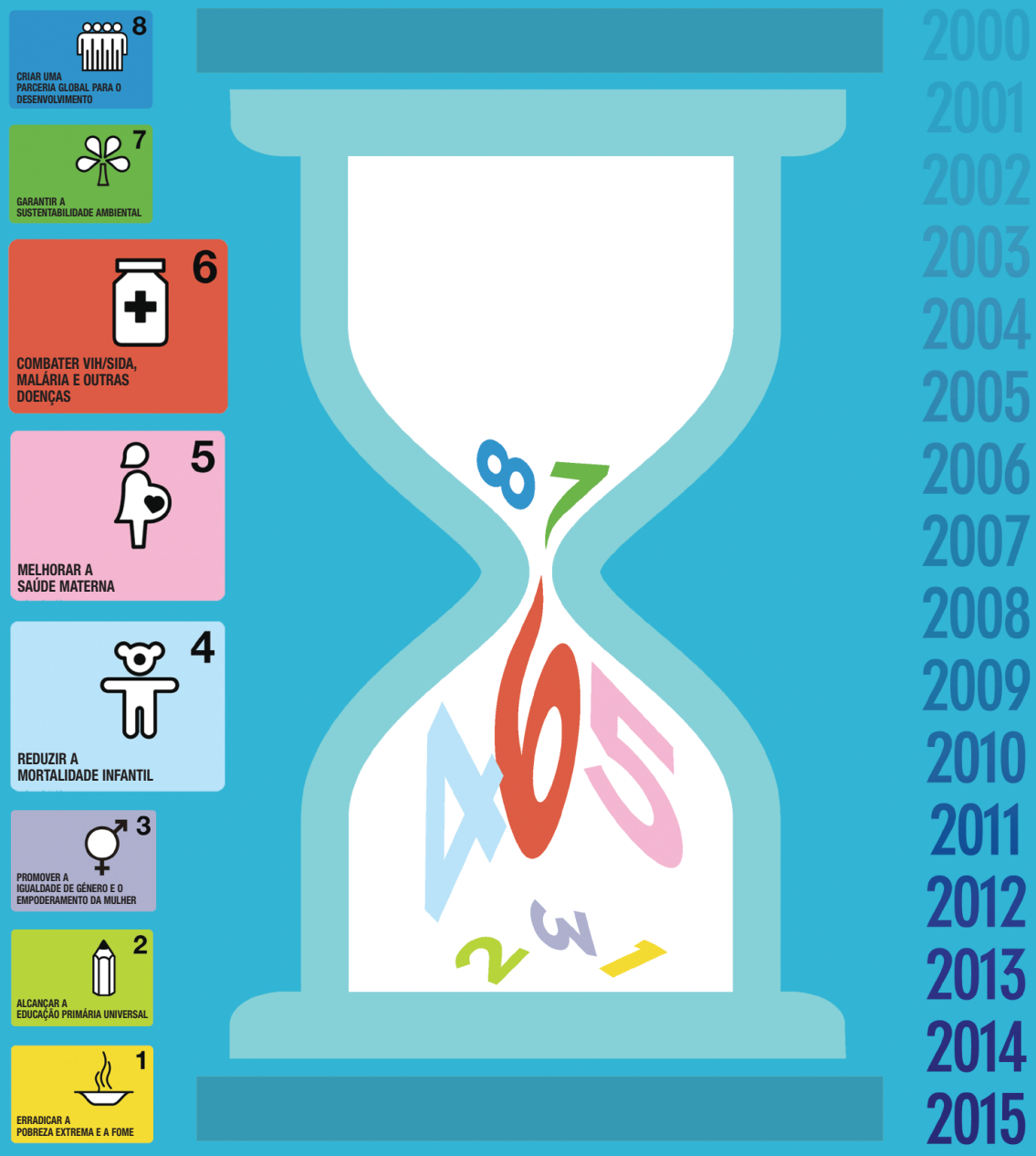
Conselho Internacional de Enfermeiros

Combater a desigualdade:

Objetivos de Desenvolvimento do Milénio



12 de maio de 2013 Dia Internacional do Enfermeiro

COMBATER A DESIGUALDADE:
Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 8, 7, **6, 5, 4**, 3, 2, 1

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2013

Ficha Técnica

Título: COMBATER A DESIGUALDADE: **Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 8, 7,** 6, 5, 4**, 3, 2, 1:** Dia Internacional do Enfermeiro 2013 – do original – << CLOSING THE GAP: **M**illennium **D**evelopment **G**oal**s** 8, 7, **6, 5, 4**, 3, 2, 1: International Nurses Day 2013>>

Tradução: Enf.ª Sandy Severino

Todos os direitos, incluindo a tradução noutras línguas, reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio eletrónico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros, sem a autorização expressa do Conselho Internacional dos Enfermeiros ou do Centro Internacional de Recursos Humanos em Enfermagem. Pequenos excertos (menos de 300 palavras) poderão ser reproduzidos sem autorização, na condição da fonte estar indicada.

Copyright © 2013 pelo International Council of Nurses

3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça

ISBN: 978-92-95099-04-3

Índice

Resumo executivo 7

Capítulo 1: Compreender os ODMs.....11

Capítulo 2: ODMs relacionados com a saúde 16

Capítulo 3: Combater a desigualdade.....29

Capítulo 4: Para além de 2015 34

Capítulo 5: Papel das ANEs e dos enfermeiros para o cumprimento dos ODMs e para a sustentabilidade para além de 2015 43

Anexos 47

Referências 56

12 de maio de 2013

Caros Colegas,

É com muito prazer que desejamos a todos os enfermeiros um feliz Dia Internacional do Enfermeiro 2013. O tema escolhido pelo ICN este ano é *Combater a Desigualdade: Objetivos de Desenvolvimento do Milénio: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1*. Este lema pretende ser uma contagem decrescente para 2015, com a ênfase dada a objetivos relacionados com a saúde.

Como o maior grupo de profissionais de saúde no mundo, não existem dúvidas que os enfermeiros são elementos chave para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio. Os enfermeiros são habitualmente os únicos profissionais de saúde acessíveis a muitas pessoas durante a sua vida. Desta forma os enfermeiros estão muito bem colocados e são frequentemente os mais inovadores a alcançar populações carentes e em desvantagem. Os enfermeiros são educados para compreender a natureza complexa de manter a saúde e o bem-estar, assim como o impacto de fatores psicossociais e socioeconómicos tais como a pobreza, desemprego e etnicidade. Eles veem o contexto para o bem-estar e, consequentemente, agem de modo a ir para além dos problemas apresentados.

Os enfermeiros têm feito muito para atingir os ODMs[1] e para ajudar a moldar e fornecer objetivos e resultados sustentáveis para além de 2015. Podemos estar orgulhosos das nossas conquistas. Contudo, ainda existe mais que podemos – e devemos – fazer.

Os enfermeiros têm que se envolver na advocacia e no *lobbying*. Temos que nos envolver no desenvolvimento de qualquer programa apresentado para melhorar os serviços de saúde dado que são os enfermeiros que têm o conhecimento prático de como a prestação de serviços de saúde pode ser desenvolvida, coordenada e implementada de forma eficaz.

As associações nacionais de enfermeiros têm um papel importante a informar, aconselhar, encorajar e apoiar os enfermeiros no seu trabalho. As ANEs[2] necessitam de trabalhar com os governos e outras entidades para fortalecer os sistemas de saúde e criar as condições necessárias para maximizar a contribuição dos enfermeiros.

O Kit DIE[3] 2013 fornece às associações nacionais de enfermeiros um recurso rico sobre a forma como podem cumprir o papel importante que é ajudar a atingir os ODMs. Já começou a contagem decrescente. O tempo está a passar e estamos a correr contra ele. Todos, e cada um de vós, pode fazer a diferença. Nas palavras do Secretário-geral da ONU General Ban Ki-Moon, *"Não existe nenhum projeto global que valha mais a pena…Vamos cumprir a promessa."*

Sinceramente,

Rosemary Bryant
Presidente

David C. Benton
Chief Executive Officer

[1] *Nota de Tradutor:* ODMs = Objetivos de Desenvolvimento do Milénio = Millenium Development Goals = ODMs

[2] *Nota de Tradutor:* ANEs = Associações Nacionais de Enfermeiros = National Nurses Associations = ANEs

[3] *Nota de Tradutor:* DIE = Dia Internacional do Enfermeiro

Resumo executivo

A adoção da Declaração do Milénio pela Assembleia Geral da ONU em 2000 resultou na criação da estrutura dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), que tem sido utilizada para galvanizar os esforços, estabelecer prioridades globais e nacionais, e focar a atenção, a ação e os recursos. Foram desenvolvidos e acordados oito ODMs com uma série de metas e indicadores. Em conjunto, fornecem uma estrutura holística para a redução da pobreza e um desenvolvimento sustentável. Três objetivos – números 4, 5 e 6 – são especificamente relacionados com a saúde e a sua concretização está intimamente ligada a outros objetivos incluindo os que estão voltados para a pobreza, fome, igualdade de género e a capacitação feminina.

- **ODM 4 – Reduzir mortalidade infantil** – tem demonstrado algum sucesso significativo na redução da mortalidade global entre crianças com menos de cinco anos de idade. Contudo, a maioria das 7,6 milhões de mortes infantis que ocorrem todos os anos podiam ser prevenidas utilizando intervenções eficazes e acessíveis (WHO/UNICEF 2012, p.8). A mortalidade neonatal continua a ser uma grande preocupação, assim como as doenças infeciosas e a subnutrição.
- **ODM 5 – Melhorar a saúde materna** – tem resultado numa diminuição de quase 50% no número de mulheres que morrem durante a gravidez ou trabalho de parto. Ainda existem variações significativas através de regiões, tendo as mulheres na África Subsaariana maior risco com 56% das mortes maternais a ocorrerem lá. A procriação adiada aumentou o acesso a cuidados qualificados durante e depois da gravidez em conjunto com métodos de contraceção seguros, acessíveis e eficazes, e, quando necessário, cuidados pós-aborto compreensivos, que são essenciais para melhorar a saúde materna.
- **ODM 6 – Combater VIH/SIDA, malária e outras doenças** – demonstra variação regional significativa e também alguns sucessos com menos pessoas a ficarem infetadas com VIH na maioria das regiões e uma expansão significativa no acesso a terapia antirretroviral. Embora o número de casos relatados de malária e tuberculose estejam em declínio, não existe espaço para complacência – existe um aumento de relatos acerca da resistência a artemisinas e inseticidas no tratamento da malária e um aumento de relatos de tuberculose multirresistente.

O progresso de encontro aos Objetivos é relatado à ONU anualmente por países de forma individual e os resultados são recolhidos anualmente no Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio da ONU. Os principais sucessos incluem reduções nos níveis de pobreza extrema, redução para metade da proporção de pessoas sem acesso a água potável e aumento do número de meninas inscritas em escola primárias.

Embora tenha havido um progresso inquestionável, ainda existe muito a ser conquistado. As tendências têm sido desiguais dentro e através de países e regiões, com os mais pobres e mais marginalizados a continuarem a ser os que estão em maior desvantagem. Como resultado, uma das maiores críticas do ODMs tem sido a falta de concentração sobre a equidade. Também têm sido expressas preocupações sobre o baixo nível em que algumas metas foram estabelecidas e na omissão de mudanças demográficas tal como a população envelhecida e a deslocação de uma habitação rural para uma urbana, assim como, as mudanças na carga da doença, especialmente o desafio das doenças não transmissíveis.

Através do mundo, os enfermeiros têm participado ativamente nos esforços locais, nacionais e regionais para ir de encontro aos ODMs. O International Council of Nurses (ICN) tem trabalhado com

as associações nacionais de enfermeiros para aumentar a contribuição dos enfermeiros para o cumprimento dos ODMs relacionados com a saúde. Iniciativas de sucesso incluem o estabelecimento do Fundo para a Educação da Criança Feminina, cujo intuito é manter as filhas órfãs de enfermeiras no Quénia, Suazilândia, Uganda e Zâmbia na escola. Ao trabalhar com o sector privado, governos, ANEs e outros parceiros, o ICN estabeleceu cinco Centros Bem Estar para Profissionais de Saúde (no Lesoto, Suazilândia Maláui, Uganda e Zâmbia) e encontra-se no processo de estabelecer um sexto. O Projeto TP/TP MR[4] tem informado, formado e apoiado milhares de enfermeiros, profissionais de saúde e outros em 13 países. O trabalho e o contributo dos enfermeiros nos países Africanos e noutros países têm sido melhorados através do acesso à informação fornecida pelo ICN através das Bibliotecas de Enfermagem Móveis MSD e dos folhetos informativos e das tomadas de posição disponíveis na página eletrónica do ICN e incluídas nas comunicações realizadas junto das ANEs.

Os enfermeiros também têm trabalhado em conjunto e estabeleceram grupos e organizações abrangendo as fronteiras nacionais de forma a maximizarem os seus recursos e o seu impacto sobre desafios de saúde específicos tal como VIH/SIDA – por exemplo a Rede Sul Africana de Enfermeiros e Parteiros (SAANEM)[5]. Os relatórios acerca da contribuição da enfermagem sub-nacional para a realização dos ODMs é um desafio, nomeadamente devido à relutância dos enfermeiros de publicarem e promoverem o seu trabalho. Mundialmente, os enfermeiros têm desenvolvido serviços e prestado cuidados inovadores a crianças, mulheres e aos que sofrem de doença, contribuindo para o sucesso dos ODMs. Eles precisam de incentivo e apoio para publicarem os seus sucessos.

A Estrutura de Aceleração dos ODM (*MDG Acceleration Framework*) (UNDP 2011), foi desenhado para galvanizar o progresso a nível do país, inclui soluções e intervenções recomendadas, muitas das quais podem alterar a ação de enfermagem e podem ser utilizadas com uma estrutura à volta da qual os enfermeiros se podem reunir para moldar e focar a sua contribuição contínua para os ODMs.

Existe a preocupação que, nos próximos anos, a atenção pode ser focada nos sucessos dos ODM, em vez de pressionar mais para atingir os ODMs existentes. Um Painel de Nível Elevado de 26 "pessoas eminentes" (*High-level Panel of 26 'eminent persons'*) foi nomeado para aconselhar o secretário-geral da ONU acerca dos sucessores dos ODM e uma Equipa de Trabalho da ONU (*UN Task Team*) já produziu uma Estrutura para Desenvolvimento (*Framework for Development*) ligando os SDGs e os ODMs. É esperado que qualquer que seja a forma tomada pelo substituto dos ODMs, terá que ser mensurável, incluir *benchmarks* relativos e absolutos e estar sujeito a relatórios regulares. A nova abordagem tem que refletir as lições adquiridas com os ODMs sobre o assunto de equidade e igualdade a nível nacional, comunitário e familiar, e a importância de consultar um variado número de interessados incluindo os membros mais carentes da comunidade global. Também sugere que novos objetivos poderão incorporar uma abordagem de direitos humanos apropriada apesar de alguns desafios associados à mesma.

A mudança na carga de doença global foi reconhecida pela Reunião de Alto Nível da ONU sobre a Prevenção e Controlo de DNTs[6] (*UN High-level Meeting on Prevention and Control of NCDs*), que teve lugar em 2011 (C3 Collaborating for Health 2011) e espera-se que qualquer foco sobre a saúde inclua um foco sobre a carga crescente das DNTs. Um dos maiores desafios para o sucessor dos ODM é o que está a ser criado durante a crise económica global grave, que provavelmente irá reduzir a quantidade de ajuda externa disponível para assistência no desenvolvimento externo.

[4] *Nota de Tradutor:* Projeto TP/TP MR = Projeto Tuberculose/Tuberculose Multirresistente

[5] *Nota de Tradutor:* Rede Sul-Áfricana de Enfermeiros e Parteiros = Southern África Network of Nurses and Midwives = SAANEM

[6] *Nota de Tradutor:* DNT = Doenças Não Transmissíveis = Non-communicable Disease = DNT

Existem muitas incertezas à volta da agenda de desenvolvimento pós-2015, com muitas preocupações diferentes a competir para a inclusão. Os enfermeiros são incentivados a clarificar as suas perspetivas sobre o que deve seguir e a encontrar formas de se envolver nas consultas nacionais e internacionais.

- As ANEs estão bem colocadas para manter a dinâmica, informar, aconselhar, incentivar e apoiar os enfermeiros e para agirem como uma conduta para o fluxo de informação desde a base para o governo. As ANEs têm agora a oportunidade de energizar os seus membros, focar os seus esforços para atingir os ODMs e procurar influenciar a agenda pós-2015.
- As ANEs são incentivadas a alinhar as suas prioridades com estruturas e estratégias já existentes e a forjar parcerias, redes e alianças a todos os níveis com os que procuram um resultado comum. Os enfermeiros são incentivados a melhorar o seu conhecimento e competências de forma a contribuir eficazmente a todos os níveis desde o envolvimento na comunidade à elaboração de políticas internacionais, incluindo a prestação de serviços, a educação, a investigação e a gestão, assim como a elaboração e implementação de políticas.
- Os enfermeiros podem-se envolver na advocacia e no *lobbying* desde do nível pessoal/profissional ao nível político/sistémico. O foco internacional dos ODMs ajuda a assegurar que os enfermeiros e outros podem reforçar os elos com os grupos de advocacia internacionais adequados.
- Os ODMs têm providenciado um foco global claro para ação e alocação de recursos. Ao contribuir para a sua realização, os enfermeiros têm desenvolvido competências políticas que lhes permitem negociar a todos os níveis e com vários parceiros para moldarem e fornecerem serviços adequados incluindo às comunidades mais marginalizados e carentes. Os enfermeiros também têm demonstrado muita flexibilidade, inovação e coragem ao moldarem e desenvolverem novos papéis e serviços.

Na corrida para 2015, os enfermeiros são incentivados a quebrar barreiras e desafios para cumprir os ODMs e ir de encontro às necessidades de saúde das comunidades mais pobres, mais marginalizadas e carenciadas do mundo. Enquanto eles se envolvem na nova agenda, será importante continuar a trabalhar para o cumprimento de todos os ODMs em todos os países e assegurar que o progresso que foi conseguido não seja perdido aquando da mudança de foco e recursos. Independentemente da extensão do foco explícito sobre a saúde na nova agenda, é importante recordar que a saúde sustenta o desenvolvimento global futuro. A carga de doença em mudança e os efeitos da mudança climatérica sobre a sustentabilidade da saúde, do desenvolvimento e do ambiente requer que os enfermeiros em todo o lado se elevem para o desafio e se envolvam na conceção e realização da nova agenda para a saúde e bem-estar da comunidade global.

Capítulo 1
Compreender os ODMs

Introdução aos ODMs

Em 2000 as Nações Unidas adotaram a Declaração do Milénio (UN 2000) – uma afirmação de compromisso para com os princípios fundadores das Nações Unidas e a re-dedicação a um mundo tranquilo, equitativo e ecologicamente sustentável. A 3ª Parte da Declaração era intitulada 'Desenvolvimento e irradicação de pobreza', donde resultaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio que foram apresentados à Assembleia Geral das Nações Unidas em setembro de 2001 (UN 2001).

Os oito ODMs têm vindo a demonstrar um nível imprecedente de consenso – sendo até considerados um 'imperativo ético' (Hulme e Fukuda-Parr 2009, p.3) – e foram um ponto de viragem na abordagem da comunidade internacional à redução da pobreza. Ao contrário de muitos esforços prévios de desenvolvimento internacional, os ODMs têm uma abordagem holística para reduzir a pobreza – os Objetivos cobrem não apenas a redução da pobreza e do rendimento, mas também a educação, igualdade de género, sustentabilidade da saúde e ambiental, bem como a necessidade de uma 'parceria global para o desenvolvimento' que irá facilitar o cumprimento destes objetivos. Sem se enfrentar simultaneamente todos estes ângulos, não serão atingidas reduções sustentáveis na pobreza. Os ODMs são indicativos de uma mudança para uma abordagem mais centrada na pessoa (em vez de puramente centrada na economia) e para o desenvolvimento, ao contrário do sucedido aquando do fim da Guerra Fria, altura em que a maioria da ajuda internacional foi motivada por razões de ordem geopolítica.

Os ODMs consistem em oito objetivos, apoiados por 18 alvos com um conjunto de indicadores para medir/avaliar os alvos. Os alvos são quantitativos, globais e vinculados no tempo – o objetivo era cumprir todos os ODMs até 2015, utilizando os níveis de 1990 como a base para o progresso. Três dos objetivos – número 4, 5, e 6 – estão especificamente relacionados com a saúde:

Objetivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome

Objetivo 2: Obter educação primária universal

Objetivo 3: Promover a igualdade de género e capacitação feminina

Objetivo 4: Reduzir a mortalidade infantil

Objetivo 5: Melhorar a saúde materna

Objetivo 6: Combater o VIH/SIDA, malária e outras doenças

Objetivo 7: Assegurar sustentabilidade ambiental

Objetivo 8: Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento

Em 2005, o custo de cumprimento dos ODMs em todos os países foi estimado pelo Projeto Milénio das Nações Unidas como sendo 'na ordem de $121 mil milhões em 2006, aumentando para $189 mil milhões em 2015'. (UN 2005, p.56).

Exemplo de Objetivo, metas e indicadores

Objetivo 4:
Reduzir mortalidade infantil

Meta 4a:
Reduzir em dois terços a taxa de mortalidade em crianças com menos de cinco anos

Indicadores:
4.1 Taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos
4.2 Taxa de mortalidade infantil
4.3 Proporção de crianças com um ano de idade imunizadas contra sarampo

Ligar os Objetivos

Uma premissa importante dos ODMs é que a redução da pobreza depende de enfrentarmos uma vasta gama de assuntos sociais, tais como, educação, capacitação feminina e sustentabilidade ambiental. Estas sinergias entre objetivos são particularmente relevantes quando se aborda a saúde. Focarmo-nos apenas nos objetivos 4, 5 e 6 não é suficiente: todos os outros têm um papel fundamental na melhoria da saúde das populações. Por exemplo, a saúde materna e infantil está ligada à educação das meninas (UN 2012a, p.28); boa saúde não pode ser atingida onde existe um acesso limitado a água potável ou onde o ambiente está poluído; e as crianças nascidas em pobreza têm duas vezes mais probabilidade de morrer antes dos cinco anos quando comparadas com famílias com mais riqueza (UN 2012a, p.28).

Progresso sobre os ODMs

Os ODMs têm sido, de várias formas, notavelmente bem-sucedidos. Eles substituem várias tentativas prévias para estabelecer objetivos internacionais de desenvolvimento (por exemplo, pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (*Organisation for Economic Co-operation and Development*)), e a sua simplicidade, claridade, mensurabilidade e horizonte temporal claro tem levado à sua aceitação universal pelas organizações internacionais, governos e ONGs. Relatórios anuais sobre os progressos são destacados anualmente pelos meios de comunicação social, o que pode também ser um propulsionador da ação: como a Dra. Margaret Chan, Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde, disse em 2007 no seu discurso inaugural, '*O que é medido é realizado*' (Chan 2007). Os ODMs têm agido como um ponto de convergência para os dadores internacionais, conduzindo a ajuda para o desenvolvimento e de investimento major. As Nações Unidas continuam a realçar a importância dos ODMs – todos os estados membros recomprometeram-se fortemente a cumprir os objetivos em 2010, e está agora a começar a discussão acerca de uma estrutura pós-2015 (ver Capítulo 4).

O progresso em direção aos ODMs é relatado à ONU anualmente por países de forma individual, e os resultados são agrupados no Relatório anual dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (*Millennium Development Goals Report*) da ONU. Tem havido um número significativo de sucessos:

- Estimativas indicam que em 2010 a parte da população mundial que vive com menos de $1.25 por dia caiu para menos de metade do seu valor de 1990 – projetado para ser 883 milhões em 2015, comparado com 1,4 mil milhões em 2005 e 1,8 mil milhões em 1990 (embora 17 países se encontrem longe de atingir o objetivo) (UN 2012a; World Bank 2011).

- O alvo de reduzir em metade a proporção de pessoas sem acesso a água potável também foi atingido – diminuindo de 24% em 1990 para 11 % em 2010 (UN 2012a, p.52).
- Mundialmente, existem atualmente 97 meninas inscritas na escola primária por cada 100 meninos, aumentando das 91 por cada 100 em 1999 – e a inscrição de crianças com idade de escolaridade primária aumentou significativamente na África Subsaariana, dos 58% para 76% entre 1999 e 2010 (UN 2012a, p17).

Contudo, o progresso não tem sido uniforme: existem iniquidades significativas através e dentro de regiões e países, e muitos dos ODMs ainda continuam por cumprir, com o progresso inerente protelado – ou mesmo a deteriorar – em alguns locais. Na África Subsaariana, por exemplo, a proporção de pessoas a viverem com um rendimento inferior a $1.25 permanece nos 47%, 27% ainda estão subnutridos, e tanto a mortalidade materna como infantil permanecem muito elevadas – a mortalidade infantil tem diminuído em menos de um terço, significativamente menos do que o alvo de dois terços (UN 2012a). O Capítulo 2 deste relatório realça a variação no progresso realizado no cumprimento dos ODMs da saúde.

Um aspeto positivo é o facto de alguns países terem começado um 'processo para transformar os ODMs num soalho em vez de um teto para o desenvolvimento humano' (UNDP 2005, p3) – a construir explicitamente sobre os ODMs existentes para promover o progresso futuro. A Tailândia, por exemplo, que já cumpriu muitas das metas dos ODMs, em 2004, estabeleceu novas metas – tal como estender o objetivo de educação universal da educação primária para a secundária superior e reduzir a pobreza de rendimento para menos de 4% (Office of the High Commissioner on Human Rights OHCHR 2010, p.8). Isto demonstra a capacidade de estender, adaptar e fortalecer as áreas cobertas e as metas estabelecidas – isto é particularmente importante onde a assistência tem sido muito focada no cumprimento dos ODMs pois outras áreas (tais como as doenças não infecciosas) podem ter recebido pouca atenção (ver Secção 1.4).

Críticas e desafios

Os ODMs têm fornecido coerência e unificação aos esforços de desenvolvimento internacional – mas também têm sido criticados em inúmeras frentes.

Uma das críticas principais tem sido a falta de foco sobre a equidade nos ODMs.

- Existe uma variação enorme entre regiões e países – mas os ODMs não consideram este facto dado que são objetivos globais. Olhando para os ODMs como 'tamanho único' ignora os desafios económicos, geográficos e políticos específicos enfrentados por países individualmente, e distrai do que poderia ser um progresso considerável, dado o contexto específico.
- Se um país estabelece uma meta para cumprir o nível de desenvolvimento estabelecido pelos ODMs, o incentivo é lidar com a secção da população que é mais facilmente ajudada de forma a cumprir o nível requisitado. Isto pode deixar os mais carenciados sem a ajuda que precisam – levando a um incumprimento dos direitos humanos e privando estas populações mais vulneráveis de um nível de vida adequado (OHCHR 2010, p.10).
- Existe o risco de desvio de novos recursos dos assuntos não mencionados nos ODMs (que habitualmente afetam os mais carenciados), focando apenas as áreas que estão especificamente mencionadas. Por exemplo, as doenças tropicais têm sido negligenciadas e recebido pouca atenção, com apenas 0,6% da ajuda externa para o desenvolvimento da saúde a ser utilizada nestas doenças, que afetam mil milhões de pessoas (*The Lancet* 2010).

Uma outra crítica é que as metas podem não ter sido estabelecidas num nível correto – concretamente a meta sobre a redução da proporção da população que vive com menos de um dólar por dia. Isto tem sido ajustado para $1.25 – e o objetivo pode ser cumprido de forma global. Contudo, $1.25 continua a ser extremamente baixo, nomeadamente devido aos aumentos nos preços do óleo e dos alimentos nos últimos anos (OHCHR 2010).

As mudanças demográficas também podem afetar os objetivos. Por exemplo, a meta de melhorar a vida de pelo menos 100 milhões habitantes de bairros degradados foi cumprida – mais de 200 milhões têm água, saneamento ou alojamento melhor (UN 2012a, p.56). Contudo, existem mais pessoas do que nunca a viver em bairros degradados: são estimados 863 milhões, um aumento dos 650 milhões existentes em 1990 (UN 2012a, p.56). Alterações na demografia populacional – tais como populações envelhecidas – e a mudança de habitação rural para urbana também estão a afetar a sociedade e o impacto sobre a redução da pobreza.

A brevidade dos ODMs significa que um número de assuntos ficaram omissos. Notavelmente, o ODM 6 especifica abordar apenas um pequeno número de doenças (infecciosas): VIH/SIDA, malária e TP. Contudo, a maioria da carga de doença de muitos países de baixo e médio rendimento tem mudado dramaticamente de doenças infecciosas para doenças não transmissíveis (DNTs) tal como a doença cardiovascular, cancro, diabetes e doença pulmonar crónica – conduzido por mudanças nos estilos de vida e o envelhecimento da população. Devido ao facto das DNTs major não estarem mencionadas de forma específica, faz com que sejam habitualmente marginalizadas pelos doadores – ainda que uma proporção significativa de doenças tal como a diabetes tipo 2 e a cardiopatia possam ser prevenidas ou adiadas, reduzindo as complicações de forma significativa (UN 2011, p.5). A saúde mental também não é um foco especifico dos ODMs relacionados com a saúde – embora os assuntos de saúde mental nos custem aproximadamente $16 triliões da economia global entre 2010 e 2030 (WEF/Harvard 2011, Tabela 14, p.29) além do sofrimento que causa aos indivíduos e às famílias.

'*A omissão das DNTs dos ODMs é crucialmente significativa pois os ODMs formam a estrutura e os objetivos para o investimento no desenvolvimento internacional*'
Dr Fiona Adshead, anterior Diretora de Doença Crónica e Promoção da Saúde, OMS

Adicionalmente, não existe foco nos ODMs sobre a governância de um país, cujo funcionamento é essencial para o desenvolvimento internacional – por exemplo, leis para assegurar o cumprimento de contratos ou para controlar a corrupção. Não existem metas e prazos quantitativos definidos no objetivo 8 (sobre parcerias), o que limita a sua eficácia (Hulme and Fukuda-Parr 2009, p.23) – por exemplo, não existe um nível específico para a ajuda ao desenvolvimento. Metas de parceria explícitas podiam fornecer uma oportunidade para as associações nacionais de enfermeiros se envolverem de uma forma mais focada e de influenciarem outros grupos e organizações.

Um desafio recente para o cumprimento dos ODMs é a crise económica e a recessão que afeta a maioria do mundo desenvolvido, o que tem causado impacto na capacidade – e na vontade – de alguns dos países mais ricos fornecerem ajuda a países em desenvolvimento. O governo Holandês, por exemplo, cortou a sua ajuda externa de 0,8% do PIB para 0,7% - e os efeitos da crise económica nos níveis de ajuda têm durado anos no passado (World Bank 2011, p.128; World Bank 2009, p.9). O Secretário-geral da ONU no *Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio - 2012* focou em particular o impacto da crise sobre o ODM 8 (estabelecer e manter parcerias): '*Não se deve permitir que a crise económica atual, que afeta a maioria do mundo desenvolvido, desacelere ou reverta o progresso que já foi realizado*.' (UN 2012a, p.3)

2015: a Contagem Decrescente

Os ODMs estão limitados no tempo: serem cumpridos até 2015. Em apenas alguns anos, os ODMs necessitarão de ser alargados ou substituídos por um novo conjunto de objetivos, metas e indicadores. Qualquer que seja o substituto dos ODMs existentes este deverá equilibrar a abrangência e a compreensão, e seria benéfico abordar as críticas aos ODMs existentes. Já se iniciaram os trabalhos neste âmbito e é provável estarem ligados a esforços para desenvolver um conjunto mundial de '*objetivos de desenvolvimento sustentáveis*' (ver Capítulo 4).

Capítulo 2
ODMs relacionados com a saúde

Introdução

Enquanto todos os oito ODMs têm um impacto sobre a saúde, os objetivos 4, 5 e 6 referem-se especificamente a assuntos de saúde. Este capítulo irá considerar o progresso que tem sido feito até à data para cumprir estes objetivos, metas e indicadores, sublinhando algumas das estratégias e identificando alguns dos desafios subjacentes ao esforço para se atingir cada objetivo.

ODM 4: Reduzir a mortalidade infantil

Meta: Reduzir em dois terços a taxa de mortalidade em crianças com menos de cinco anos, entre 1990 e 2015.

Indicadores:

- Taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos
- Taxa de mortalidade infantil
- Proporção de crianças com um ano de idade imunizadas contra o sarampo

Qual o progresso feito?

A maioria das mortes infantis é atribuída a um pequeno número de condições: causas neonatais (40%); pneumonia (18%); diarreia (10%); malária (10%); VIH/SIDA (2%); e sarampo – além de que, a subnutrição é um fator contribuinte em mais de 30% das mortes infantis mundiais. As causas principais de mortes neonatais são as complicações com nascimentos pré-termo, eventos relacionados com o intraparto, sépsis, meningite e nados mortos (WHO/UNICEF 2012, p.16).

Tem havido sucessos significativos. Apesar do crescimento populacional, tem havido uma grande redução nas mortes globais entre crianças com menos de 5 anos de idade, de mais de 12 milhões em 1990 para 7,6 milhões em 2010. O progresso no mundo desenvolvido como um todo tem acelerado, e a taxa de mortalidade diminuiu em 35%, de 97 mortes por 1,000 nados vivos em 1990 para 63 em 2010 (UN 2012a, p.26).

A tabela abaixo fornece uma avaliação regional do progresso para o cumprimento do objetivo para reduzir a mortalidade infantil em dois terços (UN 2012c). Funciona a dois níveis:

- A sombra da caixa indica se uma meta vai ser cumprida ou excedida até 2015 se as tendências continuarem (cinzento) ou se o progresso é insuficiente para atingir a meta (branco);

- As palavras em cada caixa indicam os níveis atuais de mortalidade.*

	África		Ásia				Oceânia	América Latina & Caraíbas	Caucásia & Ásia Central
	Norte	**Subsaariana**	**Oriental**	**Sudeste**	**Sul**	**Ocidental**			
Reduzir mortalidade de crianças com menos de cinco anos em dois terços	Mortalidade baixa	Mortalidade Elevada	Mortalidade baixa	Mortalidade baixa	Mortalidade Moderada	Mortalidade baixa	Mortalidade Moderada	Mortalidade baixa	Mortalidade Moderada

* Mortalidade baixa indica <40 mortes por 1,000 nados vivos; mortalidade moderada 40 – 80; mortalidade elevada 80 – 150; mortalidade muito elevada> 150.

Por exemplo, o Norte de África já cumpriu a meta e a Ásia Oriental também tem demonstrado um decréscimo significativo. Contudo, a África Subsaariana atingiu uma redução de apenas cerca de 30% - menos da metade necessária para cumprir a meta; 82% de mortes com menos de cinco anos – 6,2 milhões – ocorreram na África Subsaariana e Ásia do Sul (UN 2012a, p.26).

Existem também países individuais que fizeram um progresso significativo entre a base de 1990 e 2010, por exemplo (UN 2012a, p.27):

- Países incluindo o Bangladesh, Nepal e Madagáscar registaram decréscimos de pelo menos 60% de mortes em crianças com menos de cinco anos;
- Países incluindo o Níger, Malawi e Serra Leoa reduziram as mortes por cada 1,000 nados vivos em mais de 100.

Estes sucessos ajudam a demonstrar que um progresso substancial é realmente possível.

Qual o progresso ainda necessário?

Existem ainda alguns desafios.

- É necessária uma atenção especial à proporção crescente de mortes que ocorrem durante o período neonatal, para assegurar o progresso na redução da mortalidade infantil global.
- A pobreza continua a ter um papel principal na determinação da taxa de sobrevivência nas crianças com menos de cinco anos.
- Educar e capacitar as mulheres e assegurar o acesso a serviços básicos assim como serviços de cuidados críticos aos pobres é essencial para promover a equidade e reduzir a mortalidade infantil.
- Cuidados competentes melhorados aquando do nascimento é um requisito essencial para reduzir os nados mortos pré-termo e intraparto; além de que as intervenções utilizadas nesta abordagem também são eficazes para melhorar outros resultados maternos e do recém-nascido (WHO/UNICEF 2012, p.17).

Quais as estratégias que têm sido utilizadas?

Os enfermeiros e bons cuidados de saúde têm um papel fundamental, como provam a maioria das 7,6 milhões de mortes infantis que ocorrem todos os anos e que podem ser prevenidas utilizando intervenções eficazes e acessíveis. Estas intervenções incluem: cuidar de recém-nascidos e das suas mães; práticas de amamentação e nutrição adequadas e imunização; lavagem das mãos com sabão e acesso a água potável e instalações sanitárias; controlo de malária; prevenção e cuidados no âmbito do VIH/SIDA; opções de tratamento *lifesaving* depois de uma criança adoecer tais como a gestão da pneumonia (incluindo antibióticos para a pneumonia bacteriana) e sais de reidratação oral e zinco para a diarreia. Num país com uma mortalidade elevada estas intervenções podem reduzir o número de mortes em mais de metade – os enfermeiros são essenciais para defender, moldar e prestar estas intervenções (WHO/UNICEF 2012, p.18).

A OMS promove quatro estratégias principais que são complementadas por intervenções de saúde materna – em particular, cuidados especializados durante a gravidez e parto, por exemplo por enfermeiros de saúde familiar – e que são um exemplo da resposta de natureza integrada necessária:

- Cuidados domiciliários apropriados e tratamento atempado de complicações nos recém-nascidos;
- Gestão integrada das doenças da infância para crianças com menos de 5 anos de idade;
- Programa de imunização expandido (ver caixa);
- Alimentação infantil e da criança jovem.

Progresso: sarampo

Melhorias na imunização têm resultado numa redução em 74% na mortalidade global por sarampo, de um número de 535,300 mortes estimadas em 2000 para 139,300 em 2010. A África Subsaariana tem feito o maior progresso, com uma descida de 85% nas mortes por sarampo durante este período (UN 2012a, p.29). A proporção aumentada de crianças com um ano de idade imunizadas contra o sarampo foi atingido através de melhorias em imunizações de rotina contra o sarampo, campanhas de imunização em grande escala e atividades de imunização suplementar concebidas para atingir crianças que não têm acesso aos serviços de saúde existentes.

Outras estratégias incluem o desenvolvimento de um plano de ação global para intensificar intervenções de eficácia comprovada e aumentar o compromisso na abordagem à diarreia e à pneumonia (WHO/UNICEF 2012, p18).

Desafios Subjacentes

Mortalidade Neonatal

A mortalidade não está a ser reduzida uniformemente. Reduções na mortalidade neonatal – o primeiro mês após nascença – ficam atrás dos ganhos em sobrevivência pelas crianças mais velhas. Embora, globalmente, as mortes neonatais tenham diminuído de 32 por 1,000 nados vivos em 1990 para 23 em 2010, a África Subsaariana reportou a menor melhoria nas últimas duas décadas, e apresenta uma taxa de mortalidade neonatal superior (35 mortes por cada 1,000 nados vivos em 2010) do que qualquer outra região (UN 2012a, p.27). Reduções rápidas na mortalidade neonatal são fundamentais para cumprir o ODM 4 (WHO/UNICEF 2012, p.13).

Desigualdade

Como foi discutido no Capítulo 1, uma das críticas aos ODMs é que não são dirigidos à equidade logo, por exemplo, um país como um todo pode cumprir o ODM 4, apesar de muitas das populações mais carenciadas continuarem a sofrer de elevadas taxas de mortalidade infantil. Existem muitas disparidades rural-urbanas: crianças de áreas rurais nas regiões em desenvolvimento têm menos probabilidade de viver para além dos 5 anos, e crianças dos lares 20% mais pobres têm quase o dobro da probabilidade de morrer antes dos 5 anos em comparação com as crianças dos lares 20% mais ricos.

Para além disso, a educação da mãe é um forte determinante de iniquidade, com as crianças de mães educadas – mesmo mães com apenas a escolaridade primária – a apresentarem maior probabilidade de sobrevivência em relação a crianças com mães sem escolaridade (UN 2012a, p.28).

Isto demonstra também a importância de uma abordagem holística no cumprimento dos ODMs – melhorando a educação e capacitando as mulheres tem-se impacto na saúde da próxima geração.

Doenças Infecciosas

A pneumonia e a diarreia são grandes assassinas de crianças no mundo em desenvolvimento. Aproximadamente 90% das mortes nas crianças devido a estas duas doenças ocorrem na África Subsaariana e Ásia do Sul, e os cinco países onde ocorrem o maior número de mortes são: India, Paquistão, Nigéria, Republica Democrática do Congo e Etiópia (WHO/UNICEF 2012, p.18).

Apesar de algum progresso (ver caixa acima), estima-se que 19,1 milhões de crianças – muitas das quais estão entre as mais pobres e mais marginalizadas, vivendo em áreas de difícil acesso – não foram imunizadas contra o sarampo: sendo que os níveis de cobertura na África Subsaariana e na Ásia do Sul ainda não atingiram os 90%. Preocupantemente, os casos de sarampo relatados, depois de terem diminuído de 2000 para 2008 e manterem-se estáveis em 2009, aumentaram em 2010, com grandes surtos relatados em África, Mediterrâneo do Leste, Europa, Ásia do Leste e Sudeste, e Oceânia (UN 2012a, p.29).

Subnutrição

A subnutrição – consumo inadequado energético ou de micronutrientes – aumenta o risco de morte e problemas de saúde no período pré-natal e durante a infância. *Wasting*[7] (baixo peso para a altura) nas crianças com menos de 5 anos é um indicador fidedigno de insegurança alimentar aguda e uma criança *wasted* tem maior risco imediato de morte do que uma criança atrofiada. A prevalência de *Stunting*[8] (baixo peso para a idade) é também um indicador fundamental de progresso na sobrevivência infantil, refletindo uma exposição longa à má saúde e nutrição, especialmente nos primeiros dois anos de vida. Em muitos países em desenvolvimento, mais de um terço das crianças são atrofiadas, nomeadamente as que se encontram nas populações mais carenciadas. Isto pode também ter implicações graves mais tarde na vida – quando as crianças são subnutridas nos seus primeiros anos de vida (nomeadamente antes dos dois anos de idade), isso pode influenciar o sucesso educacional, que se pode traduzir num rendimento mais baixo enquanto adulto, perpetuando a pobreza através de gerações.

[7] *Nota de Tradutor: Wasting* = Magreza = desnutrição aguda

[8] *Nota de Tradutor: Stunting* = Raquitismo = desnutrição crónica

ODM 5: Melhorar saúde materna

Meta: Reduzir em três quartos o ratio de mortalidade materna, entre 1990 e 2015.

Indicadores:

- Ratio de mortalidade materna
- Proporção de nascimentos assistidos por profissionais de saúde especializados

Qual o progresso realizado?

O número de mulheres que morrem durante a gravidez ou o parto diminuiu globalmente em quase 50% desde 1990 – de 543,000 para cerca de 287,000. Nas regiões em desenvolvimento o número de mortes maternas por 100,000 nados vivos – o rácio de mortalidade maternal (RMM) – diminui de 440 em 1990 para 240 em 2010: sendo que a Ásia do Leste tem o nível mais baixo das regiões em desenvolvimento, com um RMM de 37. Mas, por cada mulher que morre, aproximadamente outras 20 sofrem lesões, infeções e incapacidades (WHO/UNICEF 2012, p.13).

A tabela abaixo fornece uma avaliação regional do progresso para o cumprimento do objetivo, focando as metas para reduzir a taxa de mortalidade materna em três quartos e aumentar o acesso à saúde reprodutiva (UN 2012c). Funciona a dois níveis:

- A sombra da caixa indica se uma meta vai ser cumprida ou excedida até 2015 se as tendências continuarem (cinzento), se o progresso é insuficiente para atingir a meta (branco), ou se os dados são insuficientes (preto); e
- As palavras em cada caixa indicam os níveis atuais de mortalidade materna * e acesso à saúde reprodutiva.**

	África		**Ásia**				**Oceânia**	**América Latina & Caraíbas**	**Caucásia & Ásia Central**
	Norte	**Subsaariana**	**Oriental**	**Sudeste**	**Sul**	**Ocidental**			
Reduzir mortalidade maternal em três quartos	Mortalidade Baixa	Mortalidade Muito Elevada	Mortalidade Baixa	Mortalidade moderada	Mortalidade Elevada	Mortalidade Baixa	Mortalidade moderada	Mortalidade Baixa	Mortalidade Baixa
Acesso a saúde reprodutiva	Acesso Moderado	Acesso Baixo	Acesso Elevado	Acesso Moderado	Acesso Moderado	Acesso Moderado	Acesso Baixo	Acesso Elevado	Acesso Moderado

* Mortalidade materna baixa indica <100 mortes maternas por 100,000 nados vivos; mortalidade moderada 100 – 200; mortalidade elevada 200 – 500; mortalidade muito elevada> 500.

** Acesso baixo a saúde reprodutiva (taxa de prevalência contracetiva – percentagem de mulheres entre os 15 e 49 anos de idade, casadas ou em união de facto, que utilizam contraceção) indica <40%; acesso moderado 40 – 65%; acesso elevado> 65%.

Qual o progresso que ainda tem que ser realizado?

Subsistem desafios significativos no combate à mortalidade maternal.

- *Iniquidades regionais:* O RMM nas regiões em desenvolvimento mantém-se 15 vezes superior relativamente às regiões desenvolvidas: uma mulher no Chade tem uma probabilidade de 1 em 15 de morrer de uma causa maternal durante a sua vida e uma mulher do Afeganistão tem uma probabilidade de 1 em 32, comparada com uma probabilidade de 1 em 3,800 para uma mulher num país desenvolvido (WHO/UNICEF 2012, p.13).
- *África Subsaariana*: 85% das mortes maternas em 2010 ocorreram em apenas duas regiões: África subsaariana (com 56% das mortes maternas; um RMM de 500) e Ásia do Sul (29%): 245,000 no total. Igualmente, a África Subsaariana também tem a maior proporção (10%) de mortes maternas atribuídas a VIH: mais de 90% das 19,000 mortes anuais indiretamente relacionadas com a SIDA ocorrem na África Subsaariana (UN 2012a, p.31).

Quais as estratégias que têm sido utilizadas?

Os períodos pré e pós-natal, assim como o parto, são momentos importantes para chegar às mulheres com intervenções e informação que promova a saúde, o bem-estar e a sobrevivência das mães assim como dos seus bebés. Profissionais de saúde qualificados (médicos, enfermeiros ou parteiros) podem prevenir e gerir complicações que colocam a vida em risco, tais como hemorragias, ou referenciar os doentes para um nível de cuidados mais elevado quando necessário.

- Cobertura pré-natal – pelo menos uma visita com um médico, enfermeiro ou parteiro – tem aumentado progressivamente nas regiões em desenvolvimento de 63% em 1990 para 71% em 2000, e depois para 80% em 2010 (UN 2012a, p.32).
- Globalmente nas regiões em desenvolvimento a proporção de partos assistidos por profissionais de saúde especializados aumentou de 55% em 1990 para 65% em 2010. Contudo, menos de metade dos nacimentos na África Subsaariana e Ásia do Sul são assistidos por profissionais de saúde especializados.

O aumento no acesso a métodos contracetivos seguros, acessíveis e eficazes tem contribuído para melhorias na saúde materna e infantil através da prevenção de gravidezes indesejadas ou pouco espaçadas. A utilização aumentou rapidamente de 1990 para 2000 em muitas regiões, mas desde então o ritmo do progresso tende a diminuir.

- Em 2010, mais de metade das mulheres com idades compreendidas entre 15 e 49 anos que eram casadas ou encontravam-se em união de facto utilizavam alguma forma de contraceção em todas as regiões exceto na África Subsaariana e Oceânia. As mulheres na África Subsaariana tinham o nível mais baixo de prevalência contracetiva – apenas 25%, o que é inferior ao nível de 1990 das outras regiões (UN 2012a, p.35).

Onde ocorrem abortos inseguros (ver abaixo), cuidados pós-aborto para as mulheres são importantes para resolver complicações e garantir o acesso à contraceção. Enfermeiros e profissionais de saúde qualificados, gestão de dor apropriada, cuidados de acompanhamento incluindo identificação e tratamento de hemorragia ou infeção, remover o estigma do profissional de saúde acerca de cuidar da mulher após um aborto, e aumentar e melhorar o aconselhamento e os serviços de planeamento familiar, são todos componentes necessários (WHO & UNICEF 2012, p.20).

- A OMS estima que 75% dos abortos inseguros podem ser evitados, caso a necessidade de planeamento familiar seja satisfeita (WHO/UNICEF 2012, p.19).

Desafios Subjacentes

Muitos dos desafios subjacentes para melhorar a saúde materna são exacerbados pela falta de serviços de planeamento familiar e obstétricos e por desafios pré e pós-natal, onde os enfermeiros estão bem colocados para ajudar a resolver.

Gravidez precoce

A gravidez precoce está associada a riscos de saúde extras tanto para as mães como para os seus bebés. Em países onde o casamento numa idade jovem é relativamente comum, o desenvolvimento e implementação de programas culturalmente sensíveis para adiar a idade do matrimónio e a promulgação e aplicação de leis relativamente a uma idade mínima para casar pode contribuir para reduzir ainda mais a gravidez nas adolescentes (UN 2012a, p.34).

Nas regiões em desenvolvimento como um todo, o número de nascimentos por 1,000 mulheres com idades compreendidas entre 15 a 19 anos diminuiu entre 1990 e 2000. Desde essa altura, a taxa de declínio tem diminuído ou até revertido na maioria das regiões. Contudo, a África Subsaariana continua a ter a taxa de natalidade mais elevada entre adolescentes (120 nascimentos por 1,000 mulheres adolescentes), com pouco progresso desde 1990, e a taxa de natalidade adolescente também permanece elevada na América Latina e Caraíbas.

> Onde o casamento numa idade jovem é relativamente comum, o desenvolvimento de implementação de programas culturalmente sensíveis para adiar a idade do matrimónio e promulgar e aplicar leis relativamente à idade mínima para casar contribui para a futura redução de gravidez na adolescência.

Cuidados Pré-Natais

Tem existido progresso na maioria das regiões no cumprimento da recomendação da OMS para o número mínimo de quatro visitas de cuidados pré-natais (incluindo, no mínimo, rastreio e tratamento de infeções e identificação de sinais de alerta durante a gravidez). Contudo, quase metade das mulheres grávidas nas regiões em desenvolvimento ainda não têm o número recomendado de visitas e a qualidade dos cuidados prestados aquando a visita precisa de atenção (UN 2012a, p.33). Adicionalmente, existem diferenças significativas na cobertura dentro de regiões: o Sul da África relatou cobertura praticamente universal em 2010, mas na África Ocidental quase um terço das mulheres grávidas não recebeu visitas pré-natais.

Condições específicas

Hemorragias e hipertensão juntos respondem por mais de metade das mortes maternas, e sépsis e abortos inseguros juntos são responsáveis por 17%. Parto obstruído e anemia são classificados pela OMS como fatores contribuintes em vez de causas diretas de morte. Causas indiretas, incluindo mortes devido a condições como a malária, VIH/SIDA e doenças cardíacas, representam cerca de 20%, o que reforça a necessidade de ter uma abordagem compreensiva em vez de uma abordagem vertical no tratamento dos ODMs relacionados com a saúde (WHO/UNICEF 2012, p.16).

Abortos inseguros

Abortos inseguros (i.e. abortos realizados por alguém que não tem as competências necessárias ou está num ambiente que não cumpre os requisitos mínimos) causam infeções graves, hemorragia e danificam órgãos. Cada ano, os abortos inseguros resultam na morte de 47,000 mulheres e incapacidade temporária ou permanente entre outras cinco milhões, quase todas em países em desenvolvimento.

De acordo com o Grupo Interagência para uma Maternidade Segura (*Inter-Agency Group for Safe Motherhood)*, 'Um aborto inseguro é a causa de morte maternal mais negligenciada e mais prevenível' (WHO/UNICEF 2012, p.20).

ODM 6: Combater VIH/SIDA, malária e outras doenças

Meta: Até 2015, deter e começar a reverter a propagação do VIH/SIDA

Indicadores:

- Prevalência de VIH entre mulheres grávidas entre os 15 e os 24 anos
- Taxa de uso de preservativo e taxa de prevalência de contracetivos
- Uso de preservativo na última relação sexual de elevado risco
- Percentagem da população com idades entre 15 e 24 anos com conhecimento compreensivo e correto do VIH/SIDA
- Taxa de prevalência contracetiva
- Rácio de uso de preservativo na última relação sexual de elevado risco

Alvo: Obter, até 2010, acesso universal ao tratamento para VIH/SIDA por todos que o necessitem

Alvo: : Até 2015, deter e começar a reverter a incidência de malária e outras doenças major

Indicadores:

- Prevalência e taxas de mortalidade associadas à malária
- Proporção da população em áreas com risco de malária que utilizam medidas de prevenção e tratamento de malárias eficazes
- Prevalência e taxas de mortalidade associadas à tuberculose
- Proporção de casos de tuberculose detetados e curados sob DOTS (estratégia de controlo de TP internacionalmente recomendada)

Qual o progresso realizado?

Embora haja variação regional significativa, existem alguns sucessos no combate às doenças incluídas no ODM 6.

VIH/SIDA

- Menos pessoas estão a ser infetadas com VIH e a taxa de declínio está a ocorrer mais rapidamente em alguns países relativamente a outros. Em 2010 as novas infeções anuais – 2,7 milhões de pessoas, 390,000 das quais eram crianças – foram 21% mais baixas do que no auge de 1997 e 15% mais baixas do que em 2001.
- No final de 2010, aproximadamente 34 milhões de pessoas viviam com VIH, um aumento de 17% em relação a 2001 (UN 2012a, p.39). Este aumento persistente reflete um número elevado contínuo de novas infeções juntamente com uma expansão significativa no acesso a terapias antirretrovirais (TAR) *lifesaving*, que transformou o VIH de uma sentença de morte numa doença crónica gerável, permitindo às pessoas terem vidas plenas e ativas.

- O número de pessoas que morrem por causas relacionadas com a SIDA diminuiu para 1,8 milhões em 2010, abaixo de um pico de 2,2 milhões nos meados do ano 2000. Um total de 2,5 milhões de mortes têm sido evitadas nos países de baixo e médio rendimento desde 1995 devido à introdução de TAR (UN 2012a, p.39). Em 2010, 6,5 milhões de pessoas estavam a receber TAR, aumentando em quase 20%, para 8 milhões, em 2011 (UNAIDS 2012, p.9) – mas, como referido a seguir, ainda existe um grande caminho a percorrer.

Malária

Existem reduções significativas no número de casos relatados de malária, com muitos países a atingir uma redução de mais de 50% entre 2000 e 2010 (UN 2012a, p.42).

Tuberculose

Globalmente, as taxas de incidência da tuberculose atingiram um pico em 2002 e têm descido desde daí. O número absoluto de novos casos também tem começado a diminuir, embora muito lentamente. Se a tendência atual se mantiver, o mundo irá cumprir a meta de deter a propagação e começar a reverter a incidência da doença (UN 2012a, p.44).

A tabela encontrada abaixo fornece uma avaliação regional do progresso para dois aspetos de cumprimento do objetivo: parar e reverter o VIH/SIDA e a tuberculose (UN 2012c). Funciona a dois níveis:

- A sombra da caixa indica se uma meta vai ser cumprida ou excedida até 2015 se as tendências continuarem (cinzento), ou se o progresso é insuficiente para atingir a meta (branco), ou se não tem havido progresso ou deterioração (preto); e
- as palavras em cada caixa indicam a incidência de VIH* e a mortalidade associada à TP.**

	África		**Ásia**				**Oceânia**	**América Latina & Caraíbas**	**Caucásia & Ásia Central**
	Norte	**Subsaariana**	**Oriente**	**Sudeste**	**Sul**	**Ocidente**			
Deter e começar a reverter a propagação de VIH/SIDA	Incidência Baixa	Incidência Elevada	Incidência Baixa	Incidência Baixa	Incidência Baixa	Incidência Baixa	Incidência Baixa	Incidência Baixa	Incidência Baixa
Deter e começar a reverter a propagação de TP	Mortalidade Baixa	Mortalidade Elevada	Mortalidade Baixa	Mortalidade moderada	Mortalidade moderada	Mortalidade moderada	Mortalidade Elevada	Mortalida de Baixa	Mortalidade moderada

* Uma incidência baixa de VIH indica <0.05 novas infeções por VIH por ano por 100 pessoas com idades entre 15 e 49 anos; incidência intermédia 0,05 – 0,25; incidência elevada> 0.25.
** Mortalidade baixa por TP indica <8 mortes por ano por 100,000 população; mortalidade moderada 8 – 29; mortalidade elevada > 29.

VIH/SIDA

Qual o progresso que ainda precisa de ser feito?

Existem variações regionais significativas (UN 2012a, p.39).

- A África Subsaariana representou 70% novas infeções por VIH em 2010, embora abrigue apenas 12% da população global. Contudo, a taxa varia amplamente, continuando a epidemia a ser mais grave no Sul de África.
- As Caraíbas têm a segunda maior taxa de incidência regional de VIH, embora o crescimento da epidemia tem diminuído significativamente desde dos meados dos anos 90.
- A incidência e prevalência de VIH é substancialmente mais baixa na Ásia do que noutras regiões. Contudo o tamanho absoluto da população Asiática significa que tem o segundo maior número de pessoas que vivem com VIH.
- Em contraste com outras regiões, novas infeções por VIH continuam a crescer na Caucásia e na Ásia Central.

A proporção de mulheres que vivem com VIH tem permanecido estável nos 50% globalmente, embora as mulheres sejam desproporcionalmente afetadas na África Subsaariana (50% de todas as pessoas que vivem com VIH) e nas Caraíbas (53%) (UN 2012a, p.39).

O objetivo de 2010 de acesso universal a terapia antirretroviral não foi atingido. Mais de 50% das pessoas elegíveis na África Subsaariana ainda não estão a receber terapia antirretroviral (UN 2012a, p.42), embora o Botsuana, Namíbia e a Ruanda já tenham atingido o acesso universal, cobrindo pelo menos 80% da população necessitada (UN 2012a, p.42).

Quais as estratégias utilizadas?

As principais estratégias para cumprir os objetivos e as metas têm incluindo a educação e sensibilização, alteração de comportamentos, aconselhamento e deteção, melhores cuidados e maior acesso a tratamento. Os enfermeiros têm estado envolvidos ativamente na operacionalização destas estratégias chave em colaboração com uma ampla variedade de parceiros nacionais e internacionais. Em muitos países, o estabelecer de serviços para ir de encontro à epidemia VIH/SIDA tem revolucionado a acessibilidade e prestação de serviços de saúde, com um aumento no envolvimento comunitário e a transferência de tarefas através do pessoal da saúde.

Programas de saúde materna são um ponto de acesso importante das mulheres a testes e serviços para a prevenção da transmissão de mãe para filho. Não existem pontos de entrada comparáveis para os homens. Sem tratamento, cerca de um terço das crianças nascidas de mães que vivem com VIH irão ficar infetadas no útero, aquando a nascença ou através da amamentação, e o risco pode ser muito reduzido através do tratamento da gestante com medicina antirretroviral.

Campanhas na comunicação social e o uso de novas tecnologias da comunicação têm tido sucesso no aumento de conhecimento e na mudança comportamental (incluindo entre os adolescentes), especialmente quando complementado com educação sexual e através do uso de técnicas de comunicação novas tal como a incorporação de mensagens em programas televisivos.

Desafios subjacentes

Disponibilidade e acessibilidade: A disponibilidade e acessibilidade ao diagnóstico e tratamento vitalício mantém-se um grande desafio em muitos países em desenvolvimento. Quantas mais pessoas beneficiam de tratamento antirretroviral, maior a preocupação acerca da resistência à

terapêutica VIH. O VIH muta rapidamente e, dado que o tratamento é vitalício, parece provável que surjam mais estirpes resistentes à terapêutica.

Barreiras para a mudança comportamental: Ao nível do indivíduo, conhecimento e compreensão são fundamentais para a mudança comportamental e interiorização e utilização dos serviços para tratamento do VIH, incluindo testes VIH. Contudo, fatores culturais e religiosos podem determinar até que ponto os indivíduos, grupos e populações estão preparados para seguir o aconselhamento médico e mudar comportamentos – por exemplo, o uso do preservativo ou relações monógamas. Assegurar o compromisso político para abordar a epidemia tem sido mais desafiante em alguns países em relação a outros. O combate à propagação de VIH/SIDA pode também ser particularmente difícil nos locais onde as mulheres não estão capacitadas para cuidar da sua própria saúde – por exemplo, onde as mulheres não têm acesso a, ou não podem insistir sobre o uso de preservativos.

Discriminação: O estigma e a discriminação continuam a ser generalizados e podem-se manifestar de várias formas – comentários inapropriados, violação da confidencialidade do doente, demora e recusa de testes e tratamento, e isolamento social. Isto pode reduzir a utilização de intervenções tais como o aconselhamento e testes, incluindo entre grávidas, o que também põe em perigo a saúde dos seus bebés. Os enfermeiros podem contribuir de forma significativa para combater o estigma e a discriminação utilizando as ferramentas e técnicas descritas no Kit do Dia Internacional do Enfermeiro 2003 do ICN – *Nurses: Fighting AIDS Stigma, Caring for All* [9] (ICN 2003).

Malária

Qual o progresso que ainda precisa de ser feito?

Apesar da queda da malária nas diversas regiões, continua a ser insuficiente para cumprir a meta do ODM. A África continua a ser mais afetada, com 81% dos casos de malária e 91% de mortes por malária. 86% destas mortes ocorreram entre crianças com menos de cinco anos de idade (UN 2012a, p.42).

Quais as estratégias utilizadas?

As principais estratégias para combater a malária incluem o uso de mosquiteiros tratados com inseticida (MTIs), pulverização residual interna (PRI), diagnóstico rápido e maior acesso a tratamento baseado na artemisina. A implementação bem-sucedida destas estratégias requer uma educação significativa e alteração comportamental entre as famílias e profissionais de saúde – por exemplo, na promoção do uso de MTIs, nomeadamente para crianças e grávidas – e mudar serviços de forma a facilitar o diagnóstico rápido e o acesso a tratamento apropriado.

Desafios subjacentes

Apesar do progresso realizado e das oportunidades para alcançar resultados mais bem-sucedidos, os gastos com a malária, tanto domésticos como internacionais, são inadequados para a prevenção e controlo.

Adicionalmente, existe uma preocupação crescente acerca da resistência crescente às artemisinas e inseticidas. Sem a devida atenção e gestão, isso representa uma grave ameaça para o progresso futuro.

[9] *Nota de Tradutor: Nurses: Fighting AIDS Stigma, Caring for All* = Enfermeiros: Combater o Estigma da SIDA, a Cuidar de todos

Outras doenças

Tuberculose

O ODM 6 permite o enfoque noutras doenças além do VIH/SIDA e da malária, nomeadamente a tuberculose, que tem sido sujeita a uma atenção especial devido à sua relação com o VIH/SIDA.

É estimado que em 2010 existam 12 milhões de pessoas a viver com tuberculose, 8,8 milhões de pessoas no mundo foram recém-diagnosticadas (incluindo 1,1 milhões de casos entre pessoas com VIH) e houve 1,4 milhões de mortes (incluindo 350,000 pessoas com VIH) (UN 2012a, p.44).

Embora, como acima referido, o aumento nas taxas de incidência esteja a diminuir, claramente não existe espaço para complacência. Estima-se que mais de um terço de novos casos continuam a não serem relatados e mais de 84% dos 290,000 casos estimados de tuberculose multirresistente em 2010 não foram diagnosticados e tratados segundo as *guidelines* internacionais. Além do mais, muitos doentes com tuberculose desconhecem o seu estado de VIH, podem ser VIH positivos e não terem acesso a terapêutica antirretroviral (UN 2012a, p.45)

Ónus da doença marginalizado

Têm surgido preocupações de que o foco específico do ODM 6 sobre o VIH/ SIDA, malária e tuberculose possa ter levado a que outros encargos com doenças igualmente prementes tenham sido marginalizados no que se refere ao foco e acesso a recursos. Estas incluem as doenças tropicais negligenciadas – um grupo de infeções parasitárias e bacterianas que afetam mais de 1,4 mil milhões, nomeadamente pobres, causando sofrimento físico e incapacidade tornando impossível para muitos saírem do ciclo da pobreza (*The Lancet* 2010).

Um outro grupo de doenças que não receberam a atenção e recursos que requerem são as doenças não transmissíveis (DNTs), nomeadamente a doença cardiovascular, a doença pulmonar crónica, a diabetes tipo 2 e o cancro. O aumento destas doenças, muitas das quais preveníveis, requer atenção urgente, dado que o encargo com as doenças transmissíveis e não transmissíveis irá colocar uma pressão insustentável e ingovernável sobre os sistemas de saúde do mundo desenvolvido e em desenvolvimento. Ao reconhecer isto, uma Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre a Prevenção e Controlo de Doenças não Transmissível (*United Nations High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*) – apenas a segunda reunião do género a ser realizada sobre o assunto da doença (a primeira sendo em 2001 sobre o VIH/SIDA) – foi realizada em Nova Iorque em setembro 2011 (C3 Collaborating for Health 2011). A saúde mental é também responsável por uma grande proporção dos encargos mundiais atribuíveis à doença, que também recebe pouca atenção e financiamento relativamente ao impacto que se projeta ter sobre as famílias, comunidades e economias (WEF/Harvard 2011).

Sumário

Os ODMs relacionados com a saúde têm ajudado a focar a atenção na necessidade dos sistemas de saúde serem sustentados por mecanismos de financiamento robustos; terem funcionários bem formados e bem remunerados; terem informação fiável onde basear decisões e políticas; terem instalações cuidadas; terem logística para prestar medicina de qualidade e tecnologias. Estes são os pré-requisitos caso os países queiram ir de encontro às necessidades das suas populações e prestarem serviços adequados quando e onde são precisos. As associações nacionais de enfermeiros estão bem colocadas para contribuir para e monitorizar o progresso dentro dos seus sistemas de

saúde; para apoiar e fazer *lobby* por melhorias onde for necessário; e para responsabilizar os seus governos.

Ao procurar abordar os ODMs, indicadores e metas, a importância de serviços integrados e de uma abordagem compreensiva tem sido enfatizada – por exemplo, prestar serviços apropriados e de qualidade a uma grávida VIH positiva influencia os 3 ODMs relacionados com a saúde e também estão associados a muitos outros ODMs. De igual forma, é possível acelerar o declínio na mortalidade nas crianças com menos de cinco anos através da expansão de intervenções que visam os principais fatores, ao mesmo tempo que se assegura a educação, se capacita as mulheres, se removem as barreiras sociais e financeiras para aceder a serviços básicos e se tornam os serviços críticos mais disponíveis para os pobres.

Trabalhar em conjunto para cumprir os ODMs também forneceu a pessoas de todos os sectores, incluindo os enfermeiros, oportunidades para desenvolverem o conhecimento e as competências para se envolverem num trabalho multissectorial e multiprofissional.

Capítulo 3
Combater a desigualdade

A contribuição da Enfermagem

Na última década tem havido grandes sucessos na melhoria do conhecimento e competências dos enfermeiros de forma a permiti-los a contribuir de forma significativa para o cumprimento dos ODMs relacionados com a saúde. Os enfermeiros são habitualmente os únicos profissionais de saúde acessíveis a muitas pessoas durante a sua vida e através do contínuo do cuidar ficam muito bem colocados para abordar de forma inovadora as populações carenciadas e desfavorecidas. Este capítulo irá realçar algumas das contribuições mundiais para o cumprimento dos ODMs e irá considerar como o *MDG Acceleration Framework* (UNDP 2011) pode ser utilizado pelos enfermeiros para focar as suas atividades e estimular e conduzir o progresso.

International Council of Nurses

O International Council of Nurses (ICN) tem feito uma contribuição significativa para o cumprimento dos ODMs, e não apenas os específicos para a saúde – o que é um testamento da importância da adoção de uma abordagem holística e compreensiva à saúde global, bem-estar e desenvolvimento. O ICN tem estado ativamente preocupado em influenciar políticas e programas de forma global e tem participado em fóruns de tomada de decisão assim como em reuniões e eventos internacionais. O ICN iniciou os seguintes programas, todos os quais se encontram descritos no *website* do ICN.

O ICN, em colaboração com a Fundação Internacional Florence Nightingale, estabeleceu o Fundo de Educação de Crianças Femininas (*The Girl Child Education Fund*) em 2005 cujo objetivo é manter as filhas órfãs de enfermeiras da África Subsaariana na escola. Até à data, 316 meninas no Quénia, Suazilândia, Uganda e Zâmbia beneficiaram desta iniciativa, que, para além dos benefícios de saúde para as meninas e suas famílias também contribui para o ODM 2 (atingir educação primária universal) e o ODM 3 (promover igualdade de género e capacitação feminina). Alguns dos benefícios de educar meninas incluem:

- Maior participação na força de trabalho e aumento do rendimento familiar; por cada ano adicional que uma menina anda na escola, o seu salário como adulta aumenta em aproximadamente 15%;
- Maior probabilidade de os seus filhos terem educação: crianças cujas mães não têm educação têm duas vezes maior probabilidade de sair da escola em relação às crianças cujas mães têm alguma educação;
- Planeamento familiar melhorado;
- Mortalidade infantil mais baixa: todos os dias mais de 2,700 crianças com menos de 5 anos irão morrer desnecessariamente devido ao facto de ter sido negada educação às suas mães;
- Menos mortes maternas durante o parto; e
- Taxas de VIH/SIDA diminuídas: as taxas duplicam entre jovens que não acabaram a escola primária.

Ao trabalhar com governos, parceiros do sector público e privado e associações nacionais de enfermagem (ANEs) em países anfitriões assim como as ANEs da Suécia, Noruega e Irlanda, o ICN estabeleceu seis Centros de Bem-estar para Profissionais de Saúde (*Wellness Centres for Health Care Workers*), que fornecem prevenção, tratamento e cuidados relacionados com o VIH e TP num ambiente discreto, aconselhamento psicológico e gestão de *stress*, prevenção e gestão de doenças não transmissíveis, formação sobre segurança no trabalho e desenvolvimento profissional contínuo. Para além de contribuir para o cumprimento do ODM 6, esta iniciativa também tem contribuído para a retenção e apoio dos profissionais de enfermagem no Lesoto, Suazilândia, Zâmbia, Uganda, Maláui e Etiópia.

O Projeto do ICN TP/TP MR tem feito uma contribuição vital para o ODM 6 através da preparação de mais de 1,000 enfermeiros como formadores em 13 países que, entre eles, têm formado na região mais 30,000 outros enfermeiros e profissionais de saúde, tendo impacto sobre a prevenção, cuidados e gestão de forma global. Para complementar esta formação, o ICN oferece um programa *online* 'Cuidar, prevenção e gestão da tuberculose' (*Care, prevention and management of tuberculosis*), que fornece ferramentas práticas aos enfermeiros e aos envolvidos no cuidar de doentes, famílias e comunidades afetadas pela TP, incluindo a TP multirresistente. O curso aplica-se a todos os contextos que lidam com os desafios de prestar cuidados quando os recursos são escassos e a carga de trabalho é elevada. O curso salienta particularmente a prestação de cuidados de boa qualidade centrados no doente e é relevante para os que querem atualizar os seus conhecimentos assim como para enfermeiros com experiência em trabalhar de forma rotineira com pessoas afetadas com TP.

Através do fornecimento de informação de enfermagem e de saúde atualizada aos enfermeiros que se encontram em áreas remotas ou rurais, incluindo os que trabalham nos contextos de refugiados mais pobres e vulneráveis, e os que trabalham em áreas de atingidas por catástrofes, as Bibliotecas Móveis do ICN/MSD têm permitido que milhares de enfermeiros e profissionais de saúde através da África Subsaariana e noutros países, incluindo o Haiti e Timor Leste, prestem cuidados adequados a crianças, mães, famílias e comunidades, desta forma ajudando abordar os ODMs 4, 5 e 6. Para alargar o alcance da biblioteca, versões Inglesas, Portuguesas e Francesas foram estabelecidas.

O ICN também desenvolveu e disseminou fichas informativas, tomadas de posição e outras publicações para informar e orientar os enfermeiros sobre vários assuntos. Estas podem ser consultadas via o *website* do ICN: www.icn.ch.

Ao contribuir para os ODMs não específicos para a saúde, o ICN fez parceria com o sector privado e as ANEs no Quénia, Maláui e Uganda para promover o acesso a água potável, um assunto chave para a melhoria da saúde infantil e cumprimento do ODM 4.

Em apoio ao ODM 3 (promover igualdade de género e capacitação feminina), o ICN pressionou ativamente como parte de uma ampla campanha para a criação de uma agência da ONU dedicada e bem financiada para promover os direitos humanos das mulheres e avançar a luta mundial para a igualdade de género, uma campanha que surgiu em 2010 de Mulheres ONU.

Além de trabalhar em conjunto a nível internacional, os enfermeiros e os parteiros também estabeleceram grupos regionais para maximizar os seus recursos e *inputs*, como acontece com os 15 países que formam a Rede Sul Africana de Enfermeiros e Parteiros (SAANEM) e que têm ajudado a moldar, informar e apoiar o papel dos enfermeiros na prevenção, no cuidar e na gestão de VIH/SIDA na sua região (ver www.saanem.org.za).

Os enfermeiros e agentes comunitários de saúde em Malindi, no Quénia, remodelaram os serviços ambulatórios para ir de encontro às necessidades dos doentes VIH-positivos que também foram diagnosticados com tuberculose, e uma enfermeira consultora particular estabeleceu uma clínica no bairro Kibera em Nairobi, onde providenciou um ambiente limpo e seguro para o parto assim como, cuidados pré e pós-natal contínuos às mães e crianças locais (ICN 2010).

No norte da Gana os enfermeiros foram colocados em locais comunitários e ajudaram a reduzir as taxas de mortalidade infantil em mais de metade em três anos. Os enfermeiros trabalharam com chefes e anciãos para ajudar a manter os costumes do curandeiros tradicionais de forma a aumentar a aceitação de tecnologias de saúde mais modernas. Isto reduziu demoras na procura de saúde parental e aumentou a sobrevivência infantil [Binka et al. 2007].

Na Papua Nova Guiné, um centro de saúde primária dirigido por enfermeiros presta serviços numa área remota com uma elevada taxa de VIH/SIDA. Os enfermeiros identificaram intervenientes locais chave (grupos de jovens, mulheres e líderes comunitários) em 14 aldeias para aumentar a consciência acerca do VIH/SIDA. Eles utilizam serviços de rádio de ondas curtas e sistemas de transmissão remota externa baseada na comunidade, bem como jornais locais, para fornecer informação de saúde e dar visibilidade aos serviços disponíveis. Eles também disponibilizam clínicas remotas em cada aldeia onde estabeleceram horas e dias de visita. Também conduzem *workshops* acerca do VIH/SIDA e trabalham com os cidadãos tópicos como a prevenção e outras áreas de saúde tal como a diabetes, hipertensão, cuidados pré-natais e imunização. (ICN 2008a)

Apesar da contribuição grande e ampla dos enfermeiros em muitos países alusiva ao acima referido e muitas descrições de atividades de enfermagem, serviços e inovações desenhadas para abordar os ODMs, o resultado das pesquisas literárias acerca da contribuição de enfermagem para os ODMs é dececionante e reforça a importância dos enfermeiros na promoção e publicação do seu trabalho. Isto não está apenas relacionado com os ODMs ou com enfermeiros a trabalhar em países de baixo rendimento. Uma Comissão Canadiana recente descobriu que o valor da enfermagem pode ser difícil de quantificar e notou que mesmo nas revisões sistemáticas e análises rigorosas, tende a haver um enfoque limitado na questão "como funciona?" em vez de "quem, com que características, e em que circunstâncias, quem mais beneficia das intervenções de enfermagem…de que forma beneficiam e a que custo?". A abordagem limitada a "como funciona?" precisa de ser expandida para permitir avaliações de enfermagem que considerem todos os fatores que perpetuam problemas ou determinam a saúde (National Expert Commission 2012, p.31).

Maximizar o impacto futuro

O *MDG Acceleration Framework* (MAF) foi desenvolvido em 2010 para fornecer uma estrutura sistemática que pode ser utilizada de forma colaborativa por um conjunto de intervenientes para ajudar a galvanizar o progresso a nível de um país com os ODMs que não se encontravam no caminho certo para serem cumpridos até 2015 ou onde houve um progresso lento ou irregular (UNDP 2011, p.5). A estrutura é baseada na premissa que com compromisso, enfoque nas intervenções certas e o tipo e nível de apoio certo, os ODMs são alcançáveis. Inclui quatro passos sistemáticos:

1) identificar as intervenções;

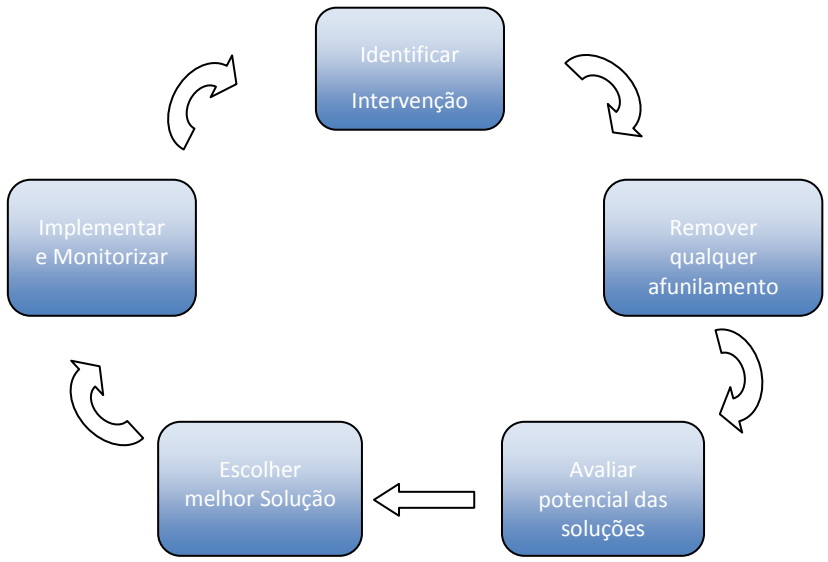
2) focar os pontos de estrangulamento que estão a prevenir as intervenções de serem implementadas;

3) decidir sobre as soluções; e

4) implementar e monitorizar.

O *Framework* inclui uma lista compreensiva de intervenções e soluções testadas que países podem adaptar e utilizar enquanto eles fazem o processo de quatro etapas. Embora o MAF tenha sido desenhado para complementar e desenvolver planos de países, também pode ser utilizado por enfermeiros para priorizar, focar, monitorizar e avaliar as suas atividades e contribuições para o cumprimento dos ODMs relacionados com a saúde.

O gráfico encontrado abaixo inclui soluções e intervenções recomendadas que são particularmente recetivos para a ação da enfermagem e que estão aqui categorizados em termos de: fortalecimento de sistemas de saúde; prática de enfermagem; promoção da saúde e prevenção da doença; e partilha de informação. Estes podem ser utilizados pelas ANEs, enfermeiros educadores, gestores de serviço, e outros para focar a atenção e energia e para ligar as iniciativas e recursos existentes. A utilização de uma estrutura internacional reconhecida pode ajudar os enfermeiros a articular e a descrever a sua contribuição para as prioridades nacionais, de saúde global e de desenvolvimento.



	ODM	Intervenções Sugeridas
Fortalecimento dos Sistemas de Saúde	4,5,6	Recrutamento, recompensa, retenção de profissionais de saúde e proteção da sua saúde
	4,5,6	Educação, formação e capacidade de construir para a prática, gestão, investigação e desenvolvimento
	4,5,6	Monitorização e avaliação
Prática de Enfermagem	4	Gestão integrada de doenças de infância
	4	Gestão da subnutrição e subnutrição aguda grave
	4,6	Prevenção, cuidados e gestão de doenças e enfermidades, incluindo diarreia, pneumonia, tuberculose e malária
	4,5	Cuidados pré-natais, parto, pós e neonatal
	4	Promoção da amamentação, apoio e educação para alimentação infantil mais segura para mães VIH positivas
	4,5	Apoio nutricional e aconselhamento para crianças, adolescentes, grávidas e mulheres a amamentar, focando nomeadamente sobre produtos locais
	4,5,6	Serviços de saúde reprodutiva e sexual para homens e mulheres, incluindo planeamento familiar
	4,6	Controlos da saúde do bebé e administração de programas de imunização incluindo o sarampo
	5	Cuidados obstétricos emergentes e encaminhamento apropriado
	5	Aconselhamento sobre aborto, na medida permitida por lei
	5	Atendimento qualificado, parto limpo, cuidados pós-parto
	5,6	Aconselhamento – planeamento familiar, contraceção, pós-aborto, VIH
	5	Monitorização e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis
	4,5,6	Prevenção de transmissão de VIH de mãe para filho (PMTCT)
	4,5,6	Segurança sanguínea, segurança injetável, controlo de infeção e precauções universais
	6	Cuidados e tratamento de VIH/SIDA, incluindo cuidados paliativos
	6	Prevenção, tratamento, cuidados e controlo de TP
	6	Serviços integrados VIH/TP
Promoção de saúde e prevenção da doença	4,5,6	Mudança de comportamento
	4,5,6	Aconselhamento e testes de VIH
	4,5,6	Divulgação da promoção de saúde e programas informativos para populações em desvantagem (em termos de rendimento, geografia, género, idade, etc.)
	6	Informação e educação para abordar o estigma e a discriminação
	4,5,6	Educação e serviços de saúde reprodutiva e sexual culturalmente adequados
	6	Prevenção e gestão do estigma e da discriminação
	6	Promoção do uso de redes anti mosquito
Partilha de informação	4,5,6	Monitorização de políticas e práticas
	4,5,6	*Networking* dentro e além do sector de saúde
	4,5,6	Troca de conhecimentos
	4,5,6	Tornar o conteúdo localmente adequado e acessível
	4,5,6	Uso adequado de novas tecnologias

Capítulo 4

Para além de 2015

A questão

Com dois anos a faltar para os ODMs chegarem ao fim, decorrem discussões relativamente à sua substituição por uma extensão do prazo, com um novo conjunto de objetivos estilo ODM, ou um sistema completamente novo. As negociações já se anteveem altamente complexas e o seu resultado é tudo menos claro. Existem perigos potenciais – que os novos objetivos sejam sobrecarregados (os novos objetivos não podem ser tudo para todas as pessoas); que sejam demasiado centrados no doador (são dominados pelas prioridades dos atores dos países desenvolvidos em vez das prioridades dos que são afetados pelo assunto); ou que sejam demasiado prescritivos (UN System Task Team 2012, p.33). Contudo, esta é uma oportunidade crucial para corrigir deficiências nos ODMs existentes e enfatizar prioridades do mundo do século XXI. Utilizar o tempo suficiente – em vez de apressar o processo – será essencial caso uma solução aceitável e compreensível queira ser encontrada.

O 'como?': o processo que irá estabelecer os objetivos futuros

As Nações Unidas são a entidade com a 'imparcialidade, neutralidade e legitimidade global' para agir como instigador e coordenador dos sucessores dos ODM (Vandemoortele 2012, p.14). Logo em 2011 o Secretário-geral da ONU começou a tarefa de avaliar a estrutura dos ODM e a investigar o que deve vir a seguir.

Uma Equipa de Trabalho Sistemática da ONU (*UN System Task Team)* sobre a Agenda de Desenvolvimento Pós-2015 já foi estabelecida, juntando representantes de mais de 50 organizações da ONU e outras entidades internacionais (ver Anexo 3). O papel desta Equipa de Trabalho (*Task Team*) inclui o estabelecimento de um 'roteiro' para determinar a agenda de desenvolvimento pós-2015 e, nomeadamente, assegurar *input* por parte de todos os intervenientes, incluindo os dos países em desenvolvimento que são mais afetados pela pobreza e pelas questões de saúde dos ODMs. Isto é essencial para a legitimidade – os objetivos originais foram criticados por terem sido construídos, na sua maioria, atrás de portas fechadas, por peritos. É habitual o caso dos investigadores e peritos ´perderem o que interessa aos pobres´ (Sumner 2009) caso as suas opiniões não sejam consideradas. Consultas nacionais já começaram e consultas temáticas já foram estabelecidas (incluindo sobre desigualdades e saúde), o que será chave no desenvolvimento da nova estrutura.

Adicionalmente, um Painel de Alto Nível de 26 ´pessoas eminentes´ (*High-level Panel of 26 'eminent persons'*) já foi nomeado – presidido conjuntamente pelo primeiro ministro do RU e os presidentes da Indonésia e Libéria – incluindo representantes de governos de países desenvolvidos e em desenvolvimento, e da sociedade civil (UN 2012b). Este Painel irá aconselhar o Secretário-geral, nomeadamente sobre o processo de desenvolvimento de Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (*Sustainable Development Goals*) (ver abaixo). (Para uma lista dos membros, consultar Anexo 3).

Uma complicação adicional é que as discussões estão a decorrer no contexto de um mundo muito mudado: países desenvolvidos estão afetados pela crise económica, e existem ameaças globais de alterações climáticas e de segurança humana – o que gera um período com um enquadramento 'orientado pelo choque' (Green 2012). Uma sugestão é a inclusão de 'um mecanismo para rever e ajustar os objetivos e as metas a meio caminho para considerar circunstâncias imprevistas e assegurar que os objetivos se mantêm relevantes e apropriados' (Overseas Development Institute 2012, p.9). Jan Vandemoortele, um dos arquitetos dos ODMs originais em 2001, pediu para combinar a urgência das questões com cautela aquando o desenvolvimento dos sucessores dos ODM – o que ele descreve como 'acelerando devagar' (Vandemoortele 2009). Sem ter um processo correto, o conteúdo será irrelevante, dado que os objetivos não terão a legitimidade necessária para impulsionar o desenvolvimento até meados do século.

O 'quê?': construindo sobre as lições aprendidas com os ODMs

Desde os primórdios dos ODMs tem havido discussão sobre os assuntos que devem, ou podem, ser adicionados à estrutura de desenvolvimento – e, apesar das críticas dos ODMs, construir sobre os mesmos é visto como essencial para estabelecer metas para além de 2015. De acordo com um inquérito recente da Comissão Económica da ONU para a África em 32 países Africanos, a esmagadora maioria dos intervenientes concordo que os ODMs eram 'prioridades de desenvolvimento importantes' para os seus países e 'devem constar na agenda pós-2015' (Vandemoortele 2012, p.7). Os pontos fortes dos ODMs – a sua clareza, concisão e mensurabilidade – deve ser retida para manter a continuidade, mas também existem fortes apelos para integrar assuntos chave que foram omissos.

Medir o progresso

Independentemente da forma de substituição dos ODMs, o progresso tem que ser mensurável – 'enquanto as disparidades no bem-estar humano não são adequadamente monitorizadas e relatadas, as sociedades não as irão abordar' (Vandemoortele 2012, p.35) – e os governos têm que ser responsabilizados por não progredirem. O cronograma – provavelmente com uma base de dados de 2010 – tem que ser longa o suficiente para a realização de mudanças reais e transformadoras – possivelmente 2030, ou até 2050. Quanto maior for a escala temporal, mais realizáveis serão os objetivos - mas isto também enfraquece a vontade política a curto e a médio prazo, pois o prazo final é muito para além do panorama dos atuais líderes políticos (UN System Task Team 2012, p.37). O contexto das metas intermédias pode ajudar a ultrapassar o 'deficit de responsabilidade' – talvez por agirem como 'postos de objetivos quantitativos' sobre os quais os líderes mundiais se reúnem cada cinco anos para relatar (Vandemoortele 2012, p.28). Metas intermédias podem também permitir o ajustamento ou o aperfeiçoamento de objetivos de longo prazo, para refletir as alterações das circunstâncias globais (tais como alterações climatéricas ou novas tecnologias).

Uma das críticas dos ODMs é que colocaram uma carga mais elevada de consecução sobre os países com um nível de desenvolvimento baixo – por exemplo, diminuir a mortalidade infantil em dois terços requer que os países menos desenvolvidos tenham um progresso absoluto maior, dado que a base inicial era demasiado elevada. O relato recente realizado pela Equipa de Trabalho Sistemática da ONU (*UN System Task Team*) especificou que uma combinação de *benchmarks* relativos e absolutos, permitindo aos países demonstrarem progresso, mesmo se ainda não atingiram a própria meta, poderão ser necessários para ultrapassar esta discriminação (UN System Task Team 2012, p.37). Isto requer uma metodologia que permita medir o ritmo do progresso, em vez de apenas o nível da concretização relativamente à meta (Fukuda-Parr 2012, p.13).

Relatórios regulares e dados precisos serão necessários; a capacidade de recolher dados precisa de ser reforçada em muitas partes do mundo. A informação também precisa de ser interligada de forma mais adequada – por exemplo, 'escolhas de desenvolvimento são habitualmente realizadas sem considerar os efeitos sobre a saúde' (Haines 2012, p.2193). Uma colheita de dados e avaliação melhoradas permitirão o progresso para saúde, sustentabilidade e medição de outros objetivos, o que permitirá a alocação da ajuda de forma mais eficaz. Apesar da disponibilidade de dados ter melhorado, continua inadequada em muitos países pobres, e a construção de capacidades nesses países irá requerer um apoio bem coordenado por parte dos parceiros de desenvolvimento e compromisso por parte do governo nacional (UN 2012a, p.66).

Equidade

Entre as críticas mais incisivas aos ODMs temos o facto dos objetivos – num nível macro (nacional ou comunitário) ou micro (familiar) – não terem em conta as iniquidades. Desigualdades – e os 'determinantes sociais da saúde' – têm sido realçados nos últimos anos, por exemplo pela Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on the Social Determinants of Health*), cujo relatório final, *Combater a Desigualdade numa Geração: Equidade em Saúde através da Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde*[10], chamou à atenção para se agir sobre a desigualdade: 'Alcançar a equidade de saúde dentro de uma geração é possível, é a coisa certa a fazer, e agora é o momento certo para fazê-lo.' (WHO 2008, p.iii).

A desigualdade pode ter diferentes formas.

- Ao nível nacional, diferentes países têm pontos de partida diferentes, contudo os ODMs são globais e não locais – logo, mesmo quando existe progresso significativo num país, a 'incapacidade' de atingir um objetivo pode ser realçado mais do que o progresso relativo (mas significativo) que foi realizado.
- A nível comunitário não existem incentivos para priorizar os mais desfavorecidos – entre eles os mais pobres, os habitantes de bairros desfavorecidos, os desempregados, os indigentes e outras minorias étnicas, e mulheres analfabetas (Vandemoortele 2012, p.11). Os relatórios dos países sobre o seu progresso em direção aos ODMs habitualmente não mencionam as minorias étnicas: em 2007, '*nenhum dos relatórios sobre os ODMs dos países considera as minorias em cada um dos oito objetivos*' (Human Rights Council 2007, p.2). De fato, tem sido argumentado que os ODMs podem ter servido como uma desculpa para justificar violações dos direitos humanos, tal como despejos forçados na limpeza de bairros na África do Sul. (A lei provincial que levou a isto foi posteriormente derrubada pelo Tribunal Constitucional Sul Africano) (OHCHR 2010, p.9).
- Iniquidades também podem ser abundantes dentro de famílias – por exemplo, meninos e homens podem ser priorizados sobre meninas e mulheres quando se trata da distribuição de comida, e a forma como o rendimento familiar é gasto pode mascarar sérias dificuldades entre alguns membros da família. Por exemplo, nas Filipinas, os agregados familiares mais pobres gastaram mais em tabaco em 2003 do que em saúde, educação e roupa combinados (WHO 2009, p.6).

Existem várias soluções propostas para a falha na priorização da equidade. A maior participação de grupos desfavorecidos nas negociações sobre prioridades para o futuro seria inestimável – como exemplo, em 1999 o estudo *Voices of the Poor* (World Bank 1999) recolheu informação de mais de 60,000 pobres em 60 países, e mudaram a nossa compreensão sobre a pobreza e o seu impacto

[10] *Nota de Tradutor:* Combater a Desigualdade numa Geração: Equidade em Saúde através da Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde = Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health

sobre a vida das pessoas. Este tipo de participação pode também ajudar a adequar as metas de desenvolvimento para circunstâncias nacionais e locais. Existe muitos precedentes para justificar a adaptação dos ODMs (globais) para realidades nacionais – por exemplo, a Tailândia tem alargado significativamente os ODMs ('ODM-Plus') para incluírem novas metas e indicadores (por exemplo, sobre doença cardíaca), assim como um foco explícito sobre iniquidade, que agora fornece a estrutura para o trabalho de desenvolvimento da ONU no país (UNDP 2005). E ainda existem outros exemplos – o Sri Lanka estabeleceu o objetivo de acesso universal a água potável até 2025, e o Quénia e o Maláui estão a introduzir educação primária gratuita como uma estratégia (OHCHR 2010, p.11).

As disparidades entre países são de crescente preocupação mundial – o Fórum Económico Mundial coloca agora a 'disparidade de rendimento grave' numa posição elevada na sua lista de Fatores de Risco Globais (como um alto risco para economias tanto em termos de probabilidade como de gravidade) (WEF 2012). A monitorização de dados desagregados também pode realçar disparidades de desenvolvimento entre países – as técnicas de recolha de informação estão a melhorar e podem permitir este tipo de monitorização.

Existe também a opção de uma meta separada sobre iniquidade – contudo, não existe uma única política que possa reduzir a iniquidade, logo, a sua integração através de toda a estrutura de desenvolvimento tem maior probabilidade de sucesso (Vandemoortele 2012, p.31). Ou então metas globais podem focar especificamente os mais marginalizados na sociedade, por exemplo, metas sobre a redução da mortalidade materna no quintil menos favorecido.

O que falta – e que diferença faz?

Uma sugestão para trazer equidade para os objetivos é incorporar os direitos humanos na estrutura. Utilizar uma 'abordagem de direitos humanos' (ver por exemplo Hamm 2001) para o desenvolvimento iria requerer que os governos e doadores considerassem todos, particularmente os que têm um risco elevado de terem os seus direitos humanos violados. Existem alguns direitos que se têm que aplicar a todos (por exemplo, o direito à vida), mas outros podem ser "realizados progressivamente", de acordo com as capacidades do governo – noutras palavras, reajustados e não permitir que sejam descurados. A preocupação é que, atualmente, 'se violações massivas dos direitos humanos são o método, ninguém é o mais sábio: os números mostram "progresso".' (Langford 2010, p.88).

Os direitos humanos estão sujeitos aos seus próprios tratados internacionais, o que coloca a não-discriminação no seu cerne e faz com que abranjam os direitos 'civis e políticos' (tal como o direito à vida e o direito a um julgamento justo) e direitos 'económicos, sociais e culturais' (incluindo direitos de 'usufruir do mais elevado nível possível de saúde mental e física'), com tratados adicionais para minorias e os que têm um risco elevado, tais como as crianças e as mulheres. Existe um debate considerável acerca de quais – se alguns – direitos humanos devem surgir explicitamente dentro de uma nova estrutura de desenvolvimento global. A Declaração do Milénio inclui questões em torno dos direitos civis e políticos, por exemplo, 'promover a democracia e fortalecer o estado de direito' (UN 2000, para 24), mas estes foram omissos dos ODMs. De fato, alguns direitos humanos parecem ir mais além dos ODMs – tal como o direito a uma educação primária gratuita (OHCHR 2010, p.3). Muitos direitos humanos estão interligados, direta ou indiretamente, à saúde.

Contudo, se todos os direitos humanos fossem explicitamente incluídos, existe o perigo de que um novo conjunto de metas ficarão fora de controlo, tornando-se inatingíveis no seu esforço de considerar todas as preocupações. Os direitos humanos já estão sujeitos aos seus próprios tratados, logo talvez seja melhor considerar as metas e os direitos humanos como 'complementos, e não como substitutos': 'os objetivos primários da agenda pós-2015 podem ser formulados utilizando a

linguagem dos direitos humanos…Metas numéricas podem ser estabelecidas como trampolins para a realização gradual destes direitos.' (Vandemoortele 2012, p.27-8).

Os direitos humanos não são a única questão que não foi incorporada dentro da estrutura dos ODMs, e que agora clamam inclusão. Por exemplo, desde 1990 que a maioria da carga de doença de muitos países de baixo e médio rendimento alterou-se dramaticamente das doenças transmissíveis para as doenças não transmissíveis. Em África, entre 2005 e 2015, estima-se que as mortes devido a DNTs aumentem em 27%, e no Sudeste Asiático que as mortes por doenças infecciosas desçam cerca de 16% e as mortes por DNT aumentem em 21% (WHO 2012). Estas doenças são causadas por mudanças em estilos de vida – dietas pouco saudáveis ricas em gordura, sal e açúcar; o uso nocivo de álcool; níveis baixos de atividade física; e tabagismo (WHO 2011, p.16). Muita da carga da doença pode ser prevenida através do combate a estes fatores de risco – e, quando as doenças surgem, existem muitos tratamentos disponíveis que podem ajudar a reduzir o risco de complicações. Boa saúde adulta é essencial para o desenvolvimento económico, e é dúbio se os ODMs irão ser cumpridos na sua totalidade sem combater o novo encargo das DNTs, quando as consequências económicas, sociais e emocionais da nova epidemia são tão vastas e crescentes. E o maior fator de risco de todos, o uso tabágico – estima-se ter morto seis milhões de pessoas em 2010, quase 80% destas vivendo em países de baixo e médio rendimento (American Cancer Society 2012, p.16) – é obviamente um candidato a uma meta. Algumas ANEs, incluindo as que se encontram em Malta, Panamá, Eslovénia e África do Sul, já estão a informar e a educar os seus membros para abordar o desafio das DNT (C3 Collaborating for Health 2010).

Outras áreas omitidas dos ODMs incluem: educação primária gratuita, acesso a água potável a preços acessíveis, ajuda para crianças órfãs devido ao VIH/SIDA, reduzir a violência contra as mulheres, comércio justo, segurança social, abolir o trabalho infantil (ver, por exemplo, Langford 2010, p.84). Alguns países já adicionaram metas aos seus planos para os ODM – a Tailândia tem uma meta de educação secundária superior para cumprir até 2015, tem um indicador em torno da pobreza nomeadamente nas áreas carenciadas e está a medir a prevalência e as taxas de mortalidade devido à doença cardíaca (UNDP 2005, pp.8-9) – mas a lista de questões é infinita e corre o risco de ficar fora de controlo. Dentro dos países os enfermeiros podem ter visões claras acerca das lacunas nos objetivos atuais e das prioridades para inclusão nos objetivos pós-2015 e as ANEs podem usar o *lobby* nacional e internacional bem como desenvolver parcerias com outros grupos e organizações para assegurar que as suas vozes são ouvidas.

Finalmente, qualquer conjunto novo de objetivos terá que ser 'à prova' do futuro. A demografia está a mudar rapidamente, com populações a envelhecer rapidamente em várias partes do mundo e com a população a encaminhar-se para os nove biliões até 2050; a insegurança alimentar está a tornar-se cada vez mais num problema; a insegurança e os conflitos armados – muitas vezes conduzidos pela pobreza e alterações climáticas – é um flagelo na maior parte do mundo, com as ameaças de terrorismo a aumentar; novas tecnologias como a *internet* levam às suas próprias oportunidades e desafios (falta de acesso à *internet* é uma iniquidade potencial); os padrões de doença estão a mudar, nomeadamente no que respeita às doenças não transmissíveis e às questões de saúde mental; e as alterações climáticas ameaçam fundamentalmente mudanças de estilos de vida e o sustento de todos no planeta. Todas estas questões têm que ser consideradas nos novos objetivos.

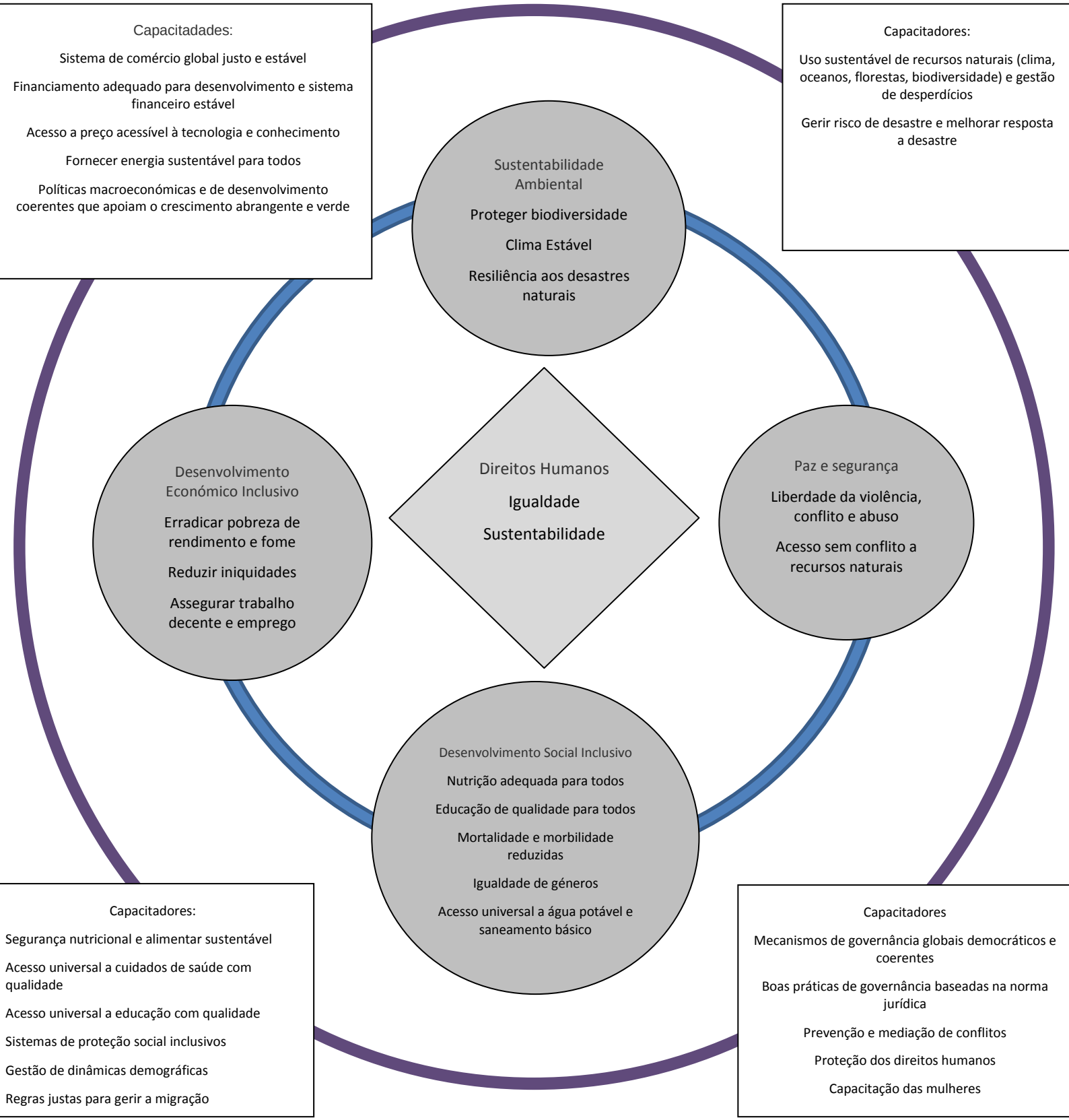
Compromisso: financiamento e parcerias

Um dos maiores desafios para os sucessores dos ODM será o facto de serem criados durante uma crise económica global grave. Mesmo quando as economias estavam em expansão, as promessas realizadas pelos países desenvolvidos não foram, na sua maioria, implementadas – por exemplo, em

2005 os países do G8 comprometeram-se a duplicar a ajuda ao desenvolvimento para África (Fukuda-Parr 2012, p.5) tendo sido cumpridas apenas por poucos países. A ajuda externa ao desenvolvimento [11](AED) permaneceu numa média de apenas 0,31% do rendimento nacional bruto dos doadores, apesar da meta da ONU ser de 0,7% - a África recebeu apenas $45 biliões em 2010, $16 biliões menos do que a meta (OHCHR 2010, p.15). Existem chamadas contínuas para isto aumentar, mas parece provável que o aperto piore: crises bancárias anteriores demonstraram que a ajuda dos doadores aumenta durante alguns anos e depois cai bruscamente, não retornando aos níveis anteriores durante um período de 15 anos (World Bank 2009, p.9). Este padrão pode estar a repetir-se – logo, é irreal esperar que um novo conjunto de objetivos de desenvolvimento seja acompanhado por aumentos substanciais em AED.

Talvez seja altura de olhar para outras formas de criar parcerias e assistência, tal como melhores requisitos de informação, mecanismos de reclamação melhorados, melhores parcerias com o setor privado (construídas sobre o ODM 8, relativo a parcerias), ou novas fontes de receitas, tais como um aumento dos direitos relativos a recursos naturais ou uma taxa de transação financeira (Green 2012). Como foi realçado pelas Nações Unidas em relação às doenças não transmissíveis, o desenvolvimento requer uma abordagem 'sociedade-toda' (UN 2011, para.33) – parcerias em todos os sectores pode ser uma das formas mais eficazes para cumprir os novos compromissos.

[11] *Nota de Tradutor*: Ajuda externa ao desenvolvimento (AED) = Overseas Development Assistance (ODA)


Capacitadades:
Sistema de comércio global justo e estável
Financiamento adequado para desenvolvimento e sistema financeiro estável
Acesso a preço acessível à tecnologia e conhecimento
Fornecer energia sustentável para todos
Políticas macroeconómicas e de desenvolvimento coerentes que apoiam o crescimento abrangente e verde
Capacitadores:
Uso sustentável de recursos naturais (clima, oceanos, florestas, biodiversidade) e gestão de desperdícios
Gerir risco de desastre e melhorar resposta a desastre
Sustentabilidade Ambiental
Proteger biodiversidade
Clima Estável
Resiliência aos desastres naturais
Desenvolvimento Económico Inclusivo
Erradicar pobreza de rendimento e fome
Reduzir iniquidades
Assegurar trabalho decente e emprego
Direitos Humanos
Igualdade
Sustentabilidade
Paz e segurança
Liberdade da violência, conflito e abuso
Acesso sem conflito a recursos naturais
Desenvolvimento Social Inclusivo
Nutrição adequada para todos
Educação de qualidade para todos
Mortalidade e morbilidade reduzidas
Igualdade de géneros
Acesso universal a água potável e saneamento básico
Capacitadores:
Segurança nutricional e alimentar sustentável
Acesso universal a cuidados de saúde com qualidade
Acesso universal a educação com qualidade
Sistemas de proteção social inclusivos
Gestão de dinâmicas demográficas
Regras justas para gerir a migração
Capacitadores
Mecanismos de governância globais democráticos e coerentes
Boas práticas de governância baseadas na norma jurídica
Prevenção e mediação de conflitos
Proteção dos direitos humanos
Capacitação das mulheres

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis: uma nova abordagem?

Acrescentando à incerteza atual sobre o futuro dos ODMso há uma proposta para um novo conjunto de objetivos globais: os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis[12] (ODS) – que, como os ODMs, seriam aplicados mundialmente, mas, ao contrário dos ODMs, têm o potencial para estabelecer metas desafiantes para os países desenvolvidos sobre emissões de carbono e outras questões relacionadas com o clima. Estes ODS foram discutidos na Conferência da ONU sobre Desenvolvimento Sustentável realizada no Rio (conhecida como 'Rio+20') em Maio de 2012. Os resultados do documento Rio+20 refere que qualquer ODS deve ser 'coerente com e integrado na Agenda de Desenvolvimento das Nações Unidas para além de 2015' (Rio 2012, para.249), sugerindo que poderá haver uma aproximação da agenda dos ODM e os processos de desenvolvimento sustentável. É uma grande oportunidade para juntar as agendas de sustentabilidade ambiental e irradicação da pobreza.

O *UN System Task Team* sobre o a Agenda de Desenvolvimento das Nações Unidas Pós-2015 produziu uma estrutura para desenvolvimento após 2015, fornecendo a base para juntar os ODS e os ODMs (ver figura) (UN System Task Team 2012: Figura 1) mas ainda não é claro se estarão acima dos ODMs, se os complementarão ou superá-los-ão. Como os ODMs, quaisquer metas estabelecidas pelos ODS irão para além do ciclo político – pelo que desenvolver meios inovadores para incentivar a realização progressiva de metas continuará a ser um desafio.

Embora os ambientalistas tenham ficado dececionados com os resultados vindos do Rio (destaque-se o fracasso notável para definir uma forte liderança no combate às alterações climáticas), um resultado positivo foi que a saúde foi reconhecida explicitamente no documento sobre resultados como 'uma pré-condição para, um resultado de, e um indicador de … desenvolvimento sustentável' (Rio 2012, para.138). A relação 'ganha-ganha' entre a sustentabilidade da saúde e do ambiente é cada vez mais reconhecida. Por exemplo, trabalhar para melhorar as tecnologias de baixo carbono nos países em desenvolvimento pode fornecer trabalhos e reduzir a poluição (ambos beneficiando a saúde), assim como conduzindo à redução dos preços da energia, caso um esquema de troca de emissões de carbono seja introduzido (Institute of Development Studies 2009). Adicionalmente, os benefícios em saúde advêm de assegurar que as cidades facilitam 'viagens ativas' (caminhada e ciclismo), que reduz a poluição e aumenta a atividade física (ajudando a reduzir a obesidade e consequentemente as doenças não transmissíveis).

Uma ONG – *Beyond 2015* – está em campanha para influenciar o desenvolvimento da estrutura pós-2015, incluindo que os objetivos sucessores dos ODM se liguem aos ODSs propostos (Beyond 2015 2012). Junta mais de 300 organizações da sociedade civil e o seu *website* será atualizado com a informação mais recente, incluindo questões de saúde, enquanto as negociações progridem: www.beyond2015.org.

[12] *Nota de Tradutor*: Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) = Sustainable Development Objectives (SDGs)

Conclusão: desafios chave

Existem muitas incertezas à volta da agenda de desenvolvimento pós-2015 – nomeadamente como 'desenvolvimento sustentável' e 'desenvolvimento' ir-se-ão juntar. Qualquer novo conjunto de objetivos globais deve encontrar um equilíbrio entre a compreensibilidade e a clareza - não tão onerosa a ponto de não ser mais confiável, mas também sem estabelecer a fasquia tão baixa a ponto de não ter sentido. Os objetivos têm que ser estabelecidos com o envolvimento dos que irão ser mais afetados, logo, a participação dos mais carenciados deve – o mais possível – ser procurada, e as negociações devem ser transparentes e as decisões responsabilizadas. A linguagem dos direitos humanos pode ajudar a estruturar os objetivos e o conceito de realização progressiva dos direitos humanos pode ser central. Finalmente, mecanismos de informação devem permitir a responsabilização, talvez com metas intermédias para assegurar a vontade política.

A tarefa pode parecer vasta e complexa, requerendo o malabarismo entre muitas preocupações diferentes, mas todas válidas, num mundo em rápida mudança e inseguro relativamente ao pós-ODM. Contudo, isto não nos pode impedir de tentar.

Capítulo 5

Papel das ANEs e dos enfermeiros no cumprimento dos ODMs e para a sustentabilidade para além de 2015

Mantendo a dinâmica

Os enfermeiros têm feito muito – e podem contribuir ainda mais – para o cumprimento dos ODMs e para ajudar a moldar e proporcionar objetivos sustentáveis e resultados para além de 2015. Desde do enfermeiro individual num contexto de cuidados primários remotos até aos líderes a nível nacional e internacional, os enfermeiros trabalham para fornecer cuidados e serviços apropriados, transformar sistemas, ambientes e políticas, e assegurar os recursos e condições necessárias para resultados de saúde melhorados. Para contribuir para o seu potencial máximo, os enfermeiros precisam de ser confiantes e corajosos na sua contribuição e estar dispostos a partilhar, colaborar e construir sob o progressos e sucessos até a data, assim como, aprender com as iniciativas, os projetos e programas que têm sido menos bem-sucedidos, ou têm tido resultados adversos ou não intencionais.

As associações nacionais de enfermeiros (ANEs) estão bem colocadas para informar, aconselhar, incentivar e apoiar enfermeiros, bem como para agir como um fio condutor para o livre fluxo de informação e comunicação das bases para o governo. As ANEs fornecem um foco para o envolvimento da enfermagem dentro e para além do sector da saúde a nível nacional e internacional. As ANEs têm que continuar a trabalhar com os governos e outros para fortalecer os sistemas de saúde e criar as condições necessárias para maximizar a contribuição dos enfermeiros, incluindo nos assuntos de falta de recursos humanos, falta de formação e implementação fraca.

Este é o tempo certo para as ANEs reenergizarem os seus membros e galvanizar os seus esforços em direção ao cumprimento dos ODMs na corrida para 2015, assim como para se informar e posicionar para influenciar a agenda pós-2015.

Parcerias, redes e alianças

Muitas vezes os enfermeiros sentem que as suas vozes não são ouvidas e que estão isolados e excluídos de estruturas chave, processos e tomadas de decisão. Contudo, o foco global, nacional e local sobre os ODMs forneceu muitas oportunidades para trabalhar em parcerias e construir alianças. 'Para evitar esforços duplicados e assegurar a sustentabilidade do progresso atual, os enfermeiros precisam de alinhar as suas estratégias com as estruturas existentes criadas por organizações multilaterais tal como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a ONU,' (Amieva and Ferguson 2012).

Para reforçar a sua influência em moldar políticas, serviços e cuidados, as ANEs têm mais probabilidade de atingir resultados de sucesso e sustentáveis se:

- Trabalharem em parceria com outras profissões, grupos e organizações e desenvolverem redes e alianças estratégicas;
- Alinharem com outras estruturas e estratégias locais, nacionais e internacionais para partilhar um foco comum, evitar sobreposição e realçar sinergias que possam ser cumpridas através da combinação de atividades para um resultado comum;
- Utilizarem o *Nursing and Midwifery Services Strategic Directions 2011 – 2015* (WHO 2010) da OMS como uma estrutura para uma ação colaborativa ampla e para priorizar as áreas que mais necessitam de assistência técnica e capacidade de construção dentro dos seus países para ir de encontro aos ODMs, e colaborar com parceiros e intervenientes chave para desenvolver, implementar, monitorizar e avaliar estratégias e programas de trabalho;
- Construírem sobre canais de comunicação existentes para manter os membros a par das questões e dos desenvolvimentos e fornecer oportunidades de rede para eles partilharem os seus esforços e experiências na melhoria de cuidados e serviços, incluindo soluções, sucessos, estudos de caso de boas práticas e lições aprendidas;
- Agirem no ponto focal para redes internacionais dentro da comunidade de enfermagem mundial e ligar membros de base com organizações nacionais e agências internacionais;
- Encorajarem os membros a se envolverem em redes globais que promovem a troca de informação, ideias e experiências entre a comunidade de saúde tal como a *Health information for All by 2015* (HIFA www.hifa2015.org) e a *Global Health Nursing and Midwifery* (www.ghdonline.org/nursing/); e
- Criarem e terem oportunidades de trabalhar e fazer parcerias com governos, ONGs, instituições de investigação e educação e, quando apropriado, o setor privado, doadores e financiadores assim como, com outros membros da equipa de saúde multidisciplinar incluindo parteiros, médicos e profissionais de saúde da comunidade, nomeadamente quando as pressões aumentam para fazer o maior progresso possível em cumprir os ODMs até 2015.

Conhecimento e competências

Para os enfermeiros fazerem uma contribuição eficaz, eles precisam de saber o que fazer e como fazê-lo. Isto requer um conhecimento amplo, aptidões e competências incluindo competências em prática clínica e gestão; educação e formação; formulação de políticas, política e influências; investigação e desenvolvimento; e disseminação e utilização de evidência.

As ANEs têm um papel importante na abordagem destas questões e na construção da capacidade e contribuição da força de trabalho de enfermagem. Elas podem:

- Interpretar e disseminar informação acerca do progresso dos ODMs e ações prioritárias num contexto local, logo, assegurando que os enfermeiros têm conhecimento do progresso local e nacional assim como das estratégias, sendo assim capazes de agir de forma apropriada;
- Promover e desenvolver abordagens inovadoras para assegurar que os serviços são construídos e fornecidos de forma sustentável para ir de encontro às necessidades das comunidades locais durante todo o ciclo de vida e contínuo de cuidados, incluindo aqueles com incapacidades que possam ter menos acesso a serviços de saúde e mais necessidades de saúde insatisfeitas;

- Utilizar de forma mais eficaz os recursos e a força de trabalho disponível e aumentar a abrangência e cobertura dos enfermeiros através da mudança de tarefas e prestação de serviços em circunstâncias novas e diferentes;
- Colaborar com parceiros dentro e além dos seus países para desenvolver e implementar padrões para a prática baseada na evidência e demonstrar o impacto através da obtenção de resultados no campo;
- Desenvolver e implementar a educação baseada na competência e programas de formação a nível pós-básico, para abraçar desafios específicos relacionados com o cumprimento dos ODMs; e
- Trabalhar com parceiros académicos e outros para contribuir para a monitorização e notificação de progressos; gerar evidência para opções de saúde e de políticas; e desenvolver a base de evidência sobre serviços de enfermagem e de parteiros custo-efetivos e o seu impacto sobre os ODMs relacionados com a saúde.

Advocacia e *lobbying*

Os enfermeiros podem alavancar-se na advocacia e no *lobbying* de forma pessoal/profissional até à mudança de políticas/níveis de sistema (ICN 2008b). A atenção nacional e internacional colocada sobre os ODMs fornece muitas oportunidades para os enfermeiros adotarem ações estratégicas para transformar sistemas, processos e políticas e influenciar as tomadas de decisão sobre doentes, comunidades, formuladores de políticas, governos e outros. Para além disso, o foco internacional sobre os ODMs ajuda a assegurar que (mesmo em países onde as mudanças de políticas não aconteçam por via da advocacia direta dos profissionais de saúde) os enfermeiros e outros podem fortalecer as ligações com grupos de advocacia internacional e procurar atingir a mudança e as melhorias através destas rotas.

Para qualquer atividade de advocacia ou *lobbying* ser eficaz, é necessário que seja claro sobre o que a ANE procura cumprir, quem está a tentar influenciar, assim como, onde e quando as atividades das ANEs e quais as abordagens que têm probabilidade de ter maior impacto.

O MAF referido no Capítulo 3 identifica inúmeras questões específicas, clínicas e não clínicas, em que os enfermeiros e outros se podem juntar para implementar e advogar. Campanhas de advocacia podem também abordar questões mais abrangentes tais como os determinantes sociais de saúde incluindo, alojamento, educação, água e saneamento, falta de recursos humanos e desequilíbrios dentro e entre países, tanto por motivos económicos, condições de trabalho, questões de segurança, formação, migração ou outras causas. As ANEs são particularmente bem colocadas local e nacionalmente para advogar e fazer *lobby* em torno dos recursos necessários para realizar todo o trabalho que necessita ser realizado.

A estrutura de advocacia com 10 passos do ICN (ICN 2008b, p.11), que foi adaptada e que se encontra abaixo, pode ser utilizada pelas ANEs, outros grupos de enfermagem e indivíduos para ajudar a focar a atenção e assegurar o progresso sobre o cumprimentos de objetivos específicos, metas ou indicadores e pode também ser utilizada para ajudar a influenciar a agenda pós-2015.

1) Agir – ultrapassar obstáculos passando à ação; assumir uma variedade de papéis incluindo representar, acompanhar, capacitar, mediar, modelar, negociar e *networking*.
2) Escolher a sua questão – identificar e chamar a atenção para uma questão que é importante e atingível.

3) Compreender o contexto político – identificar as pessoas chave a influenciar; compreender como e por quem são tomadas as decisões e como são aplicadas, implementadas e avaliadas.

4) Construir a base da evidência – compreender as questões e delinear os papéis potenciais de atores relevantes incluindo compreender os apoiantes e os adversários.

5) Envolver outras pessoas – ganhar o apoio de indivíduos/organizações chave; capacitar e apoiar doentes e comunidades para advogar em seu próprio nome.

6) Elaborar planos estratégicos – identificar coletivamente objetivos e as melhores formas de monitorizar o progresso e de cumpri-los; assegurar pequenos passos para cumprir uma visão a longo prazo.

7) Comunicar mensagens e implementar planos - fornecer mensagens simples, concisas, adaptadas que incluem a ação a ter; contrarias os esforços de grupos de interesse opositores.

8) Aproveitar oportunidades – cronometrar intervenções e ações para obter o máximo impacto; criar ou apreender oportunidades.

9) Ser responsável – monitorizar e avaliar o progresso e o seu impacto de acordo com objetivos bem definidos.

10) Catalisar o desenvolvimento em saúde – construir capacidade através do processo de planeamento estratégico, *networking,* comunicacional, etc. para assegurar sustentabilidade.

Conclusão

Os ODMs forneceram um foco global claro para alocação de ação e recursos. Ao contribuir para o seu cumprimento, os enfermeiros têm desenvolvido capacidades políticas que os permitem negociar a todos os níveis e com vários parceiros para moldar e prestar serviços apropriados incluindo para as comunidades mais marginalizadas e carenciadas. Os enfermeiros também têm demonstrado grande flexibilidade, inovação e coragem em moldar e desenvolver novos papéis e serviços. Embora nenhum sistema ou abordagem seja perfeito – e alguns dos fracassos dos ODMs foram discutidos em capítulos anteriores – existem enormes benefícios em ter um foco comum.

Na corrida para 2015, os enfermeiros são encorajados a ultrapassar barreiras e desafios para cumprir os ODMs e satisfazer as necessidades de saúde dos mais pobres, mais marginalizados e comunidades carenciadas no mundo.

Como foi discutido no Capítulo 4, não é claro o que o seguimento pós-2015 irá parecer. Será importante não apenas se envolver na nova agenda mas continuar a trabalhar para o cumprimento de todos os ODMs em todos os países e assegurar que o progresso que foi feito não seja perdido dado que o foco e os recursos mudam.

Contudo, uma coisa é clara: a saúde será um elemento essencial subjacente ao desenvolvimento global futuro, independentemente de ser explícito ou não na nova agenda. A mudança na carga de doença e os efeitos das alterações climáticas sobre a saúde, desenvolvimento e sustentabilidade ambiental obriga a que os enfermeiros em todo o mundo estejam à altura do desafio e se envolvam no que respeita a moldar e fornecer a nova agenda para a saúde e bem-estar da comunidade global.

Anexo 1

Lista de fichas informativas relacionadas do ICN

Podem ser encontradas em: www.icn.ch/publications/fact-sheets/

- Adesão a terapêutica de longa duração (Adherence to Long Term Therapy)
- Resistência antimicrobiana (Antimicrobial Resistance)
- Nutrição infantil (Childhood Nutrition)
- Indo, indo, ido: a presença de Enfermagem na Organização Mundial de Saúde (Going, Going, Gone: The Nursing Presence in the World Health Organization)
- Saúde e os direitos humanos (Health and Human Rights)
- VIH/SIDA na União Europeia (HIV/AIDS in the European Union)
- Segurança na imunização: uma função fundamental dos enfermeiros (Immunisation Safety: An Essential Nursing Function)
- Imunização segura: as práticas seguras de eliminação de resíduos salvam vidas (Immunisation Safety: Safe Waste Disposal Practices Save Lives)
- Controlo da Infeção (Infection Control)
- Integrar uma perspetiva de género nos serviços de saúde (Mainstreaming a Gender Perspective into the Health Services)
- Circuncisão masculina (Male Circumcision)
- Nutrição materna e infantil (Maternal and Infant Nutrition)
- Erros de medicação (Medication Errors)
- Saúde do homem (Men's Health)
- A mobilização de enfermeiros para a prevenção e cuidados no VIH/SIDA (Mobilising Nurses for HIV/AIDS Prevention and Care)
- O interface entre Enfermagem e assistência social (The Nursing and Social Care Interface)
- Indicadores de resultado sensíveis à Enfermagem (Nursing Sensitive Outcome Indicators)
- O *stress* ocupacional e a ameaça à saúde dos trabalhadores (Occupational Stress and the Threat to Worker Health)
- Cuidados paliativos (Palliative Care)
- A declaração de Paris (The Paris Declaration)
- Pneumonia pneumocócica (Pneumococcal Pneumonia)
- Ambientes de prática positiva (Positive Practice Environments)
- Ambientes de prática positiva: satisfazer a necessidade de informação dos profissionais de saúde (Positive Practice Environments: Meeting the Information Needs of Health Professionals)
- Pobreza e saúde: quebrar o elo (Poverty and Health: Breaking the Link)
- Prevenção das lesões por picadas de agulha (Preventing Needlestick Injuries)
- Teste de VIH e Aconselhamento iniciado pelo prestador nas instituições de saúde (Provider-initiated HIV Testing and Counselling (PITC) in Health Care Facilities)
- Selecionar dispositivos de agulhas mais seguros (Selecting Safer Needle Devices)
- Infeções sexualmente transmissíveis (Sexually Transmitted Infections)
- Tuberculose (Tuberculosis)
- Exposição à tuberculose no contexto da saúde: prevenção da transmissão ocupacional (Tuberculosis Exposure in the Health Care Setting: Prevention of Occupational Transmissions)
- A cadeia de frio das vacinas: manter redes de frio (The Vaccine Cold Chain: Maintaining Cool Links)

- A Iniciativa “Tratar 3 milhões até ao final de 2005” (3x5) da OMS (The WHO ‘Treat 3 million by 2005’ (3x5) Initiative)
- Saúde da mulher (Women’s Health)

Anexo 2

Lista de Tomadas de Posição relacionadas do ICN

Podem ser encontradas em: www.icn.ch/publications/position-statements/

A. Os papéis de Enfermagem nos serviços de saúde

Resistência antimicrobiana (Antimicrobial resistance) (2004)

Aleitamento materno (Breastfeeding)(2004)

Distribuição e utilização de substitutos do leite materno (Distribution and use of breast milk substitutes) (2004)

Eliminação da mutilação genital feminina (Elimination of female genital mutilation) (2010)

Serviços de saúde para migrantes, refugiados e deslocados (Health services for migrants, refugees and displaced persons) (2006)

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (HIV infection and AIDS) (2008)

Gestão de Enfermagem e dos serviços de cuidados de saúde (Management of nursing and health care services) (2000)

Saúde mental (Mental health) (2008)

O papel dos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes terminais e suas famílias (Nurses' role in providing care to dying patients and their families) (2006)

Saúde das mulheres (Women's health) (2012)

B. Profissão de enfermagem

Pessoal auxiliar (Assistive or support nursing personnel) (2008)

Competência contínua como uma responsabilidade profissional e direito público (Continuing competence as a professional responsibility and public right) (2006)

Investigação em Enfermagem (Nursing research) (2007)

C. Bem-estar socioeconómico dos enfermeiros

Saúde ocupacional e segurança no trabalho para os enfermeiros (Occupational health and safety for nurses) (2006)

Reduzir o Impacto da Infeção com VIH e SIDA no Pessoal de Enfermagem e Parteiras (Reducing the impact of HIV infection and AIDS on nursing and midwifery personnel) (2008)

Bem-estar socioeconómico dos enfermeiros (Socioeconomic welfare of nurses) (2010)

D. Sistemas de saúde

Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (DRHS) (Health human resources development (HHRD)) (2007)

Os enfermeiros e os cuidados de saúde primários (Nurses and primary health care) (2007)

Enfermagem e desenvolvimento (Nursing and development) (2007)

Participação dos Enfermeiros na Tomada de Decisão e Desenvolvimento de Políticas para os Serviços de Saúde (Participation of nurses in health services decision-making and policy development) (2008)

Segurança dos doentes (Patient safety) (2012)

Promoção do valor e da relação custo – benefício da Enfermagem (Promoting the value and cost-effectiveness of nursing) (2001)

Serviços de saúde acessíveis com financiamento público (Publicly funded accessible health services) (2012)

E. Questões Sociais

Contrafação de medicamentos (Falsified/Counterfeit medicines) (2010)

Resíduos hospitalares: o papel dos enfermeiros e da Enfermagem (Health care waste: role of nurses and nursing) (2010)

Informação de saúde: proteção dos direitos dos doentes (Health information: protecting patient rights) (2008)

Doentes informados (Informed patients) (2008)

Os enfermeiros, as alterações climáticas e a saúde (Nurses, climate change and health) (2008)

Os enfermeiros e os direitos humanos (Nurses and human rights) (2011)

Direitos das crianças (Rights of children) (2008)

Acesso universal a água própria para consumo (Universal access to clean water) (2008)

Anexo 3

O Grupo de Trabalho da ONU sobre a Agenda de Desenvolvimento pós-2015 e o Painel de Alto Nível de Pessoas Eminentes

O Grupo de Trabalho da ONU sobre a Agenda de Desenvolvimento pós-2015

O Grupo de Trabalho da ONU sobre a Agenda de Desenvolvimento pós-2015 junta representantes de mais de 50 organizações da ONU e outras entidades internacionais.

A sua composição é:

- Departamento de Assuntos Económicos e Sociais (Department of Economic and Social Affairs (DESA)), copresidente
- Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (United Nations Development Programme (UNDP)), copresidente
- Convenção sobre a Diversidade Biológica (Convention on Biological Diversity (CBD))
- Departamento de Informação Pública (Department of Public Information (DPI))
- Comissão Económica para África (Economic Commission for Africa (ECA))
- Comissão Económica para a Europa (Economic Commission for Europe (ECE))
- Comissão Económica e Social para a Ásia e o Pacífico (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP))
- Comissão Económica e Social para a Ásia Ocidental (Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA))
- Gabinete Executivo do Secretário-geral (Executive Office of the Secretary-General (EOSG))
- Organização Alimentar e de Agricultura das Nações Unidas (Food and Agricultural Organization of the United Nations (FAO))
- Instalações de Ambiente Global (Global Environment Facility (GEF))
- Agência Internacional de Energia Atómica (International Atomic Energy Agency (IAEA))
- Organização Internacional de Aviação Civil (International Civil Aviation Organization (ICAO))
- Fundo Internacional para Desenvolvimento da Agricultura (International Fund for Agricultural Development (IFAD))
- Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization (ILO))
- Organização Internacional Marítima (International Maritime Organization (IMO))
- Fundo Monetário Internacional (International Monetary Fund (IMF))
- Organização Internacional para a Migração (International Organization for Migration (IOM))
- União Internacional de Telecomunicações (International Telecommunication Union (ITU))
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS))
- Serviço de Ligação Não-governamental (Non-Governmental Liaison Service (NGLS))
- Gabinete do Secretário-geral Adjunto (Office of the Deputy Secretary-General (ODSG))
- Gabinete do Alto Comissariado para os Direitos Humanos (Office of the High Commission for Human Rights (OHCHR))
- Gabinete do Alto Representante para os Países Menos Desenvolvidos, Países em Desenvolvimento Interiores e Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States (OHRLLS))
- Gabinete do Consultor Especial sobre África (Office of the Special Advisor on Africa (OSAA))
- Gabinete de Apoio à Consolidação da Paz (Peacebuilding Support Office (PBSO))

- Fundo Infantil das Nações Unidas (United Nations Children's Fund (UNICEF))
- Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD))
- Convenção das Nações Unidas para Combater a Desertificação (United Nations Convention to Combat Desertification (UNCCD))
- Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO))
- Entidade das Nações Unidas para Igualdade de Género e Capacitação de Mulheres (United Nations Entity for Gender Equality and Empowerment of Women (UN Women))
- Programa Ambiental das Nações Unidas (United Nations Environment Programme (UNEP))
- Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Alterações Climáticas (United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC))
- Fundo Internacional para Parcerias das Nações Unidas (United Nations Fund for International Partnerships (UNFIP))
- Gabinete Global Compacto das Nações Unidas (United Nations Global Compact Office)
- Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR))
- Programa para Ocupação Humana das Nações Unidas (United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT))
- Organização das Nações Unidas para Desenvolvimento Industrial (United Nations Industrial Development Organization (UNIDO))
- Estratégia Internacional das Nações Unidas para Redução de Desastre (United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR))
- Instituto das Nações Unidas para Formação e Investigação (United Nations Institute for Training and Research (UNITAR))
- Campanha do Milénio das Nações Unidas (United Nations Millennium Campaign)
- Gabinete das Nações Unidas para Assuntos Espaciais (United Nations Office for Outer Space Affairs (UNOOSA))
- Gabinete para Serviços de Projeto das Nações Unidas (United Nations Office for Project Services (UNOPS))
- Gabinete das Nações Unidas para Drogas e Crime (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC))
- Fundo de Populações das Nações Unidas (United Nations Population Fund (UNFPA))
- Agência de Apoio e Obras Públicas das Nações Unidas para os Refugiados Palestinianos no Oriente (United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East (UNRWA))
- Instituto de Investigação para Desenvolvimento Social das Nações Unidas (United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD))
- Conselho Executivo Sistemático das Nações Unidas para Coordenação de Secretariado (United Nations System Chief Executives Board for Coordination Secretariat (CEB))
- Universidade das Nações Unidas (United Nations University (UNU))
- Voluntários das Nações Unidas (United Nations Volunteers (UNV))
- Organização de Turismo Mundial das Nações Unidas (United Nations World Tourism Organization (UNWTO))
- União Postal Universal (Universal Postal Union (UPU))
- Banco Mundial (World Bank)
- Programa Alimentar Mundial (World Food Programme (WFP))
- Organização Mundial de Saúde (World Health Organization (WHO))
- Organização Mundial de Propriedade Intelectual (World Intellectual Property Organization (WIPO))

- Organização Mundial Meteorológica (World Meteorological Organization (WMO))
- Organização Mundial do Comércio (World Trade Organization (WTO))

Fonte: www.un.org/millenniumObjetivos/pdf/Task%20Team%20member%20entities.pdf

Painel de Alto Nível de 26 'pessoas eminentes'

O Painel de Alto Nível de 26 'pessoas eminentes' é composto por:

Codiretores:

- Presidente Susilo Bambang Yudhoyono (Indonésia)
- Presidente Ellen Johnson Sirleaf (Liberia)
- Primeiro-ministro David Cameron (Reino Unido)

Outros membros:

- Fulbert Gero Amoussouga (Benim)
- Vanessa Petrelli Corrêa (Brasil)
- Yingfan Wang (China)
- Maria Angela Holguin (Colômbia)
- Gisela Alonso (Cuba)
- Jean-Michel Severino (França)
- Horst Kohler (Alemanha)
- Abhijit Banerjee (India)
- Naoto Kan (Japão)
- S.M. Rainha Rania da Jordânia (Jordânia)
- Betty Maina (Quénia)
- Sung-Hwan Kim (Republica da Coreia)
- Andris Piebalgs (Latvia)
- Patricia Espinosa (México)
- Paul Polman (Países Baixos)
- Ngozi Okonjo-Iweala (Nigéria)
- Elvira Nabiullina (Federação Russa)
- Graça Machel (África do Sul)
- Gunilla Carlsson (Suécia)
- Emilia Pires (Timor-Leste)
- Kadir Topbas (Turquia)
- John Podesta (Estados Unidos da América)
- Tawakel Karman (Iémen)
- Amina J. Mohammed, o Conselheiro Especial do Secretário-geral sobre o Planeamento do Desenvolvimento Pós-2015 (ex-ofício)

Para informação biográfica sobre cada ver o comunicado de impressa do Secretário-geral da ONU, de 31 julho de 2012: www.un.org/News/Press/docs/2012/sga1364.doc.htm

Referências

American Cancer Society and World Lung Federation (2012). *The Tobacco Atlas* (4ª edição). Disponível em: www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco_Atlas_4_entire.pdf

Amieva S and Ferguson S (2012). 'Moving forward: nurses are key to achieving the United Nations Development Program's Millennium Development Objetivos', *International Nursing Review* 59(1): 55–8. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00944.x/abstract

Beyond 2015 (2012). 'Sustainable Development Objetivos and the relationship to a post 2015 global development framework: a Beyond 2015 discussion paper'. Disponível em: www.stakeholderforum.org/fileadmin/files/Beyond per cent202015 per cent20ODM-SDG per cent20relationship.pdf

Binka F, Bawah AA, Phillips JF, Hodgson A, Adjuik M and MacLeod B (2007). 'Rapid achievement of the child survival millennium development Objetivo: evidence from the Navrongo experiment in Northern Ghana', *Tropical Medicine & International Health: TM & IH* [serial online] 12(5): 578–83. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01826.x/abstract

C3 Collaborating for Health (2010).Global nursing project; Disponível em: www.c3health.org/c3activities/health-professionals/global-nursing-project/

C3 Collaborating for Health (2011). *The UN High-level Meeting on the Prevention and Control of DNTs (Nova Iorque, 19–20 de setembro de 2011) and Associated Side-Events.* Disponível em: www.c3health.org/wp-content/uploads/2009/09/Complete-write-up-of-UN-HLM-and-side-events-v-2-20111108.pdf

Chan M (2007). Address to WHO staff, Geneva. Disponível em: www.who.int/dg/speeches/2007/address.to.staff/en/index.html

Fukuda-Parr S (2012). 'Should global Objetivo setting continue, and how, in the post-2015 era?' (DESA Documento de trabalho No. 117). Disponível em: www.un.org/esa/desa/papers/2012/wp117_2012.pdf

Green D (2012). 'Rio+20's sustainable development Objetivos should reflect today's world', *The Guardian* blog, 15 de junho. Disponível em: www.guardian.co.uk/global-development/poverty-matters/2012/jun/15/rio20-sustainable-development-Objetivos

Haines A, Alleyne G, Kickbusch I and Dora C (2012). 'From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development', *The Lancet* 379: 2189–97: Disponível em: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736 per cent2812 per cent2960779-X/abstract

Hamm BI (2001).'A human rights approach to development', *Human Rights Quarterly* 23(4): 1005–31. Disponível em: http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/human_rights_quarterly/v023/23.4hamm.html

Hulme D and Fukuda-Parr S (2009). 'International norm dynamics and "the end of poverty": understanding the Millennium Development Objetivos'. Disponível em: www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-9609.pdf

Human Rights Council (2007). 'Achieving the Millennium Development Objetivos (ODMs) for minorities: a review of ODM country reports and poverty reduction strategies' (A/HRC/4/9/Add.1, março 2007), Disponível em:
http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G07/113/05/PDF/G0711305.pdf?OpenElement

International Council of Nurses (2003). *Nurses Fighting AIDS Stigma, Caring for All*: International Nurses Day Kit Disponível em:
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2003.pdf

International Council of Nurses (2008a). Leadership Bulletin No. 15, abril 2008. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/lfc/15_Leadership_Bulletin_April_2008.pdf

International Council of Nurses (2008b). *Promoting Health: Advocacy Guide for Health Professionals*. Disponível em: www.ppecampaign.org/sites/ppecampaign.org/files/toolkit/en/Promoting-health-Advocacy per cent20Guide.pdf

International Council of Nurses (2010). Unpublished report on the evaluation of the ICN TB/MDR TB Training project.

Institute of Development Studies (2009). 'After 2015: pro-poor low carbon development'. Disponível em: www.ids.ac.uk/files/dmfile/IF9.4.pdf

The Lancet (2010). Series on neglected tropical diseases (2010). Disponível em: www.thelancet.com/series/neglected-tropical-diseases

Langford M (2010). 'A poverty of rights: six ways to fix the ODMs', *IDS Bulletin* 41(1): 83–91. Disponível em: www.jus.uio.no/smr/english/people/aca/malcolml/Poverty per cent20of per cent20Rights.pdf

National Expert Commission (2012). 'A nursing call to action: The health of our nation, the future of our health system' (Canadian Nurses Association, Ottawa). Disponível em: www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/nec/NEC_Report_e.pdf

Office of the High Commissioner on Human Rights (OHCHR) (2010). Human Rights and the Millennium Development Objetivos in Practice: A review of country strategies and reporting. Disponível em: www.ohchr.org/Documents/Publications/HRAndODMsInPractice.pdf

Overseas Development Institute (2012). 'Post-2015 health ODMs': Disponível em: www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=6444&title=millennium-development-Objetivos-ODMs-health-post2015

Rio 2012: United Nations, Outcomes Document of the Rio+20 conference, *The Future we Want*: Disponível em: www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html

Sumner A (2009).'Beyond 2015', *The Broker* (14 de maio de 2009). Disponível em: www.thebrokeronline.eu/Articles/Beyond-2015

United Nations (2000). *United Nations Millennium Declaration* (Resolution A/RES/55/2, 18 de setembro de 2000): Disponível em: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm/

United Nations (2001). Millennium Development Objetivos: Disponível em: http://www.un.org/millenniumObjetivos/

United Nations (2005). UN Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Objetivos* (2005): Disponível em: www.unmillenniumproject.org/documents/overviewEngLowRes.pdf

United Nations (2011). United Nations, Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/66/L.1): Disponível em: www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/66/L.1

United Nations (2012a). United Nations, *The Millennium Development Objetivos Report 2012*: Disponível em: www.un.org/en/development/desa/publications/ODM-report-2012.html

United Nations (2012b). UN Press Release, 'UN secretary-general appoints High-level Panel on post-2012 development agenda', 31 de julho: Disponível em: www.un.org/sg/offthecuff/?nid=2455

United Nations (2012c). Millennium Development Objetivos: 2012 Progress Chart: Disponível em: www.un.org/millenniumObjetivos/pdf/2012_Progress_E.pdf

United Nations System Task Team (2012). UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda, *Realising the Future We Want for All: Report to the Secretary-General*: Disponível em: www.un.org/millenniumObjetivos/pdf/Post_2015_UNTTreport.pdf

UNAIDS (2012).' Together we will end AIDS': Disponível em: www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_togetherwewillendaids_en.pdf

United Nations Development Programme (UNDP) (2005). *ODM-Plus: A Case Study of Thailand*: Disponível em: http://www.undg.org/archive_docs/6839-ODM_plus__a_case_study_of_Thailand.pdf

United Nations Development Programme (2011). ODM Acceleration Framework 2011 Disponível em: www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/ODM%20Strategies/MAF%20Report%20Dec%202011.pdf

Vandemoortele J (2009). 'Taking the ODMs beyond 2015: hasten slowly': Disponível em: www.devstud.org.uk/downloads/4b9ea0272d30b_Vandemoortele_PAPER.pdf

Vandemoortele J (2012). 'Advancing the global development agenda post-2015: some thoughts, ideas and practical suggestions' (background paper prepared for the Experts Group Meeting to support the advancement of the post-2015 UN development agenda, fevereiro 2012): Disponível em: www.un.org/millenniumObjetivos/pdf/jan_vandemoortele_Aug.pdf

World Bank (1999). *Voices of the Poor* study: Disponível em: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20622514~menuPK:336998~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html

World Bank (2009). World Bank Development and Research Group, 'International aid and financial crises in donor countries' (Policy Research Working Paper 5162): Disponível em: www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/12/29/000158349_20091229212514/Rendered/PDF/WPS5162.pdf

World Bank (2011). *Global Monitoring Report 2011: Improving the Odds of Achieving the ODMs*: Disponível em: http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387009

World Economic Forum (2012). *Global Risks 2012.* Disponível em: www.weforum.org/reports/global-risks-2012-seventh-edition

World Economic Forum and Harvard University (2011).*The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*: Disponível em: www.weforum.org/reports/global-economic-burden-non-communicable-diseases

World Health Organization (2008). Commission on Social Determinants of Health, *Final Report: Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*: Disponível em: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

World Health Organization (2009). 'Discussion Paper: Noncommunicable Diseases, Poverty and the Development Agenda': Disponível em: www.who.int/nmh/publications/discussion_paper_DNT_en.pdf

World Health Organization (2010). *Nursing Midwifery Services, Strategic Directions 2011–2015*: Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/

World Health Organization (2011). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*: Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf

World Health Organization (2012). Chronic Disease and Health Promotion: Region and Country Specific Information Sheets: Disponível em: www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/impact/en/index.html

WHO/UNICEF (2012), *Building a Future for Women and Children: The 2012 Report*: Disponível em: www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-complete-no-profiles.pdf

3, Place Jean-Marteau
1201 Geneva - Switzerland
Tel.: +41 (22) 908 01 00
Fax: +41 (22) 908 01 01
E-mail: icn@icn.ch
Website: www.icn.ch