



## PARA UM DESENVOLVIMENTO CENTRADO NAS PESSOAS: BALANÇOS DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO, DO PROGRAMA DE AÇÃO DA CIPD<sup>(1)</sup> E A CONSTRUÇÃO DA AGENDA PÓS-2014/15

Com a aproximação de 2015, a meta temporal definida em 2000 para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), é inegável que muitas foram as conquistas alcançadas, seja na redução da pobreza para metade logo em 2010, no número crescente de crianças que, nos países em desenvolvimento, passou a ter acesso à educação primária, no combate à malária e à tuberculose ou no acesso a água melhorada/potável. Conforme conclui o “Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 2014”<sup>(2)</sup>, o mais recente relatório de análise aos progressos para a consecução dos ODM, publicado pelas Nações Unidas, “os ODM fizeram uma enorme diferença na vida das pessoas”, mas **há ainda muito a fazer para acelerar o progresso e colmatar as áreas onde continuam a registar-se as maiores lacunas.**

### ODM 1 - Erradicar a pobreza extrema e a fome

Entre 1990 e 2010 houve uma redução de 22% no número de pessoas a viver em pobreza extrema, ou seja, com menos de 1.25USD (0,81€) por dia. Contudo, apesar desta evolução, **os progressos na redução da pobreza foram geograficamente irregulares: houve regiões, como a Ásia Oriental ou o Sudeste Asiático, que cumpriram a meta de redução para metade da pobreza extrema enquanto outras, nomeadamente a África Subsaariana e o Sul da Ásia, ficaram aquém da meta.** É nestas duas regiões do mundo que se encontra o maior número de pessoas a viver com menos de 1.25USD/dia. Em termos de trabalho digno, o crescimento económico lento dos últimos anos tem afetado os mercados de trabalho, sobretudo nos países em desenvolvimento, o que tem tido repercussões ao nível da redução do emprego de baixa qualidade, sendo também de registar o facto de as mulheres ocuparem os maiores índices de emprego vulnerável. Apesar de se ter verificado um decréscimo no número de pessoas subnutridas no mundo, a meta de redução para metade das pessoas com fome não foi ainda atingida. Se é certo que, o mundo assistiu a uma diminuição de 40%, face a 1990, do número de crianças subnutridas, hoje uma em cada quatro crianças (ou seja, 162 milhões) continua a sofrer de subnutrição crónica. O número de pessoas deslocadas triplicou desde 2010. Até ao final de 2013, a nível mundial, 51 milhões de pessoas foram deslocadas forçadamente em resultado de conflitos, perseguições, violência generalizada e violações de direitos humanos. Os países em desenvolvimento são os mais afetados por este problema, acolhendo cerca de 86% dos refugiados que se encontram sob mandato do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), metade dos quais alojados em zonas urbanas e não em campos. Estes refugiados são provenientes sobretudo do Afeganistão (2.55 milhões), República Árabe da Síria (2.47 milhões) e Somália (1.12 milhões).

### ODM 2 - Alcançar a educação primária universal

A taxa de matrícula escolar no ensino primário (diferente da taxa de frequência e sucesso escolares)  **aumentou de 83% em 2000 para 90% em 2012**, sendo assinalável o progresso. Os maiores sucessos verificaram-se na África Subsaariana, onde a taxa de matrículas aumentou 18% entre 2000 e 2012. Em 2012, o acesso ao ensino primário não era ainda uma realidade para cerca de 58 mil milhões de crianças e em África o rápido crescimento demográfico irá trazer desafios e dificuldades acrescidas na concretização deste objetivo, com uma maior proporção de crianças a necessitarem de infraestruturas escolares. Um outro dado importante é que, **mais de metade das crianças que não frequentam a escola vive em regiões afetadas por conflitos, nomeadamente na África Subsaariana (44%), no Sul da Ásia (19%) e na Ásia Ocidental e Norte de África (14%).** Fatores como a pobreza e o sexo influenciam as taxas de assiduidade das crianças do ensino primário e preparatório: nos agregados de rendimentos mais baixos, a probabilidade de as crianças não irem à escola é três vezes superior às pertencentes a agregados familiares com mais recursos económicos, sendo que, entre os agregados mais pobres se verifica também uma maior probabilidade de as raparigas serem excluídas do acesso à escola. Regista-se igualmente uma maior tendência para as crianças que vivem em zonas rurais não frequentarem o ensino primário, face às que vivem em zonas urbanas. De referir ainda que crianças portadoras de deficiência/com necessidades educativas especiais enfrentam situações de acrescida vulnerabilidade, pois um ensino adaptado não é uma realidade em muitos países. O abandono escolar continua com índices elevados, constituindo um obstáculo a esta educação primária universal. Entre 2000 e 2011, a taxa de alunos/as que nos países em desenvolvimento concluíram o ensino primário manteve-se nos 73%. Houve progressos um pouco por todo o mundo, excetuando na Oceânia, na África Subsaariana e na Ásia Ocidental. **Entre os fatores que contribuem para o abandono escolar estão ainda o caminho casa-escola, os casamentos infantis, forçados e precoces, o maior investimento familiar na educação dos rapazes, muitas crianças serem simultaneamente estudantes e trabalhadoras e a ausência de instalações sanitárias separadas por sexos.** Em termos de literacia, houve um aumento considerável nas taxas de literacia entre adultos e jovens e uma redução nas disparidades entre homens e mulheres. Contudo, **apesar dos progressos, em 2012 o mundo contava ainda 781 milhões de adultos e 126 milhões de jovens iletrados, 60% dos quais (jovens e adultos) eram mulheres.** Um outro aspecto, que merece destaque, prende-se com o facto de os países de baixo rendimento registarem nos últimos anos uma redução na ajuda à educação básica, contrariamente aos países de rendimento médio, onde a ajuda à educação tem vindo a aumentar.

