RELATÓRIO ODM CABO VERDE 2015

(Dados referentes ao ano de 2014)

Praia, 18 de Julho de 2015

www.governo.cv

Ministério das Finanças e do Planeamento
Direcção Nacional do Planeamento

RELATÓRIO ODM CABO VERDE 2015

(Dados referentes ao ano de 2014)

Praia, 18 de Julho de 2015

Índice

Índice de Quadros 4
Índice de Gráficos 5
Siglas e Abreviaturas 6
Preâmbulo 9
Sumário Executivo 10
Introdução 13
1. Situação dos ODM em Cabo Verde 14
1.1 O Percurso de Cabo Verde na Realização dos ODM 14
2. ODM I: Reduzir a Pobreza Extrema e a Insegurança Alimentar 19
DESTAQUES: 20
2.1 Análise da Situação e Tendências por Meta 20
2.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015 24
3. ODM II: Assegurar o Ensino Básico Universal 27
....
DESTAQUES: 28
3.1 Análise da Situação e Tendências por Meta 28
3.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015 31
4. ODM III: Promover a Igualdade de Género e a Autonomia das Mulheres 35
DESTAQUES: 36
4.1 Análise da Situação e Tendências por Meta 36
5. ODM IV: Reduzir a Mortalidade na Infância 41
DESTAQUES: 42
5.1 Análise da Situação e Tendências por Meta 42
5.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015 45
6. ODM V: Melhorar a Saúde Materna 49
DESTAQUES: 50
6.1 Análise da Situação e Tendências por Meta 50
6.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015 54
7. ODM VI: Combater o VIH/SIDA, Malária e Outras Doenças 57
DESTAQUES: 58
7.1 Análise da Situação e Tendências por Meta 58
7.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015 63
8. ODM VII: Assegurar a Sustentabilidade Ambiental 67
DESTAQUES: 68
8.1 Análise da Situação e Tendências por Meta 68
9. ODM VIII: Desenvolver uma Parceria para o Desenvolvimento 75
DESTAQUES: 76
10. Elementos de reflexão sobre os desafios de Cabo Verde para o pós-2015 89
Os consensos Internacionais 89
11. Prioridades de desenvolvimento de Cabo Verde 90

Índice de Quadros

Quadro 1.1 - Taxa de Alfabetização da população com 15 anos ou mais 16
Quadro 1.2 - axa de mortalidade infantil 16
Quadro 1.3 - Esperança de Vida à Nascença 16
Quadro 2.1 - Comportamento dos Indicadores 23
Quadro 2.2 - Matriz do Plano de Aceleração 24
Quadro 3.1 - Comportamento dos indicadores 30
Quadro 3.2 - Matriz do Plano de Aceleração 31
Quadro 4.1 - Comportamento dos indicadores 38
Quadro 4.2 - Matriz do plano de Aceleração 39
Quadro 5.1 - Evolução da taxa de mortalidade (por 1000 nados vivos) em <5 anos de idade, 1990-2014 43
Quadro 5.5 - Evolução da taxa de mortalidade (por 100 nados vivos) em <1 ano de idade, 1990-2014 43
Quadro 5.3 - Comportamento dos principais indicadores 45
Quadro 5 - Matriz do Plano de Aceleração 46
Quadro 6.1 - Evolução da taxa de mortalidade materna (1/100 000 nados vivos) 1994-2014 51
Quadro 6.3 - Matriz do Plano de aceleração 54
Quadro 7.2 - Matriz do Plano de Aceleração (VIH – Sida em Cabo Verde) 64
Quadro 8.1 - Comportamento dos indicadores 71
Quadro 9.1 - Comportamento dos principais indicadores (assinatura telefone fixo/rede móvel por habitante) 86
Quadro 11. 1 - Cabo Verde: Propostas de Prioridades para reflexão sobre o programa de desenvolvimento pós-2015 91

Índice de Gráficos

Gráfico 1.1 - PIB per Capita 2000-2006 e PIB per Capita 2007-2012 a preços correntes ($USD)..... 16
Gráfico 2.1 - Percentagem da população a viver abaixo do limiar da pobreza por meio de residência (2001 a 2007)..... 20
Gráfico 2.2 - Índice de profundidade da pobreza segundo o meio de residência e região (2007)..... 21
Gráfico 2.3 - Evolução do rácio emprego/população por sexo no período 1990-2012..... 22
Gráfico 3.1 - Evolução da taxa líquida de escolarização por sexo: 2003-2014..... 28
Gráfico 3.2 - Evolução da proporção de crianças que inicia o primeiro ano e atinge finalizam o último ano do ensino básico de crianças em idade escolar, começando e finalizando o ensino básico por sexo (2000-2014)..... 29
Gráfico 3.3 - Evolução da proporção de crianças em idade escolar, começando e finalizando o ensino básico por sexo (2000-2014)..... 29
Gráfico 3.4 - Taxa de alfabetização dos jovens (15-24 anos) e por sexo (2007 e 2010)..... 30
Gráfico 3.5 - Evolução da taxa de alfabetização no grupo etário 15-24 anos (1990-2010)..... 30
Gráfico 4.1 - Evolução do Rácio F/M por nível de ensino em anos seleccionados (2000-2012)..... 36
Gráfico 4.2 - Evolução da representação das mulheres no Parlamento (1991-2011)..... 37
Gráfico 5.1 - Taxa de mortalidade em < de 5 anos, 1990-2014 e tendência 2015..... 44
Gráfico 5.3 - Taxa de cobertura vacinal contra o sarampo em crianças dos 12 aos 23 meses - Inquéritos Nacionais Cabo Verde – 1998-2011 45
Gráfico 6.1 - Evolução da percentagem de partos assistidos por pessoal qualificado 2007-2014..... 51
Gráfico 6.2 - Evolução da taxa específica de facundidade entre as adolescentes (15-19), por mil, 1998-2010..... 52
Gráfico nº 6.3: % de grávidas < 20 anos que frequentaram os serviços de Saúde Reprodutiva/MS - Cabo Verde - 1999 a 2014..... 52
Gráfico 6.4 -..... 53
Gráfico 7.1 - Evolução dos novos casos de infecção de VIH/SIDA e óbitos 2003-2014..... 59
Gráfico 7.2 - Casos novos de VIH notificados por idade e género, ano 2014..... 59
Gráfico 6.3 - Evolução da taxa de incidência do paludismo autóctone por 100,000 habitantes, de 1991 a 2014..... 61
Gráfico 7.4- Evolução da Incidência, Prevalência e Mortalidade por tuberculose, 1995 a 2014..... 62
Gráfico 8.1 - Evolução do Consumo de Substâncias que Empobrecem a Camada de Ozono em Toneladas, 1990 - 2010..... 69
Gráfico 8.2 - Evolução da proporção de área terrestre coberta por floresta, 1990 – 2012 69
Gráfico 8.3 - Evolução da proporção da população que utiliza uma fonte melhorada de água potável, 1990 - 2010..... 70
Gráfico 9.1 - Evolução da dívida do governo Central..... 80
Gráfico 9.2 - Evolução do rácio do valor presente da dívida sobre o PIB..... 81
Gráfico 9.3 - Evolução do rácio do serviço da divida sobre as exportações..... 81
Gráfico 9.4 - Evolução de Divida Pública..... 81
Gráfico 9.5 - Evolução da APD total face à Ajuda ao Comércio em m$ EUA a preço constante 2013, entre 2005 e 2013..... 83
Gráfico 9.6 - Evolução do montante da Ajuda ao comércio em m$ EUA, recebida por Cabo Verde por sector, 2008 - 2013..... 83

Siglas e Abreviaturas

ANAC	Agência Nacional de Comunicações
APE	Acordos de Parceria Económica
AIDI	Atenção Integral às Doenças da Infância
ARV	Anti-retroviral
BK	Bacilo de Koch
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CFC-R12	Composto químico usado como refrigerante e nos aerossóis
CITES	Convenção sobre o Comércio Internacional de Espécies da Fauna e Flora Selvagens em Perigo de Extinção
CM	Câmara Municipal
CNE	Comissão Nacional de Eleições
CNPS	Centro Nacional de Pensões
CO2	Dióxido de Carbono
DECRP	Documento de Estratégia de Crescimento e de Redução da Pobreza
DNS	Direcção Nacional da Saúde
DOTS	Directly Observed Therapy Short-Course
DSSA	Direcção dos Serviços de Segurança Alimentar
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECV	Escudos de Cabo Verde
FICASE	Fundação Cabo-verdiana de Acão Social Escolar
GEP	Gabinete de Estudos e Planeamento
Gg	Gigagrama – unidade de medida
HC	Hidrocarbonetos
HCFC–R134	Composto químico - gás refrigerante
HCFC–R22	Composto químico - gás refrigerante
ICCA	Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente
ICIEG	Instituto Cabo-verdiano para a Igualdade de Equidade de Género
IDRF	Inquérito às Despesas e Receitas Familiares
IDSR	Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IFPRI	International Food Policy Research Institute
IMC	Inquérito Multiobjectivo Contínuo
INDP	Instituto Nacional de Desenvolvimento das Pescas
INPS	Instituto Nacional de Providência Social
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MAF	Millennium Development Goals Acceleration Framework
MAHOT	Ministério do Ambiente, Habitação e Ordenamento do Território
MAI	Ministério da Administração Interna
MED	Ministério da Educação e Desporto
MESCI	Ministério do Ensino Superior, Ciência e Inovação
MJ	Ministério da Justiça
MJEDRH	Ministério da Juventude, Emprego e Desenvolvimento dos Recursos Humanos

MS	Ministério da Saúde
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PANA	Plano de Acção Nacional para o Ambiente
PIB	Produto Interno Bruto
PMA	Países Menos Avançados
PNB	Produto Nacional Bruto
PNDS	Programa Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNSR	Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP	Purchasing Power Parity
QIR	Programa Quadro Integrado Reforçado
QUIBB	Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem-estar
RNI	Registo, Notariado e Identificação
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SITAN	Análise da Situação da Criança e do Adolescente em Cabo Verde
SVEI	Serviço de Vigilância Epidemiológica e Investigação
TB	Tuberculose
TNR	Trabalho Não Remunerado
VBG	Violência Baseada no Género
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
ZEE	Zona Económica Exclusiva

Preâmbulo

Os planos e estratégias de desenvolvimento nacional têm alertado que o desenvolvimento do país passa pela busca de um equilíbrio dinâmico que lhe permita sustentar um desenvolvimento inserido na dinâmica da economia global. Cabo Verde tem assumido o objectivo da sua inserção activa na dinâmica da economia global, desejavelmente no quadro de uma globalização regulada e integradora, assente num princípio de diferenciação e de equilíbrio entre oportunidades e ameaças.

A internacionalização da economia de Cabo Verde é entendida como um importante vector da promoção do desenvolvimento económico e social sustentável onde sobressai o objectivo primordial de combate à pobreza. Para conseguir essa internacionalização e combater a pobreza e exclusão social Cabo Verde desenvolveu uma visão ousada assente na construção de uma economia diversificada, produtiva, inclusiva, solidária e geradora de emprego, sustentada pela dinâmica do sector privado (nacional e estrangeiro). Na prossecução dessa visão o país vem priorizando o aprofundamento e consolidação de reformas económicas, estruturais e outras profundas capazes de propiciar a internacionalização e mitigação da pobreza.

O país tem conseguido realizar progressos notórios mesmo em ambiente de crise internacional persistente e de particularidades e vulnerabilidades decorrentes da sua condição de pequeno estado insular em desenvolvimento. Mas a análise aprofundada das realizações mostra que subsistem desigualdades socioeconómicas que afectam fundamentalmente a população feminina. Combater essas desigualdades requer esforços e recursos adicionais a mobilizar interna e externamente através de parcerias para o desenvolvimento.

A abordagem género será fundamental para aprofundar e solidificar os sucessos conquistados e mitigar as desigualdades. A abordagem género vem sendo paulatina e sistematicamente integrada na planificação do desenvolvimento económico e social, e vem sendo enfatizada no quadro das políticas ambientais particularmente na vertente gestão dos recursos naturais. O caracter transversal da abordagem género pelos sectores é um importante factor para globalmente fazer progredir a agenda de desenvolvimento em Cabo Verde.

Forjar parcerias globais para o desenvolvimento com a comunidade internacional é importante para mobilizar apoios em matéria de políticas de desenvolvimento, investimento produtivo, incorporação tecnológica e mão-de-obra para consolidar as relações de cooperação internacional e melhorar sensivelmente o padrão de vida no mundo, num clima de maior equidade e justiça social no pós-2015.

Cabo Verde tem procurado melhores alinhamentos possíveis com as estratégias globais de desenvolvimento, através da melhoria e da adequação contínuas das suas condições internas às de integração nos mercados regionais e globais e às exigências das supervisões multilaterais de garantia de transparência e atractividade do país a investimentos e parcerias fundamentais ao seu desenvolvimento.

Sumário Executivo

A globalização, o desenvolvimento, a equidade e as parcerias mundiais, constituem, hoje, vectores chaves da dinâmica do desenvolvimento. As Nações Unidas, suas organizações especializadas e organizações internacionais parceiras do desenvolvimento vêm assumindo um papel decisivo no contexto da governabilidade global, promovendo estratégias de desenvolvimento nas áreas tão sensíveis e estratégicas como a luta contra a pobreza e a fome, o desenvolvimento sustentável, a boa governação, o equilíbrio de género, a luta contra as doenças infecciosas, o narcotráfico, o terrorismo, etc.

Nesse quadro global os países e toda a comunidade internacional assumiram, em 2000, o desiderato da realização dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM), até o ano corrente de 2015, através de acções dos governos e da sociedade em geral.

Em Cabo Verde, desde então tem havido um forte comprometimento dos governos, dos municípios e da sociedade civil quanto à realização dos ODM. O sistema das Nações Unidas em Cabo Verde tem desenvolvido um papel de enquadramento e promoção de resultados quando à realização dos ODM.

Percurso de Cabo Verde na realização dos ODM

Em Cabo Verde, a realização das Grandes Opções de Desenvolvimento cujos objectivos se justa-põem aos objectivos dos ODM aprovados em 2000, precede o marco histórico da adopção da Cimeira Mundial para o desenvolvimento. O percurso começa com a execução do Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) 1997-2000, conhece evoluções significativas com a execução do PND 2002-2005 e com a dos dois Documentos de Estratégia de Crescimento e de Redução de Pobreza (DECRP): DECRP I – 2006-2007, DECRP II – 2008-2011 e com o DECRP III em curso de execução.

A partir de 1997 o planeamento assume uma dimensão Estratégica, baseado nas Grandes Opções do Plano, sendo as duas edições, a de 1997 e de 2002, pilares da construção da Visão de desenvolvimento de ***"uma nação inclusiva, justa e próspera, com oportunidades para todos"*** estampada no programa de governo da VIII legislatura.

Os sucessivos governos de Cabo Verde conseguiram com sucesso a construção de uma Nação, promovendo o desenvolvimento humano, a redução da pobreza e o crescimento da sua economia e rendimentos, permitindo ao país iniciar a sua transição para o grupo de países de rendimento médio em 2008.

As recentes classificações internacionais mostram que Cabo Verde tem feito grandes progressos nos seus esforços para realizar o desenvolvimento. O Índice de democracia do *The Economist Intelligence Unit* (EIU) classifica Cabo Verde no 31º lugar num total de 167 países em 2014, fazendo parte do grupo de países com Democracia imperfeita *(Flawed Democracy)*, enquanto a *Freedom House* em 2015 classifica Cabo Verde no grupo de topo de países quanto aos direitos políticos e às liberdades civis (1 em direitos políticos e 1 em liberdades civis). Cabo Verde tem-se classificado sempre entre os primeiros três países do continente africano pelo índice da Fundação *Mo Ibrahim* de governação africana.

Em matéria de índice de desenvolvimento humano[1] Cabo Verde, com 0,636 regista uma queda de duas posições relativamente ao ano precedente, no grupo dos países de desenvolvimento humano médio, segundo o relatório de 2014 que insere estimativa para 2013. Este posicionamento é, relativamente ao continente africano, o 10º mais elevado. Recordemos que Cabo Verde obteve o registo de 0,532 em 2000 (quando o índice foi publicado pela primeira vez) e em 2012 subiu para 0,586.

As taxas de Alfabetização e esperança de vida à nascença aumentaram, ao mesmo tempo que a taxa de mortalidade caiu substancialmente desde a independência (quadros 4, 5 e 6). Foram garantidos o acesso básico à educação e saúde. O desafio doravante será a qualidade para o sector educacional e para o sector de saúde a preocupação será no combate às doenças transmissíveis e no aumento da esperança de vida.

No plano económico Cabo Verde foi palco de grandes mudanças. O esforço para expandir a base produtiva é notório. O Turismo tornou-se um sector-chave da economia, representando mais de 20 por cento do PIB.

1 Human Development Index – United Nations Development Programme's Human Development Report, 24 July 2014, citado por Wikipedia. org- Human Development Report: General Human Development Report Cape Verde 1997; General Human Development Report Cape Verde 1998; New Technologies of Communication and Information 1999.

Da mesma forma, as pescas conhecem algum desenvolvimento, e os seus produtos representam a primeira mercadoria de exportação de Cabo Verde. O país exporta mais e os investimentos directos estrangeiros (IDE) em Cabo Verde aumentaram substancialmente. Não obstante os enormes desafios, a realidade é que houve a expansão da economia e, consequentemente, a renda *per capita* aumentou de 700 dólares dos EUA, em 1990, para 3.759 dólares dos EUA (preços constantes de 2005) em 2012.

Situação de Cabo Verde quanto à realização dos ODM

Após quase 15 anos do estabelecimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio pelo Estados Membros das Nações Unidas, Cabo Verde regista importantes progressos de realização dos objectivos em todas as áreas de actuação, tendo o país provavelmente realizado já todos os objectivos. No entanto, este quadro esconde desequilíbrios quanto aos resultados a nível dos diferentes municípios nas ilhas de Santiago Santo Antão e Fogo.

Pelos dados do INE de 2007 (QUIBB, 2007) em conjugação com o Censo 2010 e Inquérito multiobjectivo contínuo de 2013, Cabo Verde poderá ter já realizado os ODM:

1) ***Redução da pobreza extrema e da insegurança alimentar,*** passando de 49% em 1990 para 26,6% em 2007, o que ilustra uma evolução positiva da situação, com fortes probabilidades do país ter atingido esta meta, a ser confirmado com a publicação de dados em relação a 2015. Este facto teve influência sobre o índice de profundidade da pobreza, relativamente ao qual Cabo Verde atingiu e ultrapassou a meta fixada para 2015. Da mesma forma, atingiu a meta quanto à percentagem de crianças menores de 5 anos com insuficiência ponderal, que reduziu para mais de metade entre 1994 e 2009 (de 13,5% para 3,9%);

2) ***Alcançar o ensino básico universal***, tendo a taxa líquida de escolarização no ensino básico registado aumento de 21.3 pontos percentuais, de 71,5% para 92.8% entre 1990 e 2013/2014. A escolarização básica universal foi assegurada desde 2000: mais de 90 em cada 100 crianças, de idade compreendida entre os 6 e os 11 anos, frequentam o ensino básico, e 94 em cada 100 crianças, em idade escolar, concluem o último ano deste nível de ensino (6º ano). A taxa de alfabetização dos jovens de 15-24 anos é de 97,8% em 2010, que corresponde a um aumento de 8,7 pontos percentuais em relação a 1990;

3) ***Promoção da igualdade de género e a emancipação das mulheres***, estando a paridade alcançada em praticamente todos os níveis de ensino, bem como na alfabetização e as mulheres bem representadas nos diferentes sectores da economia, bem como em posição de liderança no mundo empresarial (35%) e na Administração Pública (35%). Existe um equilíbrio de género a nível do governo desde 2006. As principais forças políticas "obrigam-se" a uma quota de até 40% para as mulheres nas listas eleitorais e em lugares elegíveis. Registam-se progressos na representação das mulheres no Parlamento, de 3,8% para 20,8% entre 1991 e 2011. Proporção que, contudo, ainda está aquém da meta global e regional para este indicador (30%);

4) ***Redução da mortalidade entre as crianças***, tendo verificado uma redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de 56 para 23,6 por mil nados vivos, no período 1990-2013. Em 2013 foi registado o menor número de óbito infantil de todas as séries estatísticas existentes. A taxa de cobertura da vacinação contra o sarampo é actualmente superior a 96%, tendo-se atingido a meta;

5) ***Melhoramento da saúde materna***, com mais de dois terços das grávidas a fazer pelo menos 4 consultas pré-natais (2005) nos serviços de saúde e mais de 90% dos partos a serem realizados em estruturas hospitalares, verificando-se ao mesmo tempo uma evolução positiva da taxa de prevalência contraceptiva total, que passou de 53% para 61,3% entre 1998 e 2005. A taxa específica de fecundidade entre as adolescentes (15-19) desceu de 104‰ em 1998, para 92‰ em 2005, e para 62‰ em 2010, tendo a meta de 60 por mil sido provavelmente atingida;

6) ***Combate ao VIH/Sida, malária e outras doenças***, registando aumento de taxa quanto ao uso de preservativo na última relação de risco, no caso das mulheres, de 55,5% para 68,5% entre 2005 e 2012, tendo a meta de 65% sido atingida. 55% da população com infecção por VIH em estado avançado, tinha acesso a tratamento anti-retroviral (2010: 39%). A taxa de mortalidade específica por paludismo, que era em 2006 de 1,5 por 100.000 habitantes diminuiu, em 2012, para 0,2 por 100.000 habitantes e registou-se melhoria na taxa de mortalidade específica por tuberculose, que em 2013 era de 2,9 por 100.000.

7) ***Assegurar a sustentabilidade ambiental*** – o aumento em 18,5 pontos percentuais, de 0,8% (1990) para

19,5 (2013) da proporção de áreas terrestres e marinhas protegidas em Cabo Verde revela comprometimento sério tendo a meta para 2015 sido ultrapassada. A proporção da população que utiliza uma fonte melhorada de água potável aumentou consideravelmente, passando de 65,2% em 1990 para 90,5% em 2012. A meta foi por conseguinte, atingida.

8) **Desenvolver uma parceria para o desenvolvimento** – Cabo Verde tem beneficiado da ajuda pública ao desenvolvimento concedida pelos parceiros bilaterais e multilaterais. Os resultados conseguidos são positivos e propiciam o desenvolvimento social e económico do país. Relativamente ao acesso a medicamentos a um custo justo, o sistema nacional de saúde assegura o acesso grátis a medicamentos essenciais. Uma estimativa independente diz que, em 2011, a produção nacional assumiu 23% do consumo interno de medicamentos. Cabo Verde é tido como uma referência internacional em soluções inteligentes que envolvem as novas tecnologias. Os progressos realizados nas várias vertentes das telecomunicações desde 2006 são substanciais e os benefícios derivados do uso das novas tecnologias de comunicação alargam-se à facilitação e melhoria do clima de investimento e de negócios, da governação administrativa, educação e saúde.

Os desafios de Cabo Verde para o pós-2015

O relatório anual 2011 das Nações Unidas intitulado "Acelerar a realização dos objectivos de desenvolvimento do Milénio: Opções para um crescimento sustentável, compartilhando as questões da acção das Nações Unidas para o desenvolvimento pós-2015", analisa a acção das Nações Unidas para o desenvolvimento pós-2015 e identifica os principais desafios de desenvolvimento.

Com base nas lições apreendidas a partir da revisão dos ODM e o trabalho sobre desenvolvimento sustentável Rio+ 20 e à luz da evolução actual, essas reflexões sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 conduziram à identificação de um conjunto de desafios-chave ao estabelecimento do quadro geral para o período pós-2015. De entre esses desafios, dois são considerados: a redução da pobreza de forma a garantir a prosperidade e bem-estar para todas as pessoas e o desenvolvimento sustentável.

Com referência a esses desafios os principais aspectos de interesse foram identificados, nomeadamente os desafios relacionados com o controlo do crescimento populacional; Promoção do crescimento económico sustentável compartilhado e equitativo; a criação de oportunidades de emprego, trabalho decente e protecção social para todos; a promoção do desenvolvimento social equitativo; a redução das desigualdades e a promoção de uma gestão integrada e sustentáveis dos recursos naturais e dos ecossistemas.

Assim, e decorrente da avaliação dos resultados na realização dos ODM e das estratégias de desenvolvimento nacional, colocam-se desafios a Cabo Verde de criar um ambiente favorável à realização da estratégia de transformação e do programa de desenvolvimento sustentável pós-2015[2]. Consideram-se factores de sucesso para tais desafios:

- A Boa Governação
- A Cidadania, a justiça e o desenvolvimento de processos participativos
- Atractividade aos investimentos e parcerias
- Capacidades reforçadas em planeamento, seguimento e avaliação e gestão centrada nos resultados
- Coesão social e desenvolvimento das comunidades.

As propostas para reflexão sobre as prioridades nacionais para Cabo Verde alinham-se com as prioridades para o desenvolvimento africano tal como apresentadas na posição Africana Comum quanto à Agenda de Desenvolvimento para o pós-2015 , sendo os 6 seguintes:

i Transformação económica estrutural e crescimento inclusivo;

ii Ciência, tecnologia e Inovação;

iii Desenvolvimento Humano;

iv Gestão de recursos naturais para ambiente sustentável, e Gestão de risco de desastres;

v Paz e Segurança;

vi Finanças e Parcerias.

2 Common African Position on the Post-2015 Development Agenda

Introdução

O desenvolvimento mundial nos últimos dois decénios caracteriza-se pelo fenómeno da globalização abrangendo esferas e cenários de intervenções dos mais variados, num contexto de intensas interacções entre interessados e suas organizações, e por uma comunidade internacional com uma dinâmica muito forte e abrangente em matéria de competências e atribuições, que constituíam outrora áreas de soberania exclusiva dos estados.

O estabelecimento, em 2000, dos "Objectivos de Desenvolvimento do Milénio" na sequência da Declaração do Milénio foi o firmar de compromissos para inverter a propagação da pobreza, do analfabetismo, das doenças, da discriminação contra a mulher e da degradação ambiental — que são suportados por uma Agenda de Desenvolvimento com indicadores e metas quantificáveis.

O comprometimento para com a Declaração do Milénio da ONU leva Cabo Verde, tal como no passado, a empenhar-se mais activamente em vencer o ciclo da pobreza, em valorizar a dignidade humana, em quebrar a dependência através da execução de uma estratégia que combina de modo explícito o desenvolvimento económico e social e em evitar o agravamento das disparidades sociais inter-ilhas. Os objectivos são uma plataforma comum de prioridades e estabelecimento de parceria entre países com vista a criar um clima a nível nacional e mundial conducente a uma clara melhoria do bem-estar das populações em todas as áreas-chave da vida humana e à eliminação da pobreza, quando concretizados.

Apropriar-se dos ODM foi compreensivelmente fácil uma vez que o combate à pobreza, à degradação ambiental, às doenças..., tem sido uma constante dos programas públicos de desenvolvimento dos diferentes governos. A apropriação ditou o alinhamento dos objectivos e metas ao contexto nacional. Para ganharem maior expressão e peso os ODM foram integrados nos objectivos, estratégias e políticas de médio a longo prazo nacional e sectorial e passam a ser considerados de forma activa nos orçamentos e prioridades dos ministérios sectoriais e domínios estratégicos tais como a Educação, a Saúde, o Ambiente, a Água e o Saneamento, e a Segurança Alimentar, eixos primários das estratégias e planos nacionais de desenvolvimento (Grandes Opções do Plano; PND 1997-2000; PND 2002-2005; DECRP I, II e III este último em execução). Mais tarde, em 2007, a apropriação ditou o alinhamento dos objectivos e metas ao contexto municipal passando a reflectir as prioridades do planeamento do desenvolvimento municipal.

Da lista oficial dos indicadores dos ODM das Nações Unidas de Janeiro de 2008 Cabo Verde produziu a sua própria lista em Maio de 2014 da qual constam 51 indicadores. O seguimento e monitorização de quatro (4) indicadores são realizados por organismos internacionais e um (1) não é seguido pelo país: ODM VIII que trata da parceria mundial para o desenvolvimento. Oito indicadores não têm metas finais fixadas para 2015 (ODM I, VI e VIII).

A lista oficial harmoniza a designação dos Objectivos e das metas que varia com os relatórios produzidos e estabelece as metas para determinados indicadores. Igualmente harmoniza conceitos, definições e metodologias. A apropriação dos indicadores compele e facilita a realização dos ODM. Os indicadores adoptados interpelam o desenvolvimento e aperfeiçoamento do sistema estatístico nacional. Antes da adopção da citada lista os relatórios de seguimento anual do progresso de execução trataram um número diferenciado de indicadores. Mais, um número significativo de indicadores e de informações estava desactualizado ou não era seguido. A falta de um sistema de seguimento, e a escassez de financiamento para as duas operações (Inquérito às Despesas e Receitas Familiares, e Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva) que fornecem mais indicadores para os ODM, condicionou a produção desses relatórios.

A realização dos ODM é conseguida através das acções dos Governos central e local e da organização da sociedade civil em geral, entidades bem comprometidas com a luta contra a pobreza. A realização dita a necessidade de implantar um processo de seguimento efectivo e contínuo dos ODM e no pós-2015, para contornar a situação actual de uma produção pontual do relatório de seguimento do progresso.

Seguir e avaliar interpela o sistema nacional de estatística que tem a responsabilidade de medir e validar os indicadores. A falta de um mecanismo de seguimento dos indicadores foi reconhecida já no quadro de avaliação do DECRP II, estando a ser implementado. Para o efeito, é necessário criar e manter as condições para a realização, de forma periódica, das operações estatísticas essenciais particularmente para os objectivos I, IV, V e VI. Algumas das metas do ODM VIII colocam dificuldades de seguimento dos seus indicadores seja pelas exigências de definição, conceito, recolha, metodologia de cálculo e de fontes múltiplas e complexas,

seja pela multiplicidade de intervenientes, seja pelo facto de não haver um registo sistemático e contínuo dos indicadores junto das entidades públicas com responsabilidade na matéria (ODM VII), seja porque alguns dos indicadores são monitorizados separadamente por organismos internacionais. A fixação de metas e linhas de partida nestes casos é problemática.

Esta situação justifica a não referenciação de algumas metas e indicadores nos relatórios de progresso de execução dos anos anteriores.

O tratamento que tem sido dado à maioria das metas do ODM VIII é diferenciado uma vez que a realização deste Objectivo não é da competência exclusiva de qualquer país em particular. Exige a realização de actividades conjuntas com os parceiros, formalizadas em parcerias para o desenvolvimento. Exige esforço da comunidade internacional para ajudar a realizar este e os outros objectivos possibilitando em simultânea a redução do fosso entre países ricos e países pobres. Na prática, a realização deste objectivo passa pela criação de condições favoráveis, tanto a nível nacional como internacional, ao desenvolvimento e eliminação da pobreza. Cabo Verde tem honrado a sua contrapartida através do seu firme engajamento em matéria de boa governação e desenvolvimento, prestação de contas e luta contra a pobreza, condição fundamental para a realização deste objectivo e desenvolvimento do país.

O Governo está ciente da importância das estatísticas no planeamento, execução, seguimento e avaliação do seu programa tal como plasmado no Documento Estratégico de Crescimento, e Redução da Pobreza. Reconhece que os ganhos registados em matéria de produção estatística encorajam-no a enveredar para a produção de um fluxo contínuo de estatísticas sociais e económicas necessárias para informar e acompanhar os progressos de sua governação. Os requisitos para o seguimento dos progressos ditam o reforço do mecanismo de coordenação da produção e fornecimento dos indicadores dos ODM pelo Sistema Estatístico Nacional.

Decorrente da avaliação dos avanços na realização de ODM, o Governo desencadeou um processo de engajamento dos atores em torno de elaboração e execução de um plano de acção de seguimento dos indicadores e de um plano para a aceleração da realização visando atingir todos os objectivos e preparar-se para o pros-2015.

1. Situação dos ODM em Cabo Verde

1.1 O Percurso de Cabo Verde na Realização dos ODM

Em Cabo Verde a data da independência, as memórias da miséria e fome eram ainda bastante frescas e os riscos de reincidência eminentes. A maioria da força de trabalho encontrava-se desempregada. As infra-estruturas sociais e económicas eram muito limitadas e insuficientes para o desenvolvimento económico que se pretendia. A escassez de recursos e a elevada vulnerabilidade do país geram condições desfavoráveis ao crescimento e desenvolvimento.

Tendo como objectivo primordial encontrar formas de abordar a multiplicidade dos desafios do país recém-independente e para iniciar o processo de construção da Nação, o Governo de então executou planos de emergência nos primeiros seis anos de vida. Os dois primeiros planos foram "Programas de emergência nacional", pouco mais que um agrupamento de projectos sem muita conexão entre si. O primeiro foi executado no período 1975-1977 e o segundo em 1978-1980 (este prorrogado até 1982). O primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento foi aprovado em 1982 e foi executado no horizonte 1982-1985. O segundo Plano Nacional de Desenvolvimento, 1986-1990, foi aprovado em 1986. Ambos visavam, no essencial, mobilizar recursos externos e internos para apoiar o desenvolvimento nacional e a construção da Nação tendo no centro o combate à pobreza e a conservação dos recursos naturais com destaque para o solo, a água e o coberto vegetal.

O espírito dos ODM, o combate à pobreza, às doenças, a salubridade do meio, a solidariedade e a inclusão social tem estado presente desde a execução do Plano Nacional de Desenvolvimento 1997-2000. Sofisticação e evoluções mais significativas emergem com a execução do PND 2002-2005 e dos dois Documentos de Estratégia de Crescimento e de Redução de Pobreza (DECRP I 2006-2007 e DECRP II – 2008-2011) que ficam consolidadas com a execução do DECRP III – 2012-2015 ainda em curso.

A partir de 1997 o planeamento assume uma dimensão Estratégica, baseado nas Grandes Opções do Plano, constituindo as duas edições de 1997 e de 2002, pilares da construção da Visão de desenvolvimento de longo prazo de ***"uma Nação inclusiva, justa e próspera, com oportunidades para todos"*** tal como estampada no Programa de Governo da VIII legislatura em execução.

O Planeamento tem desempenhado um papel fundamental no sucesso de Cabo Verde até à data. A realização dos primeiros dois planos de emergência (1975-1982) e dos dois planos nacionais de desenvolvimento (1991-2000) permitiu estabelecer as bases do desenvolvimento. A partir de 2000 e particularmente em 2002-2005 com a formulação das Grandes Opções do Plano para 2002-2006, Cabo Verde, concentra-se numa via estratégica de redução de pobreza tendo elaborado e executado já 3 edições do DECRP que têm na Agenda de Transformação e no Programa do Governo as orientações de base.

O resultado de quatro décadas de independência e de gestão de desenvolvimento de Cabo Verde tem sido contínuo progresso e melhoria das condições socioeconómicas para a maioria da população. Cabo Verde, país improvável ao tempo da independência, é um caso de relativo sucesso hoje entre os países em desenvolvimento, em muitos aspectos. Os sucessivos governos de Cabo Verde conseguiram, num ambiente de estabilidade política e social, com sucesso solidificar a construção de uma Nação, promovendo o desenvolvimento humano, a redução da pobreza e o crescimento da economia e dos rendimentos, permitindo ao país transitar para o grupo de país de rendimento médio em 2008. Segue o registo de alguns avanços realizados.

Cabo Verde é um estado de direito democrático, onde as eleições e as alternâncias políticas ocorrem pacificamente. Os recentes rankings internacionais mostram um país que tem conseguido grandes progressos dos seus esforços para realizar o desenvolvimento socioeconómico. *"The Economist Intelligence Unit"* (EIU) classifica Cabo Verde no 31º lugar num total de 167 países em 2014, fazendo parte do grupo de países com Democracia imperfeita *(Flawed Democracy)*,enquanto a *"Freedom House"* classifica Cabo Verde entre os primeiros países pelo índice mundial de liberdade. Cabo Verde tem-se classificado sempre entre os primeiros três países do continente pelo índice da Fundação *Mo Ibrahim* de governação africana[1].

Em matéria de índice de desenvolvimento humano[2] Cabo Verde, com 0.636 regista uma queda de duas posições relativamente ao ano precedente, no grupo dos países de desenvolvimento humano médio, segundo o relatório de 2014 que insere estimativa para 2013. Este posicionamento é, relativamente ao continente africano, o 10º mais elevado. Recordemos que Cabo Verde obteve o registo de 0.532 em 2000 (quando o índice foi publicado pela primeira vez) e em 2012 subiu para 0,586.

Cabo Verde é um dos poucos países do continente africano com elevada probabilidade de atingir os objectivos de desenvolvimento do Milénio. À data Cabo Verde realizou já os ODM 1, 2, 3, 4, 5. Em conformidade com os dados do INE (QUIBB 2007), os objectivos 2, 4 e 5 teriam sido atingidos. Os dados existentes não são suficientes para avaliar a evolução em relação aos objectivos 6, 7 e 8, mas Cabo Verde deverá ter atingido a meta relativa ao objectivo 6 sobre a luta contra o VIH/Sida. Por outro lado, Cabo Verde é um dos poucos países em África que poderá cumprir todas as metas até 2015. Entretanto, a taxa de pobreza continua a ser elevada, em cerca de 26,6% (QUIBB 2007), embora seja melhor do que a de 2001 quando era de cerca de 37% e significativamente melhor do que a de 1990, quando era de 49%. A pobreza continua a sua trajectória descendente tendo sido estimada em cerca de 25% pelo DECRP III. O país tem hoje uma das menores taxas de pobreza da sua sub-região.

Cabo Verde contínua também a registar avanços no seu índice de desenvolvimento humano (IDH) tendo a sua pontuação aumentado de 0.532 em 2000 (quando o índice foi publicado pela primeira vez em Cabo Verde) para 0.636[3] em 2013. Cabo Verde ultrapassa a média da África Subsaariana que é de 0.502[4]. O que justifica em grande parte esse desempenho é que os sucessivos governos apostaram forte na educação e saúde tendo proporcionando o acesso universal à educação básica e aos cuidados médicos básicos à sua população[5]. Realizaram investimentos importantes na criação das infra-estruturas educacionais e de saúde

1 Mo Ibrahim Foundation (2013). The Ibrahim Index on African Governance. Source: http://www.moibrahimfoundation.org/iiag/

2 Human Development Index – United Nations Development Programme's Human Development Report, 24 July 2014, citado por Wikipedia.org Human Development Report: General Human Development Report Cape Verde 1997; General Human Development Report Cape Verde 1998; New Technologies of Communication and Information 1999;

3 United Nations Development Program (2014).Human Development Report. UNDP. New York. Source: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf

4 United Nations Development Program (2013).Human Development Report. UNDP. New York. Source: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf https://data.undp.org/dataset/Table-1-Human-Development-Index-and-its-components/wxub-qc5k

5 Based on personal notes from discussion with the former President and the founding Prime Minister of Cape Verde H.E. President Pedro

em todo o país. Como resultado aponta-se para taxas de Alfabetização de adultos e Esperança média de vida à nascença crescentes, ao mesmo tempo que as taxas de mortalidade caíram concisamente desde a independência (quadros 1, 2 e 3). Foram garantidos o acesso básico à educação e à saúde. O desafio, doravante será elevar a qualidade do ensino e relativamente à saúde a preocupação será o combate às doenças transmissíveis e o aumento da esperança de vida.

Quadro 1.1- Taxa de Alfabetização da população com 15 anos ou mais

Taxa de alfabetização	1990	2000	2006	2007	2009	2010	2012	2013
Feminino Adulto (% de meninas maiores de 15)	59,4	67,2	73,1	73,4	75,5	77,4	80,5	83,4
Masculino Adulto (% de rapazes maiores de 15)	74,76	83,5	86,9	87,0	88,4	88,4	90,5	91,0

Quadro 1.2 Taxa de mortalidade infantil

Taxa de mortalidade	1990	2000	2010	2012
Menor de 5 (por 1,000 nascidos)	61,5	37,7	23,7	22,2
Neonatal (por 1,000 nascidos)	21,4	15,2	10,6	10

Fonte: MS Relatório Estatístico 2013.

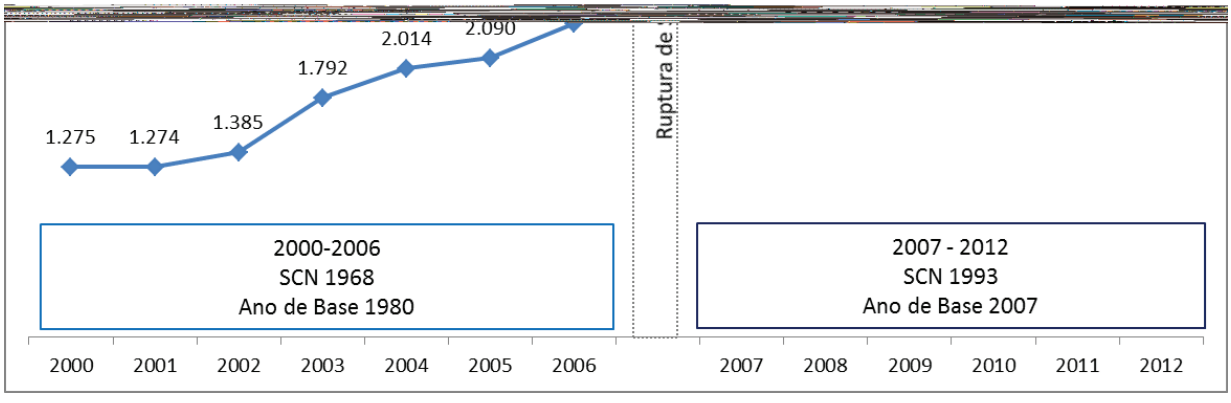
Quadro 1.3 - Esperança de Vida à Nascença

Esperança de vida à nascença	1990	2000	2010	2015	2020	2025	2030
Feminino	71,3	74,9	79	79,9	80,7	81,6	82,4
Masculino	65,7	66,5	69,5	71,5	73,4	75,4	77,3

Fonte: INE

No plano económico Cabo Verde foi palco de grandes mudanças. O esforço para expandir a base produtiva é notório. O Turismo tornou-se um sector-chave da economia, representando mais de 20 por cento do PIB. O país exporta mais e os investimentos directos estrangeiros (IDE) em Cabo Verde aumentaram substancialmente.

Gráfico 1.1 - PIB per Capita 2000-2006 e PIB per Capita 2007-2012 a preços correntes ($USD)[6]



Pires.

6 É de salientar que, de 1976 a 2006 (o que se aplica igualmente a 2000 a 2006), a referência metodológica das contas nacionais de Cabo Verde é o Sistema de Contas Nacionais (SCN) das Nações Unidas de 1968, sendo o ano de base, 1980. De 2007 a 2012, a referência metodológica das contas nacionais de Cabo Verde é o Sistema de Contas Nacionais (SCN) das Nações Unidas de 1993, e o ano de base,2007. A metodologia utilizada é diferente de a dos anos anteriores. É utilizado um ano de base móvel ou seja o ano de referência é o ano anterior. As contas são por isso elaboradas a preços do ano corrente e a preços do ano anterior.

DESTAQUES

Meta 1.A: Reduzir para metade a percentagem da população que vive na pobreza extrema.

A manter-se a tendência evolutiva registada até 2007, é muito provável que a meta fixada para a redução da pobreza[1] tenha sido atingida: diminuiu 22,4 pontos percentuais entre 1990 e 2007, de 49% para 26,6%.

O índice de profundidade da pobreza desceu de 21% em 1990 para 8,1% em 2007. A meta fixada de 10,4% foi atingida e ultrapassada em 2,3 pontos percentuais.

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

Há uma menor proporção de pessoas em empregos vulneráveis: o valor deste indicador diminuiu 7,4 pontos percentuais entre 1990 e 2014. Passou de 42,1% para 34,7%. No entanto, ainda precisaria descer 6,7 % de forma a atingir a meta para o indicador.

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

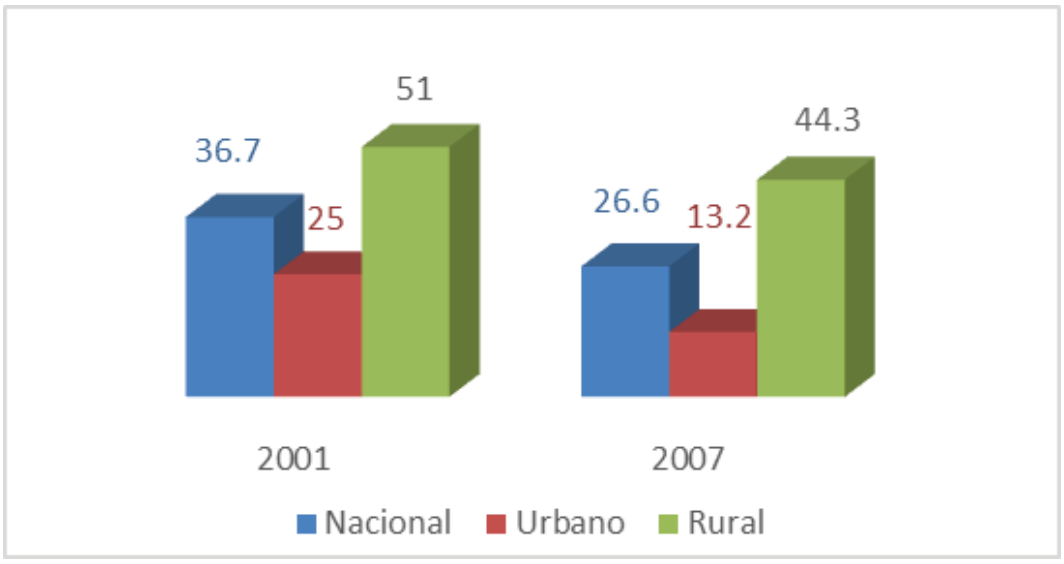
Por em Cabo Verde a fome não ser um fenómeno de massa é mais prudente falar-se de insegurança alimentar. Dadas as nossas peculiaridades geográficas e condições agrometeorológicas, a Insegurança Alimentar é um problema estrutural que assume carácter global e permanente. A situação nutricional das crianças melhorou substancialmente: a percentagem das crianças menores de 5 anos com insuficiência ponderal passou de 13,5% a 3,9%, entre 1990 e 2009, o que significa que a meta de redução para metade (6,75%) foi atingida.

2.1 Análise da Situação e Tendências por Meta

Redução da pobreza

De acordo com as informações disponíveis, a população que vive abaixo do limiar da pobreza diminuiu, passando de 49% em 1990 para 26,6% em 2007, o que ilustra uma evolução positiva da situação. Isto significa que, a manter-se a tendência evolutiva registada até 2007, em 2015, é muito provável que o país atinja a meta fixada (24,5%), que é reduzir para metade a percentagem da população vivendo abaixo do limiar da pobreza.

Gráfico 2.1- Percentagem da população a viver abaixo do limiar da pobreza por meio de residência (2001 a 2007)



Fonte: IDRF-INE (2001), QUIBB-INE (2007)

1 Percentagem da população vivendo abaixo do limiar da pobreza (%)

Registam-se manifestações significativas de desigualdades entre o meio de residência urbano e rural, entre mulheres e homens, entre as regiões e entre o género da chefia do agregado familiar:

i A pobreza concentra-se no meio rural e a sua diminuição foi mais acentuada no meio urbano: passou de 25% para 13,2% no meio urbano, entre 2001 e 2007, e de 51% para 44,3% no mesmo período no meio rural. Considerando o total das pessoas a viver abaixo do limiar da pobreza, verifica-se que em 2007, em torno de 7 em cada 10 pessoas pobres viviam no meio rural (72%), proporção que em 2001 era de aproximadamente 6 em cada 10 (63%). Contudo, segundo um estudo realizado pelo International Food Policy Research Institute (IFPRI) /MDR em 2007, nas zonas rurais, por cada 1% de redução da taxa de pobreza, 75% das causas devem-se a investimento no sector agrícola. A contribuição do crescimento agrícola na redução da pobreza é mais elevada que a derivada do sector não agrícola.

ii As desigualdades entre as regiões: em 2007, 45,6% da população da ilha de Santo Antão e 39% da população da ilha do Fogo viviam em situação de pobreza. No Mindelo e na cidade da Praia, principais centros urbanos do país, esta proporção era de 13,6% e 11,1% respectivamente.

iii Em 2007, as pessoas pobres eram predominantemente do sexo feminino - dos 111.219 pobres 66.015 eram mulheres (56,3%) e 51.204 eram homens (43,7%).

iv A situação a nível dos agregados familiares diz-nos que: em 2001 o fosso entre os agregados pobres chefiados por mulher e os agregados pobres chefiados por homem era de 6 pontos percentuais; em 2007 passa para 12 pontos percentuais.

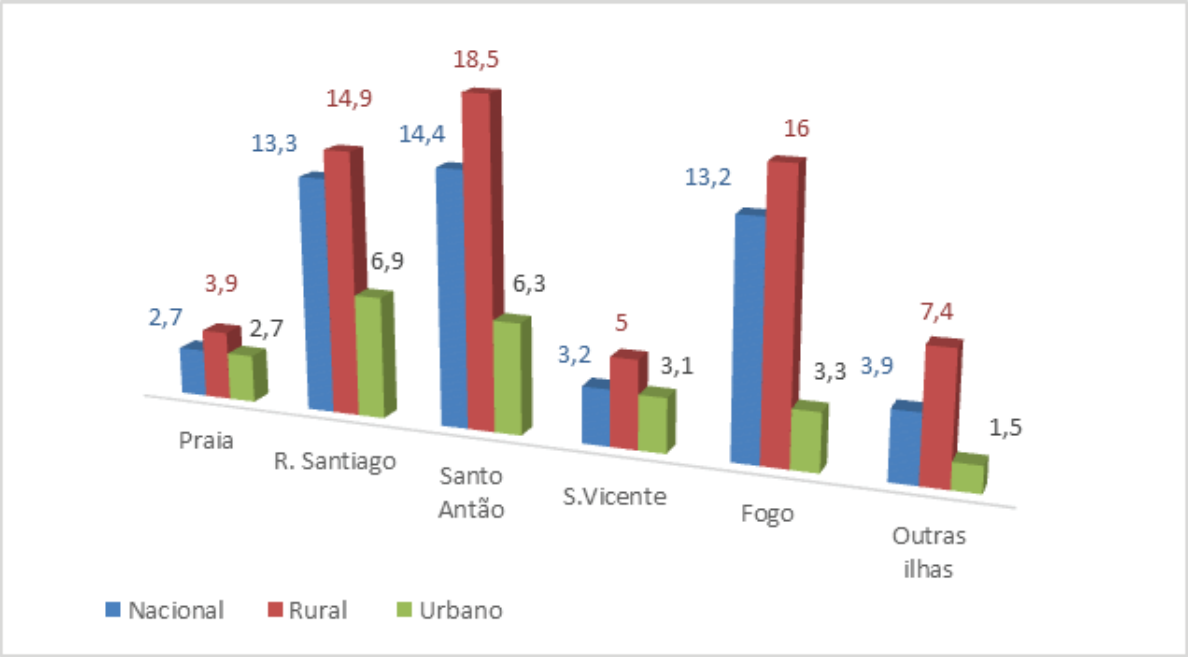
Tendo em conta os investimentos consentidos nos últimos anos no sector agrícola o cenário da pobreza rural poderá ter sofrido alterações.

O índice de profundidade da pobreza tem evoluído de forma positiva. Cabo Verde já ultrapassou a meta fixada para 2015 de 10,4%, o que atesta a eficiência das políticas aplicadas dirigidas a esse fim. Contudo, uma análise detalhada mostra que existem assimetrias e desigualdades entre regiões, meio de residência, e entre homens e mulheres. O índice de profundidade da pobreza em 2007 tem a seguinte configuração:

i É mais elevado nas zonas rurais, independentemente da região do país. Os valores mais elevados registam-se nas ilhas de Santo Antão (14,4%, sendo 18,5% no meio rural) e Fogo (13,2%, sendo 16% no meio rural). Nos concelhos da ilha de Santiago (exceptuando Praia) é de 13,3% (14,9% no meio rural).

ii É mais elevado entre as mulheres (10,2% entre a população feminina, sendo 5,2% no meio urbano e 15,8% no meio rural) do que entre os homens (6,2% entre a população masculina, sendo 1,9% no meio urbano e 12,9% no meio rural).

Gráfico 2.2: Índice de profundidade da pobreza segundo o meio de residência e região (2007)



Fonte: IDRF-INE (2001) QUIBB, 2007)Consumo da população mais pobre e estado nutricional

Consumo da população mais pobre e estado nutricional

A diminuição da proporção da população pobre tem reflexos positivos sobre o consumo (produção própria ou rendimento) da população em geral. No entanto, e apesar da substancial redução da população pobre entre 1990 e 2001 (12,2 pontos percentuais), o aumento do consumo no seio do quintil da população mais pobre registou um avanço de apenas 0,5 pontos percentuais (passou de 3,7% em 1990 para 4,2% em 2002). Para este indicador, o país não dispõe de informações actualizadas que permitam avaliar a evolução no período 2002-2015. Entretanto, nos últimos anos, o governo tem investido fortemente na mobilização da água, nomeadamente através da construção de barragens e modernização da agricultura, na transferência de conhecimento, saber fazer e de tecnologias contribuindo para um aumento significativo da produção de bens alimentares particularmente na fileira hortofrutícola.

No domínio da pecuária também se registou avanços significativos da produção com a introdução da inseminação artificial, melhoria da produção forrageira para os animais através da introdução de novas espécies e variedades.

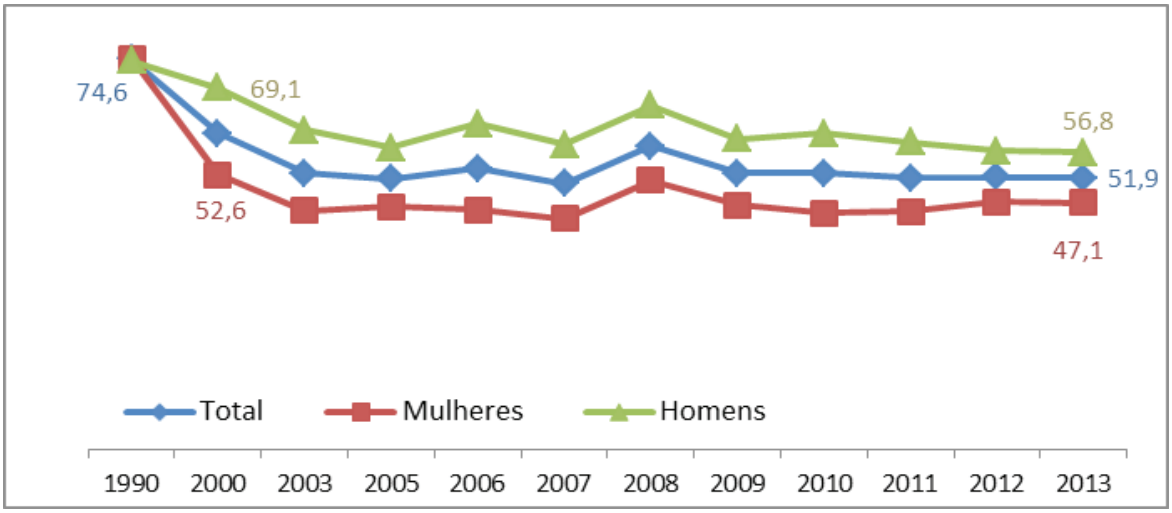
Intimamente relacionado com a produção de bens alimentares e produção forrageira encontra-se o indicador referente ao estado nutricional da população, medido pela percentagem das crianças menores de 5 anos com insuficiência ponderal. Regista-se uma notável evolução, traduzida pela diminuição em mais de metade, entre 1994 (13,5%) e 2009 (3,9%) da percentagem de crianças com insuficiência ponderal, quando a meta aponta para 6,75%, colocando Cabo Verde entre os países da região melhor posicionados: a média regional é de 21%. O êxito nesta área está intimamente ligado a políticas concertadas no domínio da saúde infantil, nutrição e segurança alimentar. A desnutrição crónica, que afectava 16% da população de 0 a 5 anos em 1994, sofre uma evolução positiva diminuindo para 9,7% em 2009. A mesma tendência é apresentada para a desnutrição aguda que caiu de 6% para 2,6%.[2]

Rácio emprego /população; e emprego vulnerável

O indicador referente ao rácio emprego/população exprime a relação entre a população activa empregada sobre a população activa. De acordo com a série de dados existente, no período 1990 (74,6%) - 2000 (60,4%) assistiu-se a uma diminuição de 14,2 pontos percentuais. O comportamento do rácio mostra que a economia cabo-verdiana ainda tem dificuldades em absorver a população activa num cenário onde as tendências demográficas do país apontam para uma transição marcada pelo aumento substancial da população em idade activa. Neste contexto, a meta foi fixada em 53%. Em 2013, o rácio emprego/população era 51,9%, o que significava que o país está perto de atingi-la. Realça-se que a actualização da meta em 2014, fixada em 48,8% mostra um ligeiro recuo.

O aumento do emprego, especialmente entre a população jovem, visando a ruptura do ciclo de reprodução da pobreza, é uma das prioridades do Estado, tal como o ilustra a Carta do Emprego recentemente adoptada (Novembro de 2013). Porém, (i) o comportamento da taxa de desemprego, na interface com as (ii) disparidades regionais na geração do emprego e (iii) problemas estruturais e de género, entre outros, podem produzir efeitos diferenciados.

Gráfico 2.3: Evolução do rácio emprego/população por sexo no período 1990-2012.



Fonte: RGPH (1990, 2000, 2010); Inquérito ao Emprego (2003,2005,2008,2011,2012,2013,; QUIBB (2006, 2007); Inquérito ao Emprego e ao Sector Informal (2009), IMC-Módulo Emprego (2011, 2012, 2013,2014)

2 Fonte: Relatório sobre a situação da Criança em Cabo Verde – UNICEF (2011)

v O aumento da taxa de desemprego nos últimos anos tem dificultado a evolução positiva do indicador. Os dados mostram que o desemprego aumentou 5,1% entre 2010 e 2014 e diminuiu 0,6% entre 2013 e 2014 (passou de 16,4% para 15,8%). Realça-se que a taxa de desemprego é maior no meio urbano do que no meio rural (17,0% contra 12,4%). Por outro lado, manifesta-se desigualdades de género, com uma diferença da ordem de 10,9% em 2014 na taxa de ocupação entre mulheres e homens (43,5% e 54,4%). Tais manifestações poderão estar vinculadas à função biológica e social reprodutora das mulheres, sobretudo se considerarmos que o desemprego é maior entre as que se encontram em plena idade reprodutiva: com efeito, o desemprego é maior entre as jovens mulheres (15-19 anos) e no grupo etário 20-24 anos -regista-se 2,6% de diferença entre mulheres 37,5 e homens 34,9. O desemprego entre pessoas com níveis mais elevados de escolaridade é superior entre as mulheres; mais 5,4 pontos percentuais entre as mulheres com formação pós-secundária, do que entre os homens com o mesmo nível de escolaridade, o que indica que a melhoria no nível educativo das mulheres por si só, não resulta em igualdade de acesso destas ao mercado de trabalho, existindo outros factores de discriminação.

vi As disparidades regionais também representam um factor limitativo. Os dados de 2014 mostram que o sector turismo é a maior fonte de geração de emprego actualmente: as ilhas com maiores empreendimentos turísticos, como Sal e Boavista apresentam um crescimento mais dinâmico na geração de emprego. Entretanto, o desemprego afecta perto de 27,4% da população de Ribeira Grande de Santo Antão, 25,7% da população do Paul e 20% da população de Praia[3].

vii A qualidade do emprego registou uma evolução bastante positiva até 2010 altura em que 31,7% do total dos trabalhadores tinham um emprego vulnerável (trabalhador sazonal e trabalhador familiar não remunerado). Contudo, a situação não está completamente consolidada já que em 2011 esta proporção passou para 40,1%. Regista-se um fosso em desabono das mulheres, de 8,5 pontos percentuais: em 2011, cerca de 44,6% das mulheres tinham empregos vulneráveis, enquanto 36,1% dos homens se encontravam nesta situação. Paradoxalmente, e pela primeira vez em décadas, em 2014, a taxa de desemprego entre os homens (16,3%) é ligeiramente superior à das mulheres (15,2%). Contudo, os dados mostram também que persiste uma importante segregação de género em relação às actividades profissionais, e que muitos dos nichos de emprego feminino não são os mais rentáveis, mais valorizados socialmente ou seguros. Este é o caso do comércio que, entre as mulheres, é de natureza essencialmente informal, ou ainda do emprego doméstico, que é o 4º nicho de emprego das mulheres em

Quadro 2.1 Comportamento dos Indicadores

INDICADORES	LINHA BASE (Ano de referência)	SITUAÇÃO ATUAL (Ano de referência)	META 2015
Percentagem da população vivendo abaixo do limiar da pobreza (%)	49 (1990)	26,6 (2007)	24,5
Índice de profundidade da pobreza (%)	21 (1990)	8,1 (2007)	10,4 Atingido
Percentagem do consumo nacional do quintil mais pobre da população	3,7 (1990)	4,2 (2002)	7,4
Rácio emprego/população	74,6 (1990)	48,8 (2014)	53
Proporção de pessoas empregadas que vivem abaixo do limiar da pobreza empregada	30,3 (2002)	-	
Proporção de trabalhadores por conta própria e trabalhadores familiares no total do emprego	42,1 (1990)	34,7 (2014)	28
Proporção de crianças menores de 5 anos com insuficiência ponderal	13,5 (1994)	3,9 (2009)	6,75 Atingido

*Indicador não seguido2** Meta não fixada e indicador não aplicável a Cabo

3 INE, 2012, IMC

2.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015

No que concerne à luta contra a pobreza os resultados são analisados tendo em conta dois ciclos estatísticos, de 1990-2007 e 2007-2015, sendo que para este último ciclo ainda não existem dados de inquéritos que permitem uma avaliação completa. Os inquéritos de 2001, 2003 e 2007 (IDRS, IDRF I e II e QUIBB 2007) evidenciam, como indica o quadro acima, reduções consideráveis da pobreza, do índice de profundidade da pobreza e proporção de crianças menores de 5 anos com insuficiência ponderal, indicadores para os quais os objectivos estarão provavelmente realizados. Já para os indicadores: rácio emprego/população e proporção de trabalhadores por conta própria e trabalhadores familiares no total do emprego os dados publicados indiciam a sua não realização.

Num contexto económico favorável, esta melhoria de indicadores no primeiro ciclo considerado comportando 3 programas de governos (1991-1995, 1996-2000, 2001-2005), deveu-se ao enfoque do programa nacional de luta contra a pobreza particularmente no meio rural, a realização do DECRP I e II, cujos balanços fazem uma avaliação geral e específica positiva do quadro de estabilidade macroeconómica, da gestão das finanças públicas, dos sectores da educação e da saúde, da monitorização da pobreza e da progressiva inclusão social e redução da pobreza, dos esforços que conduziram à redução do desemprego, para além dos desempenhos no que se refere ao rápido crescimento do IDE e as receitas do turismo, as melhorias na planificação orçamental e eficiência nas despesas públicas.

Os dados existentes para o ciclo 2007-20015 dos inquéritos IMC (Inquérito multiobjectivo contínuo: 2012 e 2013), apontam para um melhoramento substancial dos níveis de conforto. Entretanto, deve-se assegurar que o INE disponha dos recursos necessários para desempenhar o seu papel no sistema Estatístico e no Sistema de Seguimento e Avaliação; seja capaz de alimentar e melhorar a informação disponível no *website* do INE acerca dos indicadores da DECRP, permitindo o acesso a agentes sociais e económicos, assim como aos parceiros externos.

Constrangimentos à realização das metas previstas

Cabo Verde, como muitos outros países, tem dificuldades em garantir a redução da pobreza e o pleno emprego de forma equitativa em todo o seu território e para toda a sua população. Existem desigualdades baseadas no género que afectam fundamentalmente a população feminina, bem como entre as ilhas e por meio de residência.

Em termos da planificação e práticas institucionais, tanto a nível central como local, existem limitações na integração sistemática de uma abordagem género na planificação e gestão das políticas e programas, o que também se verifica no que tange à atenção às vulnerabilidades específicas do país.

Intervenções estratégicas e processos de aceleração e o pós-2015

Tendo em conta os constrangimentos existentes a nível nacional, foi identificada uma série de intervenções estratégicas que podem acelerar o processo de evolução positiva dos indicadores, em particular:

Quadro 2.2: Matriz do Plano de Aceleração

Principais Constrangimentos	Soluções apresentadas
Redução da Pobreza	

Política de planeamento e medidas institucionais baseadas nas desigualdades de género, meio de residência e região.	Intervenções focadas no desenvolvimento de áreas com potencial para promover a produtividade e o crescimento nas zonas rurais: Mobilização de água; Facilitação do acesso à terra; Criação de mecanismos de crédito; Participação equitativa das mulheres e seu acesso aos factores de produção; Iniciativas de reforço das capacidades: reforçar a organização dos agricultores e pescadores em associações ou cooperativas; Implementação de projectos de apoio à pesca artesanal; Implementação de unidades de transformação e agregação de valores.
Rácio emprego /população	
Política de emprego	Iniciativas locais e regionais de emprego Apoio à criação de postos de trabalho através de iniciativas locais e regionais de emprego e auto-emprego; Promoção do empreendedorismo, auto-emprego e criação de empresas; Inserção do empreendedorismo no currículo do Ensino Secundário e Técnico.

Fonte: Dados Estatísticos relativos ao sector saúde 1990-1995 (GEP, MSPS, 1996).
Relatório Estatístico- MS (2010 – 2013[4]). Dados disponibilizados pelo INE.

4 Dados Provisórios.

ASSEGURAR A EDUCAÇÃO PRIMÁRIA UNIVERSAL

3. ODM II: Assegurar o Ensino Básico Universal

DESTAQUES

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

A taxa líquida de escolarização no ensino básico aumentou 23 pontos percentuais, de 71,5% para 94,58% entre 1990 e 2013/2014/2015.

Desde 2000 que se considera atingida a escolarização básica universal: 93 em cada 100 crianças na idade compreendida entre os 6 e os 11 anos frequentam o ensino básico, e 89 em cada 100 crianças, em idade escolar, concluem o último ano deste nível de ensino (6º ano).

A taxa de alfabetização dos jovens de 15-24 anos foi de 97,89%, em 2013, que corresponde a um aumento de 8,7 pontos percentuais em relação a 1990. A paridade entre jovens mulheres e homens foi atingida para este indicador.

3.1 Análise da Situação e Tendências por Meta

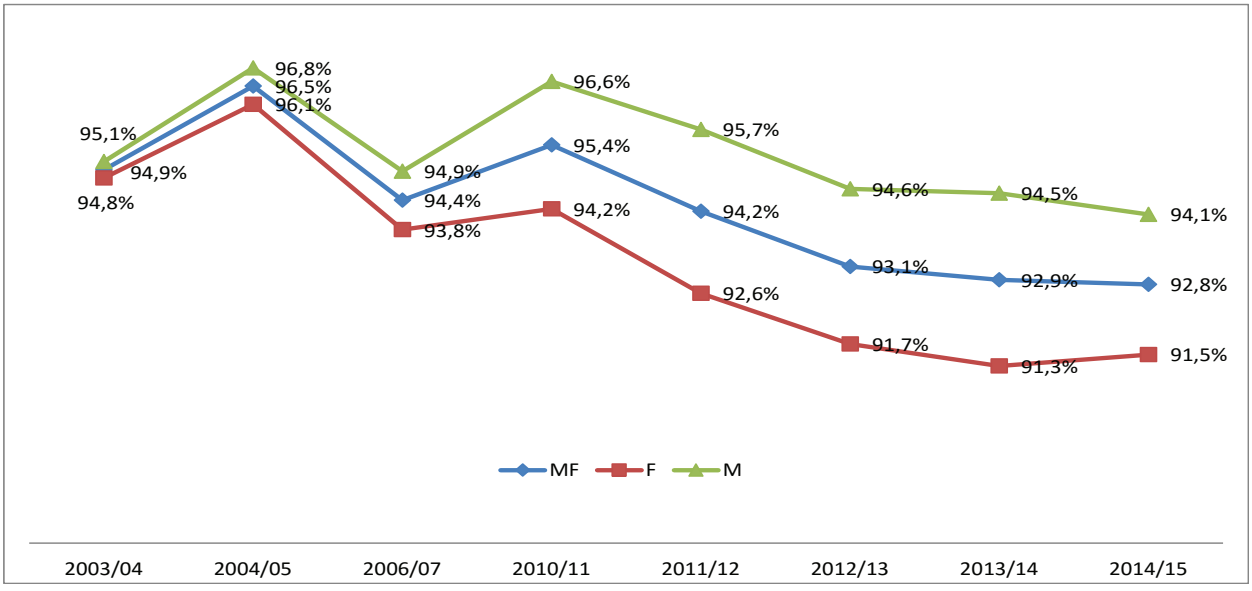
Uma das principais apostas e investimentos do país, desde a independência nacional, tem sido na melhoria da qualidade dos recursos humanos. Essa aposta tem permitido uma evolução positiva da situação do sector educativo. Esta visão permitiu a implementação de medidas de política para garantir a escolarização básica, diminuir o analfabetismo, generalizar o acesso ao ensino secundário, e expandir o ensino superior.

A universalização do ensino primário e as oscilações da taxa líquida de escolarização neste nível educativo

A educação básica abarcava quatro anos de escolaridade obrigatória, situação que perdurou até 1994 quando passa a compreender seis anos de escolaridade. Entre 1990 e 2004 foi atingida a escolarização básica universal ao registar-se taxas líquidas de escolarização superiores a 96% tanto entre rapazes como raparigas. Entretanto, nota-se algumas oscilações na última década, situando-se este indicador em 92,8% no ano 2014 sendo que 0,1% do efectivo frequenta o Ensino Secundário.

Gráfico 3.1: Evolução da taxa líquida de escolarização por sexo: 2003-2014

Fonte: Principais indicadores da Educação - MED (2003 a 2014)

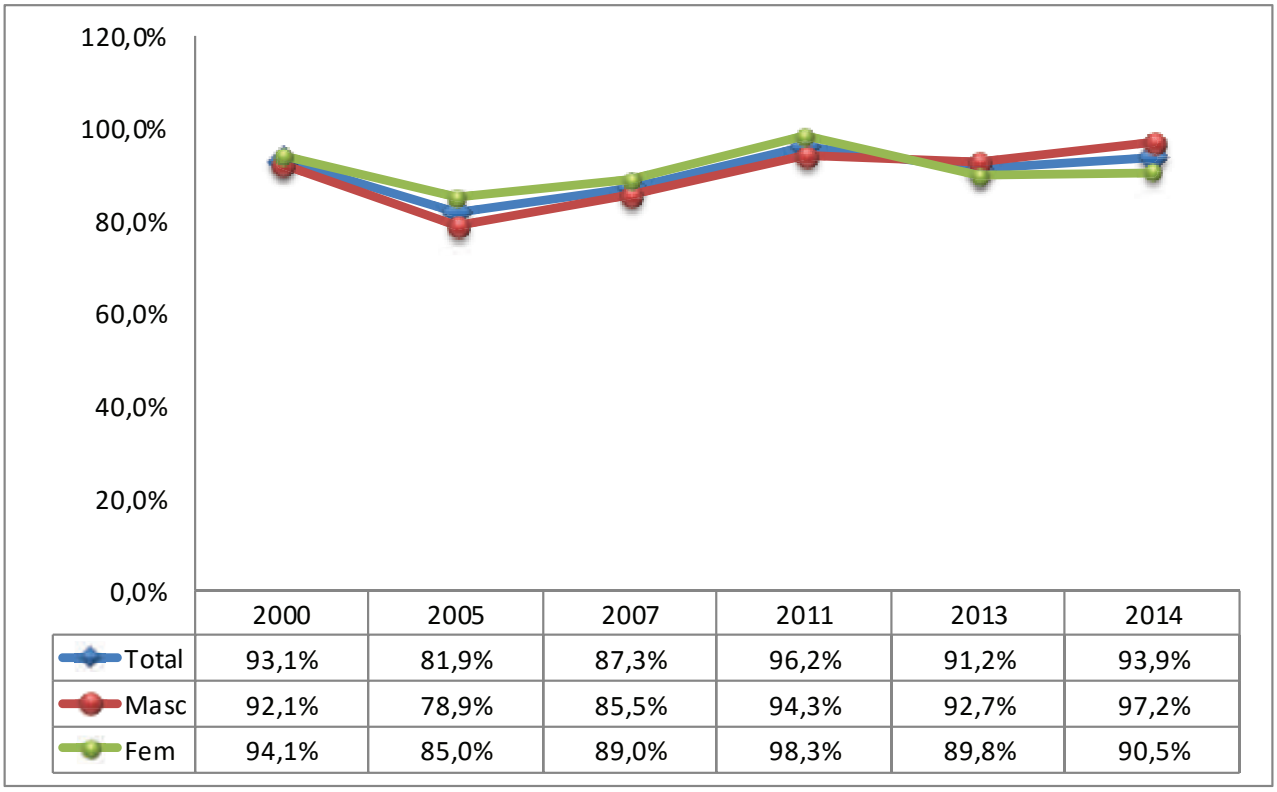


Proporção de crianças que iniciam o primeiro ano e finalizam o último ano do ensino básico (6º)

A evolução deste indicador ilustra a eficiência e eficácia do sistema educativo na medida em que mostra a proporção de crianças que inicia e que conclui o último ano do ensino básico sendo que essa proporção era no ano 2000, 92,1% para os rapazes e 94,1% para as raparigas, sendo 97,2% em 2014 para os rapazes e 90,5% para as raparigas. No ano lectivo 2010/2011 Cabo Verde atingiu a meta fixada para 2015 (96,2%),

evidenciando assim a consolidação da situação.

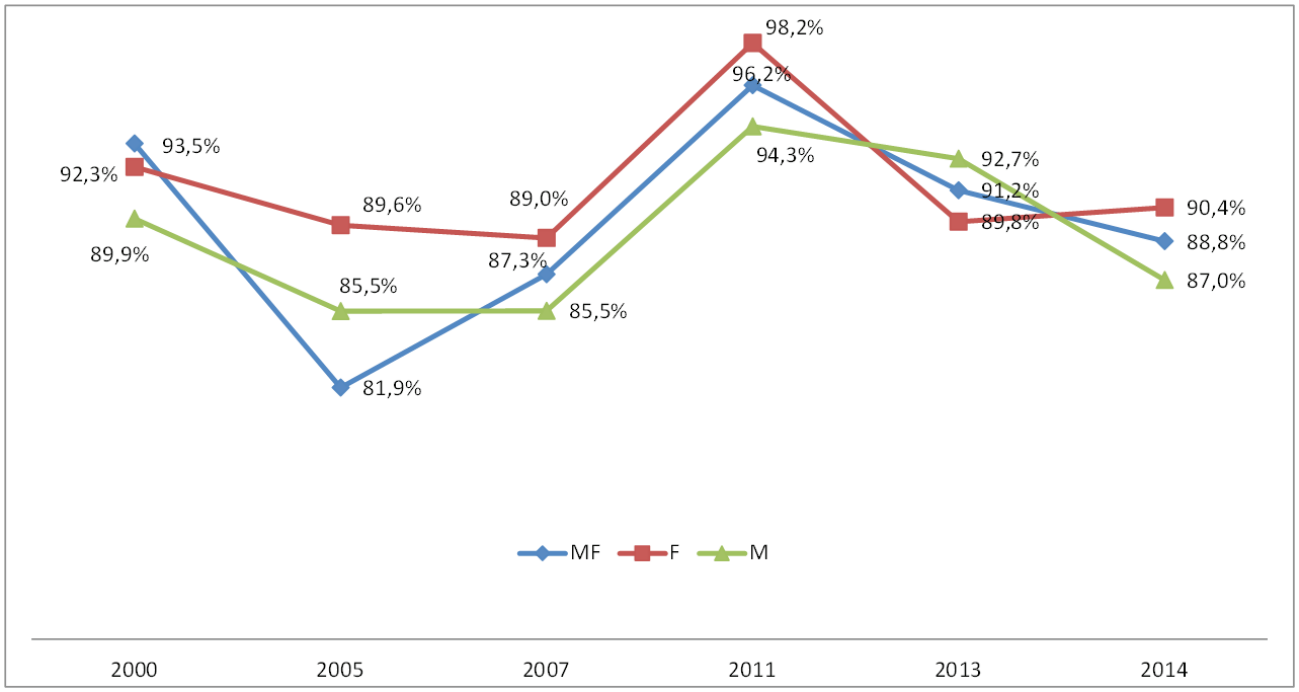
Gráfico 3.2 - Evolução da proporção de crianças que inicia o primeiro ano e atinge finalizam o último ano do ensino básico de crianças em idade escolar, começando e finalizando o ensino básico por sexo (2000-2014)



	2000	2005	2007	2011	2013	2014
Total	93,1%	81,9%	87,3%	96,2%	91,2%	93,9%
Masc	92,1%	78,9%	85,5%	94,3%	92,7%	97,2%
Fem	94,1%	85,0%	89,0%	98,3%	89,8%	90,5%

Fonte: Elaborado com base nos dados publicados pelo MED. Principais indicadores de educação-MED (2000-2014)

Gráfico 3.3 - Evolução da proporção de crianças em idade escolar, começando e finalizando o ensino básico por sexo (2000-2014)



Fonte: Elaborado com base nos dados publicados pelo MED. Principais indicadores de educação-MED (2000-2013)

Êxito na eliminação do analfabetismo entre os jovens do grupo etário 15-24 anos

Os bons resultados na diminuição do analfabetismo entre a população jovem, especialmente do grupo etário 15-24 anos, são reflexo dos esforços bem conseguidos em matéria de universalização do ensino básico. Cabo Verde atingiu a meta proposta desde 2010, contando actualmente com uma taxa de alfabetização nesse grupo etário de 96,9% e um rácio mulher/homem unitário.

Tal como os dados mostram registou-se uma evolução positiva entre 1990 e 2013 que resultou num aumento de 9,6 pontos percentuais na taxa de alfabetização entre os jovens do grupo etário 15-24 anos (de 88,2% para 97,8%). Esta tendência de evolução positiva tem-se mantido na década 2000-2010 com um aumento de 2 pontos percentuais. Ver gráfico a seguir.

Gráfico 3.4 - Taxa de alfabetização dos jovens (15-24 anos) e por sexo (2007 e 2010)

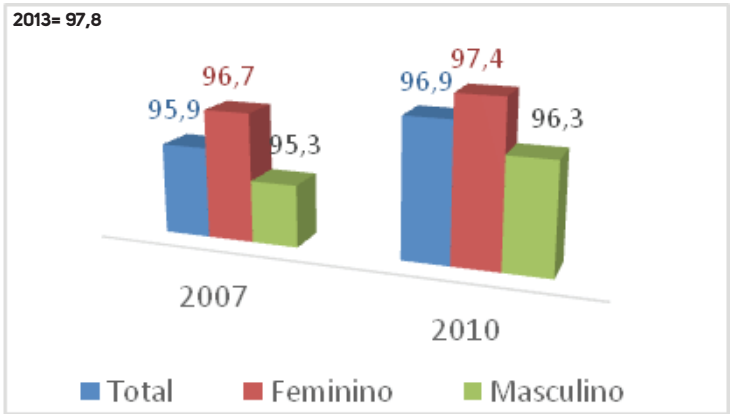
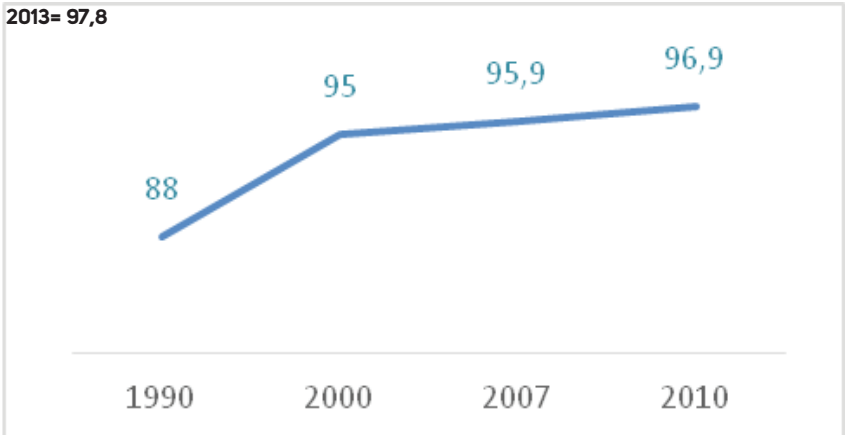


Gráfico 3.5 - Evolução da taxa de alfabetização no grupo etário 15-24 anos (1990-2010)



Fonte: RGPH (1990, 2000, 2010), QUIBB-INE (2007)

Quadro 3.1 - Comportamento dos indicadores:

INDICADORES[1]	LINHA BASE (Ano referência)	S I T U A Ç Ã O ATUAL (Ano referência)	META 2015
Taxa líquida de escolarização no Ensino Básico	71,5 (1990)	92,8%* (2014)	96
Proporção de alunos que iniciam o primeiro ano do ensino básico e atingem o último ano do ensino básico (6º)	93,1	93,9 (2014)	95 Atingida
Taxa de alfabetização (15-24 anos)	88,2 (1990)	97,8[2] (2013)	Atingida

*Sendo 0,1% frequentam o Ensino Secundário

1 Principais Indicadores da Educação-MED (2000,2012)
2 IMC- INE (2012), RGPH – INE (1990, 2010)

3.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015

Esses resultados conseguidos por indicador e que confirmam a realização do ODM 2 por Cabo Verde já em 2007 foram conseguidos num quadro de fortes investimentos nas infra-estruturas educativas durante o ciclo de 1990-2007, na formação contínua dos docentes, na evolução dos curricula, na gestão pedagógica, etc.

Constrangimentos à realização da meta prevista

Em 2014 o orçamento da Educação representava 15,0% do Orçamento Geral do Estado e o do Ensino Básico, por seu lado, representava 37,0% do orçamento da Educação, 6,2% do de investimento e 43,0% do de funcionamento[1]

O forte investimento no sector educativo ao longo dos anos permitiu a extensão da rede escolar e garantiu o acesso à educação em todo o território. No entanto, os recursos humanos disponíveis, nem sempre garantem o desempenho da escola, conforme mostram os resultados da aferição nacional do desempenho escolar no final do 6º ano do ensino básico, o que indica a necessidade de melhorar a gestão pedagógica.

Os aspectos socioeconómicos e culturais são factores de desaceleração do progresso. Nem todas as famílias com dificuldades económicas conseguem aceder aos serviços existentes de apoio social. Apesar dos ganhos conseguidos em virtude da gratuitidade do ensino básico em Cabo Verde, algumas famílias têm dificuldades em manter os seus educandos nas escolas. O incentivo à frequência e permanência na escola depende da valoração social que lhe é atribuída e da percepção da sua utilidade.

Apesar da produção e divulgação de dados desagregados por sexo e idade, os exercícios de planificação tendem a ser efectuados numa perspectiva neutra, o que não tem permitido a análise da situação específica de raparigas e rapazes e das representações sociais que podem afectar de forma diferenciada as suas oportunidades de escolarização.

Há necessidade de melhorar a eficácia interna no ensino básico, nomeadamente a redução de reprovação. Esta é uma questão que remete para a qualidade dos serviços prestados bem como para práticas de gestão e inspecção nas escolas que têm consequências sobre a eficiência da transformação de recursos em resultados.

Intervenções estratégicas e processos de aceleração

Considerando o exercício de análise dos indicadores e selecção de metas, proporcionado pelos ODM, numa perspectiva glonacal uma excelente oportunidade para a reflexão sobre o alinhamento dos instrumentos de governação integrada de nível nacional e local na sua interface com o global, corporizado nas políticas transnacionais, foi identificado um conjunto de acções tendentes à aceleração dos indicadores de eficácia e eficiência interna do sistema educativo nacional, em quatro segmentos: I. Política de planeamento e medidas institucionais; II. Orçamento e financiamento alocado ao sistema educativo; III. Aspectos socioeconómicos e culturais; e IV. Eficácia interna

Quadro 3.2 - Matriz do Plano de Aceleração

Principais Constrangimentos	Soluções apresentadas
Aumentar a taxa líquida de escolarização e Aumentar a proporção de crianças em idade escolar começando o primeiro ano de estudo no ensino básico e finalizando o sexto	
Política de planeamento e medidas institucionais	Maior articulação entre MED e INE; Parcerias com instituições (Ex: MS, MJEDRH, MJ, MAI, ICIEG, ICCA, INE, RNI, CM, Igrejas, Associações Comunitárias, ONG...);
	Melhoria da sistematização das informações e do seguimento dos indicadores

1 Anuário e Principais Indicadores da Educação 2013/2014.

Orçamento e financiamento alocado ao sistema educativo	Mobilização de recursos intra- e extra orçamento do Estado
Aspectos socioeconómicos e culturais	Reforço da focalização de programas socioeducativos da FICASE nas famílias mais vulneráveis.
	Campanha de sensibilização antes da abertura do ano lectivo.
	Focalização de medidas para as famílias que têm crianças fora da escola e que necessitam de atendimento especializado
	Estudo sobre o insucesso escolar
	Estudo sobre as crianças fora da escola
Eficácia interna	Intervenção pedagógica
	Reorganização do atendimento pedagógico dos professores
	Directivas do ano lectivo 2014/2015: implementação progressiva e flexível das directivas do MED
	Reforço dos mecanismos de apoio na escola (a crianças identificadas com necessidades de recuperação) a partir das delegações e capacitação de professores para o efeito

Em termos de perspectivas pós 2015 foram identificadas as seguintes prioridades: i) necessidade de melhor compreender e responder às crianças fora da escola; ii) articulação com uma figura de assistente social para o seguimento em modalidade de extensão das crianças em risco de abandono/insucesso (de cariz multissectorial, não apenas de ligação escola-família-comunidade, a discutir por exemplo com a saúde); iii) necessidade de reflexão sobre a acção social escolar; e iv) a implementação de um Plano Nacional para a Pequena Infância.

PROMOVER A IGUALDADE ENTRE OS SEXOS E A EMANCIPAÇÃO DA MULHER

4. ODM III: Promover a Igualdade de Género e a Autonomia das Mulheres

DESTAQUES

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

A paridade entre raparigas e rapazes no acesso à educação básica, num contexto de universalização da educação básica, foi atingida desde a década de 90.

As mulheres cabo-verdianas estão hoje mais bem representadas no emprego assalariado no sector de serviços e da indústria e no mundo empresarial, onde a proporção de mulheres em posição de liderança é superior a 1/3 (35%).

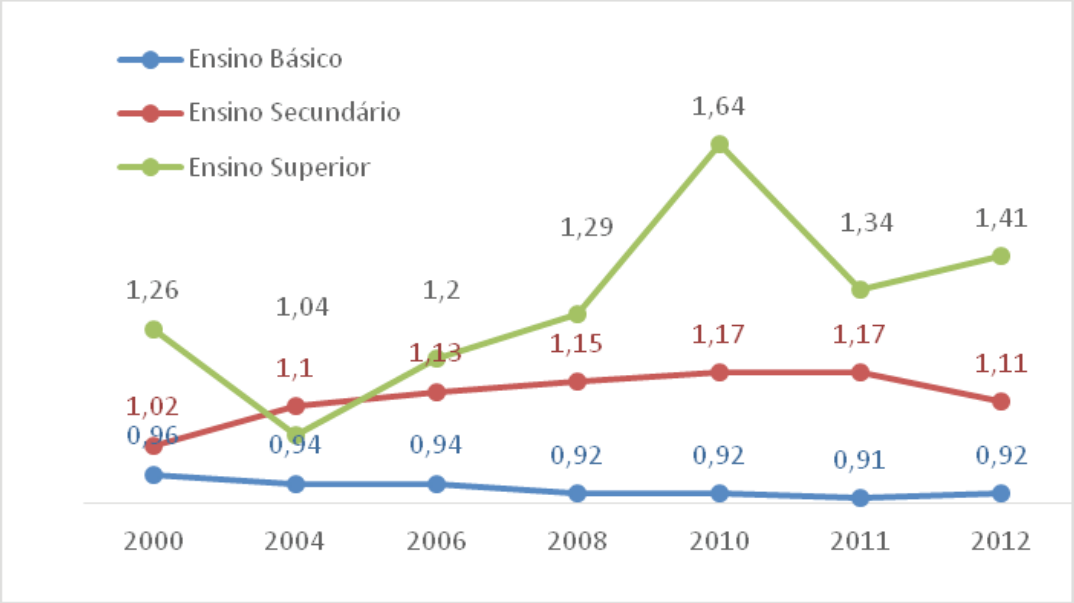
A representação das mulheres no Parlamento aumentou 17 pontos percentuais entre 1991 e 2011, mas esse esforço não significa que tenha sido atingida a meta regional ou internacional (30%). Na Administração Pública as mulheres ocupam 35% dos cargos de liderança e, desde 2006, Cabo Verde conta com um governo paritário.

4.1 Análise da Situação e Tendências por Meta

Paridade na educação

Cabo Verde atingiu a universalização e a paridade no acesso à educação primária, com taxas líquidas de escolarização de 94,4% em 2007, tanto para raparigas como para rapazes, sendo 93,8% para raparigas e 94,9% para rapazes. Contudo, o índice de paridade tem oscilado: em 2000 era de 0,96 para o ensino básico e de 1,04 para o secundário passando, em 2012, para 0,92, valor que é inferior à meta de 0,96.

Gráfico 4.1 - Evolução do Rácio F/M por nível de ensino em anos seleccionados (2000-2012)



Fonte: Elaborado com base em dados administrativos do MED e do MESCI

A oscilação do índice de paridade parece estar vinculada a vários factores, entre os quais o grau diferenciado de sucesso entre raparigas e rapazes. Constata-se igualmente a existência de crianças em idade escolar que não se encontram matriculadas na escola. Ao analisar o perfil das crianças fora da escola, constata-se que existe um número muito maior de raparigas que não está matriculada, do que de rapazes da mesma idade. Em relação ao melhor desempenho das raparigas inscritas na escola, ele é traduzido em taxas mais elevadas de diplomadas tanto no básico como no secundário, e menores taxas de reprovação. Os dados de 2012 mostram uma taxa de reprovação superior para os rapazes (+4,5%) e um número inferior de rapazes que concluem o ensino básico (-2,5%), valor que aumenta para -9,2% no ensino secundário. Tudo parece indicar que os rapazes permanecem por mais tempo no ensino básico, já que a sua taxa de reprovação é maior da das raparigas (11,4% contra 6,9%). Nesse mesmo ano lectivo o rácio raparigas / rapazes no ensino secundário para a faixa etária de 12 a 17 anos (idade de frequência deste nível de ensino), era 1,12, ou seja 112 meninas para cada 100 rapazes). Assim sendo, um dos motivos para a paridade ter deixado de existir

nos últimos anos é o menor número de raparigas (no ensino básico) em virtude da sua transição para o secundário mais cedo do que os rapazes, e logo o seu maior número em relação aos rapazes (no ensino secundário), já que estes permanecem mais tempo no ensino básico.

Poder económico das mulheres

No período 1990-2012 registou-se um aumento de 2 pontos percentuais na proporção de mulheres assalariadas em sectores não agrícolas (relativamente ao total de homens e mulheres nessa circunstância) passando de 42,7% em 2000 para 44,2% em 2012.

Por outro lado, verifica-se que a proporção de mulheres em emprego assalariado em sectores não agrícolas (relativamente ao total de mulheres assalariadas em qualquer sector) vem aumentando: em 2000, 48,8% das mulheres assalariadas trabalhavam em sectores não agrícolas, proporção que em 2012 passou para 65,9%. Esta evolução indica uma melhor distribuição das mulheres assalariadas por todos os sectores de actividade económica do país, o que aponta para um maior grau de abertura do mercado de trabalho à participação das mulheres.

Cerca de 57% das mulheres de 15 anos ou mais são activas, sendo a taxa de actividade entre os homens de cerca de 69%[1]. Entre os motivos para não se ser considerado(a) população activa no âmbito de um inquérito ao emprego, estão as responsabilidades familiares: de acordo com os dados do Censo 2010, 22,5% das mulheres referem ser esse o principal factor que limita a sua entrada no mercado de trabalho, o que acontece com cerca de 4% dos homens.

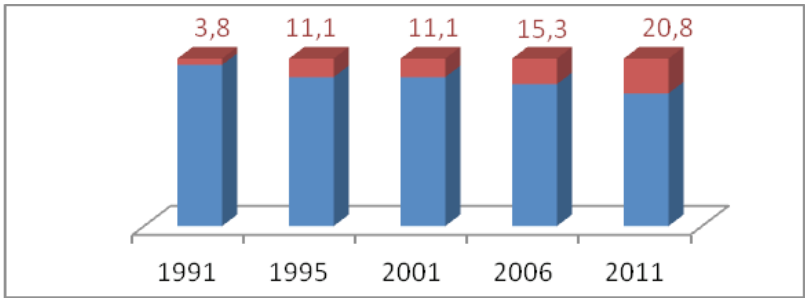
Os dados do inquérito sobre o Uso do Tempo (2012) confirmam que as relações de género existentes transferem o grande peso do trabalho não remunerado para as mulheres: estas participam mais do que os homens no trabalho não remunerado (56% versus 44%), o que acontece de forma mais vincada no caso das mulheres mais pobres. Considerando o total do trabalho, verifica-se que 62% de todo o trabalho realizado em Cabo Verde (remunerado e não remunerado) é realizado pelas mulheres, o que tem um forte impacto sobre a economia cabo-verdiana.

Relativamente às principais áreas de actividades das mulheres e homens, globalmente os dados mostram que persiste uma importante segregação de género em relação às actividades profissionais e que muitos dos nichos de emprego feminino não são necessariamente rentáveis.

As mulheres e a participação na tomada de decisões no espaço público

Cabo Verde é o segundo país do mundo a alcançar a paridade a nível do governo: conta com um governo paritário desde 2006. Por outro lado, as mulheres vêm ganhando terreno em cargos de chefia em diversos campos da sociedade, desde a Administração Pública (35%), aos principais meios de comunicação social (36%), e ao mundo empresarial (35%). A representação das mulheres no Parlamento aumentou 17 pontos percentuais entre 1991 e 2011, contudo, a proporção de deputadas no Parlamento é actualmente de cerca de 21% (2011), ficando aquém da meta global e regional para este indicador (30%). Dado que as próximas eleições legislativas serão em 2016, o país não conseguirá atingir a meta proposta para 2015. Haverá no entanto forma de a atingir no pós-2015.

Gráfico 4.2 - Evolução da representação das mulheres no Parlamento (1991-2011)



Fonte: Elaboração com base nos dados divulgados pela CNE

Em Cabo Verde entendeu-se que seria importante seguir também a sua representação em outros poderes

1 INE (2012) Estatísticas do Emprego e Mercado de Trabalho, IMC - Inquérito Multiobjectivo Contínuo

eleitos, já que existem eleições autárquicas. A proporção de mulheres eleitas nos órgãos de poder local, nas eleições autárquicas de 2012, é de 22%: um ponto percentual acima da proporção de mulheres no parlamento, mas representando uma estagnação em relação às eleições autárquicas de 2008.

Quadro 4.1 - Comportamento dos indicadores

INDICADORES		LINHA BASE (Ano referência)	SITUAÇÃO ATUAL (Ano referência)	META 2015
Rácio Feminino/ Masculino nos diferentes níveis de ensino	Ensino Básico	0,96 (1990)	0,92 (2012)	0,96[1]
	Ensino Secundário	1,04 (1990)	1,11 (2012)	1,04
	Ensino Superior	1,04 (2001)	1,41 (2011)	Paridade[2] Atingida
	Alfabetização (15-24)	1,3 (1990)	1,01 (2010)	Paridade[3] Atingida
Proporção das mulheres no emprego assalariado em sectores não agrícolas (expresso sobre o total de emprego assalariado)		42,7 (2000)	44,2 (2012)	Não fixada a nível global ou nacional
Percentagem de mandatos ocupados por mulheres no Parlamento		3,8 (1991)	20,8 (2011)	30[4] Meta global

Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015

Existem constrangimentos relativos à paridade na educação e os principais estão relacionados fundamentalmente com as condicionantes socioeconómicas e culturais existentes que têm desacelerado a evolução do indicador, como referido para o ODM II. Apesar do sector produzir dados desagregados por sexo e por outras variáveis, os exercícios de planificação têm sido efectuados numa perspectiva neutra. Não são suficientemente analisadas as especificidades de género no acesso e na forma como rapazes e raparigas progridem no sistema educativo, nomeadamente as causas do menor sucesso escolar dos rapazes e os motivos específicos de não acesso e de abandono que afectam as raparigas, no sentido de desenhar estratégias / intervenções adequadas às situações de cada um/uma. Verifica-se um seguimento ainda ténue de muitas outras dimensões de uma efectiva integração da abordagem género.

A realização da meta "participação política das mulheres" tem de ser perspectivado para o pós 2015 mediante medidas a accionar que permitirão reafirmar o engajamento de Cabo Verde com esta meta globalmente acordada. Os principais constrangimentos identificados são i) a existência de um quadro legal inadequado; ii) a cultura e práticas institucionais da estrutura política; iii) a insuficiente afectação de fundos; e iv) a existência de barreiras do lado da demanda. O anteprojecto de lei "Lei dos Partidos Políticos" em discussão prevê o princípio da participação equilibrada de mulheres e homens na actividade político-partidária (as listas concorrentes não podem ter menos de 40% de mulheres ou homens). Contudo, o anteprojecto não prevê um dispositivo de fiscalização do seu cumprimento, um constrangimento para a sua aplicação.

Intervenções estratégicas e processos de aceleração

No quadro a seguir estão identificadas acções rápidas, relacionadas especificamente com os constrangimentos identificados à participação política das mulheres, cuja execução pode permitir acelerar a realização da meta.

1 Fonte: Anuário da Educação-MED 2012/2013, Retro-projeção e Projeção demográficas. Projecções demográficas- INE (2013).
2 Fonte: Anuário Estatístico 2011/2012, MESCI
3 Fonte: RGPH – INE (2010)
4 Cálculo com base nos resultados publicados pela Comissão Nacional de Eleições (B. O. Nº7, I Série, 19 Fevereiro 2011)

Quadro 4.2 - Matriz do plano de Aceleração

Constrangimentos	Soluções apresentadas
Advocacia para o reforço da participação política das mulheres	
Quadro legal insuficiente	Reforço do quadro legal para a participação política das mulheres
Cultural e práticas institucionais das estruturas políticas	Advocacia junto dos partidos em relação à representação equilibrada das mulheres (a nível central e descentralizado)
Barreiras do lado da demanda	Reforço das capacidades das Deputadas em Liderança, e multiplicação da formação a nível local
	Sensibilização das mulheres para a participação política (enfoque a nível local)
	Troca de experiências entre as coligações de mulheres-candidatas e eleitas a nível local (São Miguel e Praia) com outros municípios e acompanhamento da criação de novas coligações

Em termos de perspectivas para o pós-2015 foram identificadas as seguintes prioridades: a integração transversal da abordagem género assegurando que as instituições desenvolvam uma efectiva cultura de género, adoptam este paradigma na elaboração das análises de situação que enformam os exercícios de planificação e orçamentação dos seus sectores; o estabelecimento de um grupo de trabalho interministerial que elabore uma proposta que capitalize as acções em curso/projectadas e integre a vertente de cuidados na política social (nomeadamente em termos de falta de familiarização dos cuidados, co-responsabilização e conciliação entre a vida laboral e familiar, atenção às pessoas que cuidam e valorização do trabalho não remunerado); o reforço de capacidades nacionais de Gestão das Políticas Económicas integrando uma perspectiva género; o desenho de políticas de formação profissional e emprego especificamente dirigidas às mulheres; a garantia de que as iniciativas nas áreas de investimento para a diversificação económica, como é o caso do agronegócio, efectivamente transversalizem a abordagem género; a intensificação do esforço preventivo da VBG, através de campanhas e da educação; a necessidade de aprofundar os esforços na regulamentação da Lei VBG, a formalização da Comissão intersectorial para o seguimento da implementação da Lei VBG, e o reforço das capacidades para o sector da saúde; a prestação de serviços de saúde relativos a doenças específicas que afectam homens e mulheres, ao longo de todo o seu ciclo de vida; e a melhoria da produção de dados desagregados por sexo para melhor análise dos impactos diferenciados na saúde dos homens e das mulheres.

REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL - MENORES DE 5 ANOS

5. ODM IV: Reduzir a Mortalidade na Infância

DESTAQUES

Meta 4. Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, o índice de mortalidade de crianças menores de 5 anos

A taxa de mortalidade em menores de 5 anos de idade diminuiu em 59,8% entre 1990 e 2014, passando de 56 para 22,5 por mil nascidos vivos em 2014.

A taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano de idade) diminuiu 51,6% entre 1990 e 2014, passando de 42 para 20,3 por mil nascidos vivos em 2014.

Em 2014 registou-se, em termos de óbitos infantis (menores de 1 ano de idade), o menor valor absoluto de sempre na série histórica registada de 1990 a 2014.

A proporção das crianças menores de 1 ano vacinadas contra o sarampo em 2011 ultrapassou a meta e atingiu 96,7%.

5.1 Análise da Situação e Tendências por Meta

A implementação da política nacional de saúde tem contribuído significativamente para a melhoria das condições de vida das populações e para o desenvolvimento do país. O aumento da esperança de vida e a redução da mortalidade, em particular a infantil, figuram entre os factores que determinaram a ascensão do índice de desenvolvimento humano e a saída de Cabo Verde, em 2008, do grupo dos países menos avançados (PMA).

Em 2013, no quadro da Iniciativa Global IHP+ de que Cabo Verde é signatária, foi iniciado pelo Ministério da Saúde o diálogo com os diversos parceiros e instituições com intervenção na área saúde, nomeadamente as instituições públicas, incluindo as Camaras Municipais, o sector privado, as organizações da sociedade civil, os parceiros de desenvolvimento e que culminou com a assinatura do Pacto Nacional a favor da Saúde em Fevereiro de 2014. Este diálogo nacional sobre a saúde materializado através da realização de Fora sobre a Saúde em todas as ilhas e regiões do país teve sempre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio como tema principal a par com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016. A estratégia de abordagem sobre as metas dos ODM foram integradas no PNDS 2012-2016 e consideradas nos Fora como elementos favorecedores para o alinhamento das intervenções dos diversos atores no sector da saúde, de modo a maximizar os esforços nacionais para o alcance dos ODM da Saúde.

A mortalidade infanto-juvenil

No período compreendido entre 1990 e 2014, a mortalidade de crianças menores de cinco anos teve uma redução de 59,8% (de uma taxa de 56‰ nascidos vivos para 22,5‰), e a taxa de mortalidade infantil de 51,6% (de uma taxa de 42‰ nascidos vivos para 20,3‰). Estes ganhos são o resultado dos esforços desenvolvidos para melhorar a protecção da saúde das crianças, aumentar a cobertura de acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente a vacinação, qualidade e disponibilidade de serviços com base na melhoria da rede e das infra-estruturas de saúde, assim como o desenvolvimento dos recursos humanos (qualidade e quantidade). São também um reflexo dos esforços para aumentar o grau de escolaridade da população, em particular das raparigas e mulheres e melhorar a situação nutricional das crianças. E ainda da melhoria da cobertura e disponibilidade de serviços básicos, tais como os de água e saneamento, e das condições de vida, de uma maneira geral.

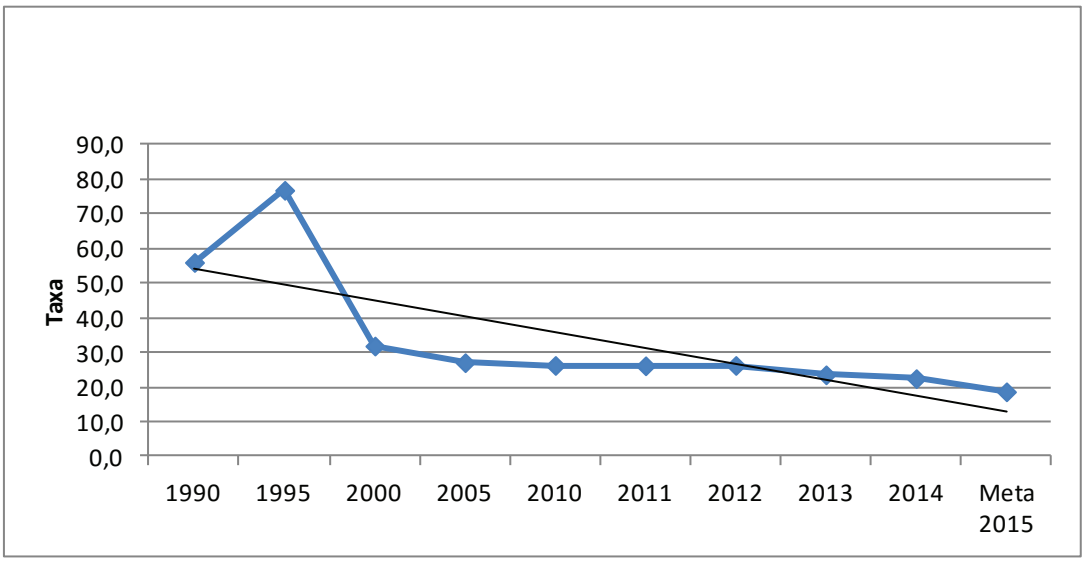
O comportamento da taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade é condicionado pela dificuldade em obter os efectivos dos nados vivos, devido ao registo tardio das crianças. Os efectivos dos nados vivos são estimados pelo INE. A série histórica de óbitos nesta faixa etária apresentou no quinquénio entre 1990 e 1995 um aumento de 20 pontos (passando de 56‰ nado vivos para 76,8‰ nados vivos), sendo que em 1995 registou-se em Cabo Verde uma epidemia de cólera, mas entre 1995 e 2000 diminuiu de forma consistente (caiu 44,9 pontos percentuais para 31,9‰ nados vivos). Essa tendência de evolução positiva manteve-se entre 2000 e 2014, período que registou uma diminuição na ordem dos 9,4 pontos percentuais (22,5‰ Nados Vivos em 2014).

A diminuição observada entre 2012 e 2013, de cerca de 3 pontos percentuais, está ligada à redução de óbitos ocorridos na faixa etária de 1 a 4 anos de idade, passando de 45 óbitos em 2012 para 23 em 2013. As causas

externas, as doenças respiratórias e traumatismos respondem por 73,9% desta diminuição. Em 2014 os óbitos ocorridos nesta faixa etária apresentaram uma tendência de estabilização (24 óbitos ocorridos), tendo como principais causas: traumatismos (29%), causas externas (25%), doenças infecciosas e parasitárias (12,5%).

Quadro 5.1 - Evolução da taxa de mortalidade (por 1000 nados vivos) em <5 anos de idade, 1990-2014

Anos	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Meta 2015
Taxa (‰)	56	76,8	31,9	27,1	26,3	26,2	26,3	23,6	22,5	18,7



Fonte: Dados Estatísticos relativos ao sector saúde 1990-1995 (GEP, MSPS, 1996). Relatórios Estatísticos do Ministério da Saúde 2010- 2014 (dados provisórios). Dados de projecções demográficas disponibilizados pelo INE.

Para reduzir o número de óbitos entre as crianças menores de 5 anos e atingir a meta para este indicador, será necessária uma atenção especial à faixa de 0-1 anos, que em 2014 é responsável por 89,9% dos óbitos em menores de 5 anos, tendo sobretudo como principal causa desses óbitos as afecções perinatais, responsáveis por 63% dos mesmos. Verifica-se para além disso uma tendência para a concentração de óbitos em crianças menores de 1 ano no período neonatal precoce (em crianças com menos de 7 dias de vida): representam 56% dos óbitos em menores de 1 ano, em 2009, e 62,3% em 2013 e 53,4% em 2014. Esta situação indica que, apesar do aumento da qualidade da saúde nos últimos anos, "ainda é necessário um avanço qualitativo na atenção oferecida à gestante, ao parto e ao recém-nascido",[1] porque a mortalidade está relacionada, entre outras causas, por ordem decrescente com: as afecções perinatais representando 62,3% do total dos óbitos infantis (134 óbitos), malformações congénitas (18 óbitos) e doenças infecciosas e parasitárias (14 óbitos).

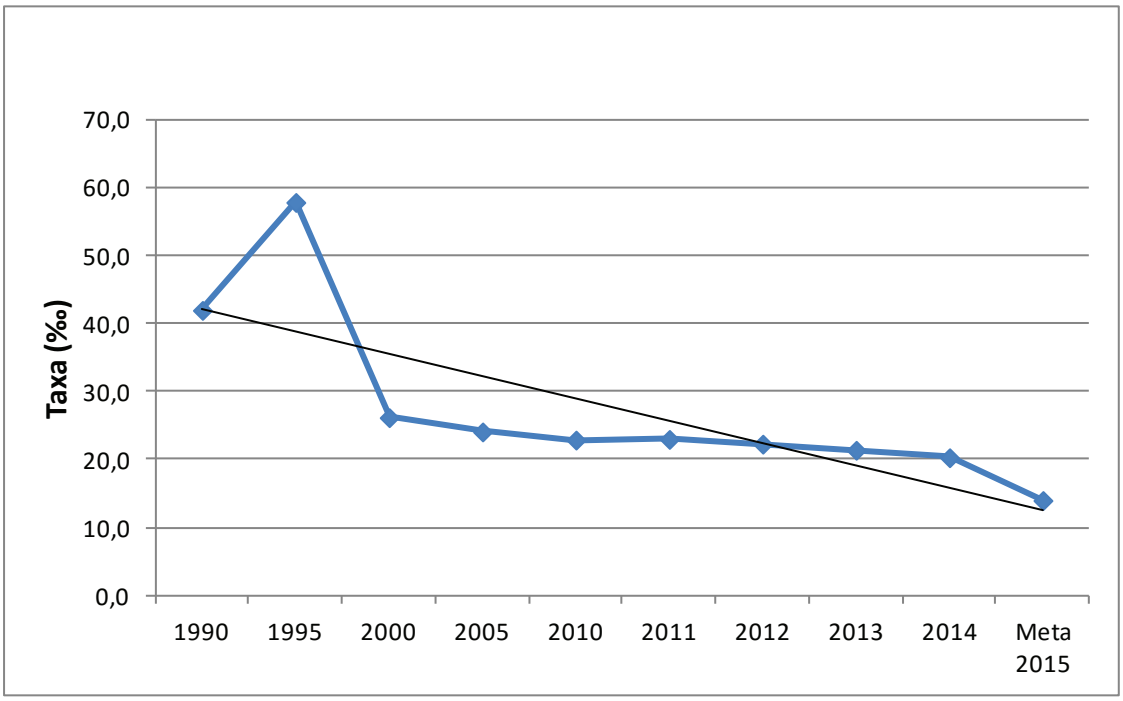
Quadro 5.5 - Evolução da taxa de mortalidade (por 100 nados vivos) em <1 ano de idade, 1990-2014

Anos	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Meta 2015
Taxa (‰)	42,0	57,9	26,2	24,1	22,9	23,0	22,3	21,4	20,3	14,0

Fonte: Dados Estatísticos relativos ao sector saúde 1990-1995 (GEP, MSPS, 1996).

1 Análise de Situação da Criança e Adolescente em Cabo Verde (2011) página 53

Gráfico 5.1: Taxa de mortalidade em < de 5 anos, 1990-2014 e tendência 2015



Relatório Estatístico- MS (2010 – 2014[2]). Dados disponibilizados pelo INE.

Também é importante considerar que a mortalidade por afecções perinatais é condicionada pelo baixo nível socioeconómico das mães, as condições de assistência às grávidas e com os cuidados oferecidos ao recém-nascido durante e após o parto. Assim, é necessário acelerar as acções no sentido de melhorar não só o atendimento médico e medicamentoso, como também "as condições sanitárias, ambientais, socioeconómicas e culturais da população",[3] factores determinantes para a redução da mortalidade infantil.

No quadro do programa de aceleração para o alcance das metas relacionadas com a mortalidade infantil, os serviços de neonatologia do Hospital Agostinho Neto, Hospital Baptista de Sousa e Hospital Regional Santiago Norte foram beneficiados com equipamentos médicos, nomeadamente de ventiladores infantis para garantir a sobrevivência dos neonatos nos principais hospitais do país onde ocorrem a maior percentagem de partos. Os profissionais de saúde beneficiaram de cursos de capacitação em gestão clinica aos neonatos e cuidados neonatais de urgência. Os pediatras e neonatalogistas dos 2 Hospitais Centrais participaram em cursos intensivos de capacitação em neonatologia nos hospitais de Portugal, no quadro da cooperação técnica em saúde. Ações de supervisão e formação em cuidados neonatais de urgências foram realizadas para os profissionais de saúde em todos os municípios do país.

Foi criada uma Comissão Nacional de Perinatalogia com o objectivo de acompanhar o desempenho dos serviços de saúde em matéria de saúde da criança e saúde materna, nomeadamente através da realização de forma sistemática de auditorias clinicas a todos os óbitos infantis e maternos que ocorram no território nacional.

Cobertura vacinal contra o sarampo

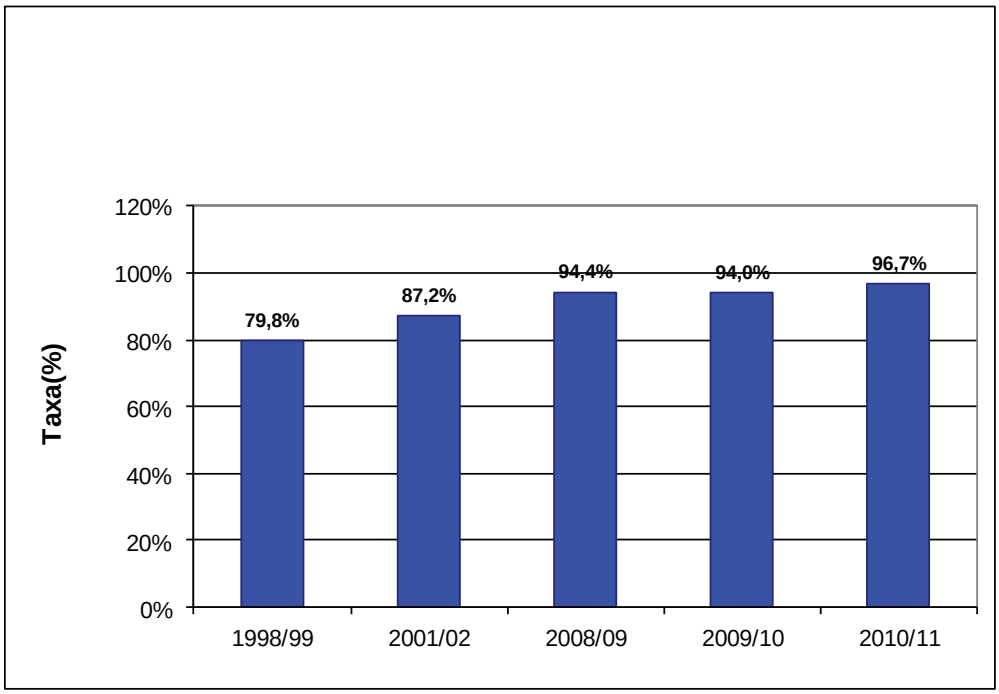
A protecção contra as doenças preveníveis pela vacinação constitui um eixo importante da Politica Nacional de Saúde para o horizonte 2020 e do PNDS 2012-2016. A percentagem de crianças de um ano vacinadas contra o sarampo tem conhecido uma evolução constante, passando de 79.8% em 1998 para 96.7% em 2011. Esta evolução positiva está relacionada com os esforços do país que, desde 1998, cobre com recursos próprios a aquisição das vacinas do calendário vacinal, investimento que quadruplicou em 2010, devido `a introdução de novas vacinas no calendário vacinal (Hepatite B, Hemophilus e Tríplice Viral - rubéola, sarampo e parotidite). [4]

Em 2013 foi realizada uma Campanha Nacional de Vacinação contra o Sarampo e a Rubéola, tendo como público-alvo as pessoas na faixa etária dos 9 meses aos 24 anos de idade. Esta campanha obteve uma taxa

2 Dados Provisórios.
3 Análise de Situação da Criança e Adolescente em Cabo Verde (2011) página 53
4 PNDS. MS. 2012

de cobertura superior a 98% em todas as faixas etárias e entre as crianças de 9 meses a 1 ano de idade, a cobertura foi de 100%.

Gráfico 5.3: Taxa de cobertura vacinal contra o sarampo em crianças dos 12 aos 23 meses - Inquéritos Nacionais Cabo Verde – 1998-2011



Fonte: PNSR / MS / INE.

No que respeita à cobertura vacinal, é de assinalar, que todas as estruturas de saúde do país disponibilizam vacinas de forma gratuita para as crianças menores de 1 ano de idade. Ainda, cada 3 anos, são organizadas campanhas de vacinação com ênfase no Sarampo e na Poliomielite, tendo em vista as estratégias mundiais de eliminação do sarampo e a erradicação da poliomielite. O seu impacto é demonstrado pelo facto de, decorridos perto de 17 anos, não se ter registado casos de sarampo no país.

Quadro 5.3 - Comportamento dos principais indicadores

INDICADORES[1]	LINHA BASE (Ano de referencia)	SITUAÇÃO ATUAL (Ano de referencia)	META 2015
Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos por 1000	56 (1990)	22.5 (2014)	18.7
Taxa de mortalidade infantil por 1000	42 (1990)	20.3 (2014)	14
Crianças de um ano vacinadas contra o sarampo (%)	79.8 (1998)	96.7 (2011)	95 Atingida

5.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015

Não obstante os progressos, o Serviço Nacional de Saúde enfrenta limitações sobretudo no referente à oferta de cuidados primários à população.

1 RGPH-INE (1990), Anuário Estatístico-MS (1998, 2011, 2013)

Especificamente, no que se refere à saúde das crianças menores de 5 anos, os principais constrangimentos estão relacionados com (i) a quantidade e a qualidade dos recursos humanos, nomeadamente o número insuficiente de quadros formados em cuidados neonatais e AIDI, e a sua forte mobilidade; e à não institucionalização da revisão sistemática de óbitos; e (ii) as insuficiências do sistema de informação sanitária. O quadro a seguir detalha os constrangimentos.

Intervenções estratégicas e processos de aceleração

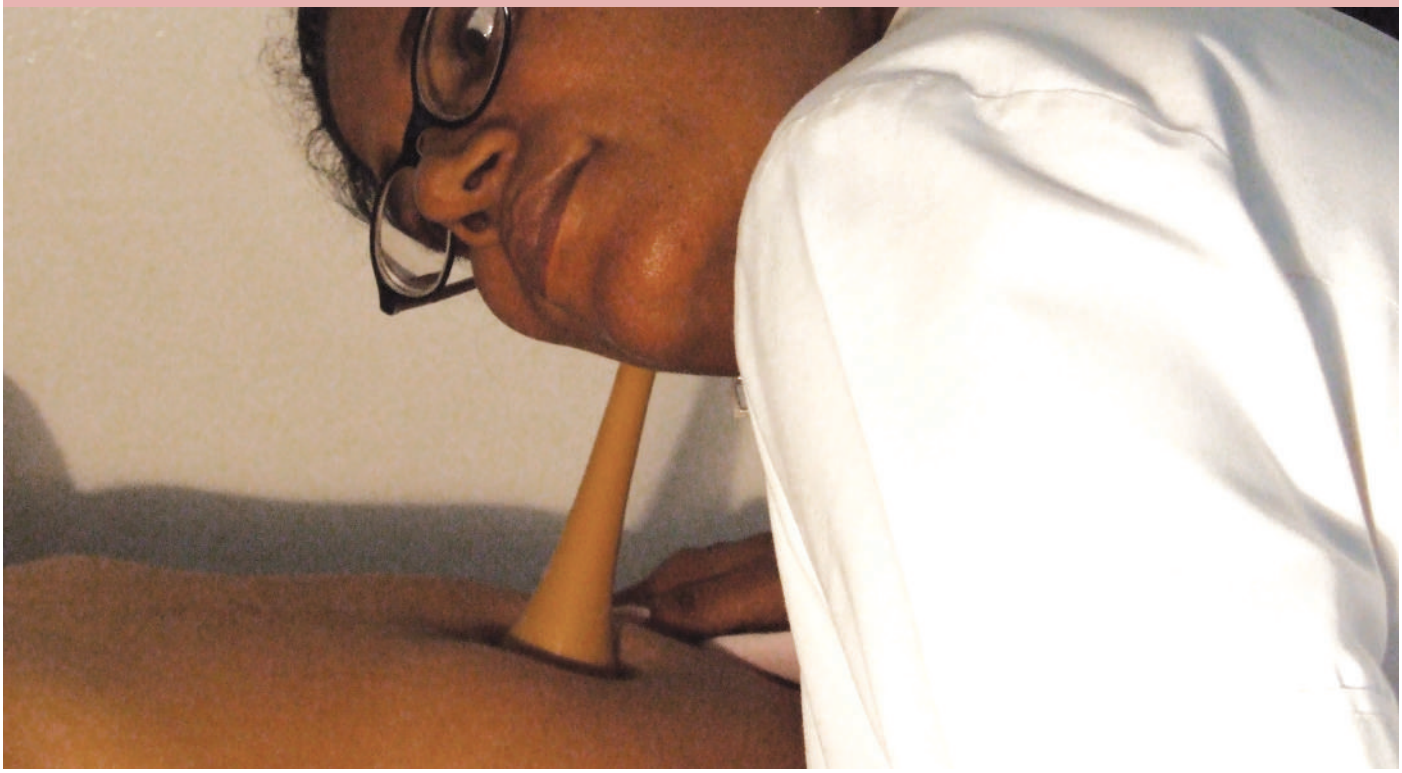
Quadro 5 - Matriz do Plano de Aceleração

Constrangimentos[2]	Soluções apresentadas
Redução da mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade	
Escassos recursos humanos na área de cuidados neonatais e AIDI	Criação de condições humanas, técnicas e materiais, em cada estrutura de saúde, para a prática de uma "Atenção Integral às Doenças da Infância", AIDI, incluindo os cuidados neonatais. Reforço de acções de formação dos profissionais de saúde em todos os níveis da pirâmide sanitária. Reforço das acções de supervisão interna e externa.
Não existência/utilização de protocolos nos serviços de neonatalogia e pediatria	Reforço da utilização sistemática de protocolos de neonatologia e de pediatria.
Tecnologias insuficiente de atendimento de neonatos	Utilização de tecnologias apropriadas, normas e procedimentos na prestação dos serviços de atenção pré-natal, durante o parto e pós-natal.
Insuficiências no sistema de informação sanitária	Revisão do sistema de informação sanitária Reforço capacidades e supervisão da recolha de dados Disponibilidade de dados estatísticos dos efectivos dos nados vivos, através de registo das crianças.
Baixo nível de literacia em saúde das famílias e das condições de vida em algumas zonas	Reforço das actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) orientadas para a sobrevivência e desenvolvimento da criança Investimentos no sector de água e saneamento
Fraca prática de revisão de óbitos	Auditoria de óbitos neonatais e infantis. Adopção de práticas de investigação de óbitos infantis

2 PNDS. MS. 2012

MELHORAR A SAÚDE MATERNA

6. ODM V: Melhorar a Saúde Materna



DESTAQUES:

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

A taxa de óbitos maternos por cada 100 000 nados vivos diminuiu de 79 para 9,4 entre 1990 e 2014, situando o país numa posição de destaque, quando comparado com outros países da África Subsariana.

A larga maioria dos partos é realizada em estruturas hospitalares (95,6% em 2014).

A taxa de natalidade nas adolescentes dos 15-19 foi atingida: passa de 104‰ em 1998 para 62‰ em 2010.

Meta 5.B: Acesso universal à saúde reprodutiva em 2015.

Em 2014 a cobertura dos cuidados pré-natais (com pelo menos 1 consulta de pré-natal) ascendeu a 99,3%.

A taxa de prevalência contraceptiva total mostra uma evolução positiva: passa de 53% para 61,3% entre 1998 e 2005. A situação será conhecida com o exercício estatístico 2015.

A meta (16%) referente à "necessidade não satisfeita em matéria de planeamento familiar". A situação será conhecida com o exercício estatístico 2015.

6.1 Análise da Situação e Tendências por Meta:

Mortalidade Materna

A saúde da mulher, em particular a saúde materna, está consagrada na Política Nacional da Saúde 2020 e no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016 como área de intervenção prioritária. As instituições públicas de saúde têm nas organizações da sociedade civil um parceiro importante, sério e engajado no domínio da promoção da saúde da mulher, particularmente da saúde sexual e reprodutiva. A actuação dessas organizações está fortemente articulada com a do Serviço Nacional de Saúde Reprodutiva. A intervenção do sector privado tem permitido aumentar o leque de serviços colocados à disposição das mulheres.

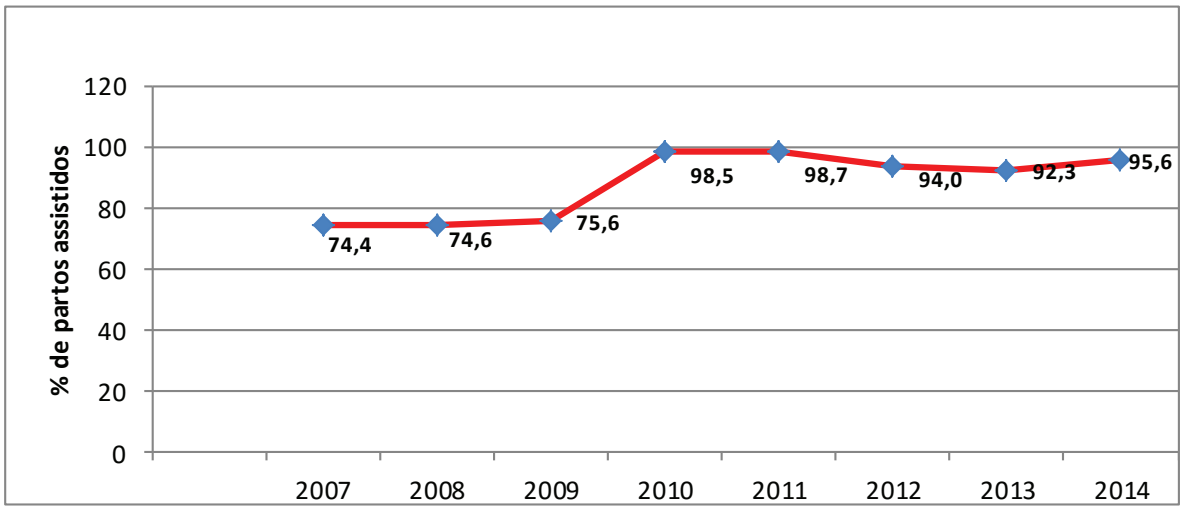
Como resultado actualmente mais de 99% das grávidas são seguidas regularmente pelos serviços de saúde e a maioria dos partos (95,6%) são realizados principalmente em estruturas hospitalares, nomeadamente nos Hospitais Centrais e Regionais. Como resultado, a taxa de mortalidade materna evoluiu positivamente no período 1994- 2014, registando uma redução de 86,5%, acima dos ¾ exigidos para 2015.

Detalhando em matéria de cuidado pré-natal e de partos assistidos:

No domínio dos cuidados obstétricos e ginecológicos avanços significativos foram registados desde 1990 com a oferta de serviços no quadro dos Hospitais Centrais e Regionais e também dos Centros de Saúde Reprodutiva a nível dos municípios. Cabo Verde está prestes a atingir a meta relativa à cobertura da atenção pré-natal: no período compreendido entre 2007 e 2014 a taxa de grávidas que realizam pelo menos 1 consulta de pré-natal passa de 74% para 99,3%. Contudo, reconhece-se disparidades regionais uma vez que a taxa de captação de grávidas para as consultas de pré-natal nos concelhos predominantemente rurais é menor. Tal é o caso de São Domingos (39,4%), Ribeira Grande de Santiago (58,5%), São Salvador do Mundo (61,2%), Santa Catarina de Fogo (71,8%) e São Miguel (72,4%). As grávidas desses concelhos preferiram fazer a sua primeira consulta noutro concelho.

Em 2014, 95,6% dos partos foram assistidos por profissionais de saúde qualificados, o que implica um aumento de 21,2 pontos percentuais em relação aos partos realizados em 2007, significando que esta meta foi realizada. Um dos factores que tem contribuído para o aumento desta cobertura é a melhoria dos serviços de saúde materna nas zonas rurais: em 1998 apenas 36% dos partos nestas zonas eram assistidos por profissionais de saúde qualificados mas, em 2005, esta proporção aumenta para 63,5%. Destaca-se que alguns Centros de Saúde passam a realizar partos não complicados.

Gráfico 6.1 - Evolução da percentagem de partos assistidos por pessoal qualificado 2007-2014



Fonte: Programa Nacional de Saúde Reprodutiva/DNS; SVEI/DNS/MS; INE, Retroprojecção e Projecções Demográficas - INE (2014).

Em todas as ilhas foram realizadas visitas de supervisão e formação em matéria de cuidados pré-natais, pós-parto e de planeamento familiar. Foram distribuídos equipamentos médicos para apoiar os cuidados dispensados no pré-natal e no pré-parto, parto e pós-parto.

Conclui-se que houve um esforço consistente e melhorado de atenção ao pré-natal e ao parto o que permitiu manter uma regularidade na melhoria destes indicadores.

Ainda em matéria de resultado aponta-se para a taxa de mortalidade materna que evoluiu positivamente no período 1994-2014, registando uma redução de 86,5%, acima dos ¾ exigidos para 2015. O número absoluto de óbito materno vem oscilando entre 1-2 por ano até um máximo de 4-5, o que condiciona o comportamento deste indicador nos últimos anos. Esta situação está relacionada com, entre outros factores, a pequena dimensão da população a qual torna volátil o comportamento deste indicador: para atingir a meta, teria de ocorrer, em termos absolutos, o máximo de 2 óbitos maternos anuais. Por três ocasiões, em toda a série histórica desde 1994, a taxa deste indicador esteve abaixo da meta prevista, ou seja atingida, incluindo no ano 2014.

Quadro 6.1 - Evolução da taxa de mortalidade materna (1/100 000 nados vivos) 1994-2014

Anos	1994	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Meta 2015
Taxa /100.000 nados vivos	70	71,1	86,3	17,3	49,1	28,4	9,6	37,9	9,4	17,3

Fonte: Dados Estatísticos relativos ao sector saúde 1990-1995 (GEP, MSPS: 1996). Relatórios Estatísticos do Ministério da Saúde 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014 (dados provisórios).

Dados disponibilizados pelo INE.

Gravidez na adolescência, prevalência contraceptiva e planeamento familiar

Proporcionar o acesso universal ao planeamento familiar e serviços de saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos constitui uma das prioridades do Governo.[1] A Política Nacional de Saúde inclui a programação de acções de protecção e promoção da saúde das adolescentes tendo em conta os riscos a que as jovens mães estão sujeitas. A atenção à protecção e promoção dos direitos dos adolescentes em matéria de informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva e o acesso constante e pleno a essas prestações viu-se reforçado no quadro legal, com a adopção e entrada em vigor do Estatuto da Criança e do Adolescente. [2]

Nos Centros de Saúde e Centros de Saúde Reprodutiva[3] de referência são disponibilizados cuidados de saúde à mulher nomeadamente de planeamento familiar, de pré-natal e pós-natal, assim como abordagens sobre o género, sobre as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA e a Prevenção da

1 Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2016

2 Lei n.º 50/VIII/2013: Assembleia Nacional Aprova o Estatuto da Criança e do Adolescente, abreviadamente designado por ECA. Boletim Oficial nº 70, I Série, quinta-feira, 26 de Dezembro de 2013

3 São centros de atendimento e aconselhamento específicos para adolescentes e jovens

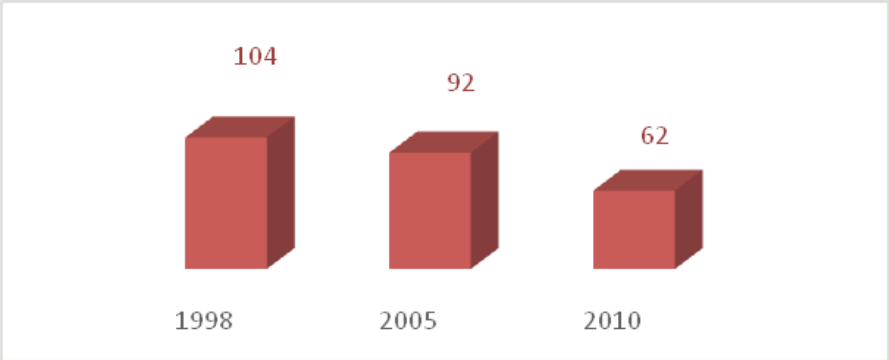
Transmissão Vertical. Esta actuação está conforme com a Política Nacional de Saúde que vem executando uma estratégia de atenção integrada à saúde da mulher desde 2006.

Verifica-se uma evolução positiva da taxa de prevalência contraceptiva total (uso de qualquer método entre as mulheres casadas ou unidas), que passou de 53% para 61,3% entre 1998 e 2005. A realização do IDSR III em 2015 permitirá confirmar a situação relativamente à meta de 65%.

A diferença na taxa de prevalência contraceptiva total entre as mulheres do meio rural e urbano era, em 1998, de 32 pontos percentuais (70% no meio urbano e 38% no meio rural). Esta disparidade fica reduzida para 14 pontos percentuais: em 2005 a taxa era 54% para o meio rural e 68% para o meio urbano.

A taxa específica de fecundidade entre as adolescentes (15-19) cai de 104‰ em 1998 para 92‰ em 2005, e para 62‰ em 2010. A meta para este indicador é de 60‰, tendo este indicador sido atingido em 2010 (dado que mais de 95% da evolução necessária foi cumprida).

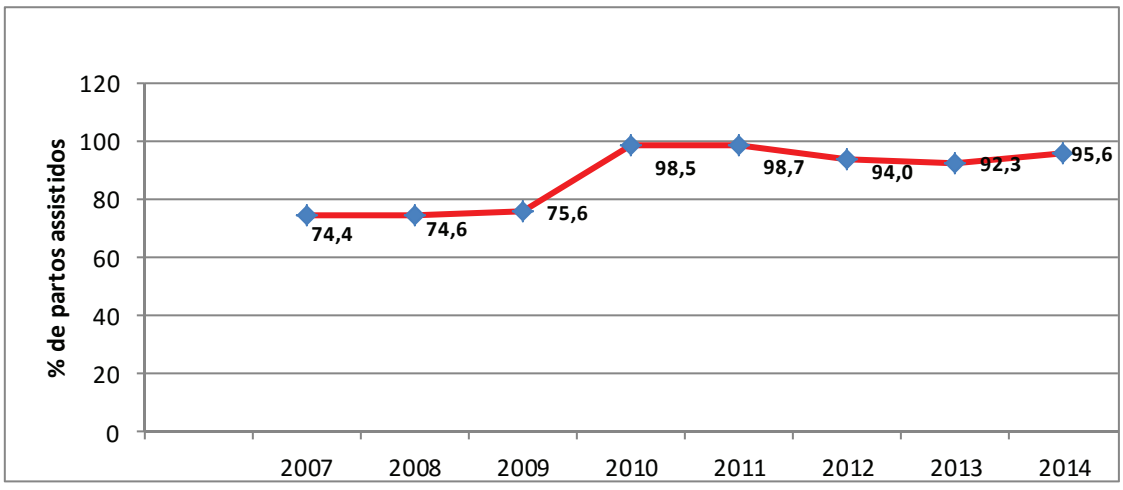
Gráfico 6.2 - Evolução da taxa específica de facundidade entre as adolescentes (15-19), por mil, 1998-2010



Fonte: IDSR-INE (1998, 2005), RGPH-INE (2010)

As intervenções dirigidas às mulheres em idade fértil têm dado bons resultados e devem ser mantidos. Entretanto, a gravidez na adolescência ainda constitui um grande desafio para o sector da saúde e para a sociedade em geral, apesar das acções intra-sectoriais e intersectoriais nas escolas e nas comunidades junto dos jovens. Por outro lado, constitui desafio para o Sistema Nacional de Saúde a inclusão dos homens e dos adolescentes e a promoção do acesso dos mesmos aos serviços de saúde reprodutiva.

Gráfico nº 6.3: % de grávidas < 20 anos que frequentaram os serviços de Saúde Reprodutiva/MS - Cabo Verde - 1999 a 2014



Fonte: PNSR/DNS/MS.

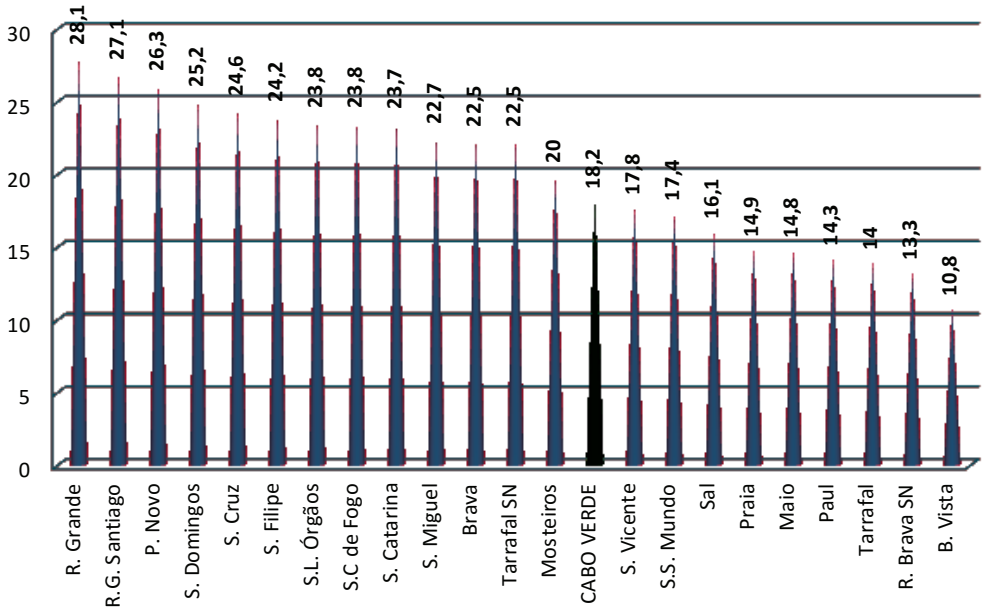
Não obstante uma diminuição em cerca de 2 pontos percentuais relativamente ao ano de 2013, a gravidez na adolescência, também constitui uma questão de manifestação de desigualdades que se observa entre o meio urbano e meio rural.

De acordo com o IDRS-II-2005, a necessidade contraceptiva não satisfeita foi de 16,7% em Cabo Verde. Por meio de residência, as mulheres do meio rural têm uma taxa de necessidade não satisfeita de 19,6% comparado com 14,4% entre as mulheres do meio urbano. Entre as adolescentes (15-19) essa necessidade é também mais elevada no meio rural (23,3%).

Esforços vêm sendo consentidos para a realização da operação estatística IDSR III em 2015 que permitirá actualizar informação sobre este Objectivo e sobre o Objectivo 1, em matéria do indicador sobre insuficiência ponderal em crianças menores de 5 anos, sobre o Objectivo IV (mortalidade infantil) e VI (doenças transmissíveis) e confirmar se as metas foram atingidas.

Gráfico 6.4.

Cabo Verde, 2014, taxa de gravidez na adolescencia, menores de 20 anos, por concelho e nacional.



Fonte: PNSR/DNS/MS, 2014.

Quadro 6.2. Matriz do plano de Aceleração

INDICADORES[1]	LINHA BASE (Ano referência)	S I T U A Ç Ã O ATUAL (Ano referência)	META 2015
Taxa de mortalidade materna por 100 000 nados vivos	70 (1994)	9,4 (2014)	17,3 Atingida
Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	74,4 (2007)	95,6 (2014)	95 Atingida
Taxa de prevalência contraceptiva total	53 (1998)	61,3* (2005)	65
Taxa de natalidade nos adolescentes (por mil)	104 (1998)	62* (2010)	60

INDICADORES[1]	LINHA BASE (Ano referência)	SITUAÇÃO ATUAL (Ano referência)	META 2015
Taxa de primeira consulta pré-natal	82 (1999)	99,3 (2014)	97 Atingida
Taxa de consultas de pré-natal com pelo menos 4 consultas realizadas	64 (1998)	72* (2005)	75
Necessidade não satisfeita em matéria de planeamento familiar	21% (1998)	16,7* (2005)	16

Aguarda-se realização do IDSR III para uma actualização

6.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015

A realização do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva III (2015) é uma condição essencial para avaliar a realização das metas e dos indicadores relacionados com este objectivo. Os principais constrangimentos para atingir as metas deste objectivo estão relacionados tanto com elementos directamente vinculados ao sistema nacional de saúde, como é o caso das limitações em termos de recursos humanos, técnicos, financeiros e materiais para implementar cabalmente um programa de "Atenção Integral à Saúde da Mulher", como com comportamentos e práticas sociais que requerem uma profunda intervenção e o envolvimento de vários sectores, tais como o sector educativo e a comunicação social.v

No que respeita ao sector da saúde destacam-se como principais constrangimentos:

- Insuficiente articulação entre os serviços de pré-natal dos Centros de Saúde e das Maternidades dos Hospitais, o que condiciona a qualidade do cuidado dispensado à grávida e à puérpera.
- Fraca institucionalização de normas e protocolos de atendimento das grávidas, parturientes e puérperas.

Entre os desafios que requerem intervenções conjuntas e o envolvimento de outros sectores são assinaláveis:

- O ainda baixo nível de literacia em saúde das famílias em geral.
- Limitada inclusão dos homens e dos adolescentes no acesso dos mesmos aos serviços de Saúde Reprodutiva.

Intervenções estratégicas e processos de aceleração

A sistematização das estratégias, para se atingir as metas fixadas de reduzir em dois terços o índice de mortalidade materna, e garantir o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015, encontra-se discriminada na matriz que se segue:

Quadro 6.3- Matriz do Plano de aceleração

Constrangimentos[2]	Soluções apresentadas
Redução da mortalidade materna	
Insuficiente normatização e utilização de protocolos para atendimento intra-hospitalar e no pré-natal	Criação de condições humanas, técnicas e materiais, em cada estrutura de saúde, para a prática de uma "Atenção Integral à Saúde da Mulher", incluindo os cuidados obstétricos de urgência. Reforço de utilização de tecnologias apropriadas, normas e procedimentos na prestação dos serviços de atenção pré-natal, durante o parto, pós-natal e planeamento familiar Reforço da utilização sistemática de protocolos obstétricos e ginecológicos Introduzir um mecanismo eficaz de vigilância e resposta para a gravidez de risco, complicações do aborto e prevenção da transmissão vertical do VIH e da sífilis Adopção de práticas de investigação de óbito materno Reforço das acções de supervisão interna e externa

Acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva	
Baixo nível de literacia em saúde das famílias	Reforço das actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) e de mudança de comportamentos, orientadas para a Saúde da Mulher, com destaque para a prevenção da gravidez na adolescência Reforço das acções de formação para os profissionais de saúde dos diferentes níveis da pirâmide sanitária nas áreas de promoção da saúde
Limitada inclusão dos homens e dos adolescentes na promoção do acesso aos serviços de Saúde Reprodutiva	Adopção de uma abordagem de género na planificação e na prática dos serviços de saúde, por forma a reforçar a capacidade de resposta às necessidades dos adolescentes de ambos os sexos e dos homens

1 Anuário Estatístico – MS (1994, 2007), IDSR-INE (1998,2005)
2 PNDS

O SEROPOSITIVO É UMA PESSOA COMO TU!

MERECE O TEU RESPEITO!

7. ODM VI: Combater o VIH/SIDA, Malária e Outras Doenças

DESTAQUES:

Meta 6.A. Parar, até 2015, a propagação do VIH/ SIDA e começar a inverter a tendência

Em 2005 a prevalência da infecção por VIH no país era de 0,8%, taxa considerada baixa quando comparada com os níveis globais e regionais.

A transmissão vertical do VIH diminuiu 2,7 pontos percentuais entre 2011 e 2013: passou de 5,6% em 2011 para 2,9% em 2013, mantendo-se esta taxa em 2014.

Os dados mostram que no referente ao uso de preservativo na última relação de alto risco, a taxa aumentou no caso das mulheres: de 55,5% para 68,5% entre 2005 e 2012, tendo a meta de 65% sido atingida.

Meta 6.B. Até 2010, assegurar, o acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA a todos os que precisam.

A percentagem da população com infecção por VIH em estado avançado, com acesso a tratamento anti-retrovirais, em 2014 era de 56%, um avanço significativo em relação a 2010 (39%).

Meta 6.C. Até 2015 ter controlado a malária e outras doenças, e ter começado a inverter a tendência presente.

Os casos notificados de paludismo situam-se abaixo de 1 por 100.000 habitantes, pelo que o país já atingiu a fase de pré-eliminação.

A taxa de sucesso no tratamento da tuberculose em 2014 situa-se em 90,5%, acima dos 85% recomendados pela OMS.

7.1 Análise da Situação e Tendências por Meta

Num mundo experimentando mudanças climáticas e aquecimento global, o comportamento de certas epidemias e infecções pode ser negativo e o país tem de estar preparado para os desafios que possam emergir, tal como a epidemia da Dengue que assolou o país em 2009. Investimentos substanciais têm permitido executar medidas estruturantes no sector da saúde, na vertente equipamento e instalações físicas orientadas para melhorar a capacidade de diagnóstico e tratamento.

As afecções e doenças prioritárias objecto deste capítulo, SIDA, Paludismo, Tuberculose, Dengue e Doenças diarreicas estão sob vigilância epidemiológica há vários anos.

O VIH/SIDA em Cabo Verde

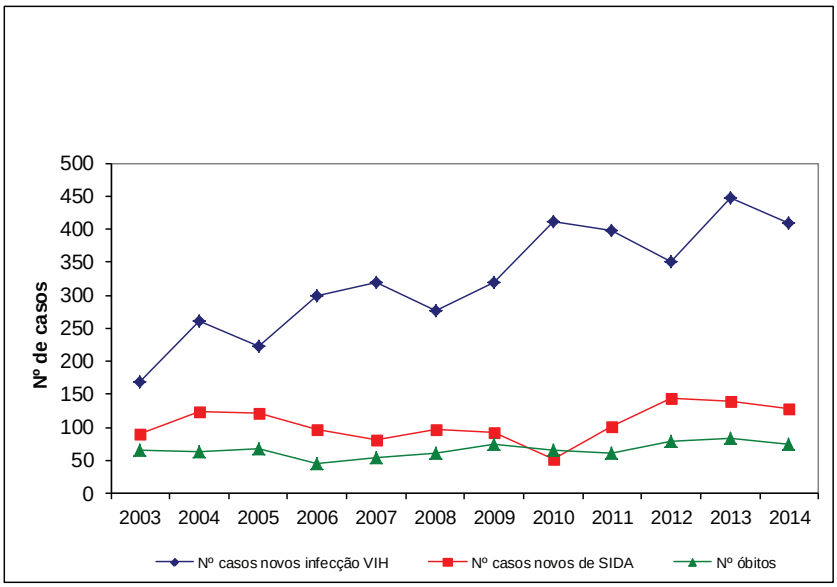
No país existe uma Instância de Coordenação Nacional de Combate ao VIH/SIDA que congrega instituições públicas, privadas e representantes da sociedade civil que elabora e coordena a implementação do Plano Estratégico de Combate ao VIH/SIDA e intervém nas acções de prevenção, combate e inclusão de pessoas afectadas e que vivem com o VIH/SIDA. No âmbito dos compromissos assumidos para a concretização do ODM VI, o combate ao VIH - SIDA está consagrado na Política Nacional da Saúde 2020 e no PNDS 2012-2016 e tem por referência a Declaração Política de 2011 sobre o VIH/SIDA, da Assembleia Geral das Nações Unidas.

A prevalência da infecção por VIH em 2005 era de 0,8%, sendo 0,4% para as mulheres e 1,1% para os homens (IDRS II, 2005), taxa que foi considerada baixa quando comparada com os níveis globais e regionais.

Em 2014 a percentagem de população com infecção por VIH em estado avançado, com acesso a medicamentos anti-retrovirais era de 56% (54% no caso das mulheres e 59% no caso dos homens), Pelo que pode considerar-se que nos últimos anos tem-se verificado avanços no que se refere ao acesso ao tratamento anti-retroviral (ARV). Este desempenho se reflecte na diminuição do total de 75 óbitos ocorridos em 2014 contra 84 em 2013.

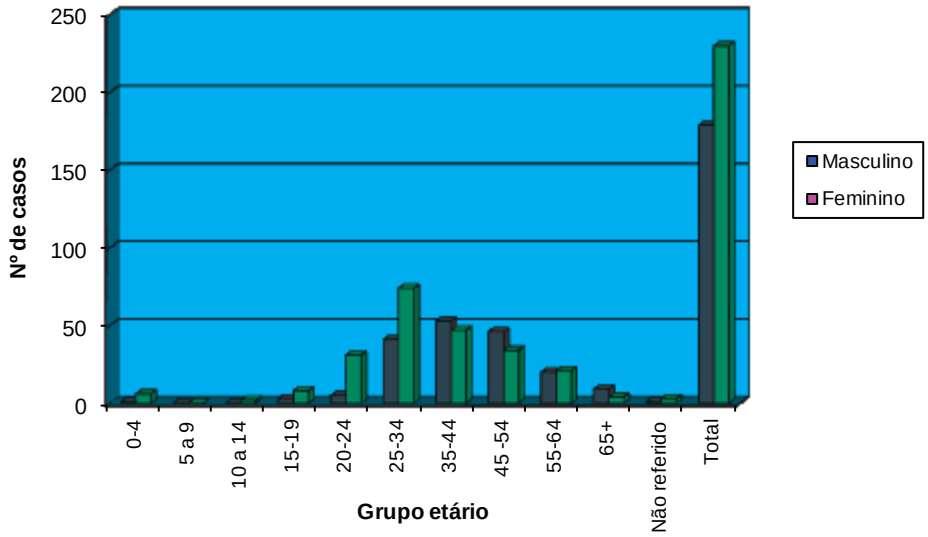
Gráfico 7.1 - Evolução dos novos casos de infecção de VIH/SIDA e óbitos 2003-2014

Fonte: Relatório do Programa de luta contra VIH/SIDA/DNS;
Relatório Estatístico do Ministério da Saúde; Verbetes de óbitos.



Apesar dos avanços e da situação favorável, a incidência dos casos de infecção por VIH tem vindo a aumentar considerando a tendência, embora seja de registar uma ligeira diminuição comparativamente ao ano de 2013: a taxa de detecção por 100 000 habitantes era em 2005 de 48.2, em 2009 de 65.7, e em 2012 de 69.4. Um aumento que, em certa medida, correspondem aos esforços para a identificação precoce, através do alargamento dos serviços de teste anónimo e voluntário. O total cumulativo de casos de infecção por VIH-SIDA de 1987 a 2014 era de 4.942 casos (2.164 do sexo masculino e 2.707 do sexo feminino). O sexo feminino é o mais afectado, situação que pode estar relacionada com o facto de serem as mulheres as que se submetem com mais frequência a testes de despistagem, especialmente no contexto dos serviços de atendimento pré-natal. Por outro lado, os dados administrativos do Ministério da Saúde mostram, para os últimos três anos, uma tendência para o aumento do número de casos entre as grávidas: 0,7% em 2011, 0,8% em 2012 e 1% em 2013, com uma ligeira diminuição em 2014 para 0,9%, especialmente entre as jovens (15-24 anos) . Neste sentido, é necessário aprofundar o conhecimento nesta área e não descurar o comportamento das mulheres no exercício da sexualidade e as condicionantes culturais que limitam a tomada de decisões sobre o uso de preservativos.

Gráfico 7.2: Casos novos de VIH notificados por idade e género, ano 2014



Fonte: Relatório do Programa de luta contra VIH/SIDA/DNS;

Relatório Estatístico do Ministério da Saúde, 2014.

Em 2005, a taxa de utilização do preservativo na última relação de risco (parceiro/a não coabitante) entre os jovens de 15-24 anos era de 55,8% entre as mulheres e de 78.6% entre os homens. Em 2012, verifica-se que 68,5% das mulheres dessa faixa etária utilizam o preservativo na última relação de risco, o que acontece com 77,2% dos homens da mesma idade. Verifica-se assim um aumento entre as mulheres, sendo a meta de 65% sido ultrapassada, mas uma diminuição de um pouco mais de 1 ponto percentual entre os homens.

O conhecimento correto e completo sobre o VIH/SIDA entre os jovens (15-24) tem melhorado em Cabo Verde, particularmente no caso das jovens mulheres: Passou de 32,3% para 52,8% entre 2009 e 2012, no caso das mulheres jovens e, no mesmo período passou de 34,6% para 46,6% entre os homens jovens.

O conhecimento da possibilidade de transmissão do VIH de mãe para filho representa um desafio importante: os dados indicam que em 2005, apenas 52% dos homens e 53% das mulheres sabiam que VIH podia ser transmitido durante a gravidez, parto e/ou amamentação. Da mesma maneira, apenas um em cada cinco dos entrevistados sabia da possibilidade de redução do risco de transmissão do VIH de mãe para filho/a tomando um medicamento. A implementação da estratégia de prevenção da transmissão vertical de mãe para o filho, desde 2005 trouxe enormes benefícios para a saúde das crianças. A transmissão vertical (mãe-filho) do VIH tem vindo a diminuir progressivamente, passando de **5,6%** em 2011 para **2,9%** 2013, mantendo-se em **2,9** também em 2014 (Fonte CCS-Sida).

Existem casos de VIH em todas as ilhas e concelhos do país, contudo existem diferenças regionais consideráveis quanto à incidência. A ilha de Santiago, especialmente a cidade de Praia, é a mais afectada pela epidemia - as taxas de sero prevalência do VIH situam-se em 1,2% e 1,7% respectivamente. Igualmente verifica-se diferenças em relação ao meio de residência, no meio urbano (0.9%) a taxa de sero prevalência é superior à do meio rural (0,6%).[1]
As autoridades sanitárias têm dado uma atenção especial à mobilização de recursos técnicos e financeiros que permitam ao Estado fazer face à epidemia. Sendo o combate ao VIH também foco de intervenção da sociedade civil, e fazendo uso de uma abordagem multissectorial, o Estado consegue unir diferentes atores e parceiros de desenvolvimento.

No contexto da resposta nacional de combate ao VIH/SIDA, Cabo Verde optou por não diferenciar as crianças órfãs em razão da epidemia do VIH/SIDA, evitando assim a possibilidade da sua descriminação. Os apoios de que podem beneficiar as crianças órfãs são os que estão disponíveis para crianças em situação de vulnerabilidade, em particular apoio escolar e nutricional. Os dados mostram que os esforços em curso têm contribuído para assegurar iguais oportunidades educativas a todas as crianças, independentemente da sua condição de órfão. Em 2010, o rácio de frequência escolar entre crianças órfãs e não órfãs (10-14 anos) é de 1, situação que se verifica também para rapazes e raparigas, num contexto de taxas de frequência escolar elevadas (acima de 97% em 2010).

Espera-se que a realização do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva III (IDSR III) em 2015 possa contribuir para actualizar os dados e medir o alcance das metas e indicadores relacionados com este objectivo.

O Paludismo e outras doenças em Cabo Verde

Paludismo

O paludismo, ou malária, é de baixa endemicidade, de carácter instável com uma transmissão sazonal, ocorrendo predominantemente na ilha de Santiago. A taxa de mortalidade específica por paludismo em 2006 foi de 1,5 por 100.000 habitantes diminuindo em 2012 para 0,2 por 100.000. Em 2013 não se registaram óbitos devido ao paludismo, ocorrendo no entanto 1 óbito em 2014, representando isso uma taxa de mortalidade de 0,2 por 100.000 habitantes.

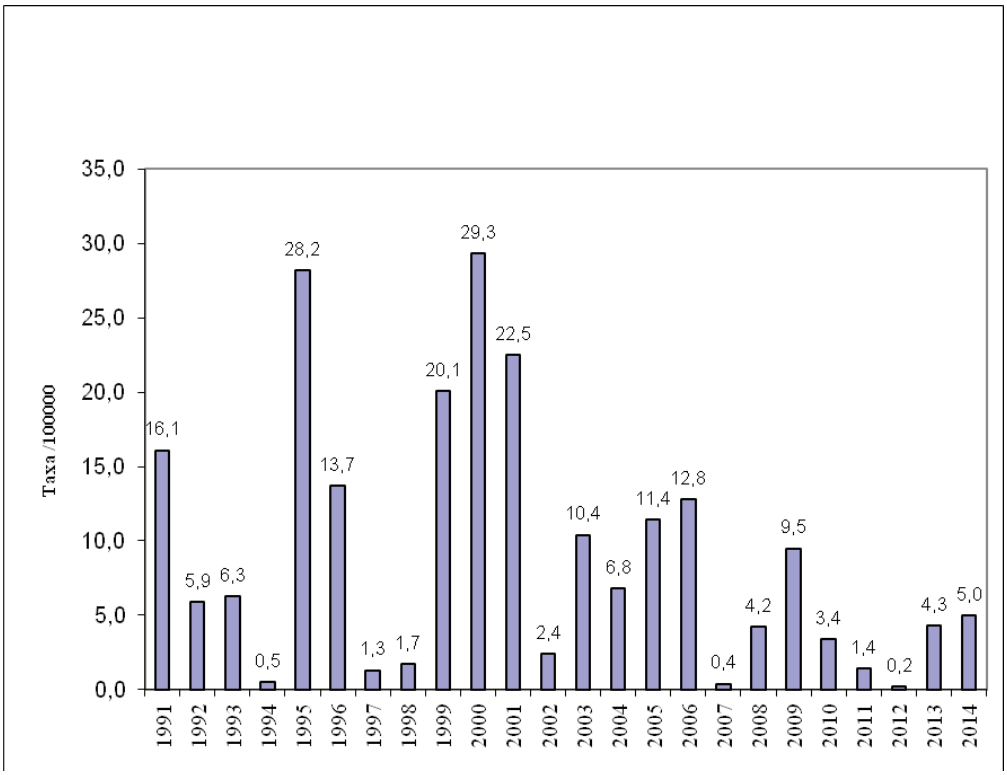
A abordagem da luta integrada contra os vectores, adoptada aquando da epidemia de dengue ocorrida em 2009, foi uma acção voltada prioritariamente para o controlo vectorial da transmissão: os mosquitos. [2] No quadro de luta contra o Paludismo as estruturas de saúde da rede de cuidados primários foram reforçadas com agentes de luta anti larval. Por outro lado a Política Nacional de Saúde estabeleceu a eliminação do

1 IDSR II, 2005
2 PNDS, 2012-2016

paludismo como meta até 2020. Ações de informação e sensibilização continuam a ser desenvolvidas. Com isso, ganhos importantes foram obtidos no processo de pré-eliminação do paludismo em curso de consolidação.

Como resultado das políticas públicas e a abordagem utilizada, a taxa de incidência dos casos autóctones do paludismo passou de 29.3 no ano 2000 para 4.3 por 100,000 habitantes no ano 2013, e de 5 por 100 000 habitantes em 2014, sofrendo um ligeiro aumento comparativamente ao ano de 2013. O que ilustra de uma forma global uma tendência de diminuição significativa compatível com os esforços de eliminação, pois os casos notificados situam-se em menos de 1 caso por 1,000 habitantes considerando-se atingida a meta de pré-eliminação.

Gráfico 6.3: Evolução da taxa de incidência do paludismo autóctone por 100,000 habitantes, de 1991 a 2014



Fonte: Programa de luta contra o Paludismo/DNS; Relatório estatístico do MS.

Tuberculose

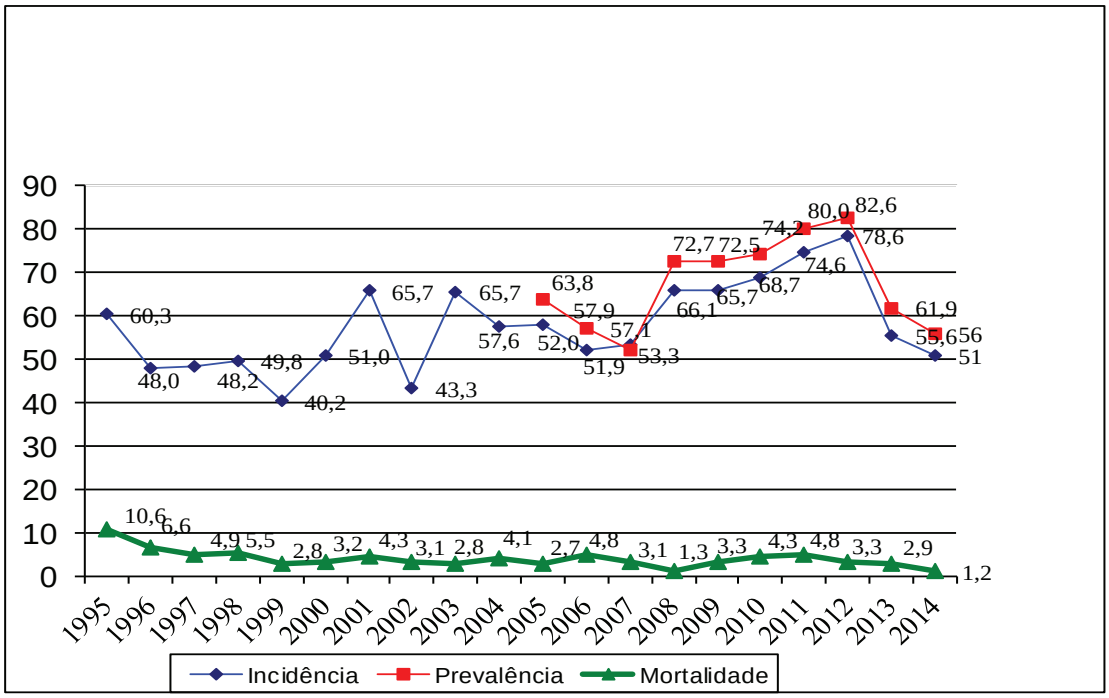
No âmbito do programa de prestação de cuidados de saúde procedeu-se ao reforço das estratégias específicas de prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica, com vista a um controlo eficaz desta doença. Destacam-se a luta contra a tuberculose, com vista a um controlo eficaz desta doença. A melhoria na taxa de mortalidade específica por tuberculose, que no ano de 2013 foi de 2,9 por 100.000, passa para 1,2 por 100 000 habitantes em 2014. Regista-se igualmente melhoria nos resultados do tratamento, situação que permitiu atingir uma taxa de sucesso de tratamento de 90,5%, logo acima de 85% como recomendado pela OMS, o que reflecte o impacto positivo das medidas aplicadas.

Contudo, considera-se que a taxa de incidência é relativamente alta - 51 por 100.000 em 2014, embora esteja aquém do teoricamente previsível pela OMS (150 por 100.000). Devido a este facto é apontada como um problema de saúde, sobretudo por ter-se verificado um aumento significativo tanto da prevalência como da incidência entre 2007 e 2012: a prevalência passou de 57,1 para 82,6 por 100.000 habitantes e a incidência passa de 53,3 para 78,6 por 100.000.

Em finais de 2012 foi implementada, no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Central da Praia, a nova técnica de diagnóstico da TB - Xpert MTB/RIF, técnica aprovada e recomendada pela OMS em 2010 para sua utilização no contexto de planos nacionais para a gestão adequada da TB, MDR-TB e TB associada ao VIH. A Introdução da técnica teve como efeito imediato a diminuição significativa do número de casos novos de tuberculose em 2013, com menos 24 pontos percentuais do que em 2012, e à diminuição de casos anteriormente classificados como tuberculose pulmonar BK (bacilo de Koch) negativo, que passaram de 146

casos em 2012 para 54 em 2013 e mantendo-se essa diminuição em 2014. Este ganho reflecte a importância da introdução da técnica ***Xpert***, essencial para a diferenciação diagnostica, mas também das acções de formação e supervisão levadas a cabo a nível nacional. Facto que impulsionou a introdução da técnica ***Xpert*** no Hospital Baptista de Sousa, em São Vicente, no ano de 2014, para dar resposta às demandas das estruturas de saúde da região de Barlavento.

Gráfico 7.4: Evolução da Incidência, Prevalência e Mortalidade por tuberculose, 1995 a 2014



Fonte: Programa de Luta contra Tuberculose/DNS; Relatório Estatístico do Ministério da Saúde;

Quadro 7 .1- Comportamento dos principais indicadores do ODM VI:

INDICADORES	LINHA BASE (Ano referência)	S I T U A Ç Ã O ATUAL (Ano referência)	META 2015
Taxa de prevalência do VIH na população de 15-24 anos	0,8[1] (2005)	-*	Manter (Sem dados)[2]
Utilização do preservativo na última relação de alto risco (parceiro/a não coabitante)	55,8 (2005)	68,5 (2012)	65% Mulheres Atingida
	78,6 (2005)	77,2 (2012)	80% Homens
Proporção da população de 15-24 anos de idade com conhecimento correto e completo sobre o VIH/SIDA	32,3 (2009)	52,8 (2012)	58% Mulheres
	34,6 (2009)	46,6 (2012)	55% Homens
Proporção da população em estado avançado de infecção por VIH com acesso aos medicamentos ARV	39 (2010)	56 (2014)	Maior que 80
Rácio atendimento escolar entre órfãos e não-órfãos com idades entre 10-14 anos.	-	1,01 (2010)	Manter Atingida
Taxa de incidência paludismo por 100.000	16 (1991)	5,0 (2014)	4,2
Índice de mortalidade por paludismo por 100.000 habitantes	0,4 (2002)	0,2 (2014)	0,4 Atingida

INDICADORES	LINHA BASE (Ano referência)	S I T U A Ç Ã O ATUAL (Ano referência)	META 2015
Taxa de incidência da tuberculose por 100.000 habitantes	60,3 (1995)	51 (2014)	55 Atingida
Taxa de prevalência da tuberculose por 100.000 habitantes	63,8 (2005)	56 (2014)	60 Atingida
Taxa de mortalidade da tuberculose por 100.000 habitantes	10,6 (1995)	1,2 (2014)	5 Atingida
Proporção de casos de tuberculose tratados pelos DOTS	71 (2004)	90,5 (2013)	85 Atingida

* Aguarda-se a realização do IDSR III para uma actualização.

7.2 Conclusões, Seguimento e Avaliação e o pós-2015

A infeção pelo VIH/SIDA é considerada "uma epidemia do tipo concentrado ", em que a taxa de prevalência nos grupos de alto risco , nomeadamente nos (as) Tabalhadores (as) de sexo (TS), homens que fazem sexo com homens (H&H)e Usuários de drogras injectáveis (UDI) ultrapassam, sistematicamente 5% . e as demais infeções sexualmente transmissíveis, com uma incidência tendencialmente elevada, constituem problemas de Saúde Pública no país. Esta situação exige intervenções específicas tendo em atenção as especificidades de cada sexo e grupo etário. Pelo que se identificam os principais constrangimentos no combate ao VIH-SIDA:

i Persistência dos comportamentos de risco nas relações sexuais , sobretudo entre os grupos de alto risco e entre os jovens;

ii Atraso na realização do IDSR-III . Os dados sobre a prevalência do VIH na população em geral datam de 2005, ano em que foi realizo o segundo IDSR, quando a ONUSIDA recomenda a realização de inquéritos de 5 em 5 anos.

iii Estigmatização da doença e fraca sensibilização e participação das comunidades no processo de prevenção e controlo da doença;

iv Procura deficiente dos serviços por parte da população no que diz respeito a IST e VIH/SIDA;

v Homens ainda refratários ao teste voluntário de despistagem da infeção pelo VIH/SIDA, nomeadamente os mais vulneráveis.

Embora a baixa endemicidade do paludismo, dever-se-iam acionar medidas rigorosas de prevenção e controlo, tendo em conta as possibilidades de recrudescência existentes. Os principais constrangimentos identificados são:

i O fluxo migratório entre Cabo Verde e áreas híper endémicas da Sub-região da África ocidental;

ii Fraca participação da população e engajamento das comunidades nas actividades de luta antivectorial, sobretudo no concelho da Praia, onde , desde o ano 2001 se têm concentrado a maioria dos casos autóctones registados no país;

iii O acompanhamento irregular por parte dos agentes de luta anti larvar das barragens construídas no país nos últimos anos;

iv As condições naturais, climáticas e ambientais e hábitos culturais que favorecem o aparecimento ou a manutenção de doenças.

Relativamente à tuberculose, para além das limitações referentes à insuficiente oferta de cuidados de atenção primária à população e o envolvimento das comunidades nas atividades de luta a serem desenvolvidas, identifica-se os seguintes constrangimentos:

i Deficiente cumprimento das orientações técnicas, particularmente da estratégia DOT;

ii Estigmatização da doença e fraca sensibilização das comunidades no processo de prevenção e controlo da doença;

iii Insuficiente sistema de busca ativa de doentes faltosos e consecutiva relutância dos doentes em frequentar com regularidade os serviços;

iv O alcoolismo

v Fraco envolvimento de outros sectores na luta contra a TB.

Globalmente são apontados como constrangimentos a pobreza, as dificuldades de acesso entre outros factores socioeconómicos. Contudo, o Serviço Nacional de Saúde enfrenta limitações quanto aos recursos financeiros atribuídos ou passíveis de serem atribuídos ao sector e à deficiente regularidade e abrangência da supervisão técnica.[3]

Intervenções estratégicas e processos de aceleração

As estratégias para se atingir o Objectivo VI: "Combater o VIH/SIDA, o Paludismo, a Tuberculose e Outras Doenças" estão orientadas para a eliminação dos constrangimentos.

Quadro 7.2 - Matriz do Plano de Aceleração (VIH – Sida em Cabo Verde)

Constrangimentos[3]	Soluções Apresentadas
O VIH – SIDA em Cabo Verde	
Estigmatização e problemas relacionados com comportamentos de risco	Reforço das actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) orientadas para as doenças infecto-contagiosas no geral, com destaque para a prevenção do VIH Avaliação das acções de Promoção da Saúde para eventual adaptação de estratégias de comunicação e de intervenção; Reforço dos mecanismos de vigilância e resposta para VIH/SIDA
Procura deficiente dos serviços por IST/VIH/SIDA por parte da população Homens e mulheres ainda refractários ao teste voluntário de despistagem, em particular mais vulneráveis	Criação de condições humanas, técnicas e materiais, em cada estrutura de saúde, para o diagnóstico correto em tempo adequado e o tratamento dos casos de VIH/SIDA Reforço das acções de formação dirigida a todos os profissionais de saúde dos diferentes níveis da pirâmide sanitária;
A malária e outras doenças em Cabo Verde	
Estigmatização da tuberculose e fraca sensibilização das comunidades no processo de prevenção e controlo da doença Insuficiente sistema de busca activa de doentes faltosos e consecutiva relutância dos doentes em frequentar com regularidade os serviços;	Reforço das actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) orientadas para as doenças infecto-contagiosas no geral, com destaque para a prevenção da Tuberculose e Paludismo; Avaliação das acções de Promoção da Saúde para eventual adaptação de estratégias de comunicação e de intervenção; Reforço dos mecanismos de vigilância e resposta para, Tuberculose e Paludismo
Insuficiente cumprimento das orientações técnicas, particularmente da estratégia DOT Fraco envolvimento de outros sectores na luta contra a TB	Criação de condições humanas, técnicas e materiais, em cada estrutura de saúde, para o diagnóstico correto em tempo adequado e o tratamento dos casos de Tuberculose e Paludismo; Reforço da utilização sistemática de protocolos sobre o diagnóstico e tratamento da Tuberculose e do Paludismo; Implementação de Controlo de Qualidade das lâminas (Paludismo, Tuberculose); Revisão clinica dos casos de Tuberculose BK negativa e da Tuberculose extrapulmonar Reforço da estratégia DOT para o tratamento da Tuberculose;

1 Esta taxa refere-se à população de 15-49 anos. No IDSR II (2005) a taxa de prevalência entre os jovens de 15-24 anos foi de 0.
2 Dados a serem obtidos da realização do IDSR III.
3 PNDS

8. ODM VII: Assegurar a Sustentabilidade Ambiental

DESTAQUES:

Meta 7.A: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e inverter a perda de recursos ambientais.
O aumento de 18,65 pontos percentuais na proporção de áreas terrestres e marinhas protegidas, de 1990 à actualidade, permitiu superar a meta estabelecida.

Meta 7.B: Reduzir a perda de biodiversidade, alcançando, em 2010, uma redução significativa na taxa de perda.
Cabo Verde aumenta 8,1 pontos percentuais a proporção de sua área terrestre coberta por floresta que passa de 14,3% para 22,4% entre 1990 e 2012. Este desempenho contribui para a melhoria da qualidade do ar, conservação do solo e protecção contra a erosão, entre outros benefícios.

Meta 7.C: Reduzir para metade, até 2015, a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável e ao saneamento básico.
A proporção da população que utiliza uma fonte melhorada de água potável aumenta consideravelmente passando de 65,2% em 1990 para 90,5% em 2012, atingindo e ultrapassando a meta para este indicador.
A percentagem da população com acesso a instalações sanitárias melhoradas aumenta de 38,1% para 72,9%, entre 2000 e 2012.

Meta 7.D: Até 2020, ter alcançado uma melhoria significativa nas vidas dos habitantes dos bairros degradados.
Entre 2000 e 2010 que a proporção de habitação considerada barraca evolui de 1,8% para 0,7%.
Entre 2000 e 2010 a proporção da população urbana que vive em casa degradada ou precária aponta para uma queda continua, passando de 61,6% (em 2000), 43,2% (em 2010) e 35,2% (em 2013).
A proporção de habitação classificada como barraca evolui de 1,8% para 0,7%, no mesmo período.

8.1 Análise da Situação e Tendências por Meta

Os recursos ambientais estão na base de sustentação das principais actividades económicas em Cabo Verde.

A crescente pressão sobre a biodiversidade (marinha e terrestre), sobre os recursos hídricos, sobre os solos e ainda sobre as zonas costeiras representam uma ameaça potencial que deve interpelar os gestores públicos para a necessidade de se trabalhar de forma sistémica e integrada visando a sustentabilidade do processo de desenvolvimento do país; e orientar as políticas para uma perspectiva de desenvolvimento mais harmonioso com os objectivos da preservação dos recursos ambientais. A boa gestão dos recursos naturais, buscando o equilíbrio entre as actividades humanas e a salvaguarda dos interesses de conservação, mostra-se como o maior desafio para a governação ambiental em Cabo Verde.

A integração dos princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas de desenvolvimento e os avanços na protecção da biodiversidade cabo-verdiana

A integração dos princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas de desenvolvimento está substanciada no Programa do Governo (2011 – 2016) que preconiza a criação de uma "Agenda Verde transversal baseada na inovação, na procura de um mix óptimo de energias renováveis, em cidades sustentáveis e na criação de uma atitude mais respeitadora da natureza e do ambiente em Cabo Verde." Estabelece ainda que esforços devem ser empreendidos para a promoção da biodiversidade, a melhoria de áreas protegidas, o combate à desertificação, a protecção de florestas, a melhoria do tratamento de águas residuais e a introdução de energias limpas e renováveis.

Essa integração tem em conta os compromissos internacionais assumidos pelo país com a assinatura de Tratados e Convenções diversas cujo conteúdo informam as políticas e programas nacionais e sectoriais de desenvolvimento.

No âmbito dos compromissos assumidos para a concretização deste Objectivo, e no sentido de dar continuidade à política ambiental nacional, o Governo adoptou uma visão ambiental que serviu de sustentação para a adopção da visão de desenvolvimento nacional. A visão vem explanada no Segundo Plano de Acção

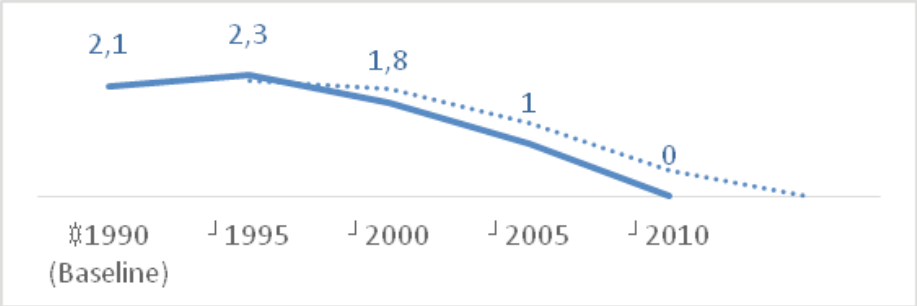
Nacional para o Ambiente (PANA II) e está em concordância com os desafios propostos relativamente ao ambiente e em sinergia com o desenvolvimento económico e social sustentável.

Poluição do ar

Em Cabo Verde, a poluição do ar é pouco significativa tendo em conta o baixo nível de industrialização do país. A emissão de CO2 per capita em 1995 atingiu 712,8 Kg/habitante. O essencial das emissões advém da produção de electricidade e da queima de combustíveis fósseis no sector dos transportes. Contudo, e segundo os dados existentes, foi registado um ligeiro recuo em relação a 1995 quando em 2000 as emissões de CO2 *per capita* caíram para 705,89kg. Em 2012, com o funcionamento dos projectos de energias renováveis foi possível reduzir 15.000 toneladas de emissões de CO2. Mais, a construção de 2 parques fotovoltaicos (Praia e Sal) implica que Cabo Verde deixa de emitir 50.000t equivalente carbono (CO2).

Relativamente a gases que empobrecem a camada de ozono, Cabo Verde descontinuou o uso do CFC – R12 passando a utilizar os HCFC – R22 cujo impacto sobre a destruição da camada de Ozono é mais limitado. Entretanto, em 2010 e seguindo as orientações da Convenção de Viena e do Protocolo de Montreal, eliminou a utilização do R22 para só permitir o uso do HCFC – R134, prevendo a sua eliminação total em 2015, data a partir da qual passará a permitir unicamente os HC. Não obstante a dimensão e nível de industrialização do país, estas medidas trazem benefícios em termos de protecção da Camada de Ozono. Verifica-se uma diminuição muito significativa, conforme o gráfico que segue, do consumo dessas substâncias entre 2005 (1,0 tonelada métrica) e 2010 (0,0 tonelada).

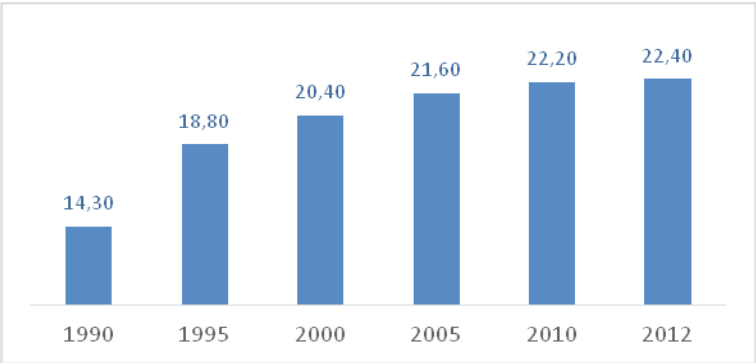
Gráfico 8.1 - Evolução do Consumo de Substâncias que Empobrecem a Camada de Ozono em Toneladas, 1990 - 2010



Fonte: Direcção Geral do Ambiente

Pela sua importância enquanto sumidouro de carbono, mas também para a conservação do solo e protecção contra a erosão, a criação de perímetros florestais tem estado sempre presente na Agenda de governação de Cabo Verde. De 1990 a 2012 houve um aumento de 8,1 pontos percentuais relativamente à proporção de área terrestre coberta por floresta, passando de 14,3% para 22,4%, conforme o gráfico seguinte.

Gráfico 8.2 - Evolução da proporção de área terrestre coberta por floresta, 1990 – 2012



Fonte: Direcção Geral do Ambiente

Estima-se que em 1995 80% das áreas arborizadas estavam localizadas em regiões áridas e semiáridas, e que as restantes 20% estavam em zonas húmidas e subhúmidas. A evolução positiva deste indicador tem-se dado fundamentalmente devido às acções de recuperação e valorização dos ecossistemas. As acções têm

sido centradas fundamentalmente na reflorestação e recuperação de áreas degradadas e na criação de novas áreas florestais.

A biodiversidade e gestão sustentável dos recursos naturais

As orientações nacionais para a gestão da biodiversidade estão intimamente relacionadas com a gestão dos recursos hídricos, dos solos, do ar, dos recursos da agricultura, silvicultura e pecuária, da pesca, do turismo, e a promoção de actividades geradoras de rendimento.

No âmbito dos compromissos internacionais assumidos pelo país, particularmente com a Convenção das Nações Unidas sobre a Diversidade Biológica (CDB) ou a Convenção sobre o Comércio Internacional das Espécies da Flora e da Fauna Selvagens em Perigo de Extinção (CITES), encontra-se em implementação o Plano Intersectorial para o Ambiente e Biodiversidade que está alinhado com as prioridades estabelecidas pelo PANA II e que visa a preservação das espécies vulneráveis, ameaçadas ou em perigo de extinção. Por outro lado, deve-se destacar a elaboração do Plano de Acão Nacional para a Biodiversidade e o Quinto Relatório Nacional para a CDB que estão em curso.

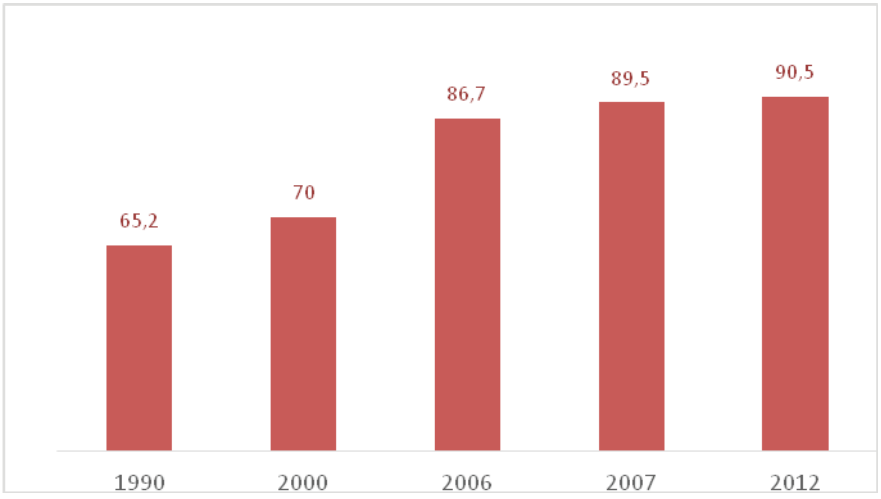
O aumento em 18,65 pontos percentuais, de 0,8% (1990) para 19,49 (2003), da proporção de áreas terrestres e marinhas protegidas reflecte o compromisso assumido e assinala que a meta para 2015 já foi superada. As prioridades de Cabo Verde no referente à governação dos recursos marinhos estão orientadas para uma gestão racional dos recursos haliêuticos e para a promoção da qualidade dos produtos.

O DECRP III, documento que descreve a estratégia de crescimento e redução da pobreza para o período 2012-2016, cita a pesca como uma das áreas principais de actuação. A zona económica exclusiva (ZEE) de Cabo Verde tem uma extensão de cerca de 734.000 km². A Carta de Política de Pesca, aprovada pela Resolução nº 17/2014 de 28 de Fevereiro, estima que os recursos marinhos existentes no país situam-se entre as 36.000 e as 44.000 toneladas. A captura média da frota nacional tal como estimada pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento das Pescas (INDP) é de 8.120 toneladas muito abaixo do potencial. Em 2008, o sector mantinha cerca de 10.500 postos de trabalho, emprego directo e indirecto considerados.1

Acesso sustentável à água potável, saneamento básico e habitação condigna

De acordo com as informações disponíveis, a proporção da população que utiliza uma fonte melhorada de abastecimento de água potável aumentou consideravelmente passando de 65,2% em 1990 para 90,5% em 2012. Esta evolução assegurou a meta para 2015. Entretanto, e relativamente ao acesso à água a partir da rede pública (considerada fonte melhorada de abastecimento). A proporção da População passa de 23,2% em 2000 para 56.6% em 2010 (Censo).

Gráfico 8.3 - Evolução da proporção da população que utiliza uma fonte melhorada de água potável, 1990 - 2010



Fonte: Censo (1990, 2000, 2010); QUIBB (2006, 2007)

Contudo, registam-se algumas desigualdades de acesso à água potável em função do meio de residência das famílias. Segundo dados do QUIBB 2007, a proporção da população com acesso a uma fonte de

1 Oceanic Development; Megapesca Lda, 2012.

abastecimento de água potável nesse ano era 89,5%. Mas, nos concelhos marcadamente rurais como São Lourenço dos Órgãos, Santa Catarina do Fogo, Mosteiros e São Salvador do Mundo, as proporções oscilavam entre 41,5% e 68% em 2007.

Relativamente ao saneamento, a percentagem da população com acesso a instalações sanitárias melhoradas aumentou de 38,1% para 66,8%, entre 2000 e 2010.2 Contudo, à semelhança do indicador anterior, regista-se diferenças importantes entre os municípios. O DECRP III refere que, embora se tenham registado aumentos significativos em relação à percentagem de população com acesso a instalações sanitárias melhoradas, de 18,1% para 42,2% no meio rural, e de 53,3% para 75,6% no meio urbano, subsistem ainda disparidades entre estes dois meios. Ainda segundo dados do QUIBB 2007, em concelhos como São Domingos, Ribeira Grande de Santiago, e Calheta de São Miguel, a percentagem da população com acesso a instalações sanitárias melhoradas oscila entre 19,7% e 28,7%, enquanto, em concelhos marcadamente urbanos como o concelho do Sal e São Vicente as percentagens eram de 83,5% e 73% respectivamente.

Relativamente à proporção da População que utiliza instalações sanitárias melhoradas, regista-se um aumento de 39,1 pontos percentuais de 1990 para 2010, o que retracta uma evolução positiva tendo o país já atingido a meta proposta para 2015.

A evolução da proporção da população urbana que vive em casas degradadas ou precárias é positiva: observa-se uma redução contínua entre 2000, 2010 e 2013, passando de 61,6% (em 2000), 43,2% (em 2010) e 35,2% (em 2013), o que ilustra a melhoria do acesso da população urbana aos serviços básicos. De referir que a proporção de habitação considerada barraca também regista uma evolução positiva, de 1,8% para 0,7%, no mesmo período. De resto, a partir de 2010, o Governo iniciou a implementação do Programa Casa para Todos que tem permitido a melhoria das condições de habitabilidade no país. A componente Habitar CV do PCT construiu mais de 1.208 fogos (que vêm sendo disponibilizados aos beneficiários) de um total de mais de 6.000 habitações, enquanto a componente Reabilitar do mesmo programa permitiu a recuperação de habitação de mais de 13.000 famílias cabo-verdianas.

Ainda em matéria de habitação, há a destacar ainda a criação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – através do Decreto-Lei nº 27/2010 bem como a definição dos Parâmetros de Habitação de Interesse Social através do Decreto-Regulamentar nº 9/2010.

Quadro 8.1 - Comportamento dos indicadores

INDICADORES	LINHA BASE (Ano de referencia)	SITUAÇÃO ATUAL (Ano de referencia)	META 2015
Proporção de área terrestre coberta por floresta	14,3 (1990)	22,4 (2012)	25
A Total de Emissões de CO_2	0,2 (1990)	0,3 (2002)	Não fixada
Emissões de CO_2 per capita	712,8 (1995)	705,9 (2000)	Não fixada
Consumo de substâncias que empobrecem a camada de ozono	2,1 (1990)	0 (2010)	0 Atingida
Proporção de áreas terrestres e marinhas protegidas	0,8 (1990)	19,5 (2013)	15 Atingida
Proporção da população que utiliza uma fonte melhorada de água potável	65,2 (1990)	90,5 (2012)	82,6 Atingida
Proporção da população que utiliza instalações sanitárias melhoradas	24,5 (1990)	72,9 (2012)	62,3 Atingida
Proporção da população urbana que vive em casas desagradadas ou precárias	61,6 (2000)	43,2 (2010)	Não fixada

Conclusões, seguimento e avaliação e o pós-2015

2 DECRPIII, 2012

Apesar dos avanços constatados, traduzidos nomeadamente nas melhorias significativas no sector de água, solos e saneamento, energia assim como melhorias no referente à conservação da biodiversidade terrestre e marinha nacional através de programas como – (i) Ambiente e Gestão Sustentável de Recursos Hídricos, (ii) Ambiente e Biodiversidade, (iii) Ambiente e Pescas, ainda se verificam alguns constrangimentos.

No sector da água e saneamento os constrangimentos estão relacionados fundamentalmente com:
A fraca qualidade da governação, uma vez que o ambiente institucional não permite uma gestão e governação eficientes; e
A duplicação de funções entre diversas entidades sem demarcação clara, resultando na deficiente coordenação, gestão, fiscalização e regulação insuficientes.

Com base na identificação destes constrangimentos, o Governo está a empreender, desde 2011, uma profunda reforma com vista a por cobro a esses estrangulamentos no sector da água e saneamento. Neste âmbito, realça-se a criação da Agência Nacional de Água e Saneamento (ANAS), através da Lei da Assembleia Nacional nº 45/VIII/2013 de 17 de Dezembro, que passa a permitir a centralização de todas as matérias relacionadas com água e saneamento numa mesma instituição, permitindo a criação das condições para se ultrapassar a curto e médio-prazo os constrangimentos acima. Por outro lado, deve-se destacar a elaboração do Plano Estratégico de Água e Saneamento enquanto instrumento de política para orientar toda a governação sectorial.

No domínio da biodiversidade globalmente persistem constrangimentos relacionados com a perda de biodiversidade, gestão das zonas costeiras, problemas relacionados com a gestão e planificação do sector da água e saneamento, dificuldades de seguimento e fiscalização bem como alguma limitação quanto aos recursos financeiros disponibilizados.
Inspira algum cuidado o indicador referente à cobertura vegetal terrestre. A meta estabelecida é ter 25% do território nacional coberto por florestas em 2015. De acordo com o Inventário Florestal de 2012, 22,4% do território nacional encontra-se coberto por floresta e 0,7% coberto pela agricultura irrigada. Regista-se que aquando da independência do país, em 1975, a cobertura florestal era pouco mais de 5%.

Intervenções estratégicas e processos de aceleração
Os maiores investimentos do sector ambiente, tendo em conta os principais constrangimentos, foram canalizados para projectos de (1) Mobilização de Água e Reforço da Capacidade de Abastecimento, (ii) Consolidação e Requalificação Ambiental e (iii) Sistema Nacional do Cadastro Predial. O total dos investimentos preconizados para 2013 foi 1.814 milhões de ECV, equivalente a 7% do total do Programa de Investimento Público. Dado o carácter transversal do sector, procedeu-se com a harmonização dos planos sectoriais com o intuito de evitar duplicações e risco de omitir opções estratégicas essenciais.

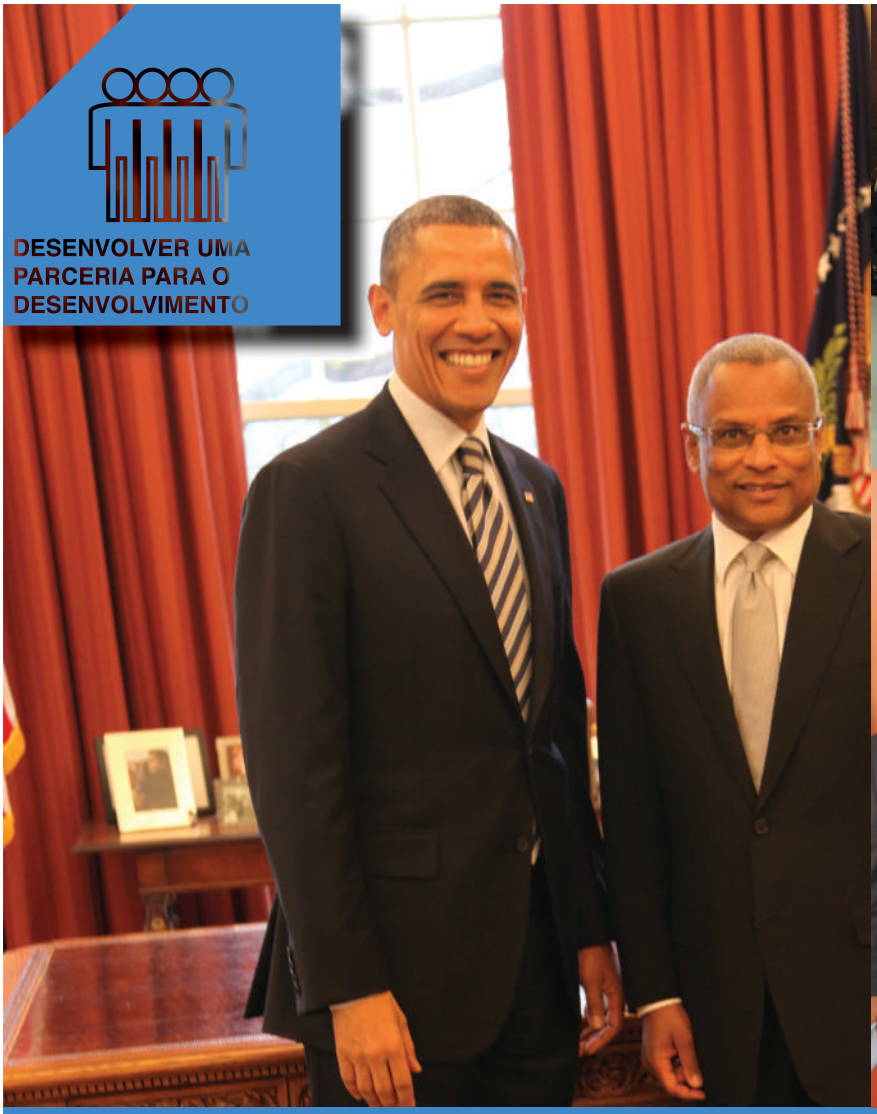
Quadro 8.2 - Matriz do Plano de Aceleração

Constrangimentos[1]	Soluções apresentadas
O desenvolvimento sustentável protecção da biodiversidade cabo-verdiana	
A perda de biodiversidade marinha e terrestre; Problemas relacionados com a gestão e planificação do sector; Dificuldades no seguimento da qualidade ambiental e fiscalização; Deficiências na gestão das zonas costeiras; Limitação quanto aos recursos financeiros disponibilizados.	Intervenções nos domínios da conservação dos recursos naturais, vulnerabilidade climática e protecção e aumento das áreas florestais; Reforço da abordagem espacial e temporalmente integrada dos problemas ambientais, que supere as carências se seguimento e fiscalização, assim como de produção e divulgação de informação; Intervenções no sentido de criar sinergias entre sectores tais como o turismo e o ambiente; Promoção de fontes inovadoras de mobilização de recursos para o sector ambiental
O acesso sustentável à água potável e ao saneamento básico	

As desigualdades regionais e com relação ao meio de residência existentes relativamente ao sector de agua e saneamento;	Clarificar as responsabilidades e o papel dos atores no sentido de compatibilizar os interesses e reforçar a informação; Melhorar a gestão dos recursos hídricos; Melhorar a qualidade do saneamento básico; Melhorar as infra-estruturas de produção e distribuição de água; Reforço da transversalização do sector, incluindo a abordagem de género.

1 PNDS

DESENVOLVER UMA PARCERIA PARA O DESENVOLVIMENTO



9. ODM VIII: Desenvolver uma Parceria para o Desenvolvimento

DESTAQUES:

Meta 8A: Desenvolver um sistema financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório.

Actualmente, o sistema financeiro é relativamente bem regulado, os mecanismos de estabilidade financeira foram reforçados e o ambiente de mercado está a melhorar.

Com a adesão do país à Organização Mundial do Comércio Cabo Verde tem estado a implementar os compromissos assumidos, de forma faseada, activando um conjunto de reformas não só no sistema financeiro nacional, promovendo a adequação das leis nacionais,[1] como através da redução faseada das taxas aduaneiras, e da reorganização institucional.[2]

Meta 8C: Atender às necessidades especiais dos países em desenvolvimento sem litoral e dos pequenos estados insulares em desenvolvimento.

O país tem beneficiado da ajuda pública ao desenvolvimento concedida pelos parceiros bilaterais e multilaterais. Contudo, desde 2010, os fluxos de ajuda internacional têm sido decrescentes.

Meta 8D: Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais de modo a tornar a sua dívida sustentável a longo prazo.

Os indicadores do serviço da dívida continuam sustentáveis, embora o rácio do *stock* da dívida sobre o PIB tenha aumentado, em razão dos investimentos feitos na infra-estruturação do país. Estes investimentos tiveram por base os empréstimos concessionais disponíveis no período de transição da graduação.

Meta 8E: Proporcionar acesso aos medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento a um custo razoável em cooperação com empresas farmacêuticas.

O sistema nacional de saúde assegura o acesso aos medicamentos essenciais e estima-se que 23% do consumo interno de medicamentos decorre da produção nacional (2011, INPHARMA).

Meta 8F: Em cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, designadamente de informação e comunicação

Desenvolver uma Parceria para o Desenvolvimento

Forjar parcerias globais para o desenvolvimento com a comunidade internacional é importante para a mobilização de apoios em matéria de políticas de desenvolvimento, investimento produtivo, incorporação tecnológica e mão-de-obra para consolidar as relações de cooperação internacional e melhorar sensivelmente o padrão de vida no mundo, num clima de maior equidade e justiça social no pós-2015. Na prática, a realização deste objectivo passa pela criação de condições favoráveis, tanto a nível nacional como internacional, ao desenvolvimento e eliminação da pobreza. Desenvolver uma Parceria Global para o Desenvolvimento pressupõe esforço conjunto de toda a comunidade internacional para alcançar este e os sete primeiros objectivos e, em última instância, reduzir o fosso entre países ricos e países pobres. Esse esforço exige a realização de actividades conjuntas com os parceiros internos e externos, formalizadas nas parcerias para o desenvolvimento. Ressalta que a realização deste ODM não é da competência exclusiva de qualquer país em particular.

Uma ajuda pública ao desenvolvimento (APD) mais generosa e eficaz, o aligeiramento e sustentabilidade da dívida, o estabelecimento de regras comerciais mais justas, etc. são requisitos que permitem o estabelecimento de tais condições. Como uma das contrapartidas, os países em desenvolvimento devem garantir maior responsabilidade e uso eficiente e eficaz dos recursos disponibilizados. O firme engajamento de Cabo Verde em matéria de boa governação e desenvolvimento e luta contra a pobreza é fundamental para o seu desenvolvimento e para a realização deste objectivo.

1 A adequação das leis e regulamentos nacionais às regras da OMC, bem como a reorganização institucional, com criação de várias agências reguladoras, algumas realizadas durante o processo de adesão.

2 Implantação das agências reguladoras (ARE, ANAC, ANSA e ARFA) e criação, nos últimos anos, do Instituto de Gestão da Qualidade e Propriedade Intelectual

Entretanto, forjar parcerias implica capacitação tanto humana como institucional em matéria negocial. O país deve contar com um quadro de profissionais competentes e engajados com quem o governo tem de contar para negociar parcerias, tratados, etc. a nível internacional e regional.

Algumas das metas deste ODM colocam dificuldades de seguimento dos seus indicadores seja pela multiplicidade de intervenientes seja pelo facto de não haver um registo sistemático e contínuo dos indicadores junto das entidades públicas e privadas com responsabilidade na matéria seja porque alguns dos indicadores são monitorizados separadamente por organismos internacionais. Neste caso, o seguimento e controlo das actividades extravasam o domínio nacional e adquirem carácter passivo.

Este facto justifica a não adopção /referenciação de algumas metas e indicadores nos relatórios de progresso de execução dos ODM dos anos anteriores e a precariedade do mecanismo de validação dos indicadores. Por outro lado, as exigências de definição, conceito, recolha, metodologia de cálculo e de fontes são múltiplas e complexas. A fixação de metas e linhas de partida nestes casos é problemática. Nesta ordem de ideia o país segue a tendência do indicador.

As Parcerias em breve

No quadro da sua política externa, o Governo, cônscio que a realização deste ODM não é da sua competência exclusiva, continua a apostar fortemente nas Parcerias com países, grupos de países e instituições internacionais como forma de garantir estabilidade e previsibilidade nas suas relações externas, de maximizar o seu potencial enquanto Pequeno Estado Insular em Desenvolvimento, para aceder e alargar o seu mercado consumidor e cumprir a sua ambição de se tornar num *'hub'* de prestação de serviços na sua sub-região africana.

A política externa de Cabo Verde tem nas parcerias bilaterais e multilaterais um instrumento de afirmação do país no sistema internacional bem como de mobilização de recursos para o seu desenvolvimento. O país mantém e procura estabelecer parcerias fortes com os países do Norte e com um certo número de países do Sul através da cooperação Sul / Sul para colmatar défices de prestação de serviços sociais básicos (cuidados primários de saúde, nutrição, educação, abastecimento de água e saneamento) e oferta de infra-estruturas de base para superar os desafios de realização dos ODM. Mantém igualmente parcerias com instituições financeiras internacionais e regionais, com instituições em várias especialidades do conhecimento e saber internacionais e está determinado em estabelecer novas e diversificadas parcerias público-privadas e público-públicas.

Num mundo globalizante e complexo, permeado de conflitos e ameaças naturais e ameaças desencadeadas pelo Homem, o país é parte do desenvolvimento de uma rede de Segurança Cooperativa, no quadro internacional com o Sistema das Nações Unidas, no quadro Regional com a União Africana, a CEDEAO, e com vários parceiros bilaterais, para apoiar a materialização da estratégia nacional de segurança, para enfrentar as principais ameaças modernas de criminalidade no mar, de tráficos de ilícitos, de terrorismo e outra criminalidade internacional organizada. Na qualidade de pequeno estado insular Cabo Verde as relações de parcerias são importantes para principalmente focalizar atenção sobre o impacto e a mitigação dos efeitos ambientais / mudanças climáticas e subida do nível do mar, a longo prazo que podem ameaçar a própria existência e viabilidade de alguns desses estados.

Grande parte dos recursos mobilizados a favor do desenvolvimento através das parcerias existentes tem sido canalizada para o apoio ao Orçamento Geral do Estado para promover a redução da pobreza (incluindo execução de projectos sociais na área da água, saneamento, habitação, etc.), o desenvolvimento dos recursos humanos e dos Recursos Materiais e o crescimento económico de maneira sustentável e a integração regional e global. Muitos dos projectos e programas financiados pelos recursos assim mobilizados estão inscritos no documento de estratégia de desenvolvimento económico e social do país.

A sinergia entre Cabo Verde e os parceiros internacionais em matéria de políticas e medidas visa a promoção de actividades orientadas para o desenvolvimento. Assim, o desenvolvimento destas e de outras iniciativas bilaterais e multilaterais abrem perspectivas de realização deste e dos restantes ODM.

Meta 8.A: Prosseguir com o desenvolvimento de um sistema financeiro e comercial aberto, baseado em regras, previsíveis e não discriminatórias.

Tendo em vista a modernização e dinamização da sua economia, Cabo Verde, nas últimas décadas, tem vindo a implementar um vasto programa de reformas do seu sistema financeiro capaz de adoptar as melhores práticas internacionais sobre a regulação e supervisão financeira, pautando-se pelo reforço dos mecanismos de estabilidade financeira, pela protecção dos aforradores e pela promoção de uma livre e sã concorrência no mercado financeiro. Actualmente, o sistema financeiro é relativamente bem regulado e o ambiente de mercado está a melhorar. Assim, o reforço dos mecanismos de estabilidade financeira assume uma enorme importância no actual contexto internacional e é um pilar das reformas em curso nos diversos fora internacionais. Daí a possibilidade de actuação do Banco de Cabo (BCV) no âmbito da prevenção e gestão de crises bancárias, a par com a criação de um sistema de garantia que cubra a totalidade ou parte das perdas sofridas pelos depositantes. Finalmente, a confiança no sistema financeiro não subsiste sem um controlo da ilicitude e conflitualidade, razão pela qual se definem as competências do Banco de Cabo Verde em matéria sancionatória, bem como as sanções que podem ser aplicadas, e se estabelecem mecanismos para a composição de litígios no sistema financeiro[3].

O desenvolvimento desse sistema tem no firme engajamento do país em matéria de boa governação e desenvolvimento e luta contra a pobreza uma âncora sólida. Essa determinação é expressa no terceiro documento de estratégia de crescimento e redução da pobreza de médio prazo que o país vem executando e nas importantes e profundas reformas governativas que incluem a adaptação da legislação às normas internacionais, reforma das finanças públicas, reestruturação organizacional, capacitação institucional e humana, melhoria do ambiente de realização de negócios, etc. cujos resultados têm merecido o apreço dos parceiros.

As reformas realizadas pelo Governo levaram a um forte crescimento do sector. Há desafios chave que devem ser abordados para garantir que o sector financeiro possa desempenhar um papel crucial na agenda de transformação do país.

O primeiro semestre de 2014 contou com a aprovação de dois importantes normativos, com vista à implantação de reformas do Sistema Financeiro Cabo-Verdiano, a Lei de Bases do Sistema Financeiro, aprovada pela Lei n.º 61/VIII/2014, de 23 de Abril, e a Lei das Actividades e das Instituições Financeiras, aprovada pela Lei n.º 62/VIII/2014, de 23 de Abril.

Detalhando, perspectiva-se ter uma visão integrada de todo o sistema financeiro, suprir, por remissão, quaisquer lacunas que possam surgir nas normas e regras comportamentais e prudenciais subsequentes; balizar a produção legislativa complementar; definir e concretizar as competências das autoridades reguladoras e de supervisão; travar a formação de sistemas financeiros paralelos que escapem à supervisão das autoridades competentes; instituir mecanismos de prevenção e gestão de crises bancárias; a criação de um sistema de garantia dos depósitos; modernizar e dotar de eficácia acrescida o regime sancionatório da regulação e supervisão; e reduzir a conflitualidade pela via do reforçar da segurança jurídica e da legítima confiança

Noutra vertente, a adesão de Cabo Verde à Organização Mundial do Comércio demonstra a aspiração do país em fazer parte do sistema comercial aberto, competitivo e previsível e comprometimento para com um comércio transparente e não discriminatório a nível internacional. O país tem estado a implementar os compromissos assumidos, de forma faseada, activando um conjunto de reformas não só no sistema financeiro nacional, promovendo a adequação das leis nacionais,[4] como através da redução faseada das taxas aduaneiras, e da reorganização institucional.[5] Enquanto país membro da OMC Cabo Verde tem participado nas negociações na ronda de Doha, tanto a nível individual como colectivo através do Grupo África, Caraíbas e Pacífico (ACP) e dos Países Africanos, e tem participado nas Conferências Ministeriais da OMC, bem como da APE (União Europeia - CEDEAO). O país assumiu compromissos específicos no âmbito do Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços (GATS) em 10 sectores de serviços e uma ampla gama de subsectores, especialmente no turismo. É do interesse de Cabo Verde acompanhar a evolução da OMC que abrange tecnologia da informação, e-commerce e serviços de BPO relacionados. A programação GATS existente é abrangente nos seus compromissos ao abrigo da secção 2 em serviços de comunicações, e que o governo concordou com o documento de referência padrão às telecomunicações GATS. Esses compromissos podem ser usados

3 Proposta lei de Bases do Sistema Financeiro.

4 A adequação das leis e regulamentos nacionais às regras da OMC, bem como a reorganização institucional, com criação de várias agências reguladoras, algumas realizadas durante o processo de adesão.

5 Implantação das agências reguladoras (ARE, ANAC, ANSA e ARFA) e criação, nos últimos anos, do Instituto da Propriedade Intelectual de Cabo Verde (IPICV) e do Instituto de Gestão da Qualidade (IGQ).

para promover o desenvolvimento do sector dos serviços e das TIC, em particular.

Implementação do Programa Quadro Integrado Reforçado (QIR) - Na sequência da readmissão de Cabo Verde no QIR em 2010, o país executa, através do **"***Trust Fund***"** do QIR, um projecto de categoria 1 que visa reforçar as capacidades institucionais de concepção e de condução da política comercial de modo a facilitar a elaboração e a execução de programas de desenvolvimento do comércio. Tendo em conta os objectivos alcançados e as contribuições do projecto QIR para o reforço da capacidade institucional e ara a criação de condições para a integração do comércio na estratégia nacional de desenvolvimento o Governo está a preparar um pedido de extensão do programa por mais 6 meses de modo a concluir um conjunto de actividades estruturantes.

O diálogo com os parceiros externos intensifica-se e encaminha-se para a expansão do leque de parcerias para o desenvolvimento e diversificação das fontes de financiamento no âmbito da política "diplomacia económica". Assim...

A nível regional, na qualidade de Estado Membro da CEDEAO o país tem consentido esforços para a liberalização do comércio na comunidade, a livre circulação de bens, o estabelecimento de Tarifa Exterior Comum (TEC) da CEDEAO e tem participado nas negociações do Acordo de Parceria Económica entre a União Europeia e a CEDEAO. A liberalização do comércio na Comunidade, prevista no Tratado da CEDEAO, está sendo materializada através do Esquema de Liberalização de Trocas Comerciais (ELTC). Este esquema permite a livre circulação dos produtos originários da região[6].

A nível intercontinental Cabo Verde participou activamente nas negociações do APE entre a UE e a CEDEAO, um acordo concebido para ser compatível com o Princípio da OMC da Não-Discriminação nas trocas comerciais internacionais[7].

Através das parcerias para o estabelecimento de um sistema comercial e financeiro aberto, previsível e não discriminatório o país tem conseguido benefícios satisfatórios, ao longo do tempo, seja na qualidade de País Menos Avançado no passado recente, seja de país em desenvolvimento e de Rendimento Médio baixo e seja na de Pequeno Estado Insular em Desenvolvimento A "Aid for Trade" diz respeito à ajuda aos países em desenvolvimento, em particular os menos desenvolvidos e é dirigida para desenvolver a capacidade em matéria de comércio e infra-estrutura necessária para poderem beneficiar da abertura ao comércio. É parte da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) global - subvenções e empréstimos concessionais destinada a programas e projectos relacionados com o comércio.

Dados relativos a "Aid for Trade At A Glance 2013" da OMC publicados em 2013 outorgada a Cabo Verde dão conta que em matéria de indicadores de facilitação do comércio, o país regista melhorias no grupo de países de rendimento médio baixo. Assim, em matéria de tempo requerido para exportar, que era de 21 dias em 2005 passou para 19 dias em 2011 que se compara favoravelmente com os 32 dias e 25 dias para esses mesmos anos e para o grupo. Quanto ao tempo para importar, Cabo Verde requer 21 dias em 2005 para importar contra 38 dias para o mesmo grupo; esse tempo diminui para 18 dias em 2011 contra 29 dias para o mesmo grupo de países de rendimento médio baixo. Os custos para exportar aumentaram entre os dois anos tanto para Cabo Verde como para o grupo salientando entretanto que é mais barato exportar em Cabo Verde. Situação análoga existe para os custos de importação nesse mesmo período sendo que a diferença é maior e favorável ao país. O grosso da exportação de produtos está direccionado para a Europa e os dados indicam uma concentração quase total de 57,1% em 2005 para 94,2% em 2011. A importação de bens exibe comportamento similar (de 72% da Europa em 2005 passa para 80% em 2011).

Os fluxos de "Aid for Trade" desembolsados registam em 2005 o valor de 38.6 milhões de dólares correntes, sobem para 99.4m em 2008 e atingem 158.1m em 2010[8]. Os serviços bancários e financeiros obtiveram 1m de Euro em 2005 e 1m em 2010.

Meta 8.C - Atender às necessidades especiais dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento

Na qualidade de Pequeno Estado Insular em Desenvolvimento Cabo Verde reconhece a existência de características, vulnerabilidades e desafios intrínsecos que impactam sobre o seu crescimento e desenvolvimento

6 Em cada Estado Membro há um Comité Nacional de Aprovação (CNA), cujo mandato é comprovar se os produtos indústrias são originários da região. Portanto, para se obter a isenção de taxas sobre os produtos industriais, a empresa submete ao CNA informações sobre o produto que pretende comercializar na região, para verificar se é considerado originário da região, depois o Secretariado da CEDEAO aprova o produto, atribuindo certificado que será utilizado pela empresa junto das alfândegas para efeitos de isenção de taxa aduaneira.

7 Os Acordos de Lomé e de Cotonou prevêem preferências não recíprocas, violando os princípios de OMC sobre a Não Discriminação.

8 Aid for Trade at a Glance – 2013. Fontes: OEC, DAC-CRS Aid Activities Database; World Bank; World Development Indicators; WB International Debt Statistics

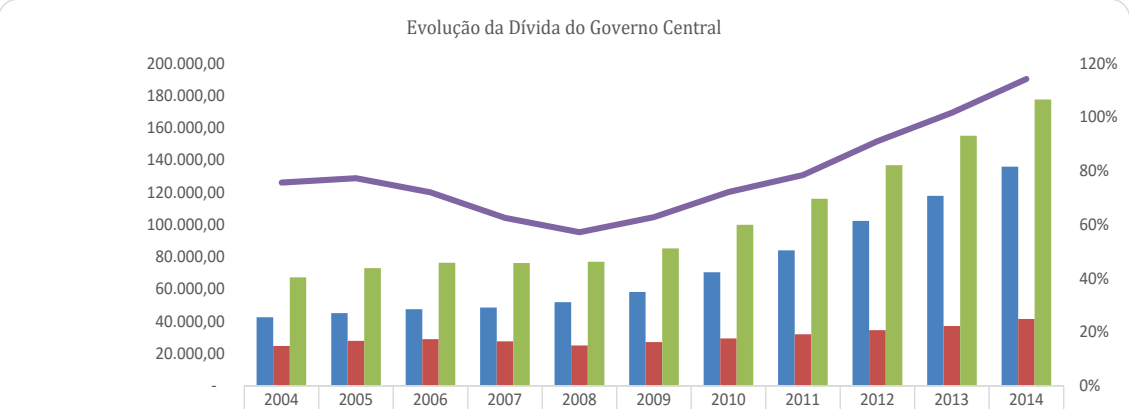
económico e social e a sua capacidade de forjar resiliência, situação assentida pela comunidade internacional. Enfrenta dificuldades em beneficiar e tirar vantagem da liberalização internacional do comércio e da globalização. Entretanto, o país não foge à sua responsabilidade de ganhar esses desafios com a ajuda e colaboração resoluta entre os sectores sociais e organizacionais (cooperação intersectorial), entre as regiões e entre as ilhas de diferentes filiações (cooperação inter-regional) e entre as gerações (cooperação intergeracional) e da comunidade internacional e prosseguir um desenvolvimento sustentado. Colmatar as necessidades do país exige mitigação das dificuldades