial integrado de cuidados e serviços materno-infantil, os cuidados obstétricos e neonatais de Urgência básicos e completos e os produtos seguros para a Saúde Reprodutiva às mulheres e recém-nascidos;
- Operacionalização dos Comitês: Nacional, Institucionais, Provinciais e Municipais de Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal, mecanismos que deverão garantir a Vigilância das Mortes Maternas e Perinatais e orientar as estratégias de controlo;
- Necessidade de empoderamento das mulheres, famílias e comunidades para a promoção e protecção da saúde;
- Fraco envolvimento comunitário, em particular dos homens, nos problemas relacionados com a saúde reprodutiva e, em especial, no planeamento familiar.

Recomendações:

Tendo em atenção ao acima exposto, as principais recomendações são as seguintes:

- Mobilizar linhas orçamentárias e financeiras específicas no OGE para a Saúde Materna e Infantil e disponibilidade de forma sustentada em meios médicos e equipamentos;
- Assegurar a disponibilidade de técnicos qualificados através da formação e capacitação contínua, inseridos no sistema de saúde a nível municipal organizado e forte, sem esquecer a questão da humanização do acolhimento e atendimento dos pacientes;
- Actualizar as políticas de recursos humanos de saúde, com destaque para os cargos e salários e progressão na vida profissional;
- Criar mecanismos para equilibrar a distribuição de pessoal qualificado e das unidades de saúde, de acordo com a densidade populacional;
- Ampliar a Consulta Pré Natal integrada (nutrição, tratamento intermitente e preventivo da malária, distribuição de mosquiteiro impregnado com insecticida, prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho, prevenção da hepatite B, desparasitação e elaboração do plano de parto vinculado ao local do parto);
- Fortalecer os mecanismos de referência e contra-referência para a resolução satisfatória das urgências obstétricas e neonatais (aumento do número de ambulâncias e expansão da rede de comunicações de rádio móvel e fixo);
- Aprimorar o Sistema de Informação em Saúde em todos os níveis de assistência;
- Estimular o envolvimento comunitário, com a implantação da estratégia de Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário;
- Reforçar as parcerias e um amplo movimento de advocacia a favor da saúde da mulher e da criança a todos os níveis.

Meta 5.B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva

Em Angola o Planeamento Familiar é uma componente fundamental na prestação de cuidados na área da Saúde Sexual e Reprodutiva das mulheres e homens, tendo como principais objectivos o apoio, acompanhamento e espaçamento das gravidezes e o planeamento do nascimento dos filhos, para garantir o crescimento sócio-económico sustentado.

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 4 indicadores, designadamente:

- Percentagem de mulheres de 15 a 49 anos que usam métodos contraceptivos;
- Taxa de nascimentos entre adolescentes;
- Cobertura de atendimento pré-natal com pelo menos quatro consultas;
- Necessidades de planeamento familiar não atendidas.

A. TENDÊNCIAS

Indicador 5.3: Percentagem de mulheres de 15 a 49 anos que usam métodos contraceptivos

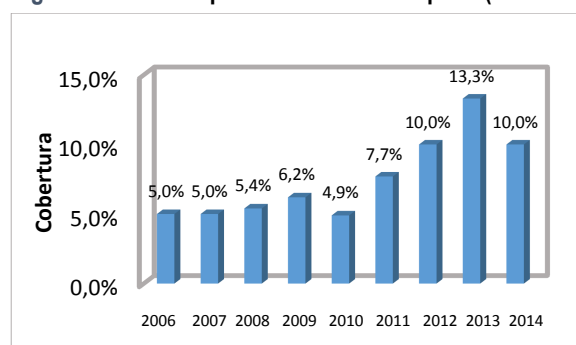
O Planeamento Familiar deve promover uma vivência sexual segura, garantir uma maternidade e paternidade saudáveis, prevenir a gravidez indesejada, reduzir o número de infecções sexualmente transmissíveis e principalmente reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil.

O PND 2013-2017 tem o programa de prestação de cuidados de saúde, cujo subprograma Atenção Específica para Grupos Etários da População descreve as acções que concorrem para o alcance desta meta.

A informação disponível para este indicador, referente ao ano de 2001 (MICS-II), indicava uma prevalência de 6% no uso de contraceptivos modernos. Os dados do IBEP 2008-2009, mostram, que apenas 13% das mulheres com idades entre os 12-49 anos em união de facto usam contraceptivos modernos, com grande discrepância entre a área urbana (19,4%) e a área rural (3,1%) e disparidades segundo o nível de escolaridade (1,8% nenhum nível de escolaridade e 32,7% ensino secundário ou mais). Apesar do aumento observado, a taxa de prevalência contraceptiva ainda se mantém muito baixa, o que pode contribuir para a elevada taxa de fecundidade de 6,4 filhos por mulher registada em Angola, com 7,8 filhos por mulher nas zonas rurais e 5,3 filhos nas zonas urbanas. A taxa de fertilidade estimada pelo UNICEF para 2013 é 5,9³³. Este indicador é um dos mais difíceis de obter devido à escassez de estudos para avaliação da situação de saúde no país.

A figura a seguir mostra um crescimento na cobertura de uso de contraceptivos no período 2006-2014.

Figura 23: Taxa de prevalência contraceptiva (cobertura de uso de contraceptivos), 2006-2014



A taxa de prevalência contraceptiva duplicou-se no período 2006-2014, passando de 5% em 2006 para 10% em 2014.

Fonte: MINSA/DNSP, Direcções Provinciais de Saúde.

As normas, atitudes e práticas socioculturais subjacentes, relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, aumentam os riscos de mortalidade materna e infantil, bem como de transmissão das Infecções de Transmissão Sexual (ITS) e VIH. Estas práticas incluem o início precoce das relações sexuais e baixas taxas de uso de anticoncepcionais, resultando em gravidez não planificada (antes de atingir a maturidade física e/ou social) e fecundidade elevada.

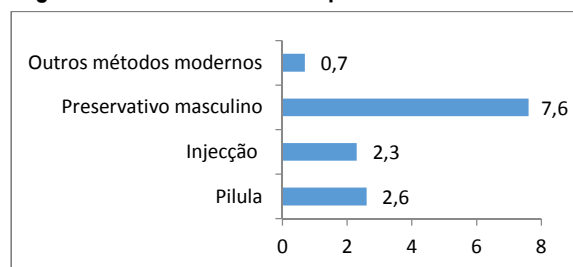
Embora não estejam disponíveis dados sobre o espaçamento dos nascimentos em Angola, é provável que o espaçamento menor de 2 anos entre uma gravidez e outra represente um risco adicional para as mães e os recém-nascidos³⁴.

O uso de métodos modernos de contracepção é apontado na figura abaixo

³³ Relatório Mundial da Infância 2015, UNICEF.

³⁴ Análise da situação das Crianças e Mulheres em Angola, UNICEF, 2014.

Figura 24: Percentagem de mulheres com 12-49 anos segundo os métodos contraceptivos utilizados



Fonte: INE (IBEP 2008-2009).

A figura mostra que dos métodos modernos de contracepção, utilizados pelas mulheres ou parceiro, o preservativo masculino é o mais utilizado, seguido da pílula (2,6%), injecção (2,3%) e outros métodos (0,7%).

É de salientar que 6,3% das mulheres com 12-49 anos de idade utilizam algum método contraceptivo tradicional, sendo o mais utilizado a abstinência periódica (5,1%).

Indicador 5.4: Taxa de nascimentos entre adolescentes

A Organização Mundial da Saúde define como a adolescência o período que decorre entre os dez e dezanove anos de idade. A gravidez e o parto na adolescência envolvem problemas físicos, emocionais, sociais e podem comprometer o futuro dos adolescentes e jovens, especialmente das meninas.

A taxa de fecundidade na adolescência em Angola é de 167³⁵ por 1000 adolescentes, sendo 239/1000 para as meninas de 15 a 19 anos que vivem nas zonas rurais³⁶. A procriação normalmente começa muito cedo. O IBEP 2008-2009 constatou que 55% das mulheres tiveram filhos antes dos 20 anos e que 7% dos partos pela primeira vez, ocorreram antes da adolescente completar 15 anos.

A taxa oficial de prevalência de contraceptivos para métodos modernos entre as mulheres jovens com idades entre 15 e 19 que vivem em união de facto é de 12,4% (IBEP 2008-2009), e apenas 1,0% para meninas entre 12 e 14 anos que vivem na mesma situação. Apenas 1 em cada 16 usuárias de planeamento familiar utiliza um método de acção prolongada (que são mais eficazes). A contracepção de emergência (CE)³⁷ está oficialmente disponível em todo o país, mas a utilização é extremamente baixa. Os baixos níveis de uso de contraceptivos estão fortemente associados à idade jovem, escolaridade, falta de informação, pobreza e crenças culturais, bem como o isolamento periurbano e rural.

As adolescentes que engravidam antes de terem atingido a maturidade física são mais propensas a ter complicações durante o parto e evidências de muitos países mostram que os seus bebés têm um maior risco de baixo peso à nascença, aumentando os riscos de morte materna e neonatal.

Embora a prevalência do VIH é ainda baixa para o país (prevalência nacional de 2%, um pouco maior nas províncias fronteiriças), o aumento do movimento comercial e imigratório, a nível interno e dos países vizinhos, alguns dos quais têm uma prevalência do VIH significativamente³⁸ mais elevada³⁹, pode conferir alteração na epidemiologia. Relativamente ao padrão da actividade sexual dos adolescentes, apenas 3,6% deles usam preservativos, o que os predispõem a um elevado potencial de risco de transmissão do VIH uma vez que o vírus torna-se presente em comunidades específicas.

³⁵ Banco Mundial (databank), 2013.

³⁶ Pathfinder Intl. 2008. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Matéria de Planeamento Familiar em Angola. Inquérito de Linha Base. Luanda.

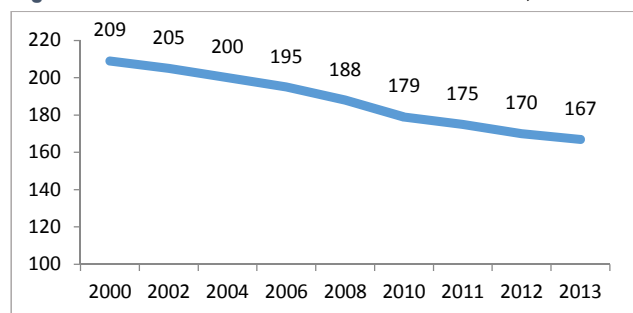
³⁷ Trussel J 2007. Choosing a Contraceptive: Efficacy, safety and personal Considerations. Contraceptive Technology 19th Revised edition. Ardent Media Inc. New York.

³⁸ PRB 2012. World population Data Sheet.

³⁹ Namibia HIV prevalence 13%; Zambia 14%. PRB 2012. World Population Data Sheet.

Na figura a seguir, pode-se observar que a taxa de natalidade em adolescentes de 15-19 anos em 2000 era de 209 e passou para 167 em 2013.

Figura 25: Taxa de nascimentos em adolescentes, 1990-2013



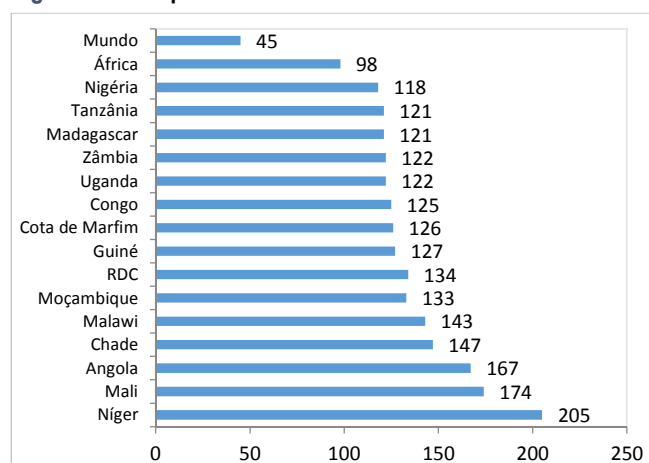
A queda observada, durante os 13 anos, foi de aproximadamente 20%, configurando um decréscimo muito lento da referida taxa, em cerca de 1% a 2% por ano.

Fonte: Banco Mundial.

Outro aspecto a destacar é que, apesar da queda, este indicador ainda é extremamente elevado, o que é corroborado pela elevada taxa de gravidez na adolescência. Estes índices contribuem para as altas taxas de mortalidade materna, abortos inseguros e de fistulas obstétricas. De acordo com o PNDS 2012-2015, cerca de 12% dos partos institucionais registados em Luanda, correspondem a mães adolescentes. De forma semelhante aos demais indicadores analisados nesta secção, informações desagregadas por região, grupos étnicos e perfil sócio econômico, não estão disponíveis.

A figura abaixo mostra uma comparação de 15 países com a taxa mais alta de nascimentos em adolescentes (por 1000 mulheres entre 15-19 anos).

Figura 26: Comparativa da taxa de nascimentos em adolescentes (15 países), 2013



Para o ano 2013, 15 países de África Subsaariana, incluído Angola, têm 120 ou mais nascidos vivos por 1.000 mulheres adolescentes de 15-19 anos. Angola ocupa o terceiro lugar.

Fonte: Banco Mundial.

Indicador 5.5: Cobertura de atendimento pré-natal com pelo menos quatro consultas

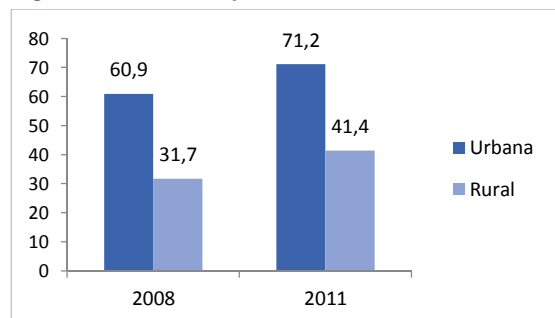
A consulta de pré-natal tem um papel fundamental para a prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebé e reduzindo os riscos para ambos.

Nos últimos anos o Governo de Angola tem envidado esforços para que as mulheres gestantes tenham acesso a um mínimo de 4 consultas de pré-natal e parto seguros.

As consultas de pré-natal são realizadas em todo o país de forma integrada, com especial atenção a prevenção da anemia e da malária (Tratamento Intermitente Preventivo com Sulfadoxina Pirimetamina e mosquiteiro impregnado), aconselhamento e testagem para o VIH e a disponibilidade do Programa de Prevenção da Transmissão de VIH da mãe para o filho.

A figura a seguir aponta a percentagem de mulheres que fizeram 4 ou mais consultas pré-natal, no meio urbano e rural.

Figura 27: Mulheres que fizeram 4 ou mais consultas pré-natal (%)



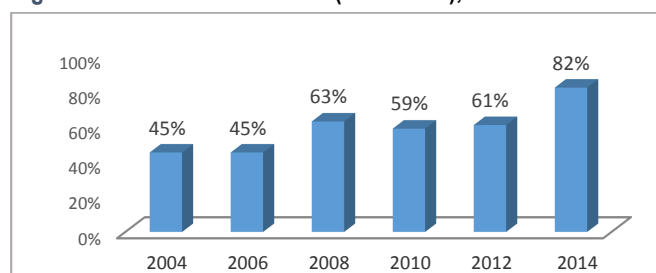
Em 2011 mais de metade (57,0%) das mulheres com 12-49 anos de idade, com filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores ao inquérito, fizeram quatro ou mais consultas de pré-natal. As mulheres residentes na área urbana tendem a ter maior acesso a estes cuidados (71,2% contra 41,4% na área rural).

Fonte: INE (IBEP 2008-2009 e QUIBB 2011)

Na província de Luanda, de acordo com os dados do QUIBB 2011, cerca de 90% das gestantes receberam a atenção pré-natal ao passo que nas províncias de Uíge, Lunda Norte e Kuando Kubango, menos da metade das grávidas teve acesso a este serviço. As mulheres do quintil mais rico da população tiveram mais acesso ao pré-natal com profissional qualificado (90%), enquanto que apenas 44% das mais pobres foram atendidas por estes profissionais. Cerca de 58% das adolescentes gestantes de 12 a 14 anos, procura o serviço de pré-natal somente no quarto mês de gestação, aumentando a propensão à riscos de complicações.

A figura abaixo mostra uma evolução no período 2004-2014 da percentagem de mulheres que fizeram uma visita pré-natal.

Figura 28: Cobertura Pré-Natal (uma visita), 2004/2014



Observa-se que a percentagem de mulheres com pelo menos uma visita pré-natal, tem vindo a aumentar de 45%, em 2004 para 82%, em 2014.

Fonte: MINSA/DNSP

Indicador 5.6: Necessidades de planeamento familiar não atendidas

Sendo que a taxa de fecundidade em Angola é de cerca de 6 filhos por mulher, a necessidade de planeamento familiar é fundamental para o espaçamento das gravidezes, mas também para evitar a gravidez na adolescência.

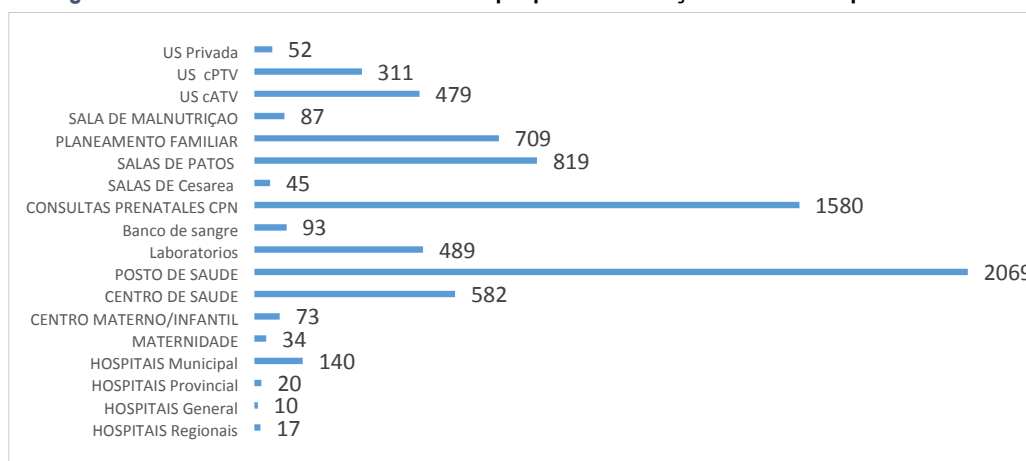
De acordo com os dados do IBEP 2008-2009, 18,4% das mulheres informaram que tiveram filhos que não foram planeados (sendo que a necessidade não satisfeita de planeamento para o espaçamento das gravidezes atinge 82,4% e a limitação 17,6%). O tipo de necessidade não satisfeita por planeamento familiar tem características semelhantes na área urbana e na rural.

As gravidezes não planeadas concentram-se nas adolescentes dos 12 aos 19 anos e decrescem nas faixas etárias superiores. A adolescência pode ser um período muito saudável de vida, no entanto, os adolescentes, especificamente, podem ser particularmente vulneráveis a ameaças à sua saúde sexual e reprodutiva. As adolescentes são expostas a riscos, tais como, casamento e actividade sexual

precoce e desprotegida⁴⁰. Os factores que contribuem para isso incluem desequilíbrios de género e poder, falta de informação, a falta de acesso aos recursos e a disponibilidade de serviços de contraceção, bem como factores socioeconómicos⁴¹.

A rede sanitária tem sido melhorada com a reconstrução e construção de novas unidades sanitárias, que tem aumentado o acesso da população aos serviços de planeamento familiar. A figura a seguir mostra o número de unidades de saúde que prestam serviços de saúde reprodutiva.

Figura 29: Número de Unidades de Saúde que prestam serviços de Saúde Reprodutiva 2014



Fonte: MINSA/DNSP.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

No período de 1994 até 2014, foram lançados diversas políticas, programas e normas de saúde sexual e reprodutiva, com destaque para:

- Plano e Roteiro de redução acelerada da mortalidade materna;
- Reposicionamento do planeamento familiar;
- Decreto presidencial sobre os comités de morte materna e neonatal, bem como revisões e actualizações feitas em normas técnicas de saúde reprodutiva;
- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2012-2025), que define metas e orienta as estratégias e actividades voltadas à melhoria da situação de saúde da população;
- Revitalização dos Cuidados Primários de Saúde, no âmbito da descentralização das acções e recursos financeiros que visam a municipalização dos cuidados de saúde;
- Em 2012, o Ministério da Saúde, através da Direcção Nacional de Saúde Pública, decidiu, com o apoio de diversos parceiros, actualizar o Caderno de Saúde da Grávida, transformando-o em Caderno de Saúde Materno-Infantil. Com a introdução do Caderno de Saúde Materno-Infantil pretende-se reforçar a atenção integrada e contínua à grávida, parto, pós-parto, ao recém-nascido e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, chamando a atenção dos profissionais de saúde para uma orientação e seguimento padronizado, incluindo a comunicação com as utentes;
- Em 2014 foi elaborada a Política Nacional de Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário (ADECOS), que conta com a colaboração dos Ministérios da Administração do Território e da Saúde, e visa mobilizar e aumentar o acesso da população aos serviços sociais e de desenvolvimento comunitário incluindo a saúde, com foco na atenção à mãe e crianças menores de 5 anos;

⁴⁰ The National Research Council and Institute of Medicine. 2005. Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. Washington DC.

⁴¹ World Health Organization 2012. Expanding access to contraceptive services for adolescents. Geneva

- Em 2015, o MINSA lançou a Semana Nacional de Humanização do Atendimento nos Serviços de Saúde, para aprimorar o atendimento nos serviços de saúde, particularmente para as mulheres grávidas, com vista a aumentar a aderência aos serviços de pré-natal e parto institucional.

Durante o ano de 2014, o MINSA, através da DNSP e com o apoio de parceiros técnicos, actualizou a estratégia de Planeamento Familiar para reposicionar e fortalecer a realização desta actividade nos serviços de saúde, de forma a influenciar a demanda a estes serviços e diminuir a demanda não satisfeita por métodos contraceptivos. Estas acções implicam o aumento da disponibilidade dos métodos contraceptivos modernos, a melhoria da gestão destes produtos em todos os níveis e a formação dos técnicos que os manejam.

Para abordar a gravidez na adolescência, o PNDS 2012-2025 apresenta dois programas interrelacionados: o Projecto de Desenvolvimento de Cuidados de Saúde Promocionais, Preventivos e de Rastreio a Adolescentes e o Projecto de Saúde Escolar. As principais metas destes projectos incluem a elaboração da Estratégia de Saúde dos Adolescentes e a Política Nacional de Saúde Escolar.

A questão do fortalecimento da participação social dos adolescentes e jovens faz parte das prioridades nacionais e diversos sectores estão envolvidos neste tema, destacando-se a liderança do Ministério da Juventude e Desporto com a elaboração da Política e respectivo Plano Nacional da Juventude, que inclui o Projecto Juventude Informada e Responsável, que tem uma forte componente em saúde sexual e reprodutiva. O Ministério da Educação, por sua vez, está a liderar em Angola o Compromisso Interministerial da SADC sobre Educação Sexual Abrangente, que contempla a implementação, nas escolas da rede pública, de actividades voltadas à inclusão do tema nos currículos escolares e nas instituições de formação de professores e profissionais de saúde.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Os principais desafios para aumentar a aderência da população angolana aos métodos contraceptivos modernos incluem:

- Realização de estudos qualitativos e do tipo Inquéritos Demográficos e de Saúde para identificar as percepções sociais e culturais assim como recolher informação desagregada sobre a taxa de prevalência do uso de contraceptivos e captar as diferenças regionais, as ligadas à idade, ao género e aos grupos étnicos;
- A abordagem dos tabus culturais que prejudicam a saúde das mulheres;
- Incluir abordagens específicas para homens no que se refere à contracepção e paternidade responsável.

Especificamente, os principais desafios para diminuir as taxas de gravidez na adolescência incluem:

- Falta de conhecimentos entre os jovens juntamente com crenças culturais e normas sociais que dificultam o uso da contracepção pelos adolescentes;
- Conceitos distorcidos e treinamento limitado dos profissionais de saúde sobre as contra-indicações médicas dos métodos de Planeamento Familiar e certas interações medicamentosas;
- Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva amigos dos adolescentes oferecidos de forma limitada;
- Validação da Estratégia de Saúde dos Adolescentes.

Os principais desafios para garantir a cobertura de atendimento pré-natal centram-se em:

- Recursos financeiros ainda insuficientes para a implementação do Caderno de Saúde Materno-Infantil a nível nacional;

- Pouca integração e coordenação intersectorial para a formação dos profissionais de saúde, cuja capacidade técnica é ainda insuficiente;
- Necessidade de reforço e ampliação da oferta do pacote de intervenções integradas;
- Falta de disponibilidade para todas as unidades de saúde dos manuais, normas padronizadas e algoritmos sobre saúde sexual e reprodutiva nos serviços de saúde.

Recomendações:

As recomendações para elevar a taxa de prevalência do uso de contraceptivos modernos são:

- Melhorar o sistema de informação em saúde com ênfase na recolha e análise de dados, de forma desagregada, para captar as necessidades de saúde da população e dos adolescentes;
- Realizar pesquisas sobre as percepções sociais quanto ao uso de métodos contraceptivos e inquéritos demográficos e de saúde;
- Melhorar a integração da perspectiva de género nas políticas e programas de saúde e especificamente nos programas de saúde sexual e reprodutiva;
- Desenvolver estratégias de comunicação para melhorar a informação e conhecimentos sobre planeamento familiar e criar demanda, envolvendo os homens e líderes religiosos;
- Reforçar a proposta de integração dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planeamento familiar e infecções de transmissão sexual/VIH, com enfoque nos adolescentes e jovens;
- Alocar recursos financeiros de forma regular e sustentada para os programas de saúde sexual e reprodutiva;
- Manter a advocacia junto aos decisores para o apoio às iniciativas para a melhoria da saúde materna.

As principais recomendações para diminuir a gravidez na adolescência são as seguintes:

- Melhorar o acesso dos adolescentes e jovens aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incentivando a iniciativa de ampliação dos serviços amigos dos adolescentes e jovens;
- Validar a Estratégia de Saúde dos Adolescentes;
- Desenvolver uma estratégia de comunicação para os adolescentes e jovens, com foco no empoderamento das adolescentes;
- Envolver mais os adolescentes na tomada de decisão nas unidades sanitárias e na comunidade;
- Prestar mais atenção às questões de género nos programas de saúde sexual e reprodutiva direccionados aos adolescentes;
- Envolver mais intensamente o sector de educação com a capacitação de professores e profissionais de saúde em Educação Sexual Abrangente;
- Operacionalizar o compromisso interministerial dos países da África Austral e Oriental sobre Educação Sexual Abrangente;
- Prestar mais apoio às organizações da sociedade civil que desenvolvem actividades com adolescentes.

As recomendações para aumentar a cobertura pré-natal incluem:

- Desenvolver maior integração e coordenação intersectorial;
- Capacitar os técnicos de saúde no Caderno de Saúde Materno-Infantil;
- Actualizar o Estudo sobre os Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência;
- Implementar o Plano de Aceleração da Resposta ao VIH;
- Desenvolver estratégias de comunicação para melhorar a informação e conhecimentos sobre os benefícios do pré-natal;
- Implementar a Política Nacional dos ADECO e envolver a sociedade civil para apoiar nas acções de comunicação e informação para aumentar a demanda do pré-natal.

Objectivo 6: Combater o VIH/SIDA, a Malária e outras doenças

Para atingir o desafio proposto pelo ODM 6, os países precisam alcançar três metas específicas: (i) interromper a propagação e diminuir a incidência do VIH/SIDA, (ii) alcançar o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA para todos aqueles que precisam dele e (iii) parar e começar a reverter a incidência da malária e de outras doenças graves. Na monitoria deste objectivo estão envolvidos sete indicadores, estando três associados ao controlo do VIH/SIDA, dois à malária e dois à tuberculose.

O perfil epidemiológico da população angolana é caracterizado pela alta prevalência de doenças endémicas e infecto-contagiosas, o que se traduz em grande impacto sobre o estado de saúde e a qualidade de vida da população.

Meta 6.A: Deter e começar a reduzir, até 2015, a propagação do VIH/SIDA

As orientações da Estratégia de Longo Prazo “Angola 2025” e a Política Nacional de Saúde, definem como objectivos e prioridades o combate ao VIH/SIDA, a Malária, a Tuberculose e outras Grandes Endemias.

Angola está entre os 22 países prioritários do Plano Global do VIH/SIDA, e tem como um dos objectivos acelerar o acesso à Prevenção da Transmissão Vertical do VIH (PTV) e ao Tratamento Antirretroviral até 2015, visando atingir “Zero Novas Infecções, Zero Mortes relacionadas a SIDA e Zero Estigma e Discriminação”. Nesse contexto, o país tem desenvolvido estratégias de âmbito multisectorial para o controlo da Epidemia.

Para o alcance desta meta foram definidos 4 indicadores de avaliação de progresso, nomeadamente:

- Prevalência do VIH entre a população com idade entre 15-24 anos de idade;
- Uso de preservativos na última relação sexual de alto risco;
- Percentagem da população com idade entre 15-24 anos com conhecimento correcto e abrangente sobre o VIH/SIDA;
- Razão de frequência escolar de órfãos e não órfãos com idades entre 10-14 anos.

A. TENDÊNCIAS:

A análise dos indicadores mostra uma relativa estabilização da epidemia a partir de 2005 e do número de novas infecções pelo VIH a partir de 2013, após um aumento contínuo desde 2004.

Indicador 6.1: Prevalência do VIH entre a população com idade entre 15-24 anos

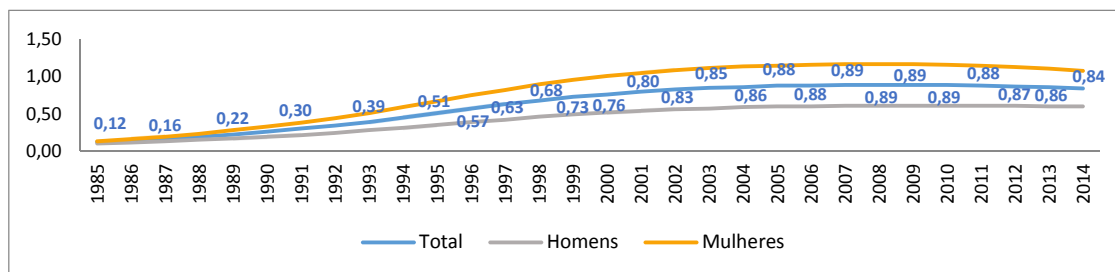
A prevalência do VIH em Angola tem-se mantido relativamente baixa (2,4%), não obstante se situar entre países da região subsaariana com alta prevalência. Este facto pode ser atribuído, em parte, ao longo período de guerra civil com restrição de movimento de pessoas e bens nas fronteiras. Com o fim da guerra, esta condição foi seguida por um desenvolvimento acelerado, onde os processos migratórios e as características socioeconómicas vem contribuindo para o avanço da epidemia no país. Alguns factores podem estar relacionados às características da epidemia do VIH, como parceiros sexuais múltiplos, poligamia, prostituição, início precoce da vida sexual, práticas culturais, pobreza, analfabetismo, questões de género, a concentração da população em áreas urbanas (62,3%)⁴², a predominância de jovens (48% menores de 15 anos) e a predominância de mulheres (52%), das quais 44% estão em idade reprodutiva (15-49 anos)⁴³.

⁴² República de Angola-Ministério do Planeamento, Instituto Nacional de Estatística, “Resultados Preliminares do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola,” Angola, 2014.

⁴³ IBEP 2008-2009.

Em 2014, a estimativa de prevalência do VIH foi 0,84% para a população de 15 a 24 anos⁴⁴. Nesta faixa etária observa-se uma relativa estabilização da epidemia a partir de 2005, que pode estar relacionada com a criação do Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (INLS) em 2004⁴⁵, quando foram implementadas no país estratégias de prevenção e acesso universal a Terapia antirretroviral. A figura a seguir apresenta a prevalência do VIH em adultos de 15-24 anos.

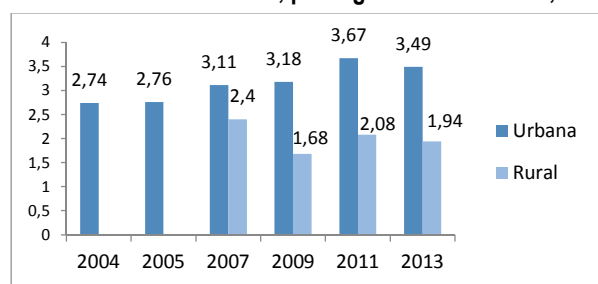
Figura 30: Prevalência do VIH em Adultos de 15 a 24 anos por gênero, 1985 a 2014



Fonte: MINS/INLS/Spectrum ONUSIDA 2015.

A prevalência do VIH no país é calculada através de estudos serocomportamentais realizados em mulheres grávidas em Consulta Pré-Natal, em 36 sítios sentinela representativos da população do país, desde 2004. Entre 2004 e 2013 foram realizados 6 estudos sentinela com uma relativa estabilidade da prevalência do VIH ao longo dos anos, como se constata na figura abaixo.

Figura 31: Prevalência do VIH em Estudos Seroepidemiológicos realizados em Unidades de Pré-natal, por região urbana e rural, 2004 a 2013

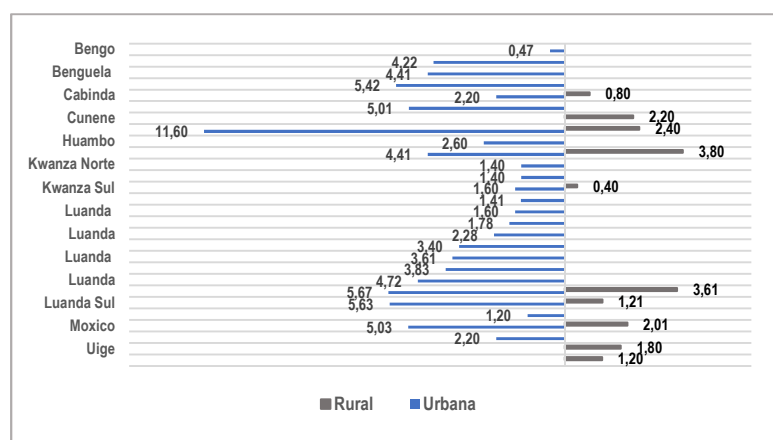


Um aspecto importante observado nos estudos é a diferença regional entre a zona rural e urbana. O estudo de 2013 apresentou uma taxa média de 3,0%, com uma variação de 0,4% a 3,8% para as zonas rurais e 0,5% a 11,6% para as zonas urbanas.

Fonte: MINS/INLS.

A figura a seguir apresenta os resultados do estudo realizado em unidades sentinelas de pré-natal.

Figura 32: Prevalência do VIH em Estudo Seroepidemiológico realizado em Unidades Sentinelas de Pré-Natal, por províncias e por regiões rural e urbana, 2013



Fonte: MINS/INLS 2015.

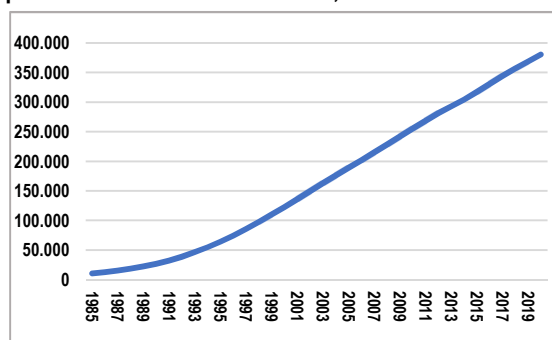
Observou-se uma prevalência maior que 3% em 50% das províncias. Entre as províncias com maiores taxas, cinco fazem fronteira com países vizinhos de alta prevalência do VIH, como mostra a figura ao lado.

⁴⁴ UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections, Spectrum/Estimation and Projection Package (EPP), Angola, 2015.

⁴⁵ República de Angola-Assembleia Nacional, "Decreto-Lei nº 7/05 de 9 de Março, criação do Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA".

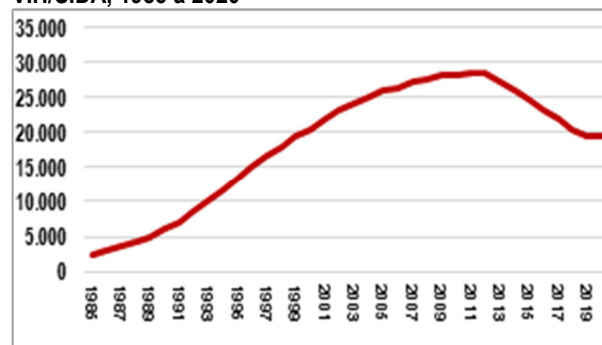
Em países com epidemia generalizada, como Angola, os estudos de seroprevalência em mulheres grávidas em consulta pré-natal permitiram calcular as estimativas e projecções dos indicadores da epidemia, através do programa Spectrum, e estes tem sido utilizados como instrumentos de gestão do VIH/SIDA no país. As figuras abaixo mostram as estimativas do número total de pessoas vivendo com VIH/SIDA e de novas infecções.

Figura 33: Estimativa do número total de pessoas vivendo com VIH/SIDA, 1985-2020



Fonte: MINSA/INLS/Spectrum ONUSIDA, 2015.

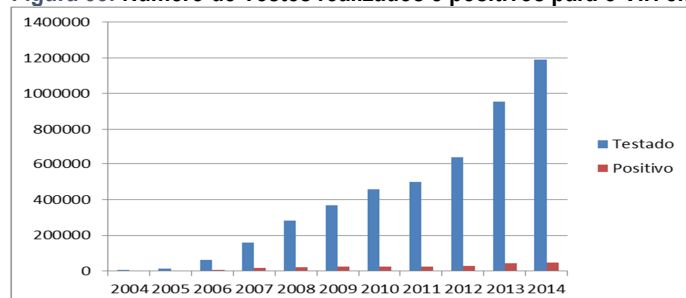
Figura 34: Estimativa do número de novas infecções pelo VIH/SIDA, 1985 a 2020



Fonte: MINSA/INLS/Spectrum ONUSIDA, 2015.

O aumento do acesso aos Serviços de Aconselhamento e Testagem é outra importante estratégia de prevenção. A figura abaixo mostra que o número de testes realizados tem vindo a aumentar.

Figura 35: Número de Testes realizados e positivos para o VIH em Angola, 2004 a 2014



Fonte: MINSA/INLS/Spectrum ONUSIDA 2015.

O país conta actualmente com 1.068 Serviços implantados nas diversas províncias. De 2004 a 2014 cerca de 4.628.846 de testes rápidos foram realizados nestes serviços, dos quais 235.126 resultaram positivo.

Indicador 6.2: Uso de preservativos na última relação sexual de alto risco

A disponibilização do preservativo aumentou ao longo dos anos, de 2.400.000 em 2004 para cerca de 55.127.800 preservativos em 2014 (51.187.800 foram preservativos masculinos e 3.940.000 femininos). Porém, a sua utilização ainda é baixa para reduzir significativamente a transmissão sexual do VIH.

Segundo o IBEP 2008-2009, o uso de preservativo em relações sexuais com múltiplos parceiros foi de 42,5% na população entre 15-49 anos. Nas áreas rurais, apenas 21% das pessoas usavam preservativo. Foi observada uma relação entre o nível socioeconómico e o uso de preservativo, na medida em que o uso de preservativo foi de 59,5% entre a população mais rica, comparado a 24,2% entre os mais pobres.

Estudos de Comportamentos, Atitudes e Práticas sobre VIH/SIDA (CAPSIDA) em Angola ainda são restritos e existem poucos estudos representativos de âmbito nacional com evidências sólidas do perfil da epidemia na população geral e nos grupos mais vulneráveis.

O estudo INCAPSIDA⁴⁶ realizado em 2010, analisou o comportamento da população geral do país. O início de relações sexuais antes dos 15 anos é mais acentuado em meninas (21,2 %). Em adultos dos

⁴⁶ MINSA/INLS, "Inquerito sobre Conhecimento, Atitudes, Práticas e Seroprevalência em Angola," Angola, 2010.

15-49 anos, os homens apresentavam comportamentos de maior risco, com 15,8% a terem relações sexuais com mais de um parceiro. O uso de preservativos foi de 30% na população geral, sendo de 19,0 % entre mulheres e 43,2% entre os homens.

Sobre uso do preservativo entre camionistas de longo curso, foi realizado um estudo em 2010⁴⁷, que relatou que somente 39% dos entrevistados usavam preservativos nas relações sexuais ocasionais e entre esses, apenas 60% usou preservativo na última relação sexual.

Em mulheres trabalhadoras de sexo, foi realizado pelo INLS estudo CAPSIDA em 2001 e 2006, mostrando que do primeiro para o segundo ano observado, a percentagem de uso consistente de preservativo entre elas passou de 10,8% para 67,5%. Em 2010⁴⁸ foi realizado um estudo com mulheres envolvidas em sexo transaccional na província do Cunene e os resultados mostram que a percentagem de entrevistadas que usaram preservativo na última relação com parceiro a quem pediram/receberam dinheiro foi de 51,1% e com maridos e namorados de 20,2% e 37,3%.

Indicador 6.3: Percentagem da população com idade entre 15-24 anos com conhecimento correcto e abrangente sobre o VIH/SIDA

O Inquérito IBEP 2008-2009 revelou um baixo nível de conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH entre os jovens com idade de 15-24 anos, com percentagens mais baixas nas áreas rurais, mulheres e indivíduos com menor nível de escolaridade. Observou-se que somente 28,5% dos jovens apresentava conhecimento correcto sobre as formas de transmissão do VIH por via sexual. Quando analisados por região, observou-se 39% entre os jovens residentes na zona urbana e de 12,1% na zona rural. E em jovens mulheres de 15-19 anos essa proporção foi de 24,2%. No total, 86,0% já tinha ouvido falar do VIH/SIDA, mas entre aqueles sem nenhum nível de escolaridade essa proporção foi de apenas 55,9%, conforme a tabela abaixo.

Tabela 19: Percentagem da população entre 15-24 anos com conhecimento correcto e abrangente sobre o VIH/SIDA

	Ja ouviu falar do VIH/SIDA	Conhece as formas de transmissão sexual		Conhece as 2 formas de evitar a transmissão sexual	Conhece as concepções erradas			Conhece as 3 concepções erradas	Conhece as 2 formas de transmissão sexual e as 3 concepções erradas
		Fidelidade	Uso do preservativo		Aparência saudável	Picada de mosquitos	Partilha de alimentos		
Angola	86	60,2	62,9	52,8	62,3	48,9	62,6	38	29
Residencia									
Urbana	94,6	71,7	75	64,5	77,2	62	78,8	51	39
Rural	72,5	42	44	34,3	38,7	28,4	37	17,6	12
Sexo									
Homens	87,3	62,7	65,9	55,2	65,2	52,7	64,3	42,3	32
Mulheres	84,8	57,9	60,3	50,6	59,6	45,5	61,1	34,2	25
Idade									
15-19	83,2	56,1	58,7	48,8	56,7	45,5	57,6	33,5	25
20-24	89,7	65,6	68,4	58	69,5	53,3	69,1	44	33
Escolaridade									
Nenhum nível	55,9	30,1	27,5	21,5	26,9	19,8	25,1	9	5,6
Ensino primário	84,7	54,9	57,3	46,7	52,7	39,4	54,2	26,6	19
Ensino secundário	97,5	77,6	82,4	71,8	88,1	72,9	87	64,6	50
Quintil de despesas									
Primeiro	64,9	38,8	34,9	29,2	33,2	24,1	31,3	16,6	10
Segundo	79,3	49,3	53,2	43,1	50,7	35,8	50,4	25,6	20
Terceiro	88,3	58,4	62,4	50,1	60,9	47,8	58,1	35,3	25
Quarto	91,9	69,3	73,6	62,8	71,5	55,2	71,3	44,6	36
Quinto	97	73,6	78,7	66,9	82,9	66	84	56,9	42

Fonte: INE (IBEP 2008-2009).

A participação das diferentes instituições governamentais nas estratégias de prevenção é muito importante para uma maior abrangência e efectividade das acções de prevenção do VIH/SIDA. Este processo de cooperação multisectorial permite um maior alcance dos grupos mais vulneráveis da

⁴⁷ MINS/INLS, "Estudo Sobre Camionistas (Organização Internacional de Migração)," Angola, 2010

⁴⁸ República de Angola-Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, CDC, Fiocruz RJ, "Inquérito de Vigilancia Comportamental e Sorológica para VIH e Sífilis em mulheres jovens envolvidas em sexo transaccional na fronteira entre Angola/Namíbia," Cunene, Angola, 2011.

epidemia. Destacam-se algumas acções relevantes como a introdução da temática VIH/SIDA no currículo escolar pelo Ministério da Educação⁴⁹; a actuação no sistema prisional, quartéis e guarnições militares das Forças Armadas Angolanas e Polícia Nacional; as acções junto às populações de refugiados e de maior mobilidade, crianças órfãs e vulneráveis e suas famílias pelo Ministério da Assistência e Reinserção Social; e o reforço das intervenções para a mulher e seus parceiros, com ênfase no empoderamento da mulher visando uma vida sexual e reprodutiva saudável pelo Ministério da Família e Promoção da Mulher.

Indicador 6.4: Razão de frequência escolar de órfãos e não órfãos com idade de 10-14 anos

Os resultados do inquérito do IBEP 2008-2009 revelam que a taxa geral de orfandade no país está estimada em 10%, correspondendo à percentagem de crianças que perdeu um ou ambos os pais biológicos. Cerca de 12% das crianças com menos de nove anos não vive com os pais biológicos apesar de estes estarem vivos e 13% vivem só com as mães, estando os pais ainda vivos. Nos últimos 6 meses, em agregados familiares de crianças órfãs com 10-14 anos de idade, apenas 14,7% receberam algum tipo de ajuda (alimentos, vestuário ou calçados, medicamentos, sementes ou instrumentos agrícolas, ou outros).

Em Angola, as acções voltadas à protecção das crianças órfãs, sobretudo relacionadas à SIDA, ainda são limitadas e poucos dados relacionados a esta população são disponíveis. De acordo com estimativas⁵⁰, em 2014 havia cerca de 1.272.980 órfãos no país, dos quais 115.554 (9,1%) relacionados à SIDA. O facto de uma criança ter perdido os seus pais, ou pelo menos um deles, afecta a sua frequência escolar. A taxa de frequência escolar decresce de 87% para 74% nos casos em que as crianças entre 10-14 anos de idade perderam ambos os pais biológicos - factor que aparenta ser mais preocupante nas áreas urbanas do que nas rurais, devido à quebra na rede de protecção familiar (IBEP 2008-2009), conforme se constata na figura abaixo.

Tabela 20: Percentagem de frequência escolar de órfãos e não órfãos entre 10-14 anos, por área de residência⁵¹

Angola	0,85
Área de Residência	
Urbana	0,78
Rural	0,94
Sexo	
Homens	0,95
Mulheres	0,76
Escolaridade do chefe do agregado familiar	
Nenhum nível	0,61
Ensino primário	0,92
Ensino secundário	0,95
Outro ou não declarado	1,03
Quintil de despesas	
Primeiro	1,15
Segundo	0,95
Terceiro	0,78
Quarto	0,77
Quinto	0,81

Fonte: IBEP 2008-2009.

O HIV/SIDA afecta toda a família, na medida em que tanto pelo adoecimento quanto pelo preconceito e discriminação enfrentados, a pessoa que vive com VIH/SIDA encontra dificuldades no mercado de trabalho, e sofre impacto económico dessa situação. Crianças órfãs, além de perder seus pais, têm

⁴⁹ Ministério da Educação, "Exame nacional 2015 da Educação para Todos: Angola," Angola, 2014.

⁵⁰ ONUSIDA 2015.

⁵¹ Percentagem entre a frequência escolar das crianças com 10-14 anos de idade órfãs de ambos os pais e a frequência das crianças da mesma idade que ambos os pais estão vivos e que vivem com pelo menos um dos pais.

dificuldade em encontrar familiares ou outro tipo de apoio para continuar a sua vida, acesso a uma alimentação adequada e educação.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

Para enfrentar os desafios impostos pela epidemia, o Governo de Angola subscreveu importantes compromissos internacionais no controlo do VIH/SIDA, destacando-se os seguintes:

- Declaração do Milénio em 2000;
- Declaração da SADC em 2003⁵²;
- Declaração de Abuja em 2006⁵³;
- “Plano Global de Eliminação de Novas Infecções por VIH em Crianças até 2015 e Manter suas Mães Vivas”.

Através destes compromissos, o Governo reiterou o empenho em alinhar os planos nacionais de desenvolvimento às políticas e estratégias internacionais de combate ao VIH/SIDA. No âmbito legal, o país estabeleceu instrumentos de apoio às políticas nacionais de resposta ao VIH/SIDA, nomeadamente:

- Criação da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias em 2003⁵⁴;
- Lei sobre regulamentação de emprego e formação profissional em 2003;
- Lei sobre o VIH e SIDA em 2004⁵⁵ e a criação do Instituto Nacional de Luta contra a SIDA em 2005.

Entre os diferentes Planos Estratégicos e Políticas Públicas nomeia-se principalmente:

- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025;
- Plano Nacional de Eliminação da Transmissão do VIH de Mãe para Filho 2012-15;
- Plano de Aceleração da Resposta ao VIH e SIDA até 2015.

A Luta contra a SIDA no país é coordenada pelo Ministério da Saúde através do INLS, em observância das estratégias “Three Ones” (um único plano estratégico, uma única coordenação, um único plano de monitoria) da ONUSIDA. Desde 2002, o país adopta Planos Estratégicos Nacionais (PEN) para o controlo das Infecções de Transmissão Sexual (ITS) - VIH/SIDA. No actual Plano Estratégico Nacional de Resposta às ITS/VIH/SIDA e Hepatites Virais (V PEN 2015-2018) estão definidos seis Eixos Prioritários, nomeadamente:

- Prevenção da infecção;
- Diagnóstico, tratamento e cuidados continuados;
- Criação de um ambiente ético e jurídico favorável;
- Integração e articulação multisectorial;
- Reforço da Capacidade e Mobilização de Recursos;
- Monitoria, Avaliação e Gestão da informação estratégica.

Ao longo da última década, grande avanço tem sido alcançado no país com a implantação de Serviços de Aconselhamento e Testagem, Serviços de Tratamento para Adultos, Crianças e Gestantes (Programa de Prevenção da Transmissão Vertical). Estes programas actuam de forma coordenada e

⁵² Southern African Development Community, SADC, “Maseru Declaration on the fight against HIV and AIDS in the SADC Region (04/07/2003),” Lesotho, 2003.

⁵³ The First Africa-South America Summit (26-30 Nov), “Abuja Declaration,” Abuja, Nigeria, 2006.

⁵⁴ República de Angola-Assembleia Nacional, “Decreto-Lei nº 1/03 de 10 de Janeiro, criação da Comissão Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA e Grandes Endemias,” Angola, 2003.

⁵⁵ República de Angola-Assembleia Nacional, “Decreto-Lei nº 8/04 de 1 de Novembro, sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA),” Angola, 2004.

são implantados nas Unidades da Rede Sanitária nacional de forma progressiva, tendo como prioridade Unidades de referência das províncias e municípios.

As diferentes estratégias de comunicação social têm permitido a sensibilização da população quanto as diferentes formas de transmissão da infecção pelo VIH visando mudança de comportamentos de risco. Entre estas estratégias, destacam-se campanhas de sensibilização e mobilização para o Aconselhamento e Testagem e programas educativos e informativos de prevenção em escolas e ambientes de trabalho.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

No âmbito desta meta, identificaram-se os seguintes desafios:

- Percentagem reduzido da população que conhece o seu estado serológico, o acesso ao tratamento e a prevenção da transmissão vertical;
- Operacionalização das políticas públicas multisectoriais relacionadas à vulnerabilidade da infecção ao VIH;
- Melhoria do acesso aos serviços de VIH na Rede Sanitária dos Serviços Nacionais de Saúde, em particular nas áreas rurais;
- Aumento de recursos humanos e a sua capacitação;
- Melhoria dos sistemas de informação integrada e gestão de stock;
- Melhoria da coordenação com outros parceiros, incluindo a sociedade civil;
- Promoção de intervenções sobre direitos humanos e combate ao estigma e discriminação.

Recomendações:

Tendo em conta os desafios identificados acima, propõe-se as seguintes recomendações:

- Reforço da coordenação multisectorial e do comprometimento e envolvimento de outros sectores do Executivo e da sociedade civil no combate à infecção ao VIH;
- Melhorar a descentralização e desconcentração da gestão pública, incluindo a municipalização dos serviços de saúde;
- Formação e capacitação de recursos humanos;
- Desenvolvimento de sistemas de informação integrada a todos os níveis;
- Facilitar o acesso aos testes diagnósticos de VIH para todas as gestantes e tratamento antirretroviral para prevenir novas infecções em crianças;
- Operacionalização dos princípios “three ones” que se traduz num único plano estratégico nacional, uma única coordenação e um único plano de monitoria;
- Reforçar a integração da abordagem baseada no género nas estratégias, programas, planos de acção e combater os factores de género que limitam o controlo da epidemia, como a violência de género;
- Inserção do tema de direitos humanos, estigma e discriminação em todas as acções e intervenções programáticas, incluindo programas de informação, educação e comunicação, com a participação de pessoas vivendo com VIH/ SIDA.

Meta 6.B: Alcançar, até 2010, o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA para todas as pessoas que precisam dele

O Governo de Angola assumiu compromissos a nível nacional e internacional para o alcance das metas de Desenvolvimento do Milénio em 2015. Neste contexto, o país está empenhado e definiu como prioridade o acesso ao tratamento gratuito a todas as pessoas elegíveis desde 2004. A cobertura de tratamento em Adultos (com mais de 15 anos), Crianças e Gestantes (Prevenção da Transmissão Vertical), entre os pacientes que necessitam de tratamento, tem aumentado ao longo dos anos; entretanto garantir que logo após o diagnóstico, pelo menos 90% das gestantes seropositivas recebam tratamento com antirretroviral e que no mínimo 90% dos adultos, adolescentes e crianças elegíveis ao tratamento, tenham acesso ao mesmo, é ainda um desafio para o país.

Para a avaliação do alcance desta meta foi definido 1 indicador, designadamente:

- Percentagem da população com infecção avançada por VIH com acesso a medicamentos antirretrovirais.

Indicador 6.5: Percentagem da população com infecção avançada por VIH com acesso a medicamentos anti-retrovirais

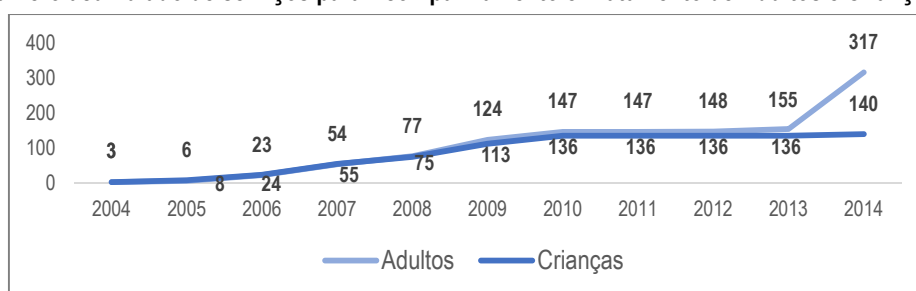
Em Angola o acesso ao tratamento antirretroviral para adultos, grávidas e crianças é gratuito desde 2004, em todo o território nacional, tanto na rede pública como privada.

A. TENDÊNCIAS:

Destacam-se a expansão do acesso ao tratamento antirretroviral segundo as recomendações da OMS de 2013, a redução da perda de pessoas entre o diagnóstico, seguimento e tratamento e a ampliação da Rede de Serviços.

Os serviços de acompanhamento e tratamento de adultos vivendo com VIH aumentou de 3 em 2004 para 317 em 2014, assim como se registou um aumento destes serviços para atender crianças de 3 para 140 no mesmo período, como mostra a figura. Nestes serviços, estão em acompanhamento 145.325 pessoas vivendo com o VIH/SIDA, das quais 76.666 estão em tratamento antirretroviral no período de 2004 a 2014.

Figura 36: Número acumulado de serviços para Acompanhamento e Tratamento de Adultos e Crianças, 2004 a 2014



Fonte: MINSA/INLS, 2015.

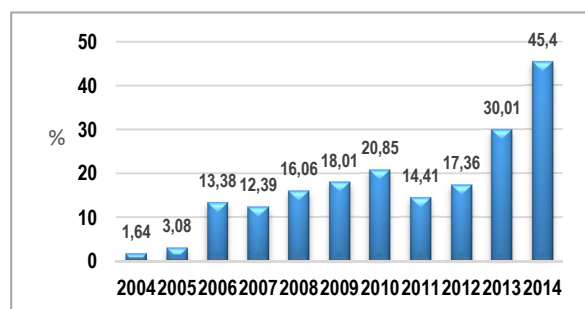
O número de Serviços de prevenção da transmissão vertical implantados em consulta pré-natal passou de 3 em 2004 para 575 em 2014. No ano de 2014 foram realizados 545.958 testes diagnósticos para o VIH em gestantes em consultas pré-natal⁵⁶, comparado a 2.060 testes realizados em 2004⁵⁷. Das 19.182 gestantes estimadas que necessitam de tratamento antirretroviral em 2014, 8.709 foram incluídas no programa de prevenção da transmissão vertical, o que representa uma

⁵⁶ MINSA/INLS, "Relatório de Actividades 2014," Luanda, Angola, 2015.

⁵⁷ MINSA/INLS, "Sistema de Informação em Saúde (SIS), Dep. Vigilância Epidemiológica," Luanda, Maio 2015.

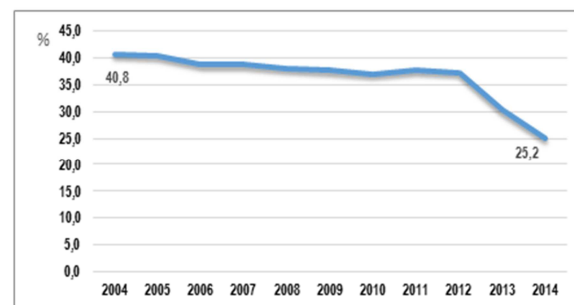
cobertura nacional de 45,4%, aumento significativo em relação ao ano de 2004 que foi de 1,64%⁵⁸, tal como se observa na figura abaixo.

Figura 37: Cobertura de Tratamento Antirretroviral do Programa de Transmissão Vertical do VIH, 2004-2014



Fonte: MINSA/INLS/Spectrum ONUSIDA, 2015.

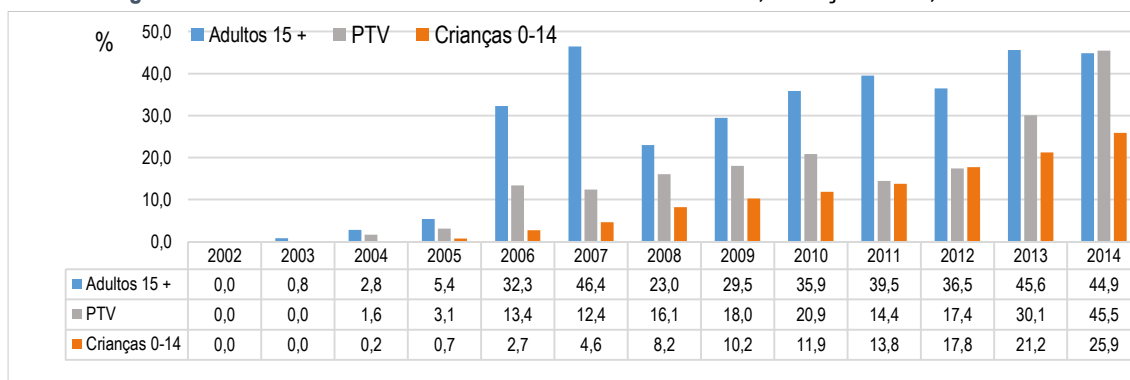
Figura 38: Taxa estimada de Transmissão Vertical do VIH, 2004-2014



Fonte: MINSA/INLS/Spectrum ONUSIDA, 2015.

A taxa estimada de transmissão vertical do VIH teve redução significativa (38,2%) na última década, passando de 40,8% em 2004 para 25,2% em 2014⁵⁹. Apesar destes avanços, a meta de incluir 90% das gestantes seropositivas no programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) até final de 2015 é ainda um grande desafio.

Figura 39: Cobertura de Tratamento Antirretroviral em Adultos, Crianças e PTV, 2004-2014



Fonte: MINSA/INLS/Spectrum ONUSIDA, 2015.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

No âmbito do cumprimento do Plano de Aceleração da Resposta ao VIH/SIDA em Angola até 2015, o MINSA/INLS desenvolveu durante o ano de 2014 um conjunto de actividades com responsabilização Provincial/Municipal, com base em metas estabelecidas em função do perfil demográfico, social e epidemiológico de cada Província, tendo em conta as suas especificidades e sendo prioritárias as de maior taxa de prevalência (Lunda Norte, Lunda Sul, Bié, Huambo, Benguela, Cunene e Cuando Cubango).

O Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) é a estratégia prioritária para o país, que tem maior prevalência entre as mulheres em idade fértil e alta taxa de natalidade. Este programa foi implantado em 2004 e abrange no momento todos os municípios do país. Desde 2007, está integrado aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva em todas as suas componentes que são plataformas prioritárias para alcançar as mulheres em idade fértil, as grávidas, seus filhos e parceiros. Desde 2012, o país adoptou a opção B+ seguindo as recomendações da OMS (2013), onde todas as gestantes seropositivas para o VIH, independente do tempo gestacional, estado clínico ou carga viral, iniciam o tratamento antirretroviral para toda a vida.

⁵⁸ ONUSIDA 2015.

⁵⁹ ONUSIDA 2015.

Para a implementação do referido plano, o INLS realizou de Janeiro a Fevereiro de 2014, o 1º Encontro Nacional sobre a Aceleração da Resposta ao VIH e SIDA até 2015, no qual cada província elaborou seu respectivo Plano de Acção e Metas com base no PNDS 2012-2017.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Os constrangimentos enfrentados no combate ao VIH/SIDA em Angola referem-se a:

- Distribuição equitativa de recursos humanos capacitados;
- Expansão de serviços de saúde integrados, em particular para o atendimento de crianças;
- Melhoria dos sistemas de informação integrada e gestão de stock em todos os níveis;
- Fortalecimento da coordenação com a sociedade civil para acções de base comunitária;
- Operacionalização da política dos agentes de desenvolvimento comunitário e sanitário (ADECOS).

Recomendações:

Assim sendo, destacam-se as seguintes recomendações:

- Operacionalização dos departamentos provinciais de Luta contra SIDA;
- Formação e capacitação de recursos humanos;
- Desenvolvimento de sistemas de informação integrada a todos os níveis, incluindo a gestão de stock;
- Reforço da integração entre os diversos Programas de Saúde, incluindo Malária, Tuberculose e Saúde Reprodutiva;
- Expansão dos serviços de aconselhamento e testagem, prevenção da transmissão vertical e tratamento antirretroviral no âmbito da municipalização dos serviços de saúde, de acordo com a implementação do PNDS;
- Promover o aumento da adesão ao tratamento, sobretudo com maior envolvimento da família, sociedade civil, pessoas vivendo com o VIH/SIDA, líderes tradicionais, religiosos e grupos de ajuda mútua;
- Reforçar a parceria multisectorial e da sociedade civil com ênfase no componente preventivo e nos cuidados domiciliários das pessoas vivendo com o VIH/SIDA.

Meta 6.C: Até 2015, deter e começar a reduzir a incidência da malária e de outras doenças graves

Em Angola, a Malária é a doença mais frequente e constitui a primeira causa de morte e a principal causa de absentismo laboral e escolar. Representa também 35% da procura de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% da mortalidade materna⁶⁰.

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 5 indicadores, nomeadamente:

- Incidência e mortalidade associadas à malária;
- Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiros impregnados com insecticida;
- Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre que são tratadas com medicamentos anti-malária apropriados;
- Incidência, prevalência e mortalidade associadas à tuberculose;

⁶⁰ Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM).

- Percentagem de casos de tuberculose detectados e curados sob observação directa e tratamento de curta duração.

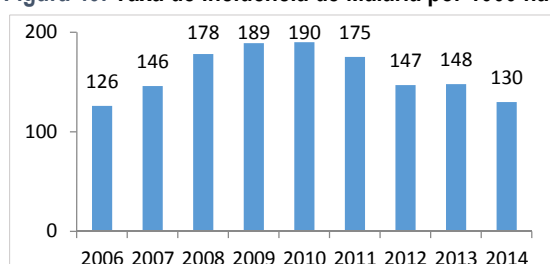
A. TENDÊNCIAS:

Indicador 6.6: Incidência e mortalidade associadas à malária

Em Angola, a morbidade e mortalidade relacionadas com a malária apresentam uma mudança considerável nas últimas décadas.

A taxa de incidência de Malária aumentou de 126 à 190 por 1000 habitantes entre 2006 e 2010, e diminuiu para 130 por 1000 habitantes em 2014, como mostra a figura a seguir.

Figura 40: Taxa de incidência de Malária por 1000 habitantes



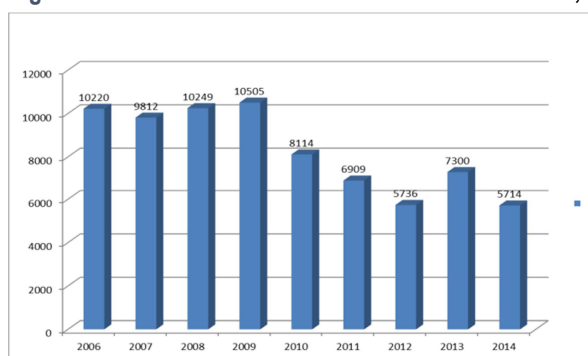
Fonte: MINSa 2014 (PNcM).

A tendência da redução da taxa de incidência observada nestes últimos cinco anos pode ser atribuída, entre outros factores, aos efeitos positivos das intervenções de controlo da Malária implementadas pelo Programa Nacional de Controlo da Malária (PNcM).

No entanto, o aumento observado pode ter sido o resultado de melhorias na prestação de serviços de saúde, devido à reconstrução e expansão da rede de cuidados primários de saúde e também o resultado da introdução das Combinações Terapêuticas à base de Artemisina, cujo benefício terapêutico eficaz conferiu confiança entre os pacientes em termos de sucesso do tratamento da malária.

Em relação a taxa de mortalidade, em 2012 tem-se observado uma diminuição substancial de 45% na mortalidade relacionada com a malária, com referência ao ano 2009.

Figura 41: Total de mortes relacionadas com a malária, 2009-2014



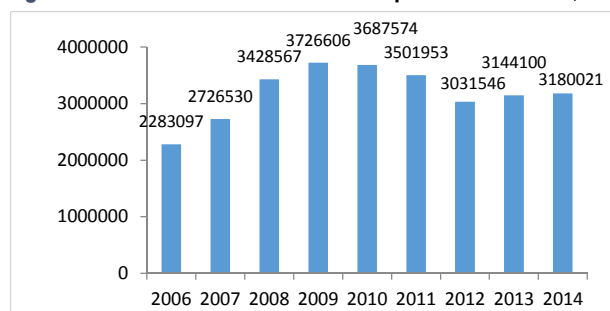
Fonte: MINSa 2014 (PNcM).

A partir de 2012-2013, há um aumento na morbidade e mortalidade, que pode estar relacionada com a ruptura de stock nacionais de testes de diagnóstico rápido e de combinações terapêuticas à base de artemisina, em algumas províncias.

Os dados de 2014 indicam um decréscimo substancial de cerca de 22% da mortalidade da malária em comparação com 2013.

A figura que se segue mostra a evolução dos números de casos suspeitos de malária no período 2006-2014.

Figura 42: Número total de casos suspeitos de malária, 2006-2014



Fonte: MINSA 2014 (PNCM).

O número de casos suspeitos de malária começou a descer a partir do ano 2011. Em 2014 o total de casos suspeitos foi de 3.180.021.

Os dados de morbidade e de mortalidade são recolhidos a partir das unidades de saúde e os níveis administrativo e de gestão, integrando não só dados relacionados à malária mas também, e sobretudo, logística, fornecimento e consumo essencial de medicamentos contra a malária.

A nível nacional, o PNCM tem um Ponto Focal Nacional para M&A. Em cada província, há um supervisor de controlo da malária (geralmente um médico ou um técnico similar). A nível municipal, um Ponto Focal da malária é responsável pelo apoio institucional em planeamento, implementação e manejo de actividades de malária. Dados sobre malária são recolhidos com regularidade por estes Pontos Focais e transmitidos a nível nacional, através do nível provincial.

Foram criadas equipas centrais de Entomologia (34 técnicos treinados em entomologia, juntamente com os equipamentos necessários), à níveis provinciais e municipais, para o monitoramento de rotina de entomologia. Um insectarium nacional foi instalado na província de Huambo.

Indicador 6.7: Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiros impregnados com insecticida

O uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida pela população é considerado como um método extremamente eficaz e económico na prevenção contra a malária. Tal medida pode reduzir drasticamente a morbidade e a taxa de mortalidade por malária, principalmente nas crianças menores de cinco anos de idade e mulheres grávidas.

A tabela que se segue aponta a evolução da percentagem de crianças, entre 0-4 anos de idade, que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida.

Tabela 21: Evolução do indicador 6.7 (%)

Indicadores	2008	2011
Percentagem de crianças entre 0-4 anos de idade que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida durante a noite anterior ao inquérito	16,4	30,3
Urbano	19,1	35,7
Rural	13,3	23,8

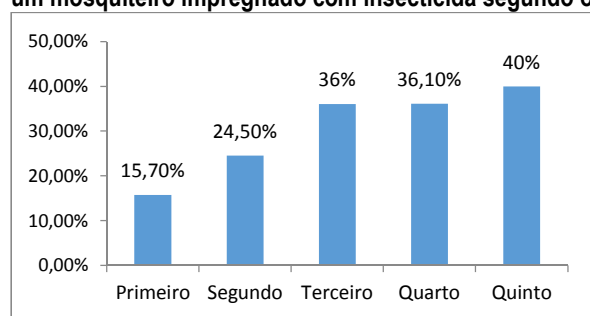
Fonte: INE (IBEP 2008/2009 e QUIBB 2011).

De acordo com os dados do IBEP 2008-2009 e o QUIBB 2011 elaborados pelo INE, a percentagem de crianças, entre 0-4 anos de idade, que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida durante a noite anterior ao inquérito, passou de 16,4% em 2008 para 30,3% em 2011. Esta percentagem apresenta variações entre o meio urbano e rural. Nas zonas urbanas o incremento da percentagem foi de 87% (passou de 19,1% para 35,7%) e nas zonas rurais de 79% (passou de 13,3% para 23,8%).

Dados do QUIBB 2011 revelam que no total, 38% das crianças menores de quatro anos dormiram debaixo de uma rede mosquiteira de qualquer tipo (tratada ou não tratada com insecticida).

As grandes disparidades verificam-se nos níveis pobreza, tal como apontado na figura abaixo.

Figura 43: Percentagem de crianças entre 0-4 anos que dormiram debaixo de um mosquiteiro impregnado com insecticida segundo o quintil socioeconómico



Das crianças do quintil mais baixo, 15,7% dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida, contrastando com os 40% do quintil mais elevado.

Fonte: INE (QUIBB 2011).

O QUIBB 2011 mostra ainda que 21,7% das crianças cujo chefe do agregado familiar não tem nenhum nível de escolaridade, dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida, contrastando com os 41,6% das crianças cujo chefe do agregado tem o ensino secundário ou mais.

A cobertura de distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida, aumentou de 27,5% em 2006 para 34,5% em 2011. Entre 2010 e 2013, quase 5.058.666 milhões de redes mosquiteiras foram adquiridas e distribuídas por todo o país, com apoio de múltiplos parceiros.

De acordo com o plano macro para distribuição, 7.953.812 redes foram comprados pelo Governo de Angola e alocados para distribuição em 144 municípios em 16 províncias. Em 2013, a primeira fase de uma campanha de cobertura universal para três províncias (Zaire, Cuanza Norte, Malanje) foi concluída com a entrega de um total de 960.745 redes mosquiteiras. Também em 2013, um total de 221.774 mosquiteiros foi distribuído através de rotina. Durante 2014, 2.810.812 mosquiteiros comprados com financiamento do Fundo Global, foram distribuídos em 28 municípios de cinco províncias (Bengo, Cabinda, Lunda Norte, Lunda Sul e Namibe)⁶¹.

Indicador 6.8: Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre que são tratadas com medicamentos anti-malária apropriados

Segundo o PNCM, 80% dos indivíduos que cuidam de crianças devem conseguir reconhecer as causas e sintomas do paludismo e conhecer, pelo menos, um método de prevenção da malária, bem como saber como tratar eficazmente a doença. Embora a febre seja sintoma de várias doenças possíveis, é também o principal sintoma da malária em crianças com 0-4 anos de idade.

De acordo com os dados do IBEP 2008-2009 e o QUIBB 2011, elaborados pelo INE, a percentagem de crianças entre 0-4 anos de idade que tiveram febre ou malária nos últimos 30 dias antes dos inquéritos e tomaram antipalúdicos apropriados durante as 24 horas após os sintomas, incrementou-se de 36,5% em 2008 para 64,8% em 2011, como se vê na tabela a seguir.

Tabela 22: Evolução do indicador 6.8

Indicadores	2008	2011
Percentagem de crianças com 0-4 anos de idade que tiveram febre ou malária nos últimos 30 dias e tomaram antipalúdicos apropriados durante as 24 horas após os sintomas	36,5	64,8
Meninas	40,6	60,4
Meninos	32,3	69,9
Urbano	39,6	68,9
Rural	33,5	58,6

Fonte: INE (IBEP 2008/2009 e QUIBB 2011).

⁶¹ PMI/USAID e o Governo de Angola se comprometeram a fornecer mais de 14.241.348 redes mosquiteiras para distribuição, no período 2015-2018, com vista a assegurar que as restantes oito províncias (Luanda, Benguela, Cuando Cubango, Moxico, Uíge, Huíla, Cunene e Cuanza Sul), que ainda não se beneficiaram da campanha em massa, irão alcançar a cobertura universal.

O maior percentual de crianças menores de 4 anos com febre que receberam o tratamento com qualquer antipalúdico, acontece na província do Huambo, seguida de Cabinda, Benguela e Zaire, e o menor, na província de Cuanza Norte. Em relação ao quintil de despesas, o primeiro quintil apresenta uma percentagem de 50,2% de crianças, entre 0-4 anos de idade, que tiveram febre ou malária e fez consulta nos últimos 30 dias, em quanto que o quinto quintil apresenta uma percentagem de 72,8%.

Desde ponto de vista curativo, o país tem três combinações terapêuticas à base de artemisina alternativas para o tratamento da malária simple: artesunato-amodiaquina, artemeter-lumefantrina, e diidroartemisinina + piperaquina. Todos estão a ser administrados após o diagnóstico de confirmação com um teste de diagnóstico rápido ou microscopia. Neste momento, propõe-se reservar artesunato-amodiaquina para administração por Agentes Comunitários de Saúde. Para o tratamento da Malária grave, o país usa artesunato EV ou atemeter IM ou quinino EV.

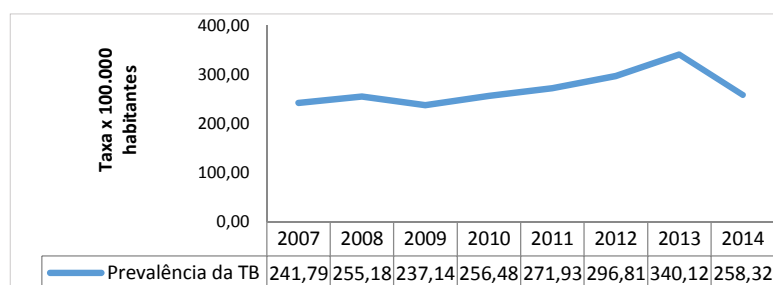
O Programa Nacional de Medicamentos Essenciais reviu o conteúdo dos kits nacionais de medicamentos essenciais, tanto para os postos de saúde e para os centros de saúde (com ou sem médico). Medicamentos contra a malária, incluindo combinações terapêuticas à base de artemisina e artesunato injetável, são entregues aos serviços de saúde por meio desses kits de medicamentos. O número de kits recebido por cada unidade de saúde e a frequência de recepção são baseadas em consumo. Hospitais municipais, provinciais e centrais (nacionais) são concedidos orçamentos e são responsáveis pela aquisição de suas necessidades em produtos de saúde, incluindo parte de medicamentos contra a malária, a parte principal sendo fornecida pelo PNCM com base no plano nacional de abastecimento.

Indicador 6.9: Incidência, prevalência e mortalidade associadas à tuberculose

A Tuberculose (TB) é uma doença intimamente ligada à pobreza e à urbanização acelerada, que atinge principalmente as populações mais pobres e em idades produtivas.

A análise da problemática da tuberculose (TB) em Angola mostra que os indicadores de prevalência e incidência aumentaram desde 2009 com máximo aumento em 2013, tal como é apresentado nas figuras abaixo.

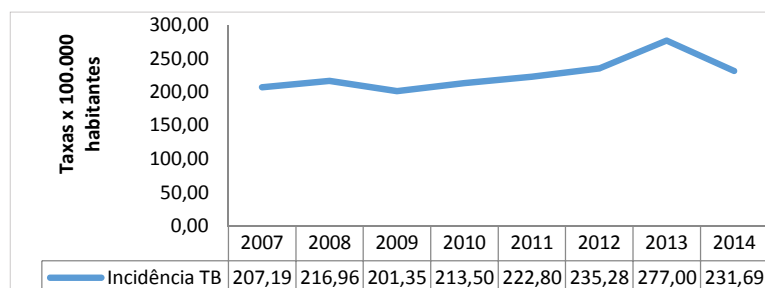
Figura 44: Taxas de Prevalência anual da Tuberculose 2007-2014



Fonte: MINSA 2014 (PNCT).

Em Angola a Taxa de Prevalência da TB* é caracterizada por um aumento progressivo de 241 em 2007 e tendo alcançado 258,3 por 100.000 habitantes em 2014, observando-se uma descida no último ano de 13% na prevalência em comparação ao ano anterior.

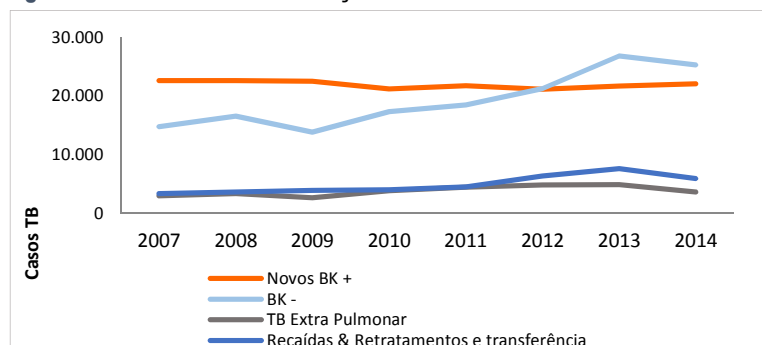
Figura 45: Taxa de Incidência anual da Tuberculose (novos casos), 2007-2014



Fonte: MINSA 2014 (PNCT).

A Taxa de Incidência anual da TB (casos novos de TB**) sofreu igualmente um aumento contínuo, passando de 207% em 2007 para 277 em 2013, tendo apresentado para 2014 uma descida de 8% em relação ao ano anterior, alcançando 232,6 por 100.000 habitantes.

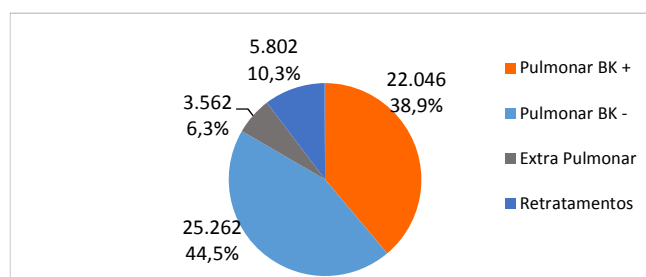
Figura 46: Tendência de notificação de casos de Tuberculose 2007-2014



A figura ao lado, mostra a tendência da notificação de casos de TB ao longo do tempo. Vê-se desde 2012 uma inversão com maior notificação de BK (-) e de retratamentos, situação que se converte em um desafio para o país.

Fonte: MINSA 2014 (PNCT).

Figura 47: Percentagem de Casos notificados de TB, 2014



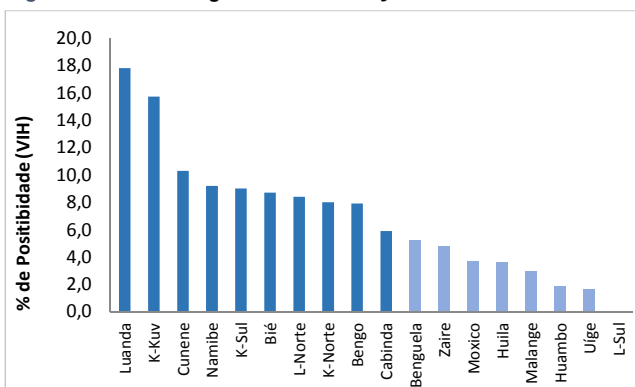
A Taxa de detecção da TB para 2014 foi de 80,6% (estimativas da OMS para Angola em 2014 foram de 66.000 casos de TB notificados), já que foram notificados 56.716 casos de TB de todas as formas.

Do total reportado em 2014, vemos que 38,9% correspondem a casos novos BK (+); 44,5% os casos novos BK (-), 6,3% o extra pulmonar e 10,3% os retratamentos.

Fonte: MINSA 2014 (PNCT).

Em 2014, foram testados para o VIH um total de 18.441 doentes de TB (32,5%), dos quais 2.827 foram VIH (+), com uma positividade alcançada de 10,2%. Na figura abaixo, vê-se a distribuição por províncias, em 2014, dos casos detectados com co-infecção TB/VIH.

Figura 48: Percentagem de Co-infecção TB/VIH nos doentes de TB por províncias, 2014



Na análise por província sobre a testagem do VIH em doentes de TB (todas as formas), observa-se, em 10 províncias, uma maior detecção de TB/VIH. As províncias com maior notificação de co-infecção TB/VIH, nomeadamente são: Luanda, Cuando-Cubango, Cunene, Namibe, Cuanza-Sul, Bié, Lunda Norte, Cuanza-Norte, Bengo e Cabinda.

Fonte: MINSA 2014 (PNCT).

Indicador 6.10: Percentagem de casos de tuberculose detectados e curados sob observação directa e tratamento de curta duração

A TB, em Angola, apresenta uma taxa de prevalência crescente na detecção de casos de TB todas as formas (novos e retratamentos); uma alta taxa de incidência de novos casos; altas taxas de abandono ao tratamento, e baixas taxas de sucesso no tratamento (curados).

A resposta nacional no controlo da TB ainda é insuficiente para vencer os problemas relacionados à cobertura insuficiente de serviços de atendimento da TB, mais existem alguns ganhos alcançados nos últimos anos.

No que diz respeito à Expansão da rede de atenção da TB, actualmente existem 194 serviços que notificam casos de TB, dos quais 95 são Unidades de Diagnóstico e Tratamento, que contam com laboratório de baciloscopias, e 99 são Unidades de Tratamento, que estão localizadas em 118 municípios alcançando uma cobertura de 73%. Existem no país 8 Hospitais Sanatórios e 10 Dispensários Antituberculose, que funcionam como centros de referência da gestão da TB Multirresistente e de casos complicados de TB.

A análise das coortes de 2014 é realizada com os doentes detectados e que iniciaram tratamento em 2013. No quadro a seguir, na análise comparativa entre 2011 e 2012, observa-se decida na Coorte de Sucesso de Tratamento de 71% para 46%. Esta situação deveu-se ao ajuste no denominador, já que esta Coorte de Sucesso era calculada com os casos de tratamento em seguimento e não com os casos notificados. Este erro foi corrigido a partir de 2012.

Para 2013, as taxas de sucesso de tratamento melhoraram significativamente, alcançando 53,4%, com um aumento de 14,5% em comparação ao ano anterior. Mas, uma situação de preocupação é o aumento de abandonos ao tratamento, assim como dos fracassos, situação preocupante pelo alto risco para o aumento da tuberculose multirresistente, sendo para o PNCT um grande desafio reduzir as mesmas. As transferências a outros serviços de TB, registadas em 2013, alcançam 3,3%, os fracassos 2,2% e os óbitos devido a TB 3,3%, como se vê na tabela a seguir.

Tabela 23: Coorte de seguimento dos doentes em tratamento de TB (todas as formas), 2008-2013

Ano	Sucesso Tratamento	Abandono	Transferido	Fracasso	Óbito
2008	69,3	20,1	3,3	3,3	4,2
2009	70,0	13,5	5,2	9,8	6,6
2010	68,0	16,3	9,2	2,4	4,3
2011	71,0	16,6	5,4	2,6	2,6
2012	46,3	14,9	8,5	1,0	2,3
2013	53,4	21,9	3,3	2,2	3,3

Fonte: MINSA 2014 (PNCT).

O acesso dos doentes aos medicamentos de 1ª e 2ª linha está garantido pelo OGE, que fornece o tratamento de forma gratuita e para todos os doentes com TB, co-infectados e/ou com tuberculose multirresistente. A sustentabilidade e provisão de medicamentos são realizadas em todo o âmbito nacional através dos programas provinciais. Nos últimos 3 anos a provisão foi oportuna sem rotura de stock.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

O Plano Estratégico Nacional da Malária 2011-2015 foi revisto e uma versão actualizada para o período 2016-2020 (PENM 2016-2020) foi desenvolvida e aprovada pelo Ministério da Saúde. O Plano Estratégico Nacional da Malária 2016-2020 tem por objectivo reduzir em 60% a morbilidade e mortalidade relacionadas com a malária até 2020, com referência a 2012 como ano de base.

O Programa Nacional de Controlo de Malaria (PNCM) 2014 é composto por um grupo técnico de núcleo central, incluindo especialistas responsáveis pela epidemiologia, parasitologia, entomologia, gestão de casos, a malária na gravidez, acompanhamento e avaliação, informação, educação e comunicação para a mudança de comportamento, bem como para a administração e gestão de fundos que são localizados a nível nacional.

A criação da Política dos Agentes de Desenvolvimento Comunitários (ADECO) de saúde, em 2014, irá permitir a extensão do quadro técnico até o nível de comunidade; estes trabalhadores serão treinados para diagnosticar e administrar o tratamento da malária.

Um grupo consultivo de referência, a Comissão Técnica Nacional de Malária⁶², também foi constituída para providenciar assistência técnica ao PNCM.

A 3ª e 4ª Geração de Plano Estratégico Nacional de Controle da Malária 2011-2015 e 2016-2020 (PENM) incluem um objectivo alargado para as redes mosquiteiras tratadas com insecticida, visando 100% de acesso por toda a população (uma rede para cada 1,8 pessoas). Junto com 100% de acesso (cobertura universal), este objectivo visa atingir 80% de utilização nacional de redes mosquiteiras tratadas com insecticida.

Em consonância com a política nacional, existem duas estratégias para a distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida: distribuições de rotina e de campanha. A distribuição de rotina⁶³ ocorre (i) através das clínicas de cuidado anté-natal para mulheres grávidas (5% da população) e os pontos de imunização para crianças menores de 5 anos, que completam o seu ciclo de vacinação, nos centros e postos de saúde (4,3% da população), e (ii) por meio de serviços de extensão para as comunidades sem ou com pouco acesso aos serviços de saúde, tais como unidades municipais móveis de saúde.

Um Inquérito sobre Indicadores de Malária foi originalmente programado para 2014, a fim de apoiar a avaliação do PENM 2011-2015. No entanto, de acordo com a Lei angolana, as pesquisas não poderiam ser realizadas simultaneamente com um censo nacional e, portanto, o inquérito teve de ser adiado até 2015. Depois de debates internos entre o Governo de Angola e os seus parceiros, em 2015 será realizado um Inquérito Demográfico e de Saúde combinado. Neste momento poder-se-ia ter uma visão clara do impacto do controlo da malária nestes últimos cinco anos 2011-2015.

Em relação à tuberculose, o PEN-TB 2013-2017, em vigência, enquadra-se nas linhas estratégicas e orientações do (i) Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2015 (PNDS); (ii) Plano Global STOP TB; (iii) compromissos no âmbito dos Objectivos e Metas de Desenvolvimento do Milénio; (iv) Resultados da avaliação da OMS/Escritório Regional Africano 2012, e (v) Resultado da análise da situação da rede de serviços de diagnóstico e tratamento sob observação directa e laboratórios BK, realizado em Setembro de 2013.

A resposta nacional de controlo da Tuberculose é liderada pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Controlo de Tuberculose (PNCT), inserido no Departamento de doenças da Direcção Nacional de Saúde Pública. Este Programa, multisectorial, envolve todos os sectores da sociedade a todos os níveis no sentido de garantir cumprimento das metas do Plano Estratégico Nacional de Controlo da TB.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

O principal desafio para 2015 é de manter a tendência de redução da mortalidade por malária, apesar de uma redução do orçamento do MINSA e o fim do apoio do Fundo Global. Em 2015, o Governo de Angola assumira totalmente as actividades do PNCM. Outros desafios são:

- Garantir o desembolso atempado de financiamento do Governo para a aquisição de testes de diagnóstico rápido, combinações terapêuticas à base de artemisina e redes mosquiteiras, sem culminar em rupturas de stocks;
- Implementação da estratégia da municipalização dos serviços de saúde, baseando-se nos fundos de cuidados de saúde primária que representam 60% do orçamento dos municípios;

⁶² O grupo é composto por pediatras, clínicos gerais, ginecologistas e obstetras, parasitologistas, epidemiologistas, entomologistas, bem como representantes das agências bilaterais e multilaterais - incluindo as Nações Unidas e a USAID, o sector privado, organizações religiosas e ONGs nacionais e internacionais.

⁶³ Equipamento de Protecção Individual.

- Baixo nível de cobertura das intervenções de controlo da Malária, em comparação com as metas previstas no Plano Estratégico Nacional da Malária 2011-2015;
- A não confirmação laboratorial de casos de malária, que leva ao uso inadequado de medicamentos, em especial das combinações terapêuticas à base de artemisina, uma vez que a alta ocorrência de casos febris nas unidades de saúde é considerada como malária, sem que se faça o diagnóstico de confirmação com um dos testes biológicos;
- Insuficiência no sistema de informação dos casos da malária, no sistema de registo, notificação, e na análise dos dados para controlo da malária a nível comunitário;
- A exiguidade de recursos humanos qualificados, principalmente nos níveis provincial e municipal, devido às poucas oportunidades crescentes, concentradas principalmente nos centros urbanos;
- Investimento em infraestrutura desigual (a maior parte dos esforços de (re) construção substancial tem sido em áreas urbanas), deixando muitas comunidades ainda isoladas e/ou com difícil acesso;
- Elevado nível de resistência à inseticidas, tais como permetrina, Alfa-Cialotrin e DDT (diclorodifeniltricloroetan);
- Insuficiência na gestão dos antipalúdicos e consumíveis médicos e na logística para entrega de medicamentos essenciais a nível provincial e municipal.

Os principais desafios para diminuir a incidência e mortalidade associadas à tuberculose incluem:

- Expansão da rede de Unidades de Diagnóstico e Tratamento em 90% dos municípios; assegurando o diagnóstico e tratamento sob observação directa;
- Expansão da rede de Unidades de Tratamento em 30% das unidades sanitárias (ter mínimo 575 Unidades de Saúde com acesso ao tratamento sob observação directa da TB);
- Reforço da capacidade de diagnóstico laboratorial;
- Melhoria do sistema de informação de saúde, incluindo a gestão de medicamentos e reagentes;
- Melhoria da taxa de sucesso de tratamento.

Recomendações:

Assim sendo, destacam-se as seguintes recomendações para reverter a incidência da malária:

- Aumentar a cobertura e a qualidade das intervenções chaves do PNCM, incluindo a cobertura de diagnóstico laboratorial e tratamento, através dos testes rápidos e microscopia óptica;
- Utilizar o modelo de municipalização dos serviços de saúde para expansão da oferta de serviços de malária;
- Reforçar as capacidades institucionais, de gestão e financeira dos recursos humanos do PNCM a todos os níveis e domínios técnicos;
- Incentivar os trabalhadores de saúde em localidades remotas e pobres, onde eles são mais necessários;
- Reforçar o sistema de informação sanitária a nível operacional e o sistema de vigilância, monitoria e avaliação;
- Elaborar um plano orçamentado de segurança e controlo de qualidade de medicamentos e bens de malária;
- Melhorar a gestão do sistema de aquisição de medicamentos e de bens para malária, nomeadamente a planificação, gestão informatizada, importação, transportação, armazenamento, distribuição, utilização e monitorização;
- Submeter a testagem todos os casos suspeitos de malária antes de prescrever tratamento;
- Reforçar as acções de prevenção da malária na gravidez;
- Reforçar os mecanismos de implementação das circulares que interditam o uso de monoterapias, e contrafacção de medicamentos não autorizados;

- Reforçar a advocacia junto às autoridades locais para o incremento do orçamento e desembolso efectivo do orçamento destinado ao PNCM;
- Reforçar a multissetorialidade das acções de controlo da malária no país;
- Implementar o controlo da malária a nível comunitário, introduzindo progressivamente os agentes comunitários;
- Aumentar a distribuição de redes mosquiteiras, para alcançar a cobertura com base em uma rede mosquiteira por duas personas, visada no PENM;
- Reforçar a actividade de luta antilarvar.

As principais recomendações para reverter a incidência da tuberculose são as seguintes:

- Assegurar o abastecimento regular de medicamentos e reagentes para a TB, com vista ao diagnóstico e tratamento precoce;
- Melhorar a integração dos programas de TB e SIDA para o controlo da co-infecção TB/VIH, assegurando o tratamento e o seguimento dos doentes co-infectados;
- Melhorar o controlo da tuberculose multirresistente nas províncias, testando 100% dos casos de TB em retratamento, os fracassos, os BK (-) e os co-infectados;
- Harmonizar o sistema de informação, com dados de qualidade e acessíveis;
- Implementar o tratamento sob observação directa comunitário, através de agentes comunitários que trabalhem na melhoria da atenção primária da TB na comunidade;
- Reforçar as parcerias com envolvimento intersectorial e da sociedade civil, para o apoio no seguimento dos casos em tratamento, busca activa de faltosos, contactos, sintomáticos respiratórios e intervenções de prevenção primária na comunidade.

Objectivo 7: Garantir a Sustentabilidade Ambiental

Angola é um dos países com maior extensão de plantações de espécies exóticas em África, apresentando mais de 40% da sua superfície coberta por florestas.

O país possui uma extensa e complexa rede hidrográfica com 47 bacias hidrográficas principais, tendo, praticamente, todos os principais rios e suas nascentes no interior do País com excepção dos rios Zaire/Congo, Zambeze e Chilungo, o que faz de Angola um país com consideráveis potencialidades hídricas.

Para o alcance deste objectivo, foram definidas quatro metas: duas relativas à protecção dos 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.

Meta 7.A: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 5 indicadores, designadamente:

- Percentagem de área terrestre coberta por florestas;
- Emissões de CO₂e total, per capita e por cada \$1 (PPP);
- Consumo de substâncias que empobrecem a camada de ozono;
- Percentagem de unidades populacionais de peixes dentro dos limites biológicos de segurança;
- Percentagem de recursos totais de água utilizada.

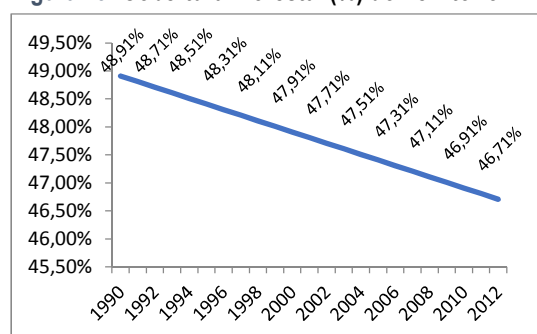
Indicador 7.1: Percentagem de área terrestre coberta por florestas

O país apresenta uma extensão florestal natural e bastante diversificada de aproximadamente 53 milhões de hectares, que correspondem a 43,3% da superfície territorial⁶⁴. As florestas plantadas de espécies exóticas totalizam uma área aproximada de 180 mil hectares.

A. TENDÊNCIAS:

A tendência de redução da cobertura florestal pode ser observada no gráfico abaixo, que indica uma perda praticamente linear de aproximadamente 0,21% ao ano.

Figura 49: Cobertura Florestal (%) do Território



Fonte: Banco Mundial.

O principal factor que alimenta essa tendência está ligado aos aspectos de pressão demográfica, que nitidamente promovem a degradação das florestas pelo aumento da superfície ocupada por pessoas e aumento da procura por alimentos e recursos naturais que acabam por promover o desmatamento para agricultura, energia, construção, e outras actividades que utilizam as florestas como recurso.

A degradação acelerada das florestas naturais é mais frequente nas áreas mais populosas, urbanas e rurais, sendo que nas zonas urbanas o mesmo acontece em decorrência da elevada concentração

⁶⁴ De acordo com o Perfil Florestal de Angola, 1ª Edição, publicado pelo Ministério da Agricultura em 2013.

humana e nas zonas rurais em virtude da expansão da actividade agrícola, bem como do uso de recursos naturais como a madeira para a construção e obtenção de energia (lenha e carvão vegetal) pelas famílias do meio rural e periurbano.

Apesar da tendência persistente de perda anual da cobertura florestal, o país tem ainda uma área bastante vasta coberta por floresta aberta, tais como a de Mayombe que ocupa 45,2% da superfície florestal total.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

Existe um conjunto de iniciativas políticas e programas com vista a desacelerar a taxa de desmatamento que passam pela implementação de programas no âmbito do combate à pobreza, fiscalização, educação ambiental e electrificação rural, entre outros.

Angola é signatária de um conjunto de Convenções internacionais, além de outros programas e protocolos, que tem ligação directa com a preservação florestal, em que se destaca:

- A Convenção das Nações Unidas para o Combate à Seca e Desertificação (UNCCD);
- A Convenção Quadro das Nações Unidas para o Combate às Alterações Climáticas (UNFCCC);
- Protocolo de Quito;
- A Convenção Quadro das Nações Unidas para a Conservação da Diversidade Biológica (CDB);
- A Convenção sobre Comércio Internacional de Espécies da Fauna e Flora Selvagens Ameaçadas de Extinção.

A participação de Angola nessas Convenções tem demonstrado a importância política e estratégica que esse tema tem para o país, no âmbito da materialização dos compromissos internacionais desde 2000.

No âmbito Nacional e Regional, há um conjunto crescente de políticas e programas ligados à questão florestal, dentre os quais se destacam:

- Educação e Capacitação para a Gestão Ambiental;
- Qualidade Ambiental;
- Conservação da Biodiversidade e Áreas de Conservação;
- Promoção de Produção Sustentável;
- Elaboração do Inventário Florestal;
- Política Nacional de Florestas, Fauna Selvagem e Conservação;
- Comissão Multisectorial para o Ambiente;
- Comissão de Alterações Climáticas e Biodiversidade;
- Regulamento sobre responsabilidade por danos ambientais;
- Plano Estratégico de Expansão das Áreas de Conservação (PLANARCA) 2011.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

- O principal desafio é monitorar em tempo real as áreas florestais mais vulneráveis ao desmatamento, no sentido de permitir ao Governo melhorar as políticas a adoptar.

Recomendações:

Tendo em conta esse desafio, recomenda-se o seguinte:

- Mobilizar investimentos em equipamentos e capacitação para a promoção do monitoramento da cobertura florestal para refinar os dados;
- Mobilizar actores privados para o estabelecimento de plantações florestais industriais e comerciais, capazes de diminuir a pressão constante sobre os ecossistemas naturais;

- Estabelecer parcerias internacionais para apoio técnico e financeiro, através dos fundos multilaterais destinados ao ambiente;
- Aproveitar o mecanismo de Redução das Emissões por Desmatamento e Degradação, como uma oportunidade transversal que pode contribuir, ao mesmo tempo, para o combate do desmatamento e a mitigação das alterações climáticas;
- Celebrar compromissos com compradores institucionais, como países desenvolvidos, que têm compromissos com a Redução das Emissões por Desmatamento e Degradação, que permitam tornar sustentáveis os projectos de preservação florestal.

Indicador 7.2: Emissões de CO₂e total, per capita e por cada \$1 (PPP)

As emissões de gases de efeito estufa correlacionam-se fortemente ao nível de actividade económica. É comum que em países com rápido crescimento, as emissões também tenham crescimento expressivo, como é o caso de Angola que registou um crescimento económico bastante forte na última década.

A. TENDÊNCIAS:

A tabela a seguir apresenta a evolução das emissões de gases e efeito estufa em Giga Tonelada de CO₂e.

Tabela 24: Emissões de Gases de Efeito Estufa (GEE) em Giga Toneladas de CO₂e

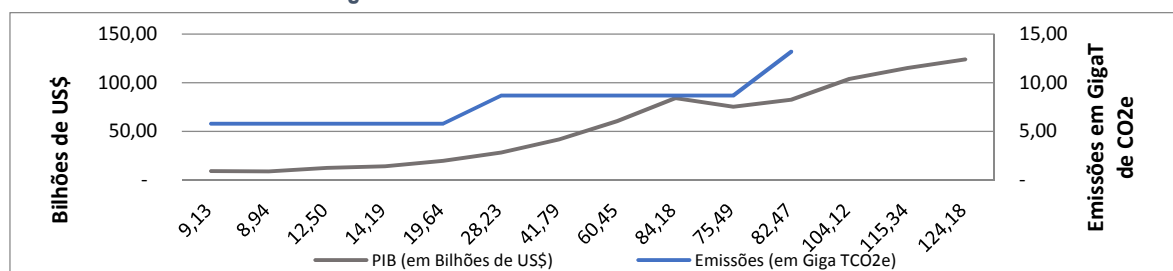
Emissões de GEE	1995	2000	2005	2010
Referência	5	5,8	8,7	13,4
Mitigação	5	5,8	8,7	13,2

Fonte: Ministério do Ambiente (Comunicação Inicial de Angola para a UNFCCC 2012).

Em termos correntes, a despeito do aumento das emissões absolutas de Angola de um nível pré-industrial para uma emissão de 13,4 Gt de CO₂e em 2010, a emissão per capita está na ordem de 1,6 toneladas por pessoa/ano, que é bastante baixo em termos comparativos com as emissões per capita dos países industrializados ou até mesmo a média global.

O gráfico abaixo mostra a evolução do PIB em relação a emissão de gases de efeito estufa (GEE).

Figura 50: PIB e Emissões de Gases de Efeito Estufa



Fonte: MPDT (PIB) e Ministério do Ambiente (Comunicação Inicial de Angola para a UNFCCC 2012) (emissões GEE).

Angola tem um potencial hidroeléctrico (energia limpa e renovável) explorado em apenas 10% de sua total capacidade, de forma que existe grande potencial para manter baixo os níveis de emissões de gases de efeito estufa per capita.

A tabela seguinte mostra a projecção de emissões de gases de efeito estufa em Giga Toneladas de CO₂e.

Tabela 25: Projecção de emissões de Gases de Efeito Estufa (GEE) em Giga Toneladas de CO₂e

	2015	2020	2025	2030
Referência	18,2	20,4	21,9	23,8
Mitigação	17,1	18,4	19,9	21,4

Fonte: Ministério do Ambiente (Comunicação Inicial de Angola para a UNFCCC, 2012).

As projecções apontam para emissões, em 2030 no cenário de referência, inferiores a 2 toneladas de CO₂e per capita, resultado reduzido se considerarmos que representa uma emissão 3,5 vezes menor que a média global de emissões per capita que é de aproximadamente 7,2 toneladas per capita por ano⁶⁵, prevendo-se para 2030 os indicadores que contam na tabela abaixo.

Tabela 26: Resumo de Indicadores para 2030

7.2 a Emissões de CO ₂ e total ⁶⁶	13,4 MT
7.2 b Emissões de CO ₂ e per capita ⁶⁷	1,6 ton
7.2 c Emissões de CO ₂ e por \$ 1 (PPP) ⁶⁸	0,225353251 kg

Fonte: Banco Mundial e Ministério do Ambiente (Comunicação Inicial de Angola para a UNFCCC 2012).

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

Ao nível nacional, o país possui uma Estratégia Nacional de Implementação da Convenção Quadro das Nações Unidas sobre as Alterações Climáticas e do Protocolo de Quioto, que passa por revisões periódicas. Essa acção é coordenada pelo Gabinete das Alterações Climáticas e que integra a Autoridade Nacional Designada, que representa o país junto à UNFCCC.

O projecto Angola LNG, lançado em 2013, tem o potencial de reduzir 75% da queima de gás associado à produção de petróleo, cortando assim as emissões de dióxido de carbono (CO₂) em cerca de 9 milhões de toneladas por ano.

A estratégia do sector eléctrico para a redução dos gases de efeito estufa aponta para a expansão da cobertura de electricidade, privilegiando a energia hidroeléctrica, incluindo o estabelecimento de mini-hídricas para a electrificação rural e a diversificação das suas fontes.

No âmbito do Programa Nacional sobre as Alterações Climáticas, iniciou-se a elaboração do Plano Nacional de Emissões.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Constituem desafios para garantir a sustentabilidade ambiental os seguintes:

- O aquecimento global;
- Implementação do Plano Nacional de Adaptação;
- Compatibilizar o crescimento económico com a não redução de emissões de gases de efeito estufa;
- Conclusão do inventário florestal e implementação das políticas de preservação das florestas;
- Implementação do Plano Nacional de Água;
- Implementação de um Plano Nacional contra seca e desertificação.

Recomendações:

Assim sendo recomenda-se:

- Um esforço contundente seja realizado antes e durante a Conferência da Convenção das Nações Unidas sobre as Alterações Climáticas Paris 2015, para uma estruturação pertinente e eficaz na alocação de recursos para a adaptação, tal como cumprir o mandato da Plataforma Durban e estabelecer os termos do acordo para o pós 2020 que irá substituir o Protocolo de Quioto;

⁶⁵Observatório do Clima: <http://www.seeg.eco.br/contexto/>

⁶⁶ Extraído da 1ª Comunicação Nacional de Angola para a UNFCCC – 2012. Valor do cenário de referência para o ano de 2010.

⁶⁷ Calculado a partir da manipulação dos indicadores: EN.ATM.CO2E.KT e EN.ATM.GHGO.KT.CE, que foram somados para se obter as emissões totais de gases de efeito estufa em termos de CO₂e (fonte: Banco Mundial) e divididos pela população indicada nos dados preliminares do censo 2014 do INE.

⁶⁸Fonte: Banco de Dados do Banco Mundial: ago_Country_en_excel_v2 - Metadata - Countries - Angola (AGO) - April 2013 database update Indicator:

- O estabelecimento de instrumentos de mercado e regulação internacional para compatibilizar o crescimento com a economia de baixo carbono através da mensuração de emissões evitadas em níveis nacionais, sectoriais e empresariais.

Indicador 7.3: Consumo de substâncias que empobrecem a camada de ozono

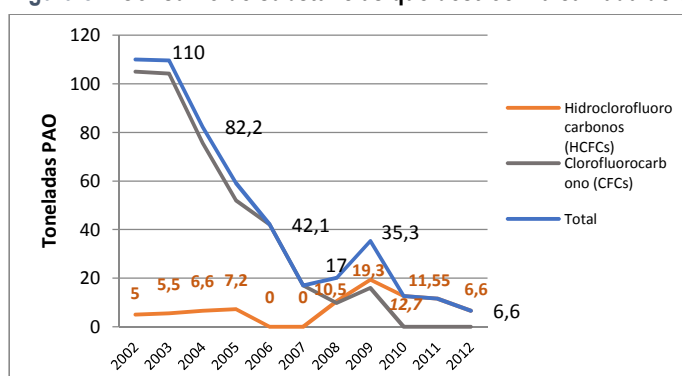
As substâncias que destroem a camada de ozono constituem uma preocupação global, com realce aos compostos clorofluorocarbonos (CFCs). A eliminação dos clorofluorocarbonos tem efeitos benéficos tanto para a protecção da camada de ozono quanto para a mitigação do aquecimento global.

A. TENDÊNCIAS:

Com a entrada em vigor do Protocolo de Montreal (1989) as emissões das substâncias que destroem a camada de ozono reduziram drasticamente. Angola ratificou o Protocolo de Montreal em 1998 e em 2012 já apresentava resultados bastante expressivos quando comparados ao ano de 2002.

A figura abaixo apresenta o consumo de substâncias que destroem a camada de ozono.

Figura 51: Consumo de substâncias que destroem a camada de ozono



Angola reduziu suas emissões dos principais gases que destroem a camada de ozono entre 2002 a 2012 de 110 toneladas de PAO (Potencial de Esgotamento da Camada de Ozônio) para 6,6 toneladas de PAO, tendo registrado zero emissões de clorofluorocarbonos. A tendência que se observa é a manutenção de níveis muito baixos de emissões de hidroclorofluorocarbonos.

Fonte: UNSTATs.

De realçar, que quase 30 anos depois da implantação do Protocolo de Montreal, a tendência em Angola, assim como a global é da redução gradativa do uso dessas substâncias até que se atinjam patamares bastante reduzidos.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

Angola é signatária da principal convenção internacional sobre o tema, Convenção de Viena e Protocolo de Montreal para protecção da Camada de Ozono, com a sua ratificação em Maio de 2000, que estipula metas para redução de gases destruidores da camada de ozono.

No âmbito nacional, destacam-se os seguintes instrumentos de políticas e programas:

- Plano de Gestão de Refrigeração: no ano de 2001, Luanda desenvolveu um plano de gestão para fluídos refrigerantes que pertencem à família dos clorofluorocarbonos, à fim de responder as responsabilidades exigidas aos signatários do Protocolo de Montreal;
- Plano de eliminação progressiva dos hidroclorofluorocarbonos, no ano de 2008, a fim de responder as responsabilidades exigidas às partes do Protocolo de Montreal;
- O Decreto Presidencial nº153/11 de 15 de Junho, que reconhece a importância da Convenção de Viena e define directrizes para consumo, proibição e produção de substâncias destruidoras da camada de ozono.

Em Novembro de 2011, Angola assumiu a Presidência do Bureau da 23ª reunião das Partes do Protocolo de Montreal, em Bali-Indonésia e em Novembro de 2014, o seu representante foi eleito vice-Presidente do Protocolo de Montreal para Protecção da Camada de Ozono, na reunião de Paris.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Constituem desafios para a protecção da camada de ozono os seguintes:

- O consumo das substâncias que destroem a camada de ozono;
- Reconhecer que os clorofluorocarbonos e os hidroclorofluorocarbonos são as substâncias destruidoras da camada de ozono e que emitem para a atmosfera, emissões directas devido aos processos industriais, tais como gases refrigerantes de ar condicionado, e produtos com aerossóis respectivamente.

Recomendações:

Tendo em conta o acima exposto, recomenda-se:

- Manter o monitoramento das emissões dessas substâncias, em conjunto com as emissões de gases de efeito estufa, adoptando tecnologias limpas;
- Estimular o consumo e a produção de produtos ecológicos, através da política de incentivos específicos, tais como financiamento, taxas diferenciadas e isenções tributárias;
- Incentivar a utilização de equipamento e o consumo de produtos que respeitem à protecção da camada de ozono.

Indicador 7.4: Percentagem de unidades populacionais de peixes dentro dos limites biológicos de segurança

Os recursos pesqueiros compreendem as espécies de peixes, moluscos e crustáceos, entre outras. O desenvolvimento da indústria pesqueira levou a um rápido aumento da produção, uma vez que as atenções estão centradas no Desenvolvimento da Aquicultura, na melhoria da Sustentabilidade da Exploração dos Recursos Pesqueiros, no apoio à Pesca Artesanal e no Reforço do Sistema de Formação Técnica e Científica do Sector.

A. TENDÊNCIAS:

A vasta extensão e posição geográfica, que coloca o litoral de Angola na rota da corrente de Benguela, que é uma carga de águas frias rica em nutrientes importantes para manutenção do ecossistema local, fazem do País uma relevante área de Biodiversidade Marinha que abriga uma das zonas mais produtivas de fauna marítima do mundo.

No interior do território existem 47 bacias hidrográficas sendo que as bacias do Zaire, Zambeze, e Kuando Kubango são também sistemas hidrográficos internacionais com grande volume de água e disponibilidade pesqueira em extensa porção do País.

Há pouca informação disponível com relação à produção anual, mas a pesca é uma importante fonte de ocupação estruturante do tecido social das comunidades costeiras angolanas.

O sector pesqueiro, seja costeiro ou ribeirinho, representa um grande potencial estratégico, pois sua potencialidade abrange praticamente todo o território e pode ser ao mesmo tempo celeiro ao combate à fome e desenvolvimento económico, principalmente de áreas rurais.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

No âmbito do Fórum Internacional, Angola é signatária da Convenção Internacional dos Direitos do Mar (1994). Com a aprovação da Lei de Recursos Marinhos e Biológicos aumentou a responsabilidade de pesca no sentido de garantir a preservação de recursos marinhos e aumentar a segurança alimentar.

O Governo Angolano definiu como um dos principais objectivos do sector pesqueiro promover a competitividade e o desenvolvimento da pesca industrial e artesanal, de modo sustentável, contribuindo para a promoção de emprego, com o objectivo de combater a fome e a pobreza e garantir a segurança alimentar e nutricional, materializado pelos seguintes programas do PND 2013-2017:

- Melhoria da sustentabilidade da exploração dos recursos pesqueiros;
- Melhoria da operacionalidade da capacidade de manutenção e reparação da frota pesqueira;
- Apoio à pesca artesanal;
- Melhoria do processamento, distribuição e comercialização da pesca e do sal iodizado;
- Desenvolvimento da aquicultura;
- Reforço do sistema de formação técnica científica no sector das pescas.

Em 2007 foi instituída a Comissão da Corrente de Benguela com o objectivo de promover a gestão e a protecção do Grande Ecossistema Marinho da Corrente de Benguela.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Constituem desafios para a sustentabilidade das pescas, os seguintes:

- Obtenção de dados e monitoramento das actividades deste sector tão complexo;
- Necessidade de desenvolver políticas relacionadas e transversais que explorem a potencialidade de forma sustentável e a crescente importância socioeconómica do sector;
- Necessidade de importantes investimentos, em formação e fiscalização.

Recomendações:

Tendo em conta o acima exposto, recomenda-se:

- Estabelecer programas específicos para a formação adequada dos pescadores com vista à produtividade e sustentabilidade da pesca;
- Integrar os programas nacionais de recuperação de infraestruturas para apoiar o sector, principalmente no transporte e armazenamento adequado (entrepostos frigoríficos);
- Identificar as experiências práticas da Comissão da Corrente de Benguela que tiveram êxitos, de modo a serem replicadas sistematicamente a partir de resultados consistentes.

Indicador 7.5: Percentagem de recursos totais de água utilizada

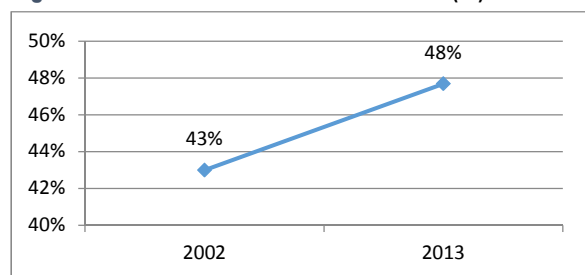
As potencialidades hídricas de Angola quer superficiais, quer subterrâneas são consideráveis. Contudo, a actual utilização de água em Angola assume, ainda, reduzidas percentagens, uma vez que os esquemas de irrigação à grande escala não estão ainda desenvolvidos e o parque industrial só agora começa a ser restaurado.

A. TENDÊNCIAS:

Angola dispõe de abundantes recursos hídricos. O potencial hídrico renovável anualmente varia entre 140 km³ e os 170 km³, repartidos em cinco bacias drenantes, a saber: Atlântico (41%), Congo (22%), Zambeze (18%), Cubango (12%) e Cuvelai - Etosha (4%).

Segundo o Relatório Geral do Ambiente 2012, o nível mínimo de água disponível para a saúde humana e para o desenvolvimento económico é de 1.000 m³ per capita ao ano. Angola tem uma captação anual superior aos 1.000 m³. As águas subterrâneas renováveis anualmente estão estimadas em 72 km³.

Figura 52: Retiradas de recursos Hídricos (%) do Total Disponível

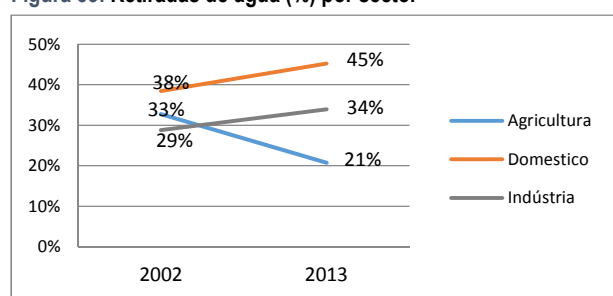


Fonte: Banco Mundial.

Nota-se uma tendência crescente de captação/uso de recursos hídricos renováveis em termos do percentual disponível. De 2002 a 2013 essa captação aumentou 11,62% e é provável que continue crescendo à medida que a população aumenta.

Uma avaliação por sector de uso é também útil para compreender a tendência. O consumo total em termos absolutos (2013) é de 705,8 milhões de m³, quando em 2003 era de 640,5 milhões de metros cúbicos.

Figura 53: Retiradas de água (%) por sector

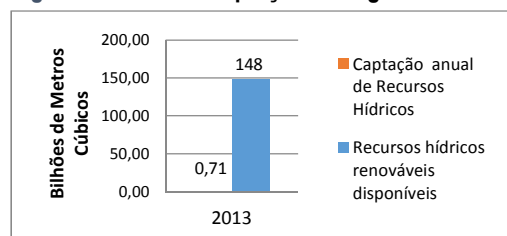


Fonte: Banco Mundial.

Os sectores doméstico e industrial são os maiores consumidores de água. Quando observado por sectores nota-se um aumento percentual do uso doméstico e da indústria em comparação ao sector da agricultura. Segundo dados do Banco Mundial o sector agrícola, em Angola, reduziu as captações/ usos de água em termos absolutos, de 210 milhões m³ em 2002 para aproximadamente 146 milhões em 2013.

Assim, fica evidente que a tendência de aumento de retirada de água é resultado do consumo doméstico e das actividades industriais, que tem vindo a aumentar.

Figura 54: Oferta e captações de água



Fonte: Banco Mundial.

Uma análise combinada da disponibilidade e do consumo aponta que ainda que haja um aumento do consumo nos últimos anos os sistemas naturais não sofreram impactos negativos e mantêm-se estáveis desde 1990, de forma que a oferta é muito superior às captações.

Ainda que a tendência de captação de água seja crescente em 2013 o total de água captada representou pouco mais que 0,5% do total de recursos hídricos renováveis do país.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

No âmbito das políticas para o sector das águas, destaca-se a implementação dos seguintes instrumentos:

- Lei das Águas e respectivos regulamentos;
- Programa “Água para Todos”, que já permitiu aumentar o acesso à água potável;
- Programa Qualidade de Água Potável;
- Plano Nacional de Água e os respectivos Planos de Desenvolvimento de Utilização das Bacias Hidrográficas.

Internacionalmente, Angola participa dos seguintes programas:

- Acordo sobre o estabelecimento da Comissão do Curso de Água do Zambeze;
- Protocolo da SADC sobre Sistemas de Cursos de Águas Partilhadas (1995);
- Protocolo Revisto da SADC sobre Cursos de Águas Partilhadas (2000).

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Constituem desafios para a utilização racional de água, os seguintes:

- A crescente demanda de água para satisfazer as necessidades socioeconómicas;
- A fragilidade dos sistemas de abastecimento de água.

Recomendações:

Tendo em conta o acima exposto, recomenda-se:

- Monitorar de forma continua o processo de actualização de dados;
- Avaliar para cada um dos 3 sectores (agricultura, indústria e doméstico) as respectivas tendências de crescimento de demanda e a capacidade de suprir o desenvolvimento de forma sustentável;
- Assegurar o fornecimento com qualidade e em quantidade de água.

Meta 7.B: Reduzir a perda de biodiversidade e alcançar, até 2010, uma redução significativa

Esta meta tem como objectivo básico, preservar a natureza, implementando políticas e estratégias de conservação da natureza e do uso sustentável dos recursos naturais da biodiversidade.

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 2 indicadores, designadamente:

1. Percentagem de áreas protegidas, terrestres e marinhas;
2. Percentagem de espécies ameaçadas de extinção.

Indicador 7.6: Percentagem de áreas protegidas, terrestres e marinhas

O principal objectivo da maioria das áreas protegidas não é reduzir a pobreza, mas sim conservar a diversidade biológica e fornecer serviços de ecossistemas.

A. TENDÊNCIAS:

Dados recentes apontam para um esforço significativo em termos de ampliação das áreas terrestres protegidas. Entre 2012 e 2013 o total de áreas protegidas aumentou 95%, passando de aproximadamente 8 para 16 milhões de hectares.

O sistema de áreas protegidas de Angola compreende 13 unidades (9 parques nacionais, 2 reservas naturais estritas, e 2 reservas parciais), cobrindo aproximadamente 12.6% (162.642 km²) do território nacional, tal como mostra a tabela a seguir.

Tabela 27: Sistema de áreas protegidas e de conservação

	Nome	Área (km ²)	Data de estabelecimento	Província	Centro de endemismo
Parques Nacionais					
1	Parque Nacional de Lona	16.150	1957	Namibe	Karoo-Namibiano
2	Parque Nacional de Cameia	14.450	1957	Moxico	Zambeziano
3	Parque Nacional de Quiçama	9.960	1957	Luanda	Zambeziano
4	Parque Nacional de Bicuar	7.900	1964	Huíla	Zambeziano
5	Parque Nacional de Mupa	6.600	1964	Cunene-Huíla	Zambeziano
6	Parque Nacional de Cangandala	630	1970	Malanje	Zambeziano
7	Parque Nacional de Maiombe	1.930	2011	Cabinda	Zambeziano
8	Parque Nacional de Lungué-Luiana	45.818	2011	Kuando Kubango	Zambeziano
9	Parque Nacional de Mavinga	46.072	2011	Kuando Kubango	Zambeziano
Reservas Naturais Estritas					
10	Reserva Natural Estrita de Luando	8.280	1957	Malanje/Bié	Zambeziano

	Nome	Área (km ²)	Data de estabelecimento	Província	Centro de endemismo
11	Reserva Natural Estrita de Ilhéu dos Pássaros	2	1973	Luanda	Zambeziano
Reservas Parciais					
12	Reserva Parcial do Namibe	4.450	1963	Namibe	Karoo-Namibiano/ Zambeziano
13	Reserva Parcial de Búfalo	400	1971	Benguela	Karoo-Namibiano
TOTAL		162.642			

Fonte: Ministério do Ambiente.

Em termos de áreas marítimas protegidas, o número é bastante pequeno, inferior a 1% e há que se fazer um esforço significativo para aumentar as zonas protegidas, assim como assegurar a sua fiscalização.

O aumento recente das novas áreas de conservação aprovadas em 2011, bem como a implementação da administração dos parques, são indicadores da crescente relevância da política e estratégia nacional da biodiversidade e áreas de conservação.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

No âmbito das políticas e programas para a preservação das áreas protegidas e a biodiversidade, destacam-se:

- Lei de Bases do Ambiente - Lei nº 5/98 sobre Áreas de Protecção Ambiental;
- Políticas de criação de novas áreas de conservação;
- Programa da Biodiversidade e Áreas de Conservação;
- Plano Nacional de Acção a Biodiversidade;
- Programa Regional e transfronteiriço da área Okavango-Zambeze;
- Programa Nacional de Classificação Internacional das Áreas Húmidas.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Constituem desafios no domínio da biodiversidade e protecção das áreas protegidas, os seguintes:

- Escassez de áreas protegidas, particularmente marinhas;
- Necessidade de reduzir as pressões directas sobre a biodiversidade e promover o uso sustentável;
- Fraca capacidade de gestão de conhecimento e fraca preparação/formação dos agentes fiscalizadores.

Recomendações:

Tendo em conta o acima exposto, recomenda-se:

- Criação de um sistema de monitoramento efectivo da preservação das áreas protegidas com o apoio internacional;
- Investigação científica nas áreas de conservação visando o desenvolvimento sustentável e participativo;
- Aumento das áreas protegidas, terrestres e marinhas.

Indicador 7.7: Percentagem de espécies ameaçadas de extinção

Este indicador procura, essencialmente, medir a quantidade de espécies ameaçadas de extinção, pelo que o Governo de Angola tem procurado estabelecer melhoria nos processos de identificação e avaliação das espécies registradas nas unidades de conservação.

A. TENDÊNCIAS:

Proteger a biodiversidade é do interesse internacional e também de Angola, devendo para o efeito, estabelecer parcerias que possam auxiliar no processo de inventário e auxílio à preservação das espécies em vias de extinção.

As acções desenvolvidas permitiram identificar as espécies marinhas ameaçadas, conforme o quadro que se segue.

Tabela 28: Espécies Marinhas Ameaçadas

Espécies Ameaçadas	Total (2004)	Ameaçados		% do Total
Aves	847	2004 (34)	2014 (24)	2,8% a 4,0%
Moluscos (Invertebrados Marinhos)	30	2004 (5)		16,7%
Peixes Vertebrados Cartilaginosos	57	2004 (11)		19,3%
Peixes Vertebrados Ósseos	264	2004 (2)		0,7%
Peixes (Total)	321	2004 (13)	2014 (40)	4,0% a 12,5%
Plantas	----	2004 (18)	2014 (34)	----
Mamíferos	275	2004 (50)	2014 (15)	5,4% a 18,2%

Fonte: Primeiro Relatório Nacional para a Conferência das Partes da Convenção da Diversidade Biológica 2006 (2004) e Banco Mundial (2014)

Ao passo que mamíferos e aves apresentam uma redução de espécies ameaçadas, peixes e plantas apontam para um aumento de espécies ameaçadas no período 2004 -2014.

Através da comparação directa dos dados de 2004 e 2014, o exercício mostra que a percentagem de espécies ameaçadas de extinção em Angola anda entre 6,3 à 7,4%.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

No âmbito das políticas para o sector da biodiversidade marinha e terrestre destacam-se:

- Despacho Executivo “Sobre a Proibição do Abate das Espécies Protegidas” (2015).

No âmbito internacional, Angola é signatária:

- Convenção sobre Comércio Internacional de Espécies da Fauna e Flora Selvagens Ameaçadas de Extinção, que assegura que a venda de animais, plantas selvagens e produtos derivados não coloquem em risco a sobrevivência das espécies; o país aderiu a essa Convenção em Outubro de 2013 e a mesma entrou em vigor em Dezembro do mesmo ano. Com essa iniciativa o governo reforça os compromissos assumidos anteriormente, os quais são essenciais para proteger a biodiversidade local;
- Convenção sobre a Diversidade Biológica - CDB;
- Convenção sobre o Direito do Mar;
- Convenção de Cooperação para a Protecção e Desenvolvimento do Ambiente marinho e Costeiro da Região Oeste e Central de África (Convenção de Abidjan);
- Protocolo de Nagoya sobre o Acesso à Recursos Genéticos e a Repartição Justa e Equitativa dos Benefícios Decorrentes da sua Utilização (ABS) para a Convenção sobre a Diversidade Biológica;
- Convenção sobre espécies migratórias;
- Protocolos da SADC sobre a vida selvagem e das pescas;
- Protocolo de Cartagena sobre Bio-Segurança da Convenção sobre Diversidade Biológica;
- Convenção da Grande Corrente de Benguela.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Constituem desafios para as áreas da biodiversidade marinha e terrestre, os seguintes:

- Inventariação das espécies;
- Caça furtiva mais controlada.

Tendo em conta o acima exposto, recomenda-se:

- Estabelecer parcerias com instituições académicas a nível nacional e internacional para inventariar as espécies;
- Desenvolver programas específicos de conservação e de combate a caça furtiva.

Meta 7.C: Reduzir para metade, até 2015, a percentagem da população sem acesso sustentável à água potável e ao saneamento básico

A prestação de serviços de abastecimento de água e saneamento de águas residuais é uma prioridade do Programa do Governo angolano.

Para o alcance desta meta foram definidos 2 indicadores, designadamente:

- Percentagem da população que utiliza uma fonte de água potável melhorada;
- Percentagem da população com acesso à instalações de saneamento melhoradas.

A. TENDÊNCIAS:

Indicador 7.8: Percentagem da população que utiliza uma fonte de água potável melhorada

O Governo de Angola construiu diversas infra-estruturas de abastecimento de água que permitiram um elevado número de habitantes ter acesso à água potável, em decorrência da implementação do Programa “Água para Todos”, fixando a taxa de cobertura em cerca de 60,5% da população rural.

Ao longo dos últimos anos, Angola tem feito progressos no aumento da percentagem de população que utiliza uma fonte apropriada para beber, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 29: Evolução da população que utiliza uma fonte apropriada de água (%)

Indicadores	2004⁶⁹	2008	Meta
População que utiliza uma fonte apropriada para beber	38	42,0	76
População que utiliza uma fonte apropriada para beber nas zonas urbanas	45	57,9	90
População que utiliza uma fonte apropriada para beber nas zonas rurais	28,3	22,8	56,5

Fonte: INE (QUIBB 2004, IBEP 2008-2009).

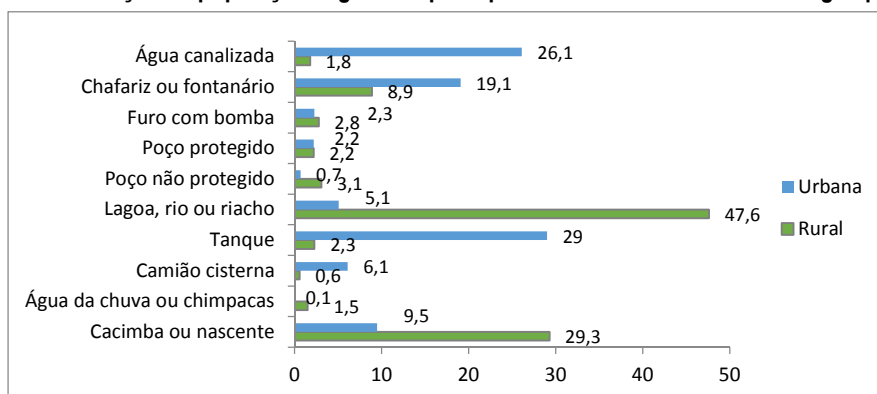
Entre 2004 e 2008 a percentagem de angolanos que recorriam a fontes melhoradas de água aumentou de 38% para 42,0%. De facto, a percentagem de população urbana com acesso a fontes melhoradas de água potável aumentou em cerca de 29% (de 45% para 57,9%) durante o mesmo período, enquanto a percentagem de população rural com acesso a fontes melhoradas de água potável diminuiu de 28,3 para 22,8%.

Em 2011 o inquérito QUIBB 2011 estimou a seguinte distribuição percentual da população: água canalizada 15,3%; chafariz ou fontanário 14,5%; furo com bomba 2,5%; poço protegido 2,2%; poço não protegido 1,7%; lagoa, rio ou riacho 24,1%; tanque 17,1%; camião cisterna 3,6%; água de chuva 0,7%, e cacimba ou nascente 18,3%. Este inquérito não classifica as fontes de água apropriadas das não apropriadas para beber. Por esta razão torna-se difícil o cálculo da percentagem da população que recorre a fontes apropriadas de água para beber no ano 2011.

A figura abaixo mostra as diferentes fontes de abastecimento de água para beber da população urbana e rural.

⁶⁹ O QUIBB 2004 oferece dados referidos à distribuição dos agregados familiares segundo a principal fonte de abastecimento de água e ao total dos agregados familiares com água apropriada. O IBEP 2008-2009 oferece dados relativos à percentagem da população que utiliza uma fonte de água apropriada para beber.

Figura 55: Distribuição da população segundo a principal fonte de abastecimento de água para beber



Fonte: INE (QUIBB 2011).

De acordo com o QUIBB 2011, em termos nacionais apenas 15,3% da população dispõe de água canalizada. Este serviço beneficia somente cerca de um quarto da população urbana (26,1%) e 38,4% da população mais rica (mais do dobro da média nacional). A nível do país 24,1% da população ainda utiliza como principal fonte de abastecimento de água para beber os rios, lagoas ou riachos (fontes não apropriadas), e esta percentagem é ainda mais elevada nas áreas rurais, com 60,3%. A principal fonte de abastecimento de água nas áreas urbanas são os tanques (com 29%) e nas áreas rurais os rios, riachos ou lagoas (com 47,6%).

Para a avaliação objectiva da situação do abastecimento de água, no meio rural, pode hoje contar-se, com informação específica e especializada, acumulada pelo Programa Água para Todos (PAT), desde 2007. Estimou-se que no início do PAT (2007), a população coberta nessas zonas seria de 22%. Como resultado acumulado das iniciativas posteriores, foi registada uma taxa de cobertura de 45,7%, em 2011 e mais recentemente, de 60,5%, no final de 2014. Dos elevados investimentos públicos feitos no âmbito do Programa resultou uma redução da população alvo não coberta por soluções de abastecimento de água potável.

A tabela a seguir mostra a evolução da percentagem da população rural coberta e da taxa de cobertura, no âmbito da implementação do Programa Água para Todos.

Tabela 30: Evolução da população rural coberta e da taxa de cobertura

Indicadores	2008	2011	2014
População rural coberta (habitantes)	1.882.581	3.624.867	5.192.815
Taxa de cobertura (%)	25,7%	45,7%	60,5%

Fonte: MINEA.

Além da percentagem da população que utiliza uma fonte de água potável melhorada, os inquéritos nacionais oferecem dados sobre o tratamento da água. Entre 2001 e 2011, a percentagem da população que trata apropriadamente a água antes de beber duplicou-se, passando de 19% para 37,9%, tal como se constata na tabela abaixo.

Tabela 31: Evolução da percentagem da população que trata a água

Indicadores	2001	2008	2011
População que trata apropriadamente a água para beber (%)	19	33,1	37,9

Fonte: INE (MICS-II 2001, IBEP 2008-2009 e QUIBB 2011).

Os dois métodos mais comuns de tratamento da água para beber são a desinfecção da água com lixívia (25,5%) e a fervura (10,2%).

Indicador 7.9: Percentagem da população com acesso à instalações de saneamento melhoradas

Em Angola verificou-se um aumento da percentagem da população que utiliza instalações de saneamento melhoradas, quer nas áreas urbanas, como nas rurais, embora as melhorias mais importantes se tenham verificado nas áreas rurais.

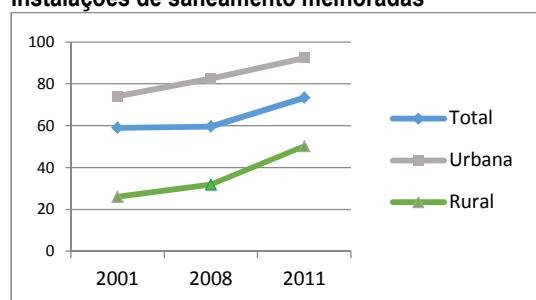
Tabela 32: Evolução da população que usa instalações de saneamento melhoradas

Indicadores	2001	2008	2011	Meta
Percentagem de população que usa instalações de saneamento melhoradas	59	59,6	73,4	100
Percentagem de população que usa instalações de saneamento melhoradas nas zonas urbanas	74,1	82,5	92,3	100
Percentagem de população que usa instalações de saneamento melhoradas nas zonas rurais	26,0	31,9	50,2	52

Fonte: INE (IBEP 2008-2009 e QUIBB 2011).

Entre 2008 e 2011, a percentagem de população que usa instalações de saneamento melhoradas aumentou de 59,6% para 73,4%. Nas áreas urbanas, a percentagem aumentou de 82,5% para 92,3%, enquanto nas áreas rurais este indicador aumentou de 31,9% para 50,2%, tal como se observa na figura abaixo.

Figura 56: Evolução da população que usa Instalações de saneamento melhoradas

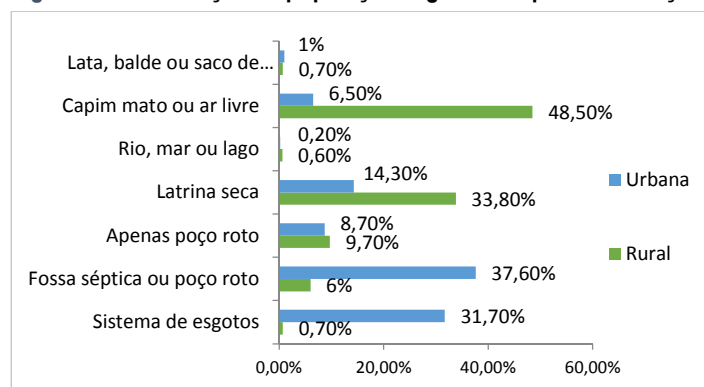


Fonte: INE (IBEP 2008-2009 e QUIBB 2011).

O QUIBB 2011 estimou a seguinte distribuição percentual da população em termos de saneamento: que usava sistema de esgotos (pia ou sanita) 17,8%; fossa séptica ou poço roto 23,5%; apenas poço roto 9,1%; e latrina seca 23%. O somatório destas percentagens é de 73,4%, que corresponde ao valor da percentagem de população que recorre a instalações de saneamento melhoradas.

A figura seguinte mostra o tipo de instalações sanitárias nas habitações.

Figura 57: Distribuição da população segundo o tipo de instalações de saneamento na habitação (%)



Fonte: INE (QUIBB 2011).

A existência de um sistema de esgotos (pia ou sanita) ou uma fossa séptica é mais comum nas zonas urbanas (31,7% e 37,6%, respetivamente) enquanto que nas zonas rurais estas percentagens caem para 0,7% e 6%, respetivamente. É de salientar que 48,5% da população rural ainda utiliza o capim, mato ou ar livre.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

Em 2011 o Governo Angolano aprovou a versão preliminar da Política de Saneamento, chamada de “Política Nacional de Saneamento Ambiental”, revista em 2012, e em 2013 elaborou uma política de saneamento designada de “Política Nacional do Meio Ambiente e Saneamento”.

Em 2013 foi lançado o programa designado como “Saneamento Total”, que abrangeu 177 comunidades em quatro províncias, atingindo um total de 325.722 beneficiários. Foram promovidas iniciativas relacionadas com o saneamento e higiene em escolas, que incluiu a construção de infra-estruturas físicas, tais como a instalação de latrinas e de estruturas para lavagem de mãos.

Entre 1996 e 2002 o Governo de Angola implementou projectos de obras públicas visando a reabilitação das infra-estruturas de abastecimento de água e de saneamento em Luanda e em algumas capitais provinciais. Estes projectos, envolvendo os governos provinciais, incluíram: (1) a Reabilitação Urbana e Ambiental das Cidades do Lobito e Benguela; (2) a construção de um sistema de abastecimento de água em Luanda, e (3) a construção de sistemas de abastecimento de água em Namibe, Sumbe e Gabela.

Entre 2002 e 2015⁷⁰ foram executados vários projectos de construção de novos sistemas de abastecimento de água em Menongue e Luena e de construção e apetrechamento de um laboratório de âmbito provincial para o controlo de qualidade da água, bem como reabilitados e reforçados os sistemas de abastecimento de água Lundas Norte e Sul e elaborado o Plano Director.

A partir de 2007 o Governo lançou o “Programa Água para Todos”, que visa aumentar a taxa de cobertura de água para 80% nas zonas peri-urbanas e rurais.

Em 2009 a Direcção Nacional de Águas (DNA) do Ministério de Energia e Águas (MINEA) lançou o Sistema de Informação do Sector de Águas e Saneamento (SISAS), destinado a melhorar a monitorização da cobertura do programa Água para Todos, em particular, e dos níveis de serviço de abastecimento de água, de modo mais global. Os dados visam sobretudo quantificar o número de pontos de água implementados no país.

A DNA, em parceria com a Development Workshop e a UNICEF, implementou, entre 2008 e 2010, um projecto financiado pela União Europeia, que resultou na elaboração do Modelo de Gestão Comunitária de Água, baseado em experiências locais. O Modelo teve o seu início como projecto-piloto com êxito nas Províncias do Huambo, Huíla e Cunene entre 2010 e 2012, tendo sido formalmente aprovado e lançado oficialmente pelo Governo em Fevereiro de 2014.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Os desafios identificados no acesso sustentável à água potável e ao saneamento básico são os seguintes:

- Reduzida capacidade técnica de implementação de tecnologias sustentáveis;
- Deficientes mecanismos para o planeamento e a monitorização no sector;
- O reforço da coordenação e comunicação entre as administrações públicas com responsabilidades directas sobre os sectores da água e saneamento, tendo em vista o aumento da cobertura;
- A grande vulnerabilidade da maior parte da população do país a epidemias, devido à falta de serviços de água e de saneamento adequados, que é um importante vector para a disseminação de doenças relacionadas com a água;

⁷⁰ Estão em preparação os trabalhos complementares da 3ª fase de ampliação e construção do sistema de saneamento das águas residuais de Benguela, Lobito, Catumbela e Baía Farta. Em implementação um projecto de novos sistemas de abastecimento e distribuição de água a 132 sedes municipais. Em implementação os planos de monitorização da qualidade da água-zona Sul-Huíla, Namibe, Cunene e Kuando Kubango). Em fase de preparação dos estudos um crescente número de projectos de construção de novos sistemas de abastecimento de água/ saneamento, incluindo o reforço da produção de água tratada e expansão das redes de distribuição de N'dalatando, Uíge, Cabinda, Sumbe, Huambo (em construção um laboratório de âmbito provincial para o controlo de qualidade da água). Em elaboração o Plano Director em Caxito na vertente de abastecimento de água e saneamento de águas residuais.

- Pressão excessiva sobre os serviços de abastecimento de água nas zonas urbanas devido ao crescimento da população urbana em Angola ao longo das últimas três décadas, quer em termos de acesso, como em termos de qualidade e fiabilidade do serviço;
- A recuperação do capital investido, devido a que o sector requer consideráveis subsídios públicos e as tarifas praticadas estão longe de permitir a recuperação dos custos de operação e manutenção dos serviços, o que prejudica o orçamento de Estado e a sustentabilidade desses serviços;
- A sobreposição de competências entre os Ministérios da Energia e Águas e do Ambiente (MINEA/MINAMB). Um exemplo desta falta de articulação é o facto do Programa do Governo "Água para Todos" não incluir fundos para a promoção do saneamento rural e higiene.

Recomendações:

Assim sendo, destacam-se as seguintes recomendações:

- Alinhar a qualidade do trabalho executado com os requisitos de sustentabilidade operacional e financeira dos serviços;
- Preconizar o princípio da recuperação de custos dos serviços hídricos, com base numa estratégia a longo prazo;
- Envolver e organizar as Comunidades no que diz respeito à preservação e limpeza dos Pontos de Água, e na promoção da higiene nas famílias, com vista à sustentabilidade dos sistemas de abastecimento de água;
- Reforçar o conhecimento e experiência em diferentes níveis, incluindo os sectores público e privado, os doadores e ONG com vista a expandir e melhorar as práticas de saneamento e higiene em todo o país;
- Continuar a implementar e ampliar a iniciativa "Saneamento Total Liderado pela Comunidade", iniciado como projecto-piloto em Angola para o período 2008-2014, e com resultados muito positivos e testados;
- Reforçar a gestão, operação e manutenção de serviços públicos de água, criando mecanismos importantes como a eficiência energética, a gestão pela procura, o controlo da qualidade da água, a gestão de activos e os níveis de facturação e cobrança;
- Formular Planos de acção estratégicos e abrangentes, baseados em evidências, desde o nível político ao de execução, através de mecanismos estruturados e coordenados de planeamento e de monitorização de diferentes instituições governamentais com competências no sector;
- Promover os investimentos em serviços de consultoria e reforçar a capacitação dos quadros técnicos e administrativos do Governo, sobretudo a nível descentralizado;
- Implementar uma estratégia de sensibilização, informação e formação do Modelo de Gestão Comunitária de Água no seio das Direcções Provinciais de Energia e Águas, das Administrações Municipais e de outros actores que estão directa ou indirectamente envolvidos no sector de água no meio rural e peri-urbano.

Meta 7.D: Até 2020, ter alcançado uma melhoria significativa nas vidas de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros precários/degradados

Angola continuou a prestar maior atenção à implementação do Programa Nacional de Urbanismo e Habitação, do qual se destacam os sub-programas de desenvolvimento de novas centralidades, de promoção de habitação social, de gestão e alienação de imóveis e o sub-programa dos 200 fogos por municípios.

Para o alcance desta meta foi definido 1 indicador, designadamente:

- Percentagem da população urbana que vive em bairros precários/degradados.

Indicador 7.10: Percentagem da população urbana que vive em bairros precários/degradados

O indicador procura apresentar o percentual da população que vive em bairros precários/degradados. O Governo de Angola tem procurado melhorar significativamente as condições de habitabilidade das populações, uma vez que tem levado a cabo uma serie de medidas tendentes a alargar o parque habitacional em todo o território nacional.

A. TENDÊNCIAS:

O PND 2013-2017 estabelece alguns programas e medidas para fazer face ao défice habitacional, com destaque o Programa de Promoção da Habitação Social, bem como a implementação do Programa dos 200 Fogos habitacionais por Município.

De acordo com os dados do QUIBB 2011, elaborado pelo INE, a população encontra-se maioritariamente nas áreas urbanas (55,4%), enquanto que 44,6% da população vive nas áreas rurais. A maioria dos bairros degradados/precários pode ser encontrada na capital do país, que concentra aproximadamente um quarto da população total.

A tabela a seguir apresenta a evolução dos indicadores dos agregados familiares e as condições de suas habitações.

Tabela 33: Evolução dos indicadores 7.10

Indicadores	2008	2011
Agregados familiares vivendo em moradia, cubata ou cabana na área urbana (%)	88,6	----
Agregados familiares a viver em condições não apropriadas na área urbana (%)	90 ⁷¹	----
População a viver em habitação com material não apropriado na área urbana (%)	78,5	72,2
Média de pessoas por quarto só para dormir na área urbana	2,7	2,9
Agregados familiares a viver nas áreas urbanas em habitações sobrelotadas (%)	42,5	47,8
População que vive na área urbana em habitações sobrelotadas (%)		27,2
Agregados familiares vivendo em habitação auto-construída, comprada ou em processo de compra na área urbana (%)	55 ⁷²	61,2 ⁷³

Fonte: INE (IBEP 2008-2009 e QUIBB 2011).

As informações existentes são limitadas quanto à percentagem da população urbana que vive em bairros degradados. No entanto, os dados que existem mostram uma diminuição na percentagem da população urbana a viver em habitação com material não apropriado, passando de 78,5 em 2008 para 72,2% em 2011 e uma melhoria na percentagem dos agregados familiares vivendo em habitação auto-construída, comprada ou em processo de compra na área urbana, passando de 55% em 2008 para 61,2% em 2011.

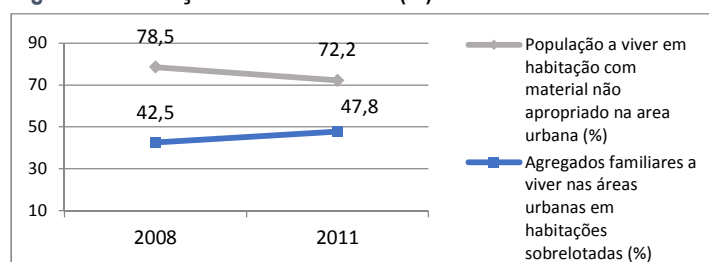
A média de pessoas por quarto de dormir, numa habitação, é um indicador aproximado do nível de pobreza do agregado familiar. Quanto maior for o número de pessoas por quarto de dormir, maior é a probabilidade deste agregado ser pobre. Considera-se sobrelotação a situação em que o número de pessoas por quarto de dormir é superior a três. É de salientar que a média de pessoas por quarto de dormir na área urbana cresceu de 2,7 a 2,9 entre 2008 e 2011.

⁷¹ O IBEP 2008-2009 oferece dados para este indicador também em percentagem da população. A população a viver em condições não apropriadas na área urbana é 90,9%.

⁷² Soma das percentagens dos agregados familiares que vivem em habitação auto-construída, comprada ou em processo de compra.

⁷³ Este dado coincide com a percentagem dos agregados familiares vivendo em habitação de propriedade própria.

Figura 58: Evolução dos indicadores (%)



Fonte: INE (IBEP 2008-2009 e QUIBB 2011),

Apesar dos grandes investimentos no sector da construção nos últimos 5 anos, a percentagem dos agregados familiares a viver nas áreas urbanas em habitações sobrelotadas aumentou ligeiramente de 42,5% em 2008 para 47,8% em 2011.

De acordo com o QUIBB 2011, a média de divisões por habitação nas zonas urbanas é de 3,4 sendo 1,5 a média de pessoas por divisão e 2,9 o número de pessoas que dorme no mesmo quarto.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

No âmbito das políticas e programas para reduzir a população urbana que vive em bairros precários/degradados, destacam-se:

- A Política Nacional de Habitação para Todos;
- O Programa Nacional de Urbanismo e Habitação, aprovado em 2009, que integra:
 - Sub-programa de habitação social;
 - Sub-programa de novas centralidades⁷⁴;
 - Sub-programa de fomento habitacional;
 - Sub-programa de 200 fogos por município⁷⁵;
 - Sub-programa de requalificação e reconversão urbana⁷⁶;
 - Sub-programa de constituição de reservas fundiárias⁷⁷;
 - Sub-programa de realojamento⁷⁸;
 - Sub-programa de auto-construção dirigida.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Constituem desafios para o sector de urbanismo e habitação, os seguintes:

- Necessidade de habitação para as camadas mais carenciadas;
- Os assentamentos informais;
- Ausência de legislação e políticas urbanas adequadas que permitam integrar as “ocupações informais” progressivamente no sistema da cidade.

Recomendações:

Tendo em conta o acima exposto, recomenda-se:

- Reforçar a capacidade institucional em matéria de urbanização e desenvolvimento urbano;
- Criar políticas que desencorajem o surgimento de novas “ocupações informais”.

⁷⁴ Os primeiros resultados foram notados a partir de 2012. Sob responsabilidade directa do Governo, estão em construção 19 novas centralidades em várias localidades do País, tendo sido concluídas 73.759 unidades habitacionais até 2014.

⁷⁵ Está em curso em 161 municípios do País tendo sido concluídas 14.165 casas até ao I trimestre de 2015.

⁷⁶ Em curso a construção de infra-estruturas técnicas e equipamentos sociais nos municípios do Cazenga, Sambizanga e Rangel.

⁷⁷ Foram constituídas reservas em todas as províncias com área total de 161.495 hectares, onde já foram constituídos 88.712 lotes para auto-construção dirigida, estimando-se que cerca de 60% dos mesmos já tenham sido concedidos.

⁷⁸ Efectuou-se realojamento em algumas províncias, tais como Luanda, Benguela (Graça e Lobito), Huíla (Calueque e Huíla), Cunene (Cuanhama, Cuvelai e Ombadja), Huambo (na sede) e Bengo (Panguila). Conheceu-se os maiores projectos de realojamento em Luanda: Urbanização do Zango (37.000 casas) – o maior, Camama, Cacuaco, Icolo e Bengo e Quissama. No geral, estima-se que no quadro do realojamento terão sido beneficiadas cerca de 50.000 famílias em todas as províncias citadas.

Objectivo 8: Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento

De acordo com o Relatório dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2014, elaborado pelas Nações Unidas (ONU), a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD) à nível mundial proveniente dos países desenvolvidos aumentou 66% em termos reais no período 2000-2014. A AOD mundial teve uma trajectória crescente de 2000 à 2010, estancando-se entre 2011 e 2012, altura em que retomou, novamente, a trajectória ascendente, situando-se actualmente no seu nível mais elevado.

Voltado aos países com maior grau de desenvolvimento, as Metas deste Objectivo envolvem, para o caso de Angola, mudanças no sistema financeiro internacional; atendimento a demandas específicas dos países menos desenvolvidos com relação as questões comerciais e de financiamento externo; reestruturação das dívidas das nações altamente endividadas; ampliação do acesso a medicamentos e a tecnologias da informação e de comunicação.

Meta 8.A: Continuar a desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório

Estão incluídos nesta meta os compromissos de boa governação, desenvolvimento e redução da pobreza nacional e internacional.

Meta 8.B. Responder às necessidades especiais dos países menos avançados

Estão incluídos nesta meta o acesso livre de tarifas e quotas para as exportações dos Países Menos Avançados; o programa de alívio da dívida reforçada dos países pobres altamente endividados e o cancelamento da dívida bilateral oficial, e AOD mais generosa aos Países Menos Avançados.

Meta 8.C. Atender às necessidades especiais dos países em desenvolvimento sem litoral e dos pequenos estados insulares

Esta meta não se aplica para o caso de Angola.

Para a avaliação do alcance destas metas foram definidos 6 indicadores, designadamente:

Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD):

- Ajuda oficial ao desenvolvimento líquida, total para os países menos desenvolvidos, em percentagem do rendimento nacional bruto dos doadores da OCDE/CAD;
- Percentagem de ajuda oficial ao desenvolvimento bilateral total, dos doadores da OCDE/CAD, alocada para serviços sociais básicos (educação básica, cuidados primários de saúde, nutrição, água potável e saneamento);
- Proporção de ajuda oficial ao desenvolvimento bilateral de doadores da OCDE/CAD;
- Ajuda oficial ao desenvolvimento recebida nos países em desenvolvimento sem litoral como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos;
- Ajuda oficial ao desenvolvimento recebida nos pequenos estados insulares em desenvolvimento como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos.

Acesso ao Mercado:

- Proporção do total das importações dos países desenvolvidos (por valor e excluindo armas) provenientes de países em desenvolvimento e países menos desenvolvidos, isentos de direitos;
- Tarifas médias impostas pelos países desenvolvidos sobre os produtos agrícolas, têxteis e vestuário de países em desenvolvimento;
- Estimativa de apoio agrícola à países da OCDE como uma percentagem do seu PIB;

- Proporção de AOD fornecida para ajudar a construir a capacidade comercial.

Indicadores relacionados à Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD):

A Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD) compreende as doações e os empréstimos à países em desenvolvimento que figuram na lista de receptores do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE (CAD/OCDE), concedidos em condições financeiras concessionárias (no caso de um empréstimo há de ter um elemento de doação de pelo menos 25%). A cooperação técnica é incluída na AOD, mas estão excluídas as doações e os empréstimos com fins militares.

A. TENDÊNCIAS:

Indicador 8.1: Ajuda oficial ao desenvolvimento líquida, total e para os países menos desenvolvidos, em percentagem do rendimento nacional bruto dos doadores da OCDE/CAD

Uma das políticas nacionais do PND 2013-2017 é a Política de Reforço do Posicionamento de Angola no Contexto Internacional e Regional, em particular na União Africana e na SADC, cujas as acções concorrem para alcance desta meta.

Os desembolsos líquidos de AOD para Angola estão espelhados na tabela seguinte:

Tabela 34: Evolução da AOD, total doadores OCDE/CAD

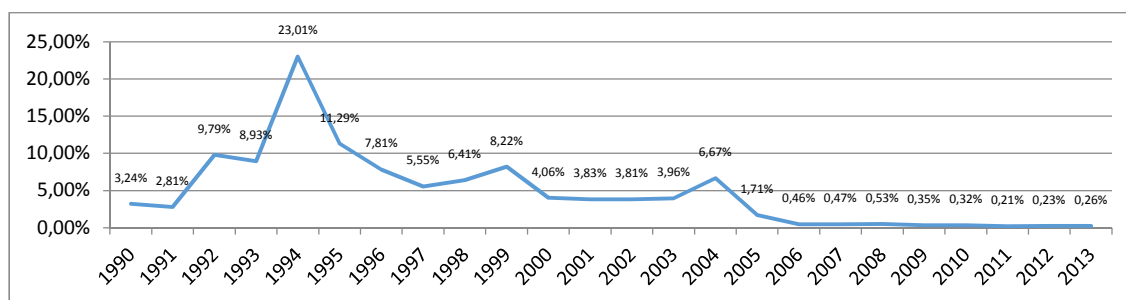
INDICADORES	2000	2002	2004	2005	2010	2011	2012	2013
AOD líquida recebida para Angola total doadores CAD (USD milhões)	302	414	1144	414	238	194 ⁷⁹	242	288

Fonte: Banco Mundial.

A partir de 2005 a AOD recebida sofreu uma redução sistemática. Esta redução observada na AOD poderia estar relacionada com o incremento do PIB per capita de Angola, que supera o limite de recursos/rendimento de um País Menos Avançado (PMA).

Quando observado em termos comparativos com a evolução da AOD em Angola em percentagem do PIB, a proporção de AOD também se tem reduzido sistematicamente depois de um pico observado no ano de 1994, particularmente desde 2005, passando de 6,67%, em 2004, para 0,26%, em 2013, tal como se constata na figura a seguir.

Figura 59: AOD Angola (%) do PIB



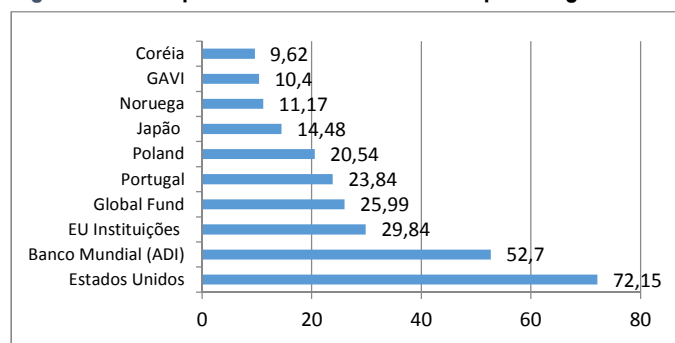
Fonte: Banco Mundial.

Segundo dados da OCDE⁸⁰, até ao início da década de 2000, os principais doadores para Angola foram a Irlanda, a Noruega e Portugal, sendo este último, o que mais contribuiu com AOD. A figura abaixo mostra os principais doadores de AOD bruta para Angola, em 2012-2013.

⁷⁹ Também em Development aid at a glance statistics.

⁸⁰ OCDE, Statistical Annex, 2006.

Figura 60: Principais doadores de AOD bruta para Angola 2012-2013 (valores médios em USD milhões)



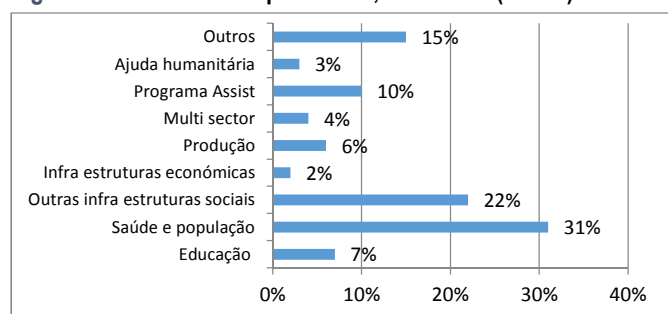
Fonte: OCDE.

Os principais doadores de Angola, em termos de AOD, são os EUA (72,15 USD milhões), ADI (52,70 USD milhões), as instituições da União Europeia (29,4 USD milhões), Fundo Global (25,99 USD milhões) e Portugal (23,84 USD milhões), totalizando para os dez maiores doadores, uma AOD bruta de USD 270,3 milhões.

Indicador 8.2: Percentagem de ajuda oficial ao desenvolvimento bilateral total dos doadores OCDE/CAD alocada para serviços sociais básicos (educação básica, cuidados primários de saúde, nutrição, água potável e saneamento)

De acordo com a OCDE/CAD, a AOD bilateral por sector para Angola (2012-2013) concentra-se principalmente nos sectores sociais, como mostra a figura a seguir.

Figura 61: ODA bilateral por sector, 2012-2013 (média)



Fonte: OCDE.

Os fundos da AOD alocados aos sectores sociais alcançaram mais de 50% da ajuda (o sector da saúde e população, 31% e o sector das infraestruturas sociais, 22%).

A maior parte dos desembolsos brutos da AOD foi dirigida aos sectores sociais no período 2007-2011, como se constata na tabela a seguir.

Tabela 35: Usos da AOD. AOD desembolsos brutos por sector (USD milhões):

Sector	2007	2008	2009	2010	2011	Média: últimos 5 anos
Acção em matéria de dívida	0.00	28.25	0.00	8.84	0.00	7.42
Os custos administrativos	2.14	1.79	1.65	1.38	0.20	1.44
Infraestrutura económica e serviços	9.66	7.40	17.93	34.00	0.20	13.84
Educação	31.28	35.99	30.83	25.81	4.20	25.63
Saúde e população	81.72	106.49	77.02	84.83	18.74	73.76
Ajuda humanitária	14.76	6.04	1.93	1.10	0.05	4.78
Multi-sector/Transversal	20.13	18.99	21.08	15.96	5.04	16.25
Outros Sectores Sociais	175.49	116.47	91.29	65.69	6.78	91.15
Sectores de Produção	16.92	36.29	38.00	48.02	0.93	28.03
Programa de assistência	19.91	8.88	5.04	3.61	8.60	9.21
Não alocado / indeterminado	2.07	7.02	3.32	0.92	0.00	2.65

Fonte: OCDE.

Dados sob a ajuda alimentar do total de países da OCDE/CAD mostram que a ajuda alimentar para Angola tem vindo a diminuir conforme a tabela abaixo.

Tabela 36: Evolução da ajuda alimentar 2004-2013

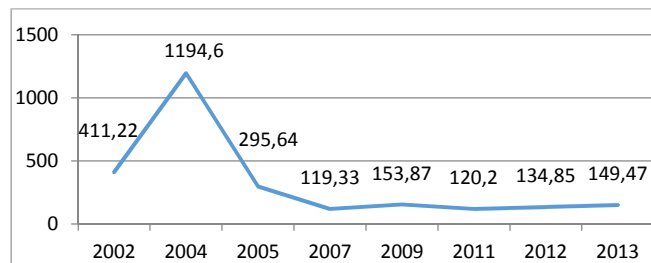
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
40.07	14.02	8.52	4.04	2.12	3.14	3.21	3.2	2.41	---

Fonte: OCDE.

Indicador 8.3: Proporção de ajuda oficial ao desenvolvimento bilateral de doadores da OCDE/CAD

Os dados disponíveis da OCDE/CAD, indicam que a ajuda oficial ao desenvolvimento, bilateral e multilateral, tem vindo a reduzir-se, como se constata nas figuras abaixo.

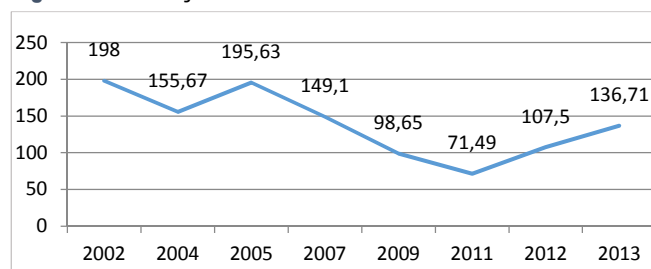
Figura 62: Evolução regressiva da AOD bilateral



Fonte: OCDE.

A AOD líquida bilateral sofreu uma diminuição a partir de 2004, tal como se observa na figura ao lado que expõe a evolução da AOD líquida bilateral (USD milhões) no período 2002-2013.

Figura 63: Evolução da AOD multilateral



Fonte: OCDE.

Por seu lado, a ajuda oficial ao desenvolvimento multilateral tem vindo a registar também uma diminuição, embora de forma menos acentuada, tal como se observa na figura ao lado.

Indicador 8.4: Ajuda oficial ao desenvolvimento recebida nos países em desenvolvimento sem litoral como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos

Este indicador não se aplica para o caso de Angola.

Indicador 8.5: Ajuda oficial ao desenvolvimento recebida nos pequenos estados insulares em desenvolvimento como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos

Este indicador não se aplica para o caso de Angola.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

O Programa Indicativo Nacional (PIN) 2008/2013, prorrogado até 2020, de suporte à cooperação entre Angola e a União Europeia, através do Fundo Europeu de Desenvolvimento (FED). Dotado com 214 milhões de Euros, além de uma contribuição adicional de € 13,9M, o PIN está focado para as áreas de acção, tais como governação e apoio à reforma económica e institucional (20% da dotação financeira); desenvolvimento humano e social (32%); desenvolvimento rural, agricultura e segurança alimentar (32%) e integração regional, sector privado, biodiversidade, etc. (16%).

A ajuda externa proveniente da União Europeia abrange também o Programa Indicativo Regional Plurianual dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) para o período 2008-2013, financiado no quadro do 8º FED, e o Programa Indicativo Regional para os países da SADC e da CEEAC, organizações das quais Angola é Estado Membro. Neste âmbito, o país beneficia ao nível dos

PALOP do Projecto de Construção do Instituto de Gestão Económica e Financeira na província da Huíla, orçado em 3 milhões de Euros e do Projecto de Apoio ao Estado de Direito dos PALOP Timor Leste, orçado em 7 milhões de Euros.

O Quadro de Parceria entre o Governo de Angola e o Sistema das Nações Unidas (UNPAF) 2015-2019, constitui a base das intervenções das Agências do Sistema das Nações Unidas em articulação às prioridades nacionais de desenvolvimento, estabelecidas no PND 2013-2017. Estas prioridades estão centradas em torno de três áreas estratégicas de parceria: (i) Desenvolvimento Humano, Social e Equitativo; (ii) Estado de Direito e Coesão Nacional, e (iii) Desenvolvimento Económico Inclusivo e Sustentável. O Quadro do UNPAF está dotado com \$200 milhões de dólares, além de outros fundos adicionais em assistência técnica para programas específicos, a partir de fontes externas, que o Governo e o Sistema das Nações Unidas se comprometeram a mobilizar para implementar os Planos de Acção dos Programas do país para o horizonte 2015-2019.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

O principal desafio tem a ver com o processo de graduação de Angola da categoria de País Menos Avançado (PMA), para a categoria de País de Rendimento Médio (PRM), em 2018.

A graduação implicará uma substantiva redução dos fluxos de ajuda não reembolsável ou de carácter concessionais recebidos por Angola de parceiros internacionais, bilaterais e multilaterais.

Portanto é urgente para o país avançar na sua estratégia nacional de graduação como PRM e é fundamental que o país tenha consciência das implicações desta graduação nos diferentes sectores, com o objectivo de tomar as medidas oportunas para fazer frente a nova situação.

Além disso, é urgente para Angola aprofundar a sua estratégia nacional de diversificação, de modo a que o país possa contar com os recursos financeiros necessários para o financiamento da sua estratégia de graduação, rumo ao desenvolvimento sustentável.

Indicadores relacionados ao Acesso ao Mercado:

Estes indicadores permitem supervisionar o esforço internacional realizado para eliminar os constrangimentos dos países em desenvolvimento em relação ao comércio, com vista a impulsionar o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

A. TENDÊNCIAS:

Indicador 8.6⁸¹: Proporção do total das importações dos países desenvolvidos (por valor e excluindo armas) provenientes de países em desenvolvimento e países menos desenvolvidos, isentos de direitos

Isentas de direitos são as exportações de mercadorias (excluindo o armamento), recebidas de países em desenvolvimento e admitidas sem barreiras alfandegárias em países desenvolvidos.

O sector de maior impulso ao crescimento de Angola desde início da década de 1990 é o petrolífero e mais de 90% das exportações de Angola provêm deste sector.

A tabela abaixo mostra que nos anos de 1996 e 1997 cerca de 60% das importações de países desenvolvidos provenientes de Angola entraram sem pagamento de direitos alfandegários. A partir de 1998 a totalidade das importações de países desenvolvidos provenientes de Angola entrou praticamente sem barreiras alfandegárias.

⁸¹ Os indicadores 8.4 e 8.5 não se aplicam para Angola.

Tabela 37: Importações de Países Desenvolvidos (excepto armas) sem barreira alfandegária

	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2007	2010	2012	2013	2014
Angola	60%	62%	100%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
Países em desenvolvimento	52%	53%	53%	61%	62%	66%	70%	75%	81%	82%	83%	83%	83%
Países Menos Avançados	68%	68%	81%	77%	76%	78%	82%	82%	90%	90%	90%	91%	91%

Fonte: UNCTAD e OCDE.

Note-se que as importações provenientes de Angola admitidas sem pagamento de direitos alfandegários estão acima da média das importações provenientes dos países em desenvolvimento e mesmo dos Países Menos Avançados (PMA). Isto é devido ao facto do petróleo ser um produto estratégico para os países desenvolvidos.

Indicador 8.7: Tarifas médias impostas pelos países desenvolvidos sobre os produtos agrícolas, têxteis e vestuário de países em desenvolvimento.

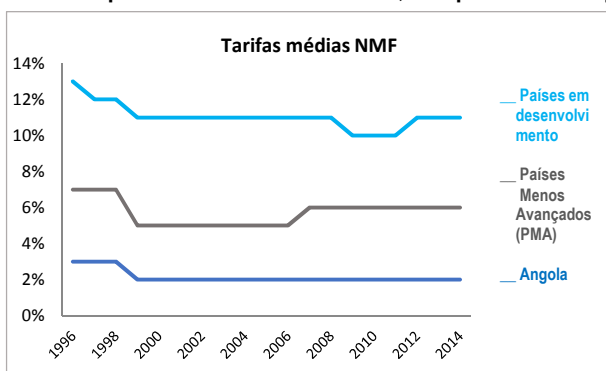
Os produtos agrícolas compreendem os produtos vegetais e animais, incluindo os cultivos arbóreos, mas excluindo a madeira e os produtos pesqueiros. Os produtos têxteis e vestuário incluem as fibras naturais e sintéticas e os tecidos e artigos de vestuário feitos com elas.

Angola, em comparação às taxas médias impostas pelas Nações Mais Favorecidas (NMF) às importações de países em desenvolvimento e menos avançados, sistematicamente está sujeita a barreiras menores.

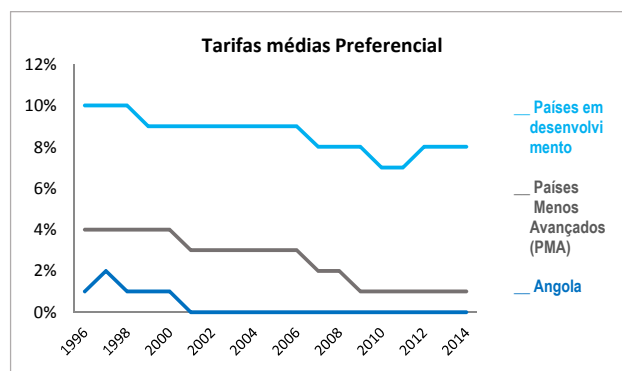
O país tem beneficiado do tratamento preferencial por diversos países desenvolvidos, que necessariamente não implicam uma reciprocidade. Isto significa que as exportações de Angola são admitidas por muitos países desenvolvidos sem pagamento de direitos alfandegários, sem que Angola ofereça reduções de direitos alfandegários nas importações ou exportações destes mesmos países.

Abaixo são apresentadas figuras que comparam tarifas das NMF e Preferenciais de Angola com a média de países em desenvolvimento e Menos Avançados (PMA).

Figura 64 e Figura 65: Tarifas médias impostas pelas NMF sobre os produtos agrícolas provenientes de Angola, PMA e países em desenvolvimento, não preferencial e preferencial



Fonte: UNCTAD e OCDE



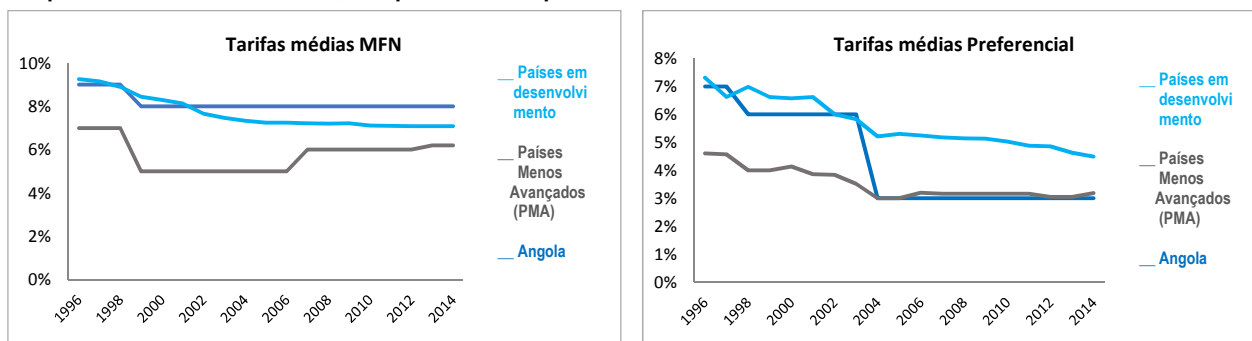
Fonte: UNCTAD e OCDE

As figuras acima mostram que as tarifas médias dos produtos agrícolas importados de Angola pelas NMF sem acordo preferencial estão sujeitos ao pagamento de direitos alfandegários muito baixos; no ano 2014 estes direitos foram 2%. Os direitos alfandegários dos produtos provenientes de Angola são mais baixos que os direitos alfandegários dos produtos provenientes dos países menos avançados e dos países em desenvolvimento. Com acordo preferencial Angola beneficia-se actualmente de 0%.

As figuras abaixo mostram a evolução das barreiras alfandegárias dos produtos têxteis provenientes de Angola, países menos avançados e países em desenvolvimento. Sem acordo preferencial, os produtos têxteis provenientes de Angola estão sujeitos ao pagamento de direitos alfandegários mais

altos que os produtos têxteis provenientes de países menos avançados e países em desenvolvimento. Em 2014 os direitos alfandegários dos produtos têxteis provenientes de Angola foram 8%. Não há barreira alfandegária para Angola nos produtos têxteis quando existe acordo preferencial.

Figura 66 e Figura 67: Tarifas médias impostas pelas NMF sobre os produtos têxteis provenientes de Angola, PMA e países em desenvolvimento, não preferencial e preferencial

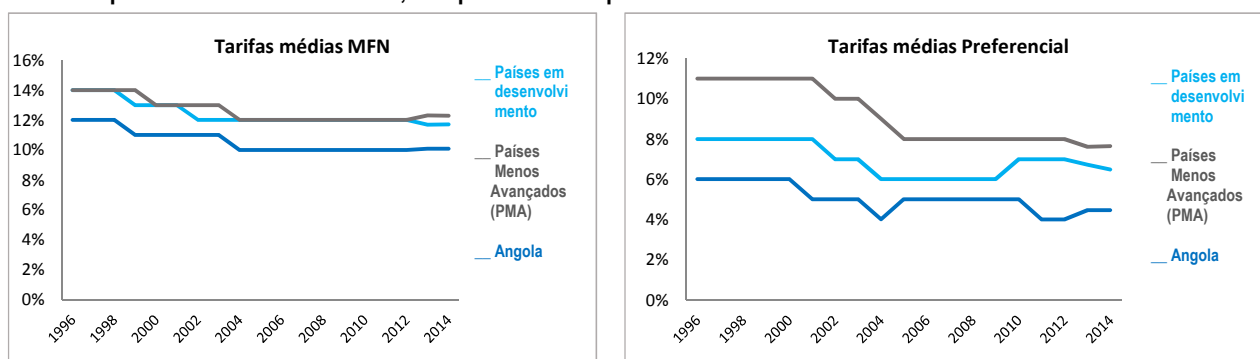


Fonte: UNCTAD e OCDE

Fonte: UNCTAD e OCDE

Como se pode observar nas figuras abaixo, os produtos de vestuário provenientes de Angola importados pelas NMF beneficiam-se também de barreiras alfandegárias mais reduzidas que os produtos de vestuário provenientes dos países menos avançados e países em desenvolvimento, embora sejam mais altas que no caso dos produtos agrícolas e têxteis. No ano 2014, para Angola, estes direitos foram 10%, tarifa NMF e 4%, com acordo preferencial.

Figura 68 e Figura 69: Tarifas médias impostas pelas NMF sobre os produtos de vestuário provenientes de Angola, PMA e países em desenvolvimento, não preferencial e preferencial



Fonte: UNCTAD e OCDE

Fonte: UNCTAD e OCDE

Uma análise mais aprofundada mostra que infelizmente o volume total das exportações de Angola NMF referentes a produtos agrícolas, têxteis e vestuários somados a todos os outros produtos e serviços não petrolíferos, são praticamente inexistentes⁸².

Indicador 8.8: Estimativa de apoio agrícola dos países da OCDE como uma percentagem do seu produto interno bruto

Os subsídios agrícolas são o valor monetário anual das transferências brutas dos contribuintes e consumidores, em forma de subvenções resultantes das políticas de apoio à agricultura.

A AOD destinada ao sector agrícola em Angola reduziu-se no período 2007-2011, mas a partir de 2012 incrementou-se até atingir no ano 2013 o mesmo nível de 2005, ou seja, cerca de \$45 USD milhões, como mostra a tabela a seguir.

⁸² Os principais mercados de destino das exportações não petrolíferas de Angola, no primeiro trimestre de 2014, foram Emirados Árabes Unidos (54,36%), Suíça (19,9%), Estados Unidos (3,65%), Espanha (2,83%) e Hong Kong (2,32%).

Tabela 38: Evolução da AOD destinada ao sector agrícola, USD milhões (preços constantes 2012) 2005-2013

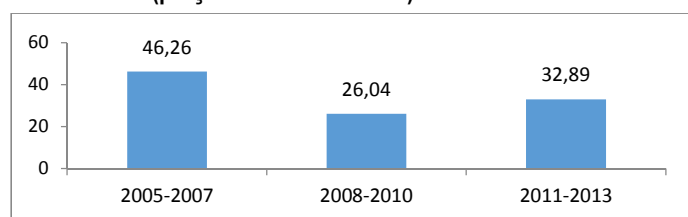
	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2013
Pesca	3,69	0,85	1,15	0,02	1,04	2,35	40,2
Agricultura	10,6	56,4	6,39	31,12	3,84	5,4	3,54
Silvicultura	0,03	0,05	0	0,66	0,12	0,63	0,64
Desenvolvimento rural	32,1	16,6	1,7	0,27	0,42	40,2	0,28
TOTAL	46,3	73,9	9,23	32,07	5,42	48,6	44,6

Fonte: OCDE.

O sector agrícola beneficiou-se de uma ajuda total de \$44,6 USD milhões em 2013, formada por empréstimos no valor de \$30,36 USD milhões e doações no valor de \$14,29 USD milhões.

A figura que se segue aponta a evolução da AOD agrícola a partir 2005, que tem vindo a diminuir.

Figura 70: Evolução da AOD total destinada ao sector agrícola USD milhões (preços constantes 2012)



Fonte: OCDE

Em concreto, as ajudas à agricultura passaram de \$10,6 USD milhões, em 2005, para \$3,54 USD milhões, em 2013. As ajudas ao desenvolvimento rural caíram de \$32,1 USD milhões para \$0,28 USD milhões em 2013.

A média anual no período 2011-2013 também se reduziu em relação ao período 2005-2007 devido à que no ano 2011 as ajudas destinadas ao sector agrícola diminuíram para \$5,42 USD milhões.

No que diz respeito aos principais doadores de AOD agrícola e aos desembolsos anuais, estes podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 39: Principais doadores AOD agrícola Angola, 2005-2013

	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2013
African Development Fund	30,11	--	--	--	--	38,56	30,36
Global Environment Facility	--	--	--	--	--	4,85	--
Coréia	--	45,73	--	19,52	0,085	0,16	5,81
Banco Mundial (ADI)	6,01	13,09	--	--	--	--	--
FAO	--	6,49	--	--	--	--	--
Noruega	2,12	0,85	1,076	--	0,947	0,43	4,05
Japão	2,47	1,72	0,047	0,29	0,68	1,03	1,8
Espanha	3,44	1,47	0,127	--	0,31	1,35	--
Finlândia	--	--	1,443	0,75	--	0,88	1,62
Alemanha	0,58	2,27	2,364	1,65	1,387	0,63	--
Irlanda	--	0,9	0,786	0,21	0,155	--	0,68
PNUD	--	--	--	0,26	0,195	0,24	0,09
Portugal	0,35	0,61	0,77	0,33	0,698	0,26	0,09
Canadá	--	--	0,394	--	--	--	--
Suécia	0,32	--	0,179	0,22	--	--	--
Itália	0,06	0,64	--	--	--	--	0,08
Rep. Tcheca	--	--	--	--	0,631	--	0,05
Estados Unidos	--	--	2,039	4,85	0,329	--	--
Bélgica	0,78	--	--	--	--	--	--

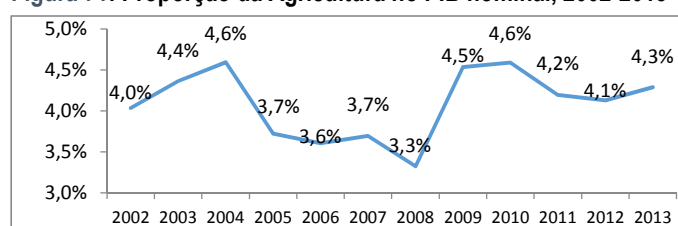
Fonte: OCDE.

Excepto African Development Fund, Noruega e Finlândia, a tendência geral dos doadores é diminuir as ajudas agrícolas.

Os parceiros comerciais mais importantes para Angola têm ainda que fazer um progresso maior neste indicador.

É importante destacar que em termos económicos, o sector da agricultura, em Angola, responde por pouco mais de 4% do Produto Interno Bruto, tal como se observa na figura a seguir.

Figura 71: Proporção da Agricultura no PIB nominal, 2002-2013



Fonte: INE.

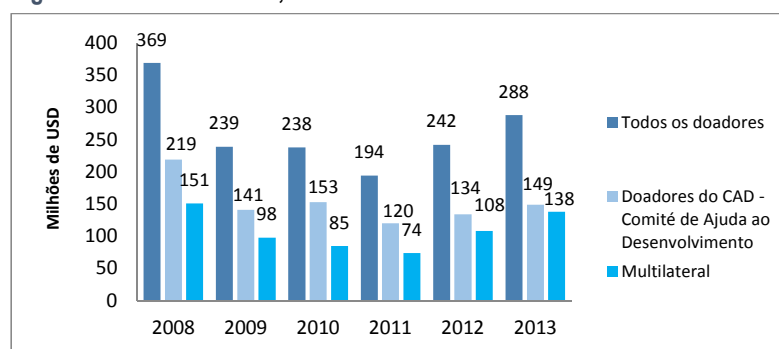
A evolução da proporção da agricultura no PIB nominal de Angola decresceu no período 2004-2008. Desde o ano 2009 mantem-se num valor que oscila entre 4% e 4,6%.

Indicador 8.9: Proporção de ajuda oficial ao desenvolvimento fornecida para ajudar a construir a capacidade comercial

Na quarta Conferência Ministerial da Organização Mundial de Comércio, celebrada em Doha em 2001, os doadores comprometeram-se a oferecer maior apoio para ajudar os países em desenvolvimento, em particular aos PMA, a desenvolver a sua capacidade comercial e a se integrar nos mercados mundiais.

Não existe informação disponível a cerca da proporção de AOD alocada para aumentar a capacidade comercial do país, para avaliar a evolução deste indicador. Não obstante, é importante destacar que as doações de AOD para Angola têm vindo a reduzir sensivelmente, como se constata na figura a seguir.

Figura 72: Fluxos de AOD, 2008-2013



A AOD total em 2013, que representa a soma das ajudas enviadas pelos países do CAD/OCDE, somada às ajudas de organismos multilaterais, alcançou 288 milhões de dólares americanos, 22% menos que em 2008, como se pode observar na figura ao lado.

Fonte: OCDE.

Em termos globais, a maior parte da AOD é proveniente dos 28 membros do CAD/OCDE que representou 288 milhões de dólares americanos em 2013, das quais 138 milhões vieram de organismos multilaterais.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

No quadro da integração mundial internacional, Angola é membro da Organização Mundial do Comércio (OMC) e também da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP). Existe um conjunto de acordos a nível da OMC, enquadrado no GAT (General Agreement on Tariffs and Trade), que pressupõe um conjunto de tarifas consolidadas que não devem ser alteradas pelos Estados membros.

No âmbito da diplomacia económica e comercial, as tarifas médias impostas pelos países desenvolvidos sobre os produtos agrícolas, têxteis e vestuário de países em desenvolvimento, obedecem estes pressupostos internacionais, sendo que, as tarifas sobre esta categoria de produtos concorrem para o desenvolvimento das economias emergentes.

Em termos domésticos, os programas e políticas mais relevantes para as exportações dos bens agrícolas, têxteis e de vestuários são indirectos, pois tratam daqueles relacionados às políticas de estímulo ao desenvolvimento económico e à produção nacional.

A diversificação económica e das exportações é parte importante da Estratégia de Longo Prazo “Angola 2025” e do Plano Nacional de Desenvolvimento (PND 2013-2017). No domínio do fortalecimento do sector do comércio, o país vai realizar de 22 a 24 de Setembro de 2015 o seu segundo exame da política comercial no âmbito da OMC. De acordo com as metas definidas no PND 2013-2017, os principais instrumentos de política definidos para a diversificação das exportações são os seguintes:

- Política de Promoção do Crescimento Económico, do Aumento do Emprego e de Diversificação Económica; em particular, a Estratégia de Exportação e Diplomacia Económica, que visa elaborar e

divulgar estudos e promover capacitação que apoiem empresas com vocação à exportação e acompanhar o processo de internacionalização através da criação do Instituto Nacional de Apoio as Exportações;

- Política de Apoio às Exportações, que visa aumentar o valor acrescentado das exportações petrolíferas e diversificar as exportações não petrolíferas, desenvolvendo uma imagem de marca representativa de Angola no exterior;
- O Programa de Expansão da Rede Comercial, que visa como uns dos objectivos específicos a promoção da produção nacional com vista a competitividade no mercado internacional.

No âmbito internacional, o principal programa para apoio à agricultura é o Fundo Europeu de Desenvolvimento (FED), que financia um Projecto de Apoio à Agricultura Familiar e de Combate à Fome no sul de Angola, orçado em 20 milhões de euros.

O PND 2013-2017 estabelece como prioridade para o sector agrícola o objectivo de promover o desenvolvimento integrado e sustentável. Os seguintes programas e projectos são relevantes para apoiar o sector agrícola e aumentar a produtividade:

- Desenvolvimento da Agricultura Familiar para a qual se preconiza uma política para Incentivar a Agricultura Familiar orientada para o mercado e Aumentar a capacidade de assistência técnica aos produtores, entre outras;
- Desenvolvimento da Agricultura Comercial para a promoção e implementação de projectos agrícolas de larga escala com apoio do Governo;
- Projecto de apoio aos pequenos agricultores orientado para o mercado, com o apoio do Banco Mundial, cujo objectivo é incrementar a produção agrícola dos pequenos agricultores rurais, nas províncias com maior potencial agrícola (Bié, Huambo e Malanje);
- Projecto Mercado Orientado para o Pequeno Produtor Agrícola que visa criar e reforçar escolas e cooperativas de campo a nível provincial, com o apoio da FAO;
- Programa de horticultura periurbana, com o apoio do PNUD e FAO.

No que diz respeito à ajuda financeira externa para ajudar a construir a capacidade comercial, Angola beneficia de dois Programas financiados pela União Europeia:

- ACOM (Apoio ao Comércio) que integra duas componentes: (1) *Train for Trade*: fornecer formação, serviços de assessoria e troca de experiências com outros países (plataforma de conhecimento e estudos sobre áreas comerciais seleccionadas), e (2) Apoio institucional ao Ministério do comércio (MINCO) através de serviços de assistência técnica;
- Caminho Conjunto com UE: Programa que aloca a assistência técnica do MINCO da qual alinha os seus objectivos com o PND.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Os principais desafios para promover as exportações e construir a capacidade comercial de Angola centram-se em:

- A diversificação produtiva da economia, de tal maneira que a mesma não dependa unicamente dos recursos minerais, que têm muita variação de preços no mercado internacional;
- Necessidade de reduzir a vulnerabilidade às políticas de subsídios dos países mais ricos, que tem sistematicamente criado entraves ao desenvolvimento do potencial agrícola de países menos avançados e em desenvolvimento;

- O impacto da graduação de Angola para a categoria de País de Rendimento Médio em 2018, que virá acompanhada de eventuais reduções ou eliminações de apoio para o sector agrícola por parte dos países da OCDE;
- Promoção das exportações nacionais;
- Atração dos investimentos dos importadores e exportadores nacionais;
- Competitividade dos clusters nacionais;
- Reforço da diplomacia económica;
- Desburocratização e simplificação dos mecanismos de importação e exportação;
- Revisão e optimização do quadro legal do comércio interno e externo;
- Desenvolvimento de apoio financeiro e assistência técnica às micro, pequenas e médias empresas importadoras e exportadoras.

Recomendações:

Assim sendo, destacam-se as seguintes recomendações:

- Participação activa das empresas no processo de diversificação produtiva para que o mesmo seja sustentável, inclusivo e eficiente;
- Assegurar o financiamento para as micro, pequenas e médias empresas do sector produtivo (agricultura, pesca, avicultura e agro-indústria);
- Investimentos no desenvolvimento tecnológico em distintos sectores da economia, beneficiando das experiências de cooperação Sul-Sul e triangular;
- Constituir uma equipa permanente de peritos nacionais, especializados em negociações comerciais internacionais, com vista a negociar com parceiros bilaterais um tratamento comercial favorável para os produtos angolanos de exportação adicionais ao petróleo;
- Implementação do Acordo Quadro sobre a facilitação do comércio através da criação da janela única do importador e exportador;
- Optimização e integração dos sistemas de informação do comércio externo;
- Criação de seguros de crédito, de fundo de capital e financiamento às exportações;
- Expansão das representações comerciais de Angola no exterior e criação da Agência Nacional para Exportação;
- Trabalhar no sentido da implementação dos principais desafios elencados na materialização do acordo de facilitação do comércio bem como na operacionalização do ANPEX da criação dos centros de negócios;
- Implementação da rede nacional de logística do primeiro e segundo nível com a implementação do Programa Executivo de Expansão da Rede Comercial;
- Trabalhar na implementação do programa de reconversão da economia informal com o Ministério da Economia para a redução do comércio informal;
- Continuar a trabalhar na boa execução do programa municipal de combate à pobreza em todos os municípios.

Meta 8.D: Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais, a fim de tornar a sua dívida sustentável a longo prazo

Nos últimos cinco anos o rácio da Dívida Pública de Angola em relação ao PIB reduziu em cerca de 30%. O desempenho desta redução resulta da implementação da estratégia adoptada para se garantir a sustentabilidade fiscal e da dívida pública, sem ruptura nas políticas fiscal e monetária.

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 3 indicadores, designadamente:

- Número de países que tenham atingido os seus pontos de decisão PPME e número que tenham atingido os seus pontos de conclusão HIPC (cumulativo);
- Alívio da dívida comprometida sob HIPC e MDRI iniciativas;
- Serviço da dívida total em percentagem de exportação de bens e serviços e rendimentos primários.

Indicador 8.10: Número de países que tenham atingido os seus pontos de decisão PPME e número que tenham atingido os seus pontos de conclusão HIPC (cumulativo)

Não se aplica para o caso de Angola.

Indicador 8.11: Alívio da dívida comprometida sob HIPC e MDRI iniciativas

Não se aplica para o caso de Angola.

Indicador 8.12: Serviço da dívida total em percentagem de exportação de bens e serviços e rendimentos primários

Os objectivos relacionados com o alívio da dívida têm também em conta a necessidade de atingir que a mesma seja sustentável ao longo prazo. Este indicador permite determinar se os níveis da dívida são sustentáveis.

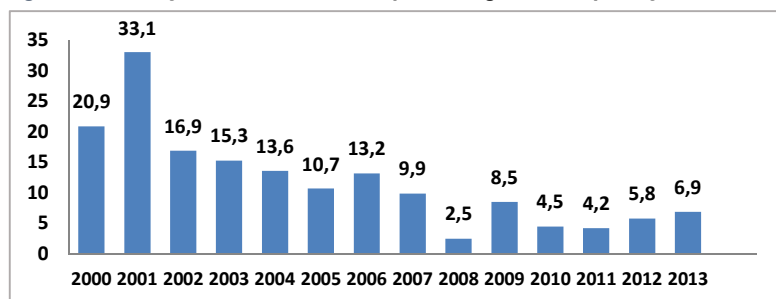
A. TENDÊNCIAS:

De acordo com a análise de sustentabilidade da dívida pública do FMI, a dívida pública de Angola estava estimada em 35% do PIB ao final de 2013. As estatísticas da dívida pública abrangem o governo central, as entidades públicas e a dívida externa das empresas estatais do petróleo e de transporte aéreo (Sonangol e TAAG, respectivamente⁸³). De 2012 á 2013, verificou-se um aumento de 5 pontos percentuais no rácio da dívida pública em relação ao PIB, explicado, sobretudo, pelo acréscimo de cerca de 1 ponto percentual, na dívida interna de curto prazo e de 3 pontos percentuais, na dívida externa da Sonangol.

Como os dados do Banco Mundial confirmam, no caso de Angola, o peso do serviço da dívida total em relação às exportações de bens, serviços e rendimentos primários tem vindo a reduzir.

As figuras abaixo mostram que Angola tem feito progressos significativos na representação do serviço da dívida total em relação às exportações de bens, serviços e rendimentos primários e em relação ao PIB.

Figura 73: Serviço da Dívida total em percentagem de Exportações de Bens e Serviços e Rendimentos Primários

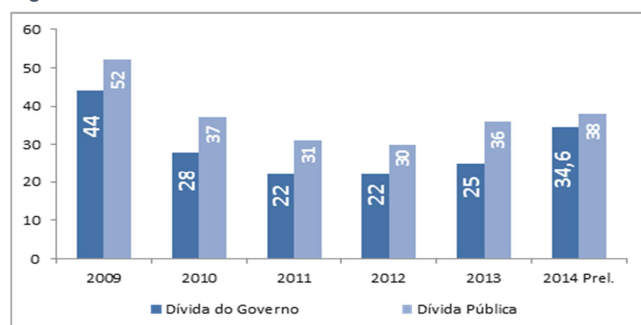


Como se observa na figura ao lado, o serviço da dívida total em relação às exportações de bens, serviços e rendimentos primários reduziu de 20,9%, em 2000, para cerca de 6,9%, em 2013.

Fonte: Banco Mundial.

⁸³ Tal como reportado como dívida pública no Boletim da Dívida Pública do MINFIN.

Figura 74: Dívida Pública⁸⁴



Fonte: MINFIN.

Nos últimos anos, o país observou a redução da Dívida Pública em relação ao PIB, tendo o referido rácio evoluído de 52% em 2009 para 38%, em 2014. Até 2014, a dívida do Governo representava cerca de 34,6% do PIB, em 2014.

O quadro abaixo apresenta os fluxos de financiamento previstos no OGE 2015 para garantir a execução do programa de investimentos públicos, alinhados ao PND 213-2017. Apesar da previsão de um recurso maior ao endividamento público no corrente ano fiscal, a dívida pública permanece abaixo de 60% do PIB, estando em linha com a meta de convergência macroeconómica definida pela SADC.

Tabela 40: Fluxos de financiamento OGE 2015

Descrição	Kz Mil Milhões	Percentagem do total
Receitas Fiscais	2 692,59	49,4%
Receitas Patrimoniais	1,82	0,0%
Receita de Endividamento	2 759,61	50,6%
Interno	1 654,10	30,3%
Externo	1 105,5	20,3%
Total	5 454,02	100%

Fonte: MINFIN/OGE 2015 Revisto.

B. POLÍTICAS⁸⁵ E PROGRAMAS⁸⁶:

O Governo adoptou a Estratégia para se garantir a sustentabilidade fiscal e da dívida pública, sem ruptura nas políticas fiscal e monetária, conforme estabelecido no Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017 (PND 2013-2017) e, subjacente na Estratégia de Desenvolvimento de Longo Prazo “Angola 2025”.

A implementação da estratégia definida pelo Executivo no Plano de Endividamento tem permitido a garantia de financiamento do Programa de Investimento Público sem o agravamento dos custos inerentes às operações de crédito, a contratação de empréstimos externos e o resgate antecipado de títulos, consistentemente com as condições de financiamento. Por outro lado, o Executivo continuou a introduzir melhorias no programa de gestão do passivo do Estado, conferindo-lhe uma melhor distribuição dos prazos de vencimento, através do alongamento das maturidades da dívida interna.

A nível da gestão da dívida externa, o Executivo continuou a implementar a estratégia de mobilização de linhas de crédito para assegurar o financiamento do programa de investimentos públicos, recorrendo primordialmente aos mecanismos de seguro de risco de crédito à exportação dos diversos parceiros bilaterais.

O ano de 2014 foi marcado pela aprovação da nova legislação da dívida, estabelecendo limitações ao crescimento da dívida pública indirecta (Lei 1/14, de 6 de Fevereiro).

No âmbito do OGE 2015, estão em execução um conjunto de medidas fiscais, das quais se destacam:

- Potenciação da receita não-petrolífera, no âmbito do alargamento da capacidade da Administração Tributária;

⁸⁴ Informação preliminar.

⁸⁵ FMI. Análise de Sustentabilidade da Dívida Pública, 14 de Agosto de 2014.

⁸⁶ FMI. Apêndice I, Melhoria do Ambiente de Negócios, Agosto 2014.

- Refinanciamento da Carteira de Endividamento do Serviço da Dívida Externa garantida com petróleo, libertando petróleo para alargar o espaço de viabilização das opções de política do Executivo e da Dívida Interna Titulada;
- Maximização das Oportunidades de Financiamento;
- Optimização dos processos envolventes das linhas de crédito;
- Mobilização de empréstimos financeiros.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios⁸⁷:

- O possível aumento das taxas de juro (dadas as necessidades alargadas de financiamento), que poderá ter impacto no aumento da dívida;
- Os défices orçamentais projectados para os próximos exercícios orçamentais (para 2015 prevê-se que o défice orçamental global ascenda a 7% do PIB), que poderão ter reflexo no aumento persistente da dívida pública;
- Atrair investimento directo estrangeiro, com vista a diversificação e aumento das exportações.

Recomendações:

- Assegurar uma boa gestão macroeconómica, mantendo um rigoroso controlo das finanças públicas, em particular a sustentabilidade da dívida;
- Priorizar os investimentos públicos que garantam elevados retornos económicos e sociais;
- Diversificar as exportações para reduzir a vulnerabilidade do país à volatilidade dos preços do petróleo;
- Avaliar os impactos dos vários programas em implementação, em termos de geração de emprego e de riqueza, para aferir os resultados e introduzir os ajustes, se necessário.

Meta 8.E: Em cooperação com as empresas farmacêuticas, assegurar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países em desenvolvimento

A implementação da municipalização dos serviços de saúde, a aprovação da Política Nacional Farmacêutica e a elaboração da lista nacional de medicamentos essenciais foram os principais factores que contribuíram para aumentar a acessibilidade e disponibilidade de medicamentos à população.

Actualmente está assegurada a disponibilidade de medicamentos essenciais através do Programa de medicamentos essenciais e outros programas de saúde pública, como a malária, HIV/SIDA, vacinação, tuberculose e outros, assim como a implementação do pacote de cuidados primários de saúde.

Para o alcance desta meta foi definido 1 indicador, designadamente:

- Percentagem da população com acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis numa base sustentável.

⁸⁷ FMI. Análise de Sustentabilidade da Dívida Pública, 14 de Agosto de 2014.

Indicador 8.13: Percentagem da população com acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis numa base sustentável

Este indicador mede a percentagem da população que tem acesso a um mínimo de 20 dos medicamentos mais essenciais. Acesso sustentável é entendido como o acesso aos medicamentos de forma contínua e acessível nos centros públicos ou privados de saúde.

A. TENDÊNCIAS:

Em Angola, o Governo estabeleceu uma lista de medicamentos essenciais que são disponibilizados através da rede de serviços de saúde. Através do Serviço Nacional de Saúde, o Governo garante de forma gratuita os medicamentos nos três níveis públicos de prestação de serviços, priorizando o pacote de cuidados primários de saúde, a imunização das doenças imunoprevêíveis e grandes endemias.

A produção nacional de medicamentos ainda está numa fase inicial, sendo predominante o recurso às importações. O Governo assume-se como o principal comprador de medicamentos e outros produtos farmacêuticos para o sector público. As compras para as unidades assistenciais do primeiro nível, são centralizadas a nível do MINSA, feitas habitualmente através de concursos públicos, existindo outras aquisições de medicamentos realizadas a nível das províncias e dos municípios. A rede de hospitais do segundo e terceiro níveis assistenciais goza de autonomia administrativa e financeira. Regularmente são alocadas verbas do OGE para o respectivo reabastecimento em produtos farmacêuticos.

Actualmente registam-se poucas doações. Os parceiros (OMS, USAID/PMI, PNUD, etc.) fazem aquisições de medicamentos para o sector público, tanto a nível central como provincial. Contudo, é preciso reforçar a coordenação a este nível para assegurar que os fornecimentos vão de encontro às prioridades e necessidades das unidades beneficiárias.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

Angola segue a sua Política Nacional Farmacêutica aprovada pelo Decreto Presidencial em 2010. Com base na política nacional, Angola desenvolveu um Plano Estratégico do Sector Farmacêutico Angolano, assim como o presente Plano de Desenvolvimento Farmacêutico 2012-2025.

O actual Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico⁸⁸ visa assegurar a permanente disponibilidade e melhorar o acesso das populações aos medicamentos essenciais seguros, eficazes, de boa qualidade, a preços acessíveis e o uso racional dos mesmos, bem como uma regulação mais eficiente do exercício farmacêutico.

O sector farmacêutico em Angola é regulado pela Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (DNME). Com a criação da Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos (CECOMA) estabeleceram-se as bases para a realização de compras centralizadas dos principais produtos de grande consumo e a gestão de aprovisionamento a nível nacional.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Constituem desafios para o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis os seguintes:

⁸⁸ Abrange os medicamentos essenciais em uso nos três níveis do sistema de saúde e todos os produtos farmacêuticos que os distintos programas de saúde pública utilizam no combate às doenças (incluindo as vacinas), bem como os dispositivos médicos, os reagentes e consumíveis laboratoriais.

- Dificuldades no acesso a medicamentos essenciais devido aos elevados preços praticados no mercado nacional, o que tem levado a população a recorrer a aquisição de produtos contrafeitos que circulam a baixo preço;
- Encetamento de negociações com os laboratórios farmacêuticos para a disponibilização de medicamentos a preços acessíveis, ajustando os royalties e outros mecanismos que viabilizem o acesso.

Recomendações:

Tendo em conta o acima exposto, recomenda-se:

- Continuar as negociações de compras consolidadas para o sector da saúde, além de melhorar as condições de acesso físico aos serviços de saúde quer pelos seus utilizadores, quer pelos fornecedores de medicamentos essenciais;
- Proceder as aquisições publicas de medicamentos através de concursos públicos internacionais, permitindo a negociação directa com os laboratórios farmacêuticos, e por outro lado aproveitar as compras agrupadas regionais de medicamentos de grande consumo;
- Negociar com as multinacionais farmacêuticas o acesso a medicamentos essenciais a preços baixos e incentivar o uso de genéricos;
- Elaborar a política de preços de medicamentos;
- Estabelecer o sistema de garantia de qualidade de medicamentos;
- Promover o uso racional de medicamentos;
- Combater a venda de medicamentos no mercado informal;
- Levar a cabo estudos regulares de acessibilidade de medicamentos as populações.

Meta 8.F: Em cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente da informação e comunicação

As políticas do Governo para este sector foram estabelecidas no *Livro Branco das Telecomunicações* aprovado em Conselho de Ministros em 2001 e, a partir de 2011, actualizado na forma de *Livro Branco para as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)*. Com a definição clara do papel dos diferentes actores, quer seja o Governo, as empresas do sector público e privado, bem como os utilizadores dos serviços, foi possível alcançar um amplo e acelerado desenvolvimento, tornando as TIC num importante factor indutor da eficiência nos demais sectores da economia nacional.

Fruto dos investimentos, quer públicos, como privados, efectivados ao longo do período 2000-2015, Angola foi dotada de uma infraestrutura de comunicações moderna, capaz de suportar à massificação das TIC a todos os estratos da sociedade, o que se reflectiu principalmente na rápida expansão do serviço móvel e do acesso à internet, permitindo que mais de metade da população tenha acesso aos serviços de voz e mais de 1 em cada 6 angolanos tenha acesso à internet (rede global, redes sociais, compras online, serviços disponibilizados em rede, etc.)

Para a avaliação do alcance desta meta foram definidos 3 indicadores, designadamente:

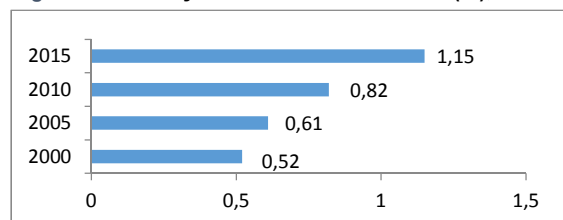
- Linhas telefónicas fixas por 100 habitantes;
- Assinaturas de celulares móveis por 100 habitantes;
- Utilizadores de Internet por 100 habitantes.

A. TENDÊNCIAS:

Indicador 8.14: Linhas telefónicas fixas por 100 habitantes

A teledensidade fixa (linhas telefónica fixas por 100 habitantes), de acordo com os dados do Ministério das Telecomunicações e Tecnologias de Informação (MTTI), registrou um aumento de 221%, passando de 0,52% em 2000 para 1,15% em 2015 (Abril 2015), como se pode observar na figura abaixo.

Figura 75: Evolução da teledensidade fixa (%), 2000-2015



Fonte: MTTI, Abril 2015.

Actualmente, 1,15% da população possui uma rede fixa de telefone. O crescimento mais significativo foi registrado no período 2010-2015 com um aumento de 140%, devido principalmente à entrada em funcionamento, a partir de 2010, do conjunto de linhas instaladas por via do programa de Desenvolvimento da Rede Básica (2006-2010).

A percentagem reduzida da população com acesso a rede fixa de telefone está em linha com as tendências tecnológicas verificadas em África e no mundo em geral, devido à entrada e crescimento vertiginoso dos serviços de telefonia móvel.

De acordo com os dados do QUIBB 2011, 2,8% dos agregados familiares na área urbana possuem telefone da rede fixa enquanto na área rural esta percentagem cai para 0,5%, tal como se observa na tabela a seguir.

Tabela 41: Agregados familiares que possuem telefone da rede fixa (%)

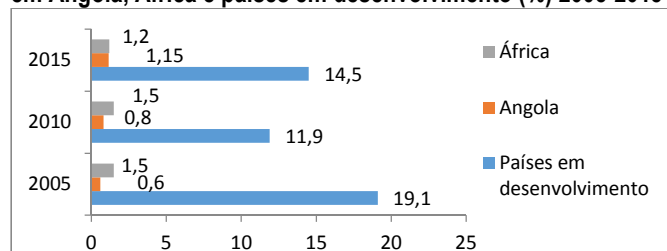
Indicadores	2011
Agregados familiares que possuem telefone da rede fixa na área urbana	2,8
Agregados familiares que possuem telefone da rede fixa na área rural	0,5
Agregados familiares que possuem telefone da rede fixa por quintil de despesas:	
Primeiro	0,1
Segundo	0,8
Terceiro	0,6
Quarto	0,9
Quinto	5,3

Fonte: INE (QUIBB 2011).

A tabela acima mostra que quanto mais elevado for o nível de escolaridade do chefe do agregado familiar e o seu quintil socioeconómico, maior é a probabilidade de ter acesso aos equipamentos de informação e comunicação. A análise dos dados em relação aos quintis de despesas apresenta que o quinto quintil possui 5,3% dos telefones da rede fixa enquanto o primeiro quintil apenas possui o 0,1%.

A figura a seguir mostra a evolução da teledensidade fixa, comparativamente à média dos países africanos e em desenvolvimento.

Figura 76: Dados comparativos da evolução da teledensidade fixa em Angola, África e países em desenvolvimento (%) 2005-2015



Fonte: União Internacional de Telecomunicação (UIT).

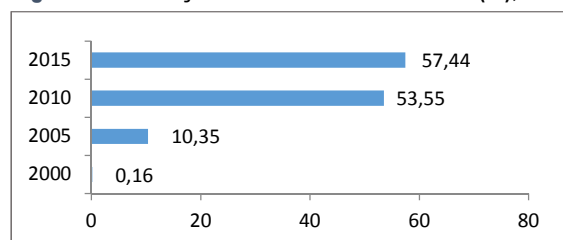
Em termos comparativos, os dados da UIT indicam que em 2015 Angola vai se situar acima da média africana (1,2%), mas mesmo assim, muito aquém da média dos países em desenvolvimento com respeito a este indicador.

Indicador 8.15: Assinaturas de celulares móveis por 100 habitantes

Nos últimos anos, o ramo das telecomunicações em Angola tem apresentado um crescimento exponencial, sendo que os maiores investimentos são na comunicação móvel em detrimento da fixa, devido às diversas vantagens que aquele meio de comunicação oferece.

O gráfico abaixo mostra a evolução da teledensidade móvel (assinaturas de celulares móveis por 100 habitantes) para Angola, que no ano de 2000 era de 0,16% e saltou para 57,4% em 2015, registrando assim um aumento de 359% neste período, de acordo com os dados do Ministério das Telecomunicações e Tecnologias de Informação (MTTI).

Figura 77: Evolução da teledensidade móvel (%), 2000-2015

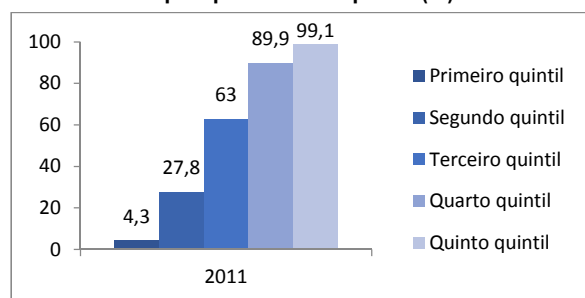


Fonte: MTTI, Abril 2015.

Actualmente, 57,4% da população possui acesso à rede móvel. O crescimento mais significativo foi registado no período 2000-2005 com um aumento de 64,7%, devido à liberalização do mercado e a implementação das demais políticas do Governo traçadas no livro branco das telecomunicações.

Segundo os dados do QUIBB 2011, 83,3% dos agregados familiares possuem telefone da rede móvel na área urbana enquanto esta percentagem cai para 24,1% na área rural. A análise dos dados em relação aos quintis de despesas é apresentado na figura seguinte.

Figura 78: Agregados familiares que possuem telefone da rede móvel por quintis de despesas (%)

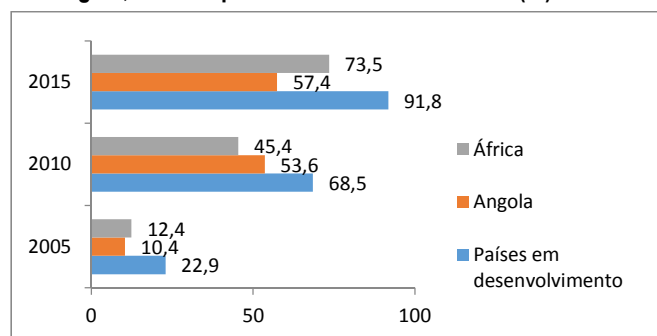


Fonte: INE (QUIBB 2011).

Quase a totalidade dos agregados familiares do quintil mais rico da população (99,1%) possui telefone da rede móvel. Por outro lado, apenas 4,3% dos agregados familiares do quintil mais pobre da população possui linha móvel de telefone.

A figura a seguir mostra a evolução da teledensidade móvel, comparativamente à média dos países africanos e em desenvolvimento.

Figura 79: Dados comparativos da evolução da teledensidade móvel em Angola, África e países em desenvolvimento (%) 2005-2015



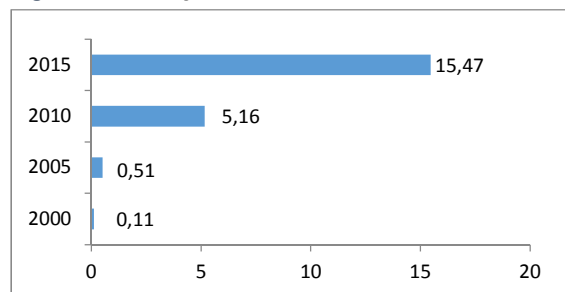
Fonte: União Internacional de Telecomunicação (UIT).

Angola tem acompanhado a tendência mundial de crescimento da teledensidade móvel, apesar das previsões para 2015 apontarem para um valor abaixo da média africana e dos países em desenvolvimento.

Indicador 8.16: Utilizadores de Internet por 100 habitantes

O número de utilizadores de internet por 100 habitantes, de acordo com os dados do Ministério das Telecomunicações e Tecnologias de Informação (MTTI), registou um aumento de 140,6%, passando de 0,11% em 2000 para 15,47% em 2015, como se mostra na figura a seguir.

Figura 80: Evolução do número de utilizadores de Internet (%)



Actualmente, 15,47% da população utiliza a internet. O crescimento mais significativo foi registrado no período 2005-2010 com um aumento de 10,2% devido à introdução por parte dos operadores móveis de tecnologias de 3ª e 4ª geração, o que permitiu o acesso a banda larga por parte da população através de smartphones, tablets e outros dispositivos móveis.

Fonte: MTTI, Abril 2015.

Os dados do QUIBB 2011 mostram que a percentagem dos agregados familiares que possuem linha de internet em casa nas zonas urbanas é de 7,2%, enquanto que a percentagem nas zonas rurais é ainda muito baixa, situando-se em 0,1%, tal como mostra a tabela a seguir.

Tabela 42: Agregados familiares que possuem linha de internet em casa (%)

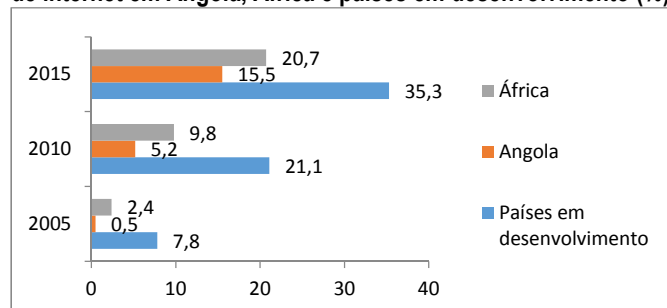
Indicadores	2011
Agregados familiares que possuem linha de internet em casa na área urbana	7,2
Agregados familiares que possuem linha de internet em casa na área rural	0,1
Agregados familiares que possuem linha de internet em casa por quintil de despesas:	
Primeiro	0
Segundo	0
Terceiro	0,1
Quarto	0,9
Quinto	15,3

Fonte: INE (QUIBB 2011).

A análise do acesso à linha fixa de internet em casa de acordo com o nível de pobreza do agregado familiar mostra que os quintis mais pobres da população não possuem linha fixa de internet em casa, enquanto que 15,3% dos agregados familiares do quintil mais rico tem linha fixa de internet.

A figura a seguir mostra a evolução do número de utilizadores de internet, comparativamente à média dos países africanos e em desenvolvimento.

Figura 81: Dados comparativos da evolução do número de utilizadores de internet em Angola, África e países em desenvolvimento (%) 2005-2015



A evolução das assinaturas de internet fixa caracterizou-se por um crescimento global, rápido e contínuo, embora em termos comparativos encontra-se ainda abaixo da média de África.

Fonte: União Internacional de Telecomunicação (UIT).

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS:

O sector das telecomunicações e tecnologias de informação é apontado como uma das prioridades do Governo de Angola, tendo como principal objectivo melhorar e assegurar a expansão da infraestrutura

em todas as regiões do país e promover a inclusão digital. Nesse contexto, no final do ano de 2011 o Governo de Angola aprovou o Livro Branco das Tecnologias de Informação e Comunicação, um documento que contém orientações estratégicas e acções para o desenvolvimento de tecnologias de informação, e também, dos seus principais eixos de actuação.

O Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) para 2013-2017 apresenta uma meta ambiciosa. Até ao fim de 2017, o Governo tem de garantir em todo o território nacional a disponibilidade de todas as formas de comunicação entre os agentes económicos e sociais, com eficácia e custos baixos. Em paralelo, está previsto no PND a capacitação dos recursos humanos e a elaboração de estudos para a migração da transmissão analógica para a digital, garantindo, assim, um serviço de melhor qualidade.

Neste âmbito, o Sector das Telecomunicações e Tecnologias de Informação estabeleceu os objectivos específicos de:

- Assegurar a expansão das infra-estruturas de suporte à oferta de serviços diversificados de informação e comunicação, que devem estar disponíveis a sociedade como um todo, em todas as regiões do país e com boa qualidade e preços acessíveis;
- Promover o desenvolvimento da sociedade de informação, por meio do combate a exclusão digital e a expansão dos projectos de governação electrónica.

Na concretização dos objectivos enunciados no que diz respeito ao fomento do acesso aos serviços e a capacitação dos recursos humanos, foram dadas prioridade às seguintes acções e medidas de política:

- Capacitação de recursos humanos;
- Realização e fiscalização de estudos e projectos para o desenvolvimento da sociedade;
- Garantia da expansão e monitorização do sistema de fiscalização radioelétrica;
- Participação de Angola no sistema de cabos submarinos internacionais e a sua interligação nacional, bem como a criação de competências nacionais na manutenção do cabo submarino de fibra óptica;
- Reestruturação da Angola Telecom;
- Instalação da rede nacional de fibra óptica com cerca de 25 mil km, dos quais mais de 22 mil já instalados, resultante de investimentos público e privado;
- Estabelecimento do ponto de interligação nacional IXP (ponto de troca de tráfego de Internet);
- Migração da Televisão Analógica para a televisão Digital Terrestre em linha com a norma DVBT2;
- Construção e lançamento do primeiro satélite nacional de comunicações (ANGOSAT);
- Desenvolvimento do Parque Tecnológico do Saber junto ao Instituto Superior para as Tecnologias de Informação e Comunicação;
- Construção de uma rede de 25 mediatecas em todo território nacional.

C. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES:

Desafios:

Ainda persistem grandes desafios para o sector, nomeadamente:

- Adaptar o tecido legislativo aos novos desafios colocados pelo desenvolvimento tecnológico e social;
- Garantir que os investimentos realizados tenham um impacto cada vez maior na qualidade do serviço, nos custos/preços e na cobertura territorial;
- Tornar cada vez menor as assimetrias entre as zonas urbanas e as rurais, sobretudo no que se refere ao acesso as linhas telefónicas fixas e à internet;

- Fortalecimento de uma rede eléctrica estável que permita o fornecimento de um serviço de qualidade;
- Promoção de políticas que permitam a exploração das tecnologias de informação e comunicação como factor de aproximação da administração pública com os cidadãos.

Recomendações:

- Melhorar a qualidade dos serviços das novas tecnologias de informação e comunicação e investir em infraestrutura, principalmente nas zonas rurais;
- Gerar medidas de apoio, fiscal e financeiro, para a aquisição de equipamentos;
- Criação de um ambiente favorável para investimentos no sector das novas tecnologias de informação e comunicação;
- Garantir maior estabilidade no fornecimento de energia eléctrica.

Especificamente, para a rede de telefonia fixa:

- Aumentar os investimentos realizados em infra-estrutura, com vista a melhorar a qualidade do serviço e oferecer aos utilizadores preços acessíveis.

Especificamente, para a rede de telefonia móvel:

- Expandir a cobertura e melhorar a infra-estrutura para atingir uma melhoria significativa na qualidade do serviço;
- Promover uma maior abertura do mercado das telecomunicações;
- Promover o desenvolvimento e a adaptação de portais oficiais do Governo e de aplicativos para o uso em smartphones, assim como incentivar o uso de mensagens de textos pelo Governo para informar a população de eventos importantes como, por exemplo, risco de desmoronamento de terras após fortes chuvas em uma determinada região.

Especificamente, para garantir a universalização da internet:

- Fomentar e incentivar a utilização da internet pelos órgãos públicos e pela população;
- Capacitar os angolanos, para o uso das novas tecnologias de informação e comunicação;
- Promover o uso do domínio IP da Angola, adoptando um modelo mais dinâmico e participativo, visando incentivar o desenvolvimento de endereços nacionais na administração pública, no sector privado e na sociedade civil;
- Expandir e modernizar a infra-estrutura com o objectivo de garantir o acesso a uma banda larga de qualidade e a preços acessíveis.

Bibliografia

- African Development Bank. African Development Fund. 2008. **Angola Country Gender profile**. AFDB. Angola. Agosto.
- Africa-South America Summit. 2006. **The First Africa-South America Summit 26-30 Nov 2006. Abuja Declaration**. Abuja. ASA. Nigeria.
- Consultoria de Serviços e Pesquisas COSEP Ltda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde CONSAUDE, LTDA. 2007. **Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2006-07 (IIMA)**. COSEP, CONSAUDE. Novembro.
- Azancot de Menezes M. 2010. **Um olhar sobre a implementação da Reforma Educativa em Angola, estudo de caso nas províncias de Luanda, Huambo e Huíla**. Luanda. Janeiro.
- Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral. 2013. **Gender Monitor**. SADC.
- Conferência Das Nações Unidas Sobre Comércio e Desenvolvimento. 2013. **Quem se beneficia com a liberalização do comércio em Angola? Uma perspectiva de gênero**. UNCTAD.
- Convention on International Trade in Endangered Species of Wild Fauna and Flora. CITES. Acedido Julho 2015. Disponível em: <<http://www.cites.org/eng/cms/index.php/component/cp/country/AO/citesregisters/Nurseries>>.
- DECKER, Martha, Constantine, Norman A. 2011. **Factors Associated with Contraceptive Use in Angola; African Journal of Reproductive Health**. December.
- Estatuto Orgânico de Pescas, Angola. Acedido Julho 2015. Disponível em: <http://www.saflii.org/ao/legis/num_act/eodmdp399.pdf>.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations 2003. **Forestry Outlook Study for Africa (FOSA); Subregional Report Southern Africa**. FAO-Angola.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2013. **Angola Country Programming Framework 2013-2017**. FAO-Angola. Luanda.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2014. **Renewed Partnership for a Unified Approach to End Hunger in Africa by 2025 within the Framework of the Comprehensive Africa Agriculture Development Programme**. FAO-Angola. Tunisia. June.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2014. **Acting on Food Insecurity and Malnutrition: Food Security Commitment and Capacity. Methodology Paper**. FAO. Roma.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations, International Fund for Agriculture Development, World Food Program. 2014. **The State of Food Security in the World**. FAO, IFAD, WFP. Roma.
- Fundo Monetário Internacional. 2014. **Análise de sustentabilidade da dívida pública**. FMI. 14 de Agosto.
- Gallardo, Glenda, 2015. Dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (apresentação digital). PNUD. Angola. Agosto.
- International Labour Organization. Acedido Julho 2015. Disponível em: www.ilo.org. ILO.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Acedido Julho 2015. Disponível em: <<http://www.oecd.org/>>. OCDE.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. 2014. **African Economic Outlook 2014. Global Value Chains and Africa's Industrialisation**. OCDE.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. 2015. **Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries 2015 Disbursements, Commitments, Country Indicators**. OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. 2015. **Aid at a glance. Statistics by region. 2. África**. 2015 edition. OECD.
- Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. 2000. **Declaração do Milénio. Setembro 6-8**. Nova York, EUA.
- United Nations International Children's Emergency Fund, World Health Organization. 2014. **Joint Reporting Form**. Acedido Julho 2015. Disponível em: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en.
- Pathfinder Intl. 2008. **Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Matéria de Planeamento Familiar em Angola. Inquerito de Linha Base**. Luanda.
- Population Reference Bureau. 2014. **World Population Data Sheet 2014**. Acedido Julho 2015. Disponível em: http://www.prb.org/pdf14/2014-world-population-data-sheet_eng.pdf.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2014, **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência**. PNUD. EUA.
- Programa de Apoio aos Actores Não Estatais. União Europeia, Cooperação Espanhola. 2015. **Diagnóstico de Género de Angola**. PAANE. UE. Angola. Março.

República de Angola. **Angola Initial National Communication to the United Nations Framework Convention on Climate Change under The United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC)**. Acedido Julho 2015. Disponível em: <<http://unfccc.int/resource/docs/natc/agonc1.pdf>>.

República de Angola, Assembleia Nacional. 2003. **Decreto-Lei nº 1/03 de 10 de Janeiro, criação da Comissão Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA e Grandes Endemias**. Angola.

República de Angola, Assembleia Nacional. 2004. **Decreto-Lei nº 8/04 de 1 de Novembro, sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)**. Angola.

República de Angola, Assembleia Nacional. 2005. **Decreto-Lei nº 7/05 de 9 de Março, Criação do Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA**. Angola.

República de Angola, Conselho de Ministros. 2003. **Decreto-Lei nº 43/03 de 4 de Julho, sobre VIH/SIDA, emprego e formação profissional**. Angola.

República de Angola, Embaixada da República de Angola no Reino da Espanha. 2015. Boletim Semanal número 46. 5 de Março.

República de Angola, Embaixada da República de Angola no Reino da Espanha. 2014. Boletim Semanal. 24 de Julho.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística. 2011. **Inquérito Integrado sobre o Bem Estar da População (IBEP). Relatório analítico, Vol. I**. INE. Angola.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística. 2011. **Inquérito Integrado sobre o Bem Estar da População (IBEP). Relatório analítico, Vol. II**. INE. Angola Agosto.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística. 2012. **Angola em números 2012**. INE. Angola.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística. 2013. **Sistema de registo civil, Dados de 2010-2011**. INE. Angola Abril.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística. 2013. **Inquérito de Indicadores Básicos de Bem-estar (QUIBB) 2011. Relatório Analítico** INE. Angola.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística. 2013. **Inquérito de Indicadores Básicos de Bem-estar (QUIBB) 2011. Relatório de Tabelas** INE. Angola.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística. 2014. **Resultados preliminares do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola 2014**. INE. Angola. Setembro.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística. **Inquérito sobre as despesas e receitas dos agregados familiares 1990**. INE. Luanda.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística. **Inquérito aos Agregados Familiares sobre Despesas e Receitas (IDR) 1999**. INE. Angola

República de Angola, Ministério da Agricultura. 2013. **Perfil Florestal de Angola, 1ª Edição**. MINAGRI. Angola.

República de Angola, Ministério da Agricultura. 2013. **Plano de Desenvolvimento do Sector Agrário 2013-2017**. MINAGRI. Angola.

República de Angola, Ministério da Educação. 2011a. **Anuário PAEP 2010, Edição de Trabalho, Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística**. MED. Angola. Novembro.

República de Angola, Ministério da Educação. 2011b. **Memorando sobre a preparação do ano lectivo de 2012**. MED. Angola.

República de Angola, Ministério da Educação. 2013. **Plano de Acção Nacional de Educação Para Todos (PAN-EPT) 2013-2020, 'Educação para Todos e Todos pela Educação**. MED. Angola. Abril.

República de Angola, Ministério da Educação. 2014. **Exame nacional 2015 da Educação para Todos: Angola, 2014**. MED. Angola.

República de Angola, Ministério da Educação. 2015. **Estratégia Integrada Para a Melhoria do Sistema de Educação 2001-2015**. MED. Angola.

República de Angola, Ministério da Educação; Instituto Nacional de Investigação e Desenvolvimento da Educação; Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo. 2006. **Resultados da avaliação das aprendizagens de alunos da 2a classe da reforma educativa e do desempenho de seus professores**. MED, INIDE, ADPP. Angola.

República de Angola, Ministério da Educação; United Nations International Children's Emergency Fund. **Estudo preparatório para a regulamentação da Lei 13/2001 sobre a gratuidade do ensino primário em Angola**. MED, UNICEF-Angola. Angola

República de Angola, Ministério da Educação; United Nations International Children's Emergency Fund; Instituto Internacional de Ciências da Educação. 2011. **Educação para Todos, Avaliação de Médio Termo, Relatório Final**. MED, UNICEF, IICE. Angola.

República de Angola, Ministério da Energia e Águas. 2012. **Relatório Síntese - Programa Água para Todos (PAT)**. MINEA. Fevereiro 29. Angola.

República de Angola, Ministério da Energia e Águas. 2015. **Relatório de Implementação do Programa Água para Todos (PAT)**. MINEA. Angola.

República de Angola. Ministério do Planeamento 2009. **Monografia de Angola, versão actualizada 2008**. Angola. Novembro.

República de Angola, Ministério da Saúde 2013. **A perspectiva Angolana dos Equipamentos de Protecção Individual - Apresentação no Congresso Científico de Vacinação 2013**. MINSa, África do Sul.

República de Angola, Ministério da Saúde 2013. **História do Programa Alargado de Vacinação 1979-2013**. MINSa, Angola. Junho.

República de Angola, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública 2014. **Plano Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT)**. DNSP. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. 2007. **Inquérito Nacional de Nutrição**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. 2011. **Plano Estratégico Nacional da Malária (PENM) 2011-2015**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. 2012. **Municipalização do Sistema de Saúde**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. 2012. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. 2014. **Programa Nacional de Controlo de Malária (PNCM)**. MINSa Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. 2014. **Relatório de avaliação rápida do estado nutricional em 4 províncias do Sul de Angola afectadas pela seca**. MINSa. Angola. Janeiro.

República de Angola, Ministério da Saúde. **Apresentação na reunião do TAG 2009**. MINSa, Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. **Draft Measles elimination plan 2014-2020**. MINSa, Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. **Plano de Vacinação de Emergência 2010**. MINSa, Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. **Plano Estratégico Nacional da Malária (PENM) 2016-2020**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. **Relatório 2011**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde. **Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PEN-TB) 2013-2017**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, CDC, Fiocruz RJ. 2011. **Inquérito de Vigilância Comportamental e Sorológica para VIH e Sífilis em mulheres jovens envolvidas em sexo transaccional na fronteira entre Angola/Namíbia**. Cunene. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Luta contra a SIDA 2013. **Plano Nacional de Eliminação da Transmissão do VIH de Mãe para Filho**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. 2014. **V Plano Estratégico Nacional de Resposta às ITS/VIH-SIDA e Hepatites Virais 2014-2018**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Luta contra a Sida. 2015. **Relatório de Actividades 2014**. MINSa. Luanda. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. 2010. **Inquérito sobre Conhecimento, Atitudes, Práticas e Seroprevalência em Angola**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. 2010. **Estudo Sobre Camionistas (Organização Internacional de Migração)**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. 2015. **Sistema de Informação em Saúde (SIS), Dep. Vigilância Epidemiológica**. MINSa. Luanda. Maio.

República de Angola, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. 2014. **Relatório Anual do Plano de Aceleração da Resposta ao VIH e Sida em Angola até 2015**. MINSa. Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde-Direcção Nacional de Saúde Pública. **Relatório anual Deptº da SSR, 2010, 2013, 2014**. MINSa-DNSP. Angola.

República de Angola, Ministério das Finanças. 2009. **Boletim anual de estatísticas do Orçamento Geral do Estado 2008, Gabinete de Estudos e Relações Económicas Internacionais**. MINFIN. Angola.

República de Angola, Ministério das Finanças. 2014. **Um compromisso do Governo com o cidadão 2014**. MINFIN.

República de Angola, Ministério de Água e Energia. **Plano de Acção do Sector de Energia e Águas 2013-2017**. MINEA. Angola.

República de Angola, Ministério de Pescas. **Decreto Executivo nº 28/06 de 07 de Março**. Disponível em: <http://www.safiii.org/ao/legis/num_act/riddndpepdrp752.pdf>.

República de Angola, Ministério de Planeamento e do Desenvolvimento Territorial. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012- 2015**. MPDT. Angola.

República de Angola, Ministério de Planeamento e do Desenvolvimento Territorial. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2015. Projecto 18**. MPDT, Angola.

República de Angola, Ministério de Planeamento e do Desenvolvimento Territorial. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2015. Projecto 19 e 25**. MPDT, Angola.

República de Angola, Ministério de Planeamento e do Desenvolvimento Territorial. **Relatório de Progresso 2010; Objectivos do Desenvolvimento do Milénio**. MPDT. Angola.

República de Angola, Ministério de Planeamento e do Desenvolvimento Territorial. 2013. **Plano Nacional de Desenvolvimento PND 2013-2017**. MPDT. Angola.

República de Angola, Ministério de Planeamento. 2012. **Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) 2014-2017: Política Nacional da Juventude**. MPDT. Angola.

República de Angola, Ministério de Planeamento; Sistema das Nações Unidas. **Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Relatório de Progresso MDG/NEPAD**. Angola 2003.

República de Angola, Ministério de Planeamento; Sistema das Nações Unidas. **Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio**. Angola 2005.

República de Angola, Ministério de Planeamento; Sistema das Nações Unidas. **Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio**. Angola 2010.

República de Angola, Ministério do Ambiente. 2010. **Plano de Gestão de Refrigeração (RMP)**. Disponível em: <http://ozone.unep.org/Events/ozone_day_2010/RMP-Port.pdf>. MINAMB. Luanda.

República de Angola, Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial; Instituto Nacional de Estatística. 2014. **Resultados Preliminares do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola**. MPDT. INE. Angola.

República de Angola, Ministério do Planeamento. 2004. **Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo (2025), Volume 3**. MINPLAN. Angola.

República de Angola, Ministério do Urbanismo e Ambiente. 2006. **Primeiro Relatório Nacional para a Conferência das Partes da Convenção da Diversidade Biológica**. MINAMB. Luanda. Angola.

República de Angola, Ministério dos Petróleos. **Assembleia Nacional. Art. 14º da lei nº 5/98 de 19 de junho**. MINPET.

República de Angola, MPLA, **Programa de Governo para 2012-2017**.

República de Angola. Conselho Nacional da Criança. 2011. **11 Compromissos com a Criança, V Fórum Nacional sobre a Criança**. CNAC. Angola. Junho.

República de Angola. Ministério do Ambiente. 2010. **Relatório Geral do Ambiente (REGA) 2012**. MINAMB. Angola.

República de Angola. **Relatório da participação da República de Angola na 59ª Sessão da Comissão sobre a Condição da Mulher**. Nova York. 2015. 09 a 20 de Março.

República de Angola, 2005. **Estratégia de Combate à Pobreza. Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica**. Ministério de Planeamento. Luanda.

República e Angola, Diário da República. **Decreto Presidencial nº 153/11**. Disponível em: <<http://faolex.fao.org/docs/pdf/ang121581.pdf>>.

Schulmeyer MA. 2013. **Estudo sobre as crianças em risco de abandono participantes do Programa de Alfabetização e Aceleração Escolar (PAAE)**. Relatório sobre as análises. 13 de Abril

Southern African Development Community. 2003. **Maseru Declaration on the fight against HIV and AIDS in the SADC Region 04/07/2003**. SADC. Lesotho.

TRUSSEL J. 2007. **Choosing a Contraceptive: Efficacy, safety and personal Considerations. Contraceptive Technology 19th Revised edition**. Ardent Media Inc. New York.

Unidade de Gestão Económica e de Redução da Pobreza da Região África do Banco Mundial. Angola atualização económica. Junho 2014. número 2.

United Nations Development Program. 2010. **The Millennium Development Goals, Progress Report 2010**. UNDP.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. 2014. **EFA Global Monitoring Report 2013/14, Teaching and Learning: Achieving Quality for All**. UNESCO. Paris. France.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. **Objectivos de Aichi - Objectivo Estratégico C: Para melhorar a situação da biodiversidade através da salvaguarda dos ecossistemas, espécies e diversidade genética**. UNESCO.

United Nations International Children's Emergency Fund. 2011a. **Relatório da avaliação do Programa de Alfabetização e Aceleração Escolar (PAAE)**. UNICEF. Kwanza Sul. Janeiro.

United Nations International Children's Emergency Fund. 2011b. **Programme of Assistance to Primary Education (PAEP), Teacher Training Component, 2nd Interim Report for the Delegation of the European Union**. UNICEF. June.

United Nations International Children's Emergency Fund. 2014. **Análise da situação Crianças e Mulheres em Angola**. UNICEF.

United Nations International Children's Emergency Fund. 2014. **Situação Mundial da Infância 2015. Reimagine o future: Inovação para cada criança**. UNICEF. Angola. Novembro. Acedido Junho 2015. Disponível em: <<http://sowc2015.unicef.org>>.

United Nations Programme on AIDS. 2015. **Reference Group on Estimates, Modelling and Projections, Spectrum/Estimation and Projection Package (EPP)**. UNAIDS. Angola.

United Nations Programme on AIDS; World Health Organization. 2014. **Epidemiological Fact Sheet - 2004 Update**. UNAIDS. WHO.

World Development Indicators. Acedido Julho 2015. Disponível em: <http://databank.worldbank.org>

World Health Organization. 2011. **Reproductive Health at a Glance**. WHO. Angola. April

World Health Organization; United Nations International Children's Emergency Fund; United Nations Population Fund; World Bank; United Nations Population Division. 2014. **Trends in maternal mortality 1990 to 2013**. WHO, UNICEF, UNFPA. Maio.