### ODM 3 - Promover a igualdade de género e o empoderamento das mulheres

**Até 2012, registaram-se progressos significativos no que diz respeito à igualdade de género nas matrículas escolares** (em todos os níveis de

ensino). Todavia, à medida que o nível de ensino vai sendo mais elevado, as disparidades de gênero tornam-se mais evidentes. Em regiões como a África Subsaariana, a Oceânia, a Ásia Ocidental e o Norte de África, apesar dos progressos, muito ainda há a fazer para colmatar as desigualdades que persistem e que desfavorecem as raparigas, sendo mais notórias no ensino secundário do que no primário. Ainda assim, **no ensino superior os rácios de matrículas registaram melhorias em praticamente todas as regiões do mundo, embora continuem a registar-se disparidades consideráveis em praticamente todo o mundo, sobretudo nas regiões da África Subsaariana e Sul da Ásia, onde os rácios de matrículas de raparigas são inferiores aos de rapazes.** Em termos de acesso das mulheres ao trabalho remunerado em setores não agrícolas os progressos têm sido lentos, tendo aumentado de forma global de 35% em 1990 para 40% em 2012, com particular destaque para a África Subsaariana, onde os progressos registaram um aumento de 10% neste mesmo período. **As mulheres têm maiores probabilidades de trabalho a tempo parcial, de trabalho precário e de estarem desempregadas - é necessário adotar políticas mais favoráveis às famílias e à participação de mais mulheres no mercado de trabalho, melhorando o equilíbrio entre vida familiar e laboral e a qualidade dos empregos a tempo parcial e também incrementando a produtividade em geral.** Quanto à participação das mulheres na vida política ela continua a aumentar, **tem havido esforços quanto à importância de se acabar com a discriminação sobre as mulheres na política e há inclusivamente mais mulheres a assumir pastas ministeriais de relevo, como a Defesa, os Negócios Estrangeiros ou o Ambiente.** Contudo, **esta tendência não tem sido acompanhada por um aumento no número de mulheres Chefes de Estado ou de Governo ou Presidentes dos Parlamentos.**

#### ODM 4 - Reduzir a mortalidade infantil

Entre 1990 e 2013, o número de crianças que morriam antes de atingirem os 5 anos de idade diminuiu em cerca de 50%: em comparação com 1990, em 2012 morreram menos 6 milhões de crianças em todo o mundo. Praticamente, **todas as regiões do mundo assinalaram progressos neste campo, exceto a África Subsaariana e a Oceânia mas, apesar de a taxa anual global de redução ter vindo a acelerar nos últimos anos, o ritmo na redução da taxa de mortalidade nas crianças com menos de 5 anos teria de quadruplicar entre 2013 e 2015, para que a meta pudesse ser atingida em 2015.** Além disso, estas crianças continuam a morrer de doenças evitáveis (em 2012, por exemplo, 6,6 milhões de crianças com menos de 5 anos morreram de doenças como a diarreia, a malária ou a pneumonia) e quase metade destas mortes tem lugar durante o período neonatal. A subnutrição é um fator que contribui para aproximadamente 50% das mortes globais de crianças com menos de 5 anos, maioritariamente em países de rendimento baixo. A mortalidade neonatal tem registado taxas decrescentes em todo o mundo, caindo quase um terço entre 1990 e 2012, de 33 para 21 mortes por cada mil nados-vivos. Porém, o ritmo do declínio é inferior ao da mortalidade pós-neonatal, pelo que a proporção de mortes que têm lugar nos primeiros 28 dias de vida aumentou entre 1990 e 2012, de 37% para 44%. Estas mortes poderiam ser evitadas caso houvesse um maior investimento em cuidados maternos ao longo da gravidez, parto e no primeiro dia de vida das crianças. **A África Subsaariana é a região do mundo onde mais crianças morrem antes dos 5 anos de idade (em 2012, uma em cada dez crianças), mas fez alguns progressos e desde 1990 reduziu a taxa de mortalidade infantil em 45%. Os países de rendimento médio-alto foram os que entre 1990 e 2012 registaram maior sucesso na redução da taxa de mortalidade infantil, com um decréscimo de 63%.** Ainda assim, desde 2000 que se verificaram também progressos consideráveis em países de baixo rendimento, como o Bangladesh, o Camboja, a Eritreia, entre outros, pelo que os baixos rendimentos de um país não constituem necessariamente um impedimento à diminuição desta taxa de mortalidade infantil. Além disso, **esta redução exige vontade política, materializada num apoio sólido, previsível e com recursos adequados à saúde materno-infantil.** Um outro avanço importante teve a ver com a imunização contra o sarampo que contribuiu, de forma significativa, para a redução da mortalidade infantil: em 2000 registaram-se 562.000 mortes e em 2012 122.000, sobretudo em crianças com idade inferior a 5 anos. Em 2012, graças à vacinação, conseguiu-se evitar 13,8 milhões de mortes causadas por esta doença. O declínio nas mortes por

sarampo deveu-se, em grande parte, à melhoria na cobertura de saúde de rotina nas crianças no grupo etário em que devem receber a primeira vacina (a prevenção do sarampo pode ser realizada através da vacinação em duas doses) e também às atividades suplementares de imunização na vacinação fora dos sistemas de saúde atuais. Ainda assim, dados de 2012 revelam que há cerca de 21,2 milhões de crianças que continuam a não ter acesso à primeira dose da vacina, sobretudo as que vivem em zonas mais remotas e pobres.

#### ODM 5 – Melhorar a saúde materna

No período entre 1990 e 2013, a mortalidade materna registou uma redução de 45%, de 380 para 210 mortes por 100.000 nados vivos. Porém, a nível mundial, foram quase 300.000 as mulheres que em 2013 morreram de causas, evitáveis, relacionadas com a gravidez e o parto. Nesse mesmo ano, a taxa de mortalidade materna foi, nas regiões em desenvolvimento, de 230 mortes por cada 100.000 nados vivos, ou seja, 14 vezes superior à nas regiões desenvolvidas (16 mortes maternas por 100.000 nados vivos), sendo a África Subsaariana a região que registou a taxa mais elevada de mortalidade materna (62% em 2013), seguida do Sul da Ásia (24% também em 2013). Um facto que igualmente se destaca tem a ver com quase um terço das mortes maternas em todo o mundo ocorrer em dois dos países mais populosos: a Índia (com cerca de 50.000 mortes) e a Nigéria (14.000 mortes maternas). A taxa de mortalidade materna poderia ser mais reduzida tendo em conta que **grande parte destas mortes é evitável, existindo soluções de cuidados de saúde que permitem prevenir e tratar complicações durante a gravidez, o parto e o pós-parto, mas para tal são necessários esforços concertados de modo a assegurar o acesso universal aos cuidados pré-natais especializados e a informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva.** Relativamente aos nascimentos, em 2012, cerca de 68% dos partos nas regiões em desenvolvimento foram assistidos por pessoal de saúde qualificado, o que significa um aumento de 12% face a 1990. **No entanto, a África Subsaariana e o Sul da Ásia continuam a ser as regiões do mundo com as mais baixas taxas de partos assistidos por pessoal qualificado.** De assinalar também a discrepância que permanece a este nível entre áreas urbanas e rurais, sendo que nestas últimas ocorreram em 2012 32 milhões, dos 40 milhões, de partos não assistidos. Apesar da OMS recomendar pelo menos 4 consultas pré-natais para assegurar o bem-estar de mães e bebés, em 2012 apenas 52% das mulheres grávidas nos países em desenvolvimento beneficiaram de 4 ou mais consultas. Ainda assim, o aumento foi de 37% entre 1990 e 2012. **Quanto à gravidez na adolescência, associada tanto a riscos na saúde das jovens mães e das crianças, como a perda de oportunidades na escola e no trabalho, entre 1990 e 2011 houve uma diminuição das gravidezes entre raparigas dos 15 aos 19 anos. Os avanços mais positivos assinalaram-se no Sul da Ásia onde a taxa de nascimentos desceu de 88% para 50%, a que correspondeu uma maior participação escolar, um aumento da procura por métodos contraceptivos e um decréscimo no número de adolescentes que casaram. Porém, na África Subsaariana a taxa de nascimentos na adolescência continua bastante elevada, onde em 2011 por cada 1.000 raparigas houve 117 nascimentos.** O recurso a métodos contraceptivos nas regiões em desenvolvimento tem aumentado, maioritariamente graças a melhores acessos a métodos de contraceção seguros e a custos mais acessíveis, sendo que na África Subsaariana de 1990 para 2012 duplicou a proporção de mulheres casadas, com idades entre os 15 e os 49 anos, que usam método contraceptivo. Contudo, permanecem as lacunas na resposta nestas matérias de planeamento familiar e saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente na África Subsaariana.

#### ODM 6 - Combater o VIH e SIDA, a malária e outras doenças

A nível global, **no período entre 2001 e 2012, houve um decréscimo de 44% no número de novas infeções pelo VIH por 100 pessoas, entre os 15 e os 49 anos.** As regiões do Sul da África e da África Central, aquelas onde se verifica a maior incidência, registaram um declínio de 48% e 55% respetivamente. Apesar dos esforços direcionados para a prevenção da transmissão de novas infeções junto de jovens entre os 15 e os 24 anos, a ausência de um conhecimento suficiente sobre o VIH e SIDA e programas de prevenção primária em algumas regiões do mundo, como a África Subsaariana, leva a que continuem os comportamentos de

risco e vulnerabilidade, razão da ausência de um declínio substancial nas novas infecções durante as últimas décadas. **No ano de 2012, a média diária de crianças que morriam de causas relacionadas com a SIDA foi de 600 e cerca de 17.8 milhões de crianças, entre os 0 e os 17 anos, perderam pelo menos um dos progenitores devido ao VIH e SIDA. A terapia antiretroviral passou a estar acessível a um maior número de pessoas infetadas** com o VIH e SIDA nos países em desenvolvimento, o que permitiu salvar cerca de 6.6 milhões de pessoas desde 1995. Contudo, há **que alargar a sua cobertura e reforçar a prevenção integrada. Entre 2000 e 2012, o combate à malária permitiu que houvesse uma diminuição de 42% no número de mortes associadas** a esta doença, um pouco por todo o mundo. O número de novos casos e mortes por tuberculose também está a decrescer, embora a um ritmo lento. Estratégias eficazes, a terapia preventiva, o diagnóstico imediato e o tratamento eficaz são fundamentais, pelo que **é necessário que os compromissos financeiros e políticos se mantenham, tanto da parte da comunidade internacional como dos países afetados.**

### ODM 7 – Assegurar a sustentabilidade ambiental

Desde 1990, houve um **aumento de cerca de 50% nas emissões mundiais de dióxido de carbono**, maioritariamente registado nos países em desenvolvimento. Já no que se refere à desflorestação, entre **2000 e 2010 registou-se um desaparecimento de 13 milhões de hectares de floresta** a nível mundial, sobretudo devido à urbanização e expansão da agricultura comercial a grande escala mas, ainda assim, verifica-se que as áreas protegidas estão a aumentar – em 2012, os ecossistemas protegidos constituíam 14% das zonas marinhas costeiras e terrestres em todo o mundo. Relativamente aos **recursos hídricos renováveis, estes estão mais escassos. Em termos de acesso a fontes de água potável, houve melhorias, tendo-se tornado uma realidade para 2.3 mil milhões de pessoas desde 1990.** Ainda assim, em 2012, existiam no mundo 748 milhões de pessoas dependentes de fontes de água não segura. Entre 1990 e 2012, cerca de **2 mil milhões de pessoas passaram a ter acesso a uma estrutura de saneamento melhorada.** Contudo, apesar dos progressos na cobertura do saneamento, números de 2012, evidenciam que mais de um milhão de pessoas ainda defeca ao ar livre, com prevalência nos países mais populosos e de rendimentos médios, como a Índia e a Nigéria. Esta falta de acesso a fontes de água melhorada e a estruturas de saneamento é maioritariamente característica de zonas rurais e de agregados familiares pobres. Paralelamente, os bairros de lata que também registam essa ausência de serviços básicos, a par de realidades como a sobrepopulação ou o alojamento não sustentável, têm vindo a crescer.

### ODM 8 - Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento

Em 2013, a Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) dos 28 países do Comitê de Apoio ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (CAD/OCDE)<sup>(6)</sup> registou um aumento de **6,1%, comparada com a de 2012, rondando os 134.8 milhões de dólares. De entre este conjunto de países, 17 registaram aumentos nas suas dotações para a APD e 11 procederam a cortes.** Países como a Dinamarca, o Luxemburgo, a Noruega e a Suécia continuaram a ultrapassar a meta dos 0,7% do Rendimento Nacional Bruto (RNB) destinados à ajuda pública ao desenvolvimento; por seu turno, o Reino Unido atingiu esta meta; quanto a Portugal, ficou-se pelos 0,23% do RNB em 2013, muito aquém da meta dos 0,7% acordada internacionalmente<sup>(4)</sup>. Um terço da ajuda total dos doadores internacionais tem tido como destino os países em desenvolvimento, mas há uma tendência que começa a revelar-se de canalização de ajuda para países de rendimento médio (sobretudo na forma de empréstimos a taxas reduzidas). Em termos comerciais, as importações dos países em desenvolvimento a entrar nos países desenvolvidos isentas de impostos representaram 80% em 2012, refletindo um tratamento preferencial. Por seu turno, as tarifas médias cobradas pelos países desenvolvidos sobre os principais produtos exportados (vestuário, têxteis, bens agrícolas) pelos países em desenvolvimento e pelos países menos avançados/de baixo rendimento registaram uma diminuição. No que, ao peso da dívida - ou seja, à proporção do serviço de dívida externa em relação às receitas exportadas - em 2012 atingia os 3,1% nos países em desenvolvimento, um valor bastante reduzido quando comparado com os 12% verificados em 2000. Em relação ao uso das novas

tecnologias de informação e comunicação (TIC), a tendência também tem sido positiva, estimando-se que até final de 2014 cerca de 3 milhões de pessoas (40% da população mundial) utilizem a internet e que haja aproximadamente 7 milhões de assinaturas de telemóvel em todo o mundo. O acesso às TIC tem permitido que mais pessoas façam parte e beneficiem da sociedade de informação, sendo que dois terços dos utilizadores da internet se encontram em países em desenvolvimento. Ainda assim, em termos globais, há cerca de 4 mil milhões de pessoas que ainda não fazem uso da internet, sobretudo devido a questões de acessibilidade e aos preços dos serviços. Aos jovens tem cabido um importante papel na dinamização da sociedade de informação: em 2012, havia quase 363 milhões de jovens, entre os 15 e os 24 anos, com experiência online de pelo menos 5 anos – os chamados “nativos do digital” –, a maioria dos quais nos países desenvolvidos e apenas 23% nos países em desenvolvimento. Contudo, as perspetivas indicam que, nos próximos 5 anos os “nativos do digital” nos países em desenvolvimento irão mais do que duplicar.

### NOVA AGENDA DE DESENVOLVIMENTO PÓS-2015

A nova Agenda de Desenvolvimento está a ser discutida e preparada internacionalmente, representando uma oportunidade única e um compromisso no que respeita aos ODM menos alcançados e às aprendizagens retiradas dos inúmeros relatórios e pesquisas, incluindo especificamente metas de direitos, educação e saúde sexual e reprodutiva, como o planeamento familiar, cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto, programas IEC para jovens e igualdade de género, naqueles que serão os futuros objetivos de desenvolvimento.

O Grupo de Trabalho Aberto sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Assembleia Geral das Nações Unidas (AG/NU) apresentou recentemente a sua proposta de documento final<sup>(5)</sup>, contendo 17 ODS e 169 metas. Nesta proposta, a ser submetida à AG/NU para consideração e ação na sua 68ª Sessão, em Setembro de 2014, os direitos e a saúde sexual e reprodutiva estão de algum modo plasmados no **Objetivo proposto n.º 3 - Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades -, nomeadamente na meta 3.7, que prevê que até 2030 esteja assegurado o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, a informação e educação e a integração da saúde reprodutiva nos planos e estratégias nacionais.**

**No Objetivo proposto n.º 5 - Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas – uma das metas está relacionada com a eliminação de todas as práticas nefastas, como o casamento infantil, precoce e forçado e as mutilações genitais femininas (meta 5.3), e outra com o assegurar do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos acordados em concordância com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes das suas conferências de revisão (meta 5.6).**

**O Objetivo proposto n.º 4 - Garantir uma educação inclusiva e igualitária/ /equitativa e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida - faz menção ao acesso e conclusão do ensino primário e secundário por todas as crianças, até 2030 (meta 4.1).** No entanto, importa sobretudo garantir não só o acesso à educação por parte das crianças e jovens, nomeadamente a permanência das raparigas no sistema formal de ensino, mas também o acesso a programas de educação e serviços de saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, como prevenção de gravidezes, de VIH e SIDA, de casamentos infantis e forçados ou de práticas nefastas como a mutilação genital feminina.

#### Processo de revisão do Programa de Ação da CIPD

Em Setembro de 2014, assinalam-se os **20 anos da Conferência Internacional do Cairo sobre População e Desenvolvimento (CIPD)** e do seu Programa de Ação<sup>(6)</sup> – o Programa de Ação do Cairo. Numa Resolução das Nações Unidas de Dezembro de 2010, foi estabelecido que, tendo em conta que os objetivos do Programa de Ação permanecem válidos para além de 2014, este será prolongado e cabe ao Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), em cooperação com todas as organizações do sistema das Nações Unidas e de outras organizações internacionais, proceder à revisão operacional da implementação do Programa de Ação da CIPD.

O processo de revisão culminou num relatório chamado “*Framework of Actions for the Follow Up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD) Beyond 2014*”<sup>(7)</sup>, apresentado em Fevereiro de 2014. Este processo procedeu a uma avaliação da implementação do Programa de Ação, com base na análise dos dados sobre o estado da população e do desenvolvimento, e procurou evidenciar

novas formas de implementar a agenda da CIPD, estabelecendo simultaneamente pontes com a agenda global mais abrangente.

O relatório de revisão final concluiu que, os **progressos alcançados até agora só poderão ser mantidos ou impulsionados se houver esforços para dar resposta às desigualdades e discriminação que continuam a registar-se, sobretudo junto dos mais pobres e marginalizados**. Neste sentido, **reitera o papel e o desafio que os vários atores de desenvolvimento - governos, parlamentos, organizações internacionais, sociedade civil - desempenham e enfrentam de modo a garantir que a proteção e promoção dos direitos e saúde sexual e reprodutiva, a par do empoderamento das mulheres, são incluídos e colocados no centro do quadro de desenvolvimento pós-2015**.

**A Conferência Regional de Alto Nível da Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (UNECE) sobre “Escolhas Viabilizadoras: Prioridades em matéria de População no Século XXI”, que decorreu em Julho de 2013 em Genebra, foi um outro momento na análise da implementação do Programa de Ação da CIPD no contexto Europeu e na elaboração de recomendações para o Programa de Ação para além de 2014. A partir desta análise, sublinhou-se a relevância do Programa de Ação para o alcance do “desenvolvimento social e económico inclusivo, sociedades prósperas e sustentabilidade ambiental, com base na igualdade de género e no respeito pelos direitos humanos”<sup>(8)</sup>.**

Nas conclusões desta Conferência, que contou com a participação de Portugal, um dos desafios apontados para o desenvolvimento do pleno potencial das pessoas tem a ver com as “desigualdades no acesso a informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva, com a discriminação e exclusão social dos migrantes, minorias e outros grupos desfavorecidos e desigualdades crescentes no acesso ao emprego e oportunidades de obter rendimento que afetem particularmente os jovens”.

Em matéria de “famílias, saúde sexual e reprodutiva ao longo da vida”, os/as participantes nesta conferência apelaram aos governos que **adotem abordagens de saúde sexual e reprodutiva, assente nos direitos humanos, que “incluísse o apoio a serviços de saúde sexual e reprodutiva, a proteção da saúde em geral e do bem-estar das mulheres e das jovens, a possibilidade de tomar decisões informadas e o respeito pelas escolhas individuais”**. Neste seguimento, **a promoção de uma educação sexual abrangente, sensível às questões de género foi defendida, particularmente, devido ao impacto que pode ter na prevenção de gravidezes não desejadas e infeções sexualmente transmissíveis e na promoção de valores de tolerância, respeito mútuo e relações não violentas**.

Foi também dado um especial destaque às necessidades das pessoas migrantes terem acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, bem como à importância do acesso a informação, aconselhamento e serviços que permitam aos jovens casais e indivíduos planejar a sua vida, famílias e o número de filhos que pretendem ter. Sublinhou-se igualmente o papel de líderes políticos, parlamentares, líderes comunitários e meios de comunicação social enquanto atores fundamentais na criação de condições para que todas as pessoas possam gozar plenamente e em condições de igualdade seus direitos, incluindo à saúde sexual e reprodutiva.

**A VI Conferência Internacional de Parlamentares para acompanhamento da implementação da CIPD<sup>(9)</sup>, que decorreu em Estocolmo em Abril de 2014, reuniu parlamentares de todo o mundo com o intuito de definir uma linha de ação para a implementação do Programa de Ação da CIPD para além de 2014<sup>(10)</sup>, e concluíram que “apesar dos avanços alcançados pelos nossos países no que se refere às metas e objetivos da CIPD existem ainda obstáculos à plena implementação do Programa de Ação e à realização dos ODM, particularmente o ODM 5 b) sobre o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva”.**

Desta Conferência resultou a **“Declaração de Compromisso de Estocolmo sobre a Implementação da CIPD para além de 2014”**, aprovada por todos/as parlamentares, reconhecendo a **interligação entre população, crescimento económico sustentado e desenvolvimento sustentável** sublinha que as mesmas são fundamentais: **para a erradicação da pobreza e das desigualdades sociais, o alcance do acesso universal ao ensino primário e secundário, o alcance da igualdade de género, o acesso universal a cuidados e serviços de saúde, a melhoria da saúde materno-infantil, o alargamento dos serviços de planeamento familiar, a promoção dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, a prevenção e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis, a eliminação da violência de género e de práticas nefastas de que mulheres e raparigas são alvo**.

**Ambicionando um paradigma de desenvolvimento pós-2015 baseado nos direitos humanos, garantindo a igualdade de género, os direitos e a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e adolescentes, os/as parlamentares, incluindo de**

**Portugal, comprometeram-se a trabalhar no sentido de adotar leis promotoras e protetoras dos direitos humanos, eliminando qualquer tipo de discriminação, a promover o acesso de todas as pessoas aos direitos e à saúde sexual e reprodutiva, incluindo cuidados de saúde de qualidade, a garantir o acesso a métodos contraceptivos e de planeamento familiar modernos e a apoiar políticas que mantenham as meninas na escola, em todos os níveis de ensino, nomeadamente as grávidas, casadas e mães**.

Em Portugal, o mais recente documento que norteia a política de cooperação - o **Conceito Estratégico da Cooperação Portuguesa 2014-2020<sup>(11)</sup>** - dá destaque, entre as suas prioridades, ao Eixo 1 - Desenvolvimento Humano e Bens Públicos Globais, onde se integram as questões da saúde nele apresentada, como “direito fundamental e universalmente reconhecido” e faz referência clara à necessidade e à importância de **“aumentar o acesso e qualidade de cuidados primários de saúde e o direito à saúde sexual e reprodutiva, privilegiando-se a redução da mortalidade infantil, a melhoria dos cuidados materno-infantis e da saúde das mulheres, o combate a doenças sexualmente transmissíveis, à malária, à tuberculose e a outras doenças tropicais negligenciadas”**. O documento realça ainda a importância do investimento na saúde e na prevenção de doenças, especialmente no que concerne aos direitos e à saúde de mulheres e crianças, e à igualdade de género, igualmente apontados como uma área transversal à Cooperação Portuguesa, que deverá fomentar **“o empoderamento das mulheres e raparigas nos países parceiros, como elemento fundamental para a prossecução dos ODM e para um desenvolvimento global mais equitativo, justo e sustentável”**.

Ao longo de 2013 e 2014, várias ONG fizeram públicas as suas propostas de abordagens e conteúdos a serem incluídos na Agenda Pós-2015. Foram identificados vários momentos de diálogo entre as entidades governamentais, organizações da sociedade civil, organizações internacionais e outros com a liderança do Camões-Instituto da Cooperação e da Língua e Ministério dos Negócios Estrangeiros. Foram realizadas em Portugal consultas temáticas com o intuito de contribuir para a informação e participação mas sobretudo para a posição portuguesa nas discussões nacionais e internacionais sobre o novo quadro de desenvolvimento e de direitos humanos pós-2015. Nestas iniciativas participaram várias ONG, entidades oficiais, parlamentares, universidades e representantes de outras organizações nacionais e internacionais. Destacamos aqui algumas dessas consultas temáticas: **Igualdade de Género - Desigualdades: no contexto da Cooperação e Agenda de Desenvolvimento pós-2015; Saúde e Desigualdades - o lugar da Saúde Sexual e Reprodutiva, VIH/SIDA, do Planeamento Familiar e Direitos Humanos no contexto da Cooperação e Agenda de Desenvolvimento pós-2015; Jovens e Agenda de Desenvolvimento no quadro da Agenda pós-2015** - que discutiu os seguintes sub-temas: a) A situação atual da juventude em Portugal, na Europa, na CPLP e no Mundo; Desafios às Escolhas e Direitos; b) O impacto da crise económica e o bônus demográfico; **A Mutilação Genital Feminina e outras Práticas Tradicionais Nefastas na Agenda de Desenvolvimento Pós-2015; Migrações e Desenvolvimento na Agenda Pós-2015; A Consulta Parlamentar sobre as Agendas Inacabadas do Programa de Ação do Cairo e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio; e Consulta Pública em Portugal sobre a Implementação da Agenda Pós-2015**.

Destas iniciativas saíram importantes **contributos para a elaboração de um conjunto de recomendações sobre igualdade de género, eliminação da discriminação e violência sobre raparigas e mulheres, direitos e saúde sexual e reprodutiva, a serem integradas na futura agenda de população e desenvolvimento e no quadro de referência global de desenvolvimento para o pós-2015**.

- (1) Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 1994
- (2) Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, 2014: [www.un.org.br/img/2014/07/relatorioidm2014.pdf](http://www.un.org.br/img/2014/07/relatorioidm2014.pdf)
- (3) Em 2014, o CAD/OCDE reúne já 29 membros: Austrália, Grécia, Áustria, Portugal, Bélgica, Irlanda, Itália, Japão, Espanha, Dinamarca, Coreia, Suécia, União Europeia, Luxemburgo, Suíça, Finlândia, Holanda, Reino Unido, França, Nova Zelândia, Estados Unidos, Alemanha, Noruega, Islândia, Eslováquia, Eslovénia, República Checa, Polónia, Canadá.
- (4) Para mais informações sobre a APD oficial dos Estados-Membros do CAD/OCDE consultar: [www.compareyourcountry.org/chart.php?projeto=oda&page=0&cr=oeed&lg=en](http://www.compareyourcountry.org/chart.php?projeto=oda&page=0&cr=oeed&lg=en)
- (5) Este documento final está disponível em: [www.sustainabledevelopment.un.org/content/documents/4518SDGs\\_FINAL\\_proposal%20of%200WG\\_19%20July%20at%201320hrs.pdf](http://www.sustainabledevelopment.un.org/content/documents/4518SDGs_FINAL_proposal%20of%200WG_19%20July%20at%201320hrs.pdf)
- (6) Para saber mais sobre o processo da CIPD além de 2014: [www.unfpa.org.br/novo/index.php/cipd-alem-de-2014](http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/cipd-alem-de-2014)
- (7) Aceda ao relatório aqui: [www.icpdbeyond2014.org/about/view/29-global-review-report](http://www.icpdbeyond2014.org/about/view/29-global-review-report)
- (8) Folha informativa P&D Factor, intitulada “Escolhas Viabilizadoras: Prioridades em matéria de População no Séc. XXI”: [www.popsdesenvolvimento.org/publicacoes/foilhas-informativas/descarregar.html?path=Conferencia%2BRegional%2Bda%2BUNECE.pdf](http://www.popsdesenvolvimento.org/publicacoes/foilhas-informativas/descarregar.html?path=Conferencia%2BRegional%2Bda%2BUNECE.pdf)
- (9) Para mais informações sobre esta Conferência aceda a: [www.ipci2014.org/en](http://www.ipci2014.org/en)
- (10) Consulte aqui a versão integral desta Declaração: [www.cig.gov.pt/2014/07/declaracao-de-compromisso-de-estocolmo-sobre-a-implementacao-da-cipd-para-alem-de-2014](http://www.cig.gov.pt/2014/07/declaracao-de-compromisso-de-estocolmo-sobre-a-implementacao-da-cipd-para-alem-de-2014)
- (11) Aceda ao documento aqui: [www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/concestratig1420.pdf](http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/concestratig1420.pdf)



Associação sem fins lucrativos | ONG-D | NIPC 510457754  
Contacto: (+351) 917908514  
Email: [ppdfactor@gmail.com](mailto:ppdfactor@gmail.com) - [info@popsdesenvolvimento.org](mailto:info@popsdesenvolvimento.org)  
Site: [www.popsdesenvolvimento.org](http://www.popsdesenvolvimento.org)



Com o apoio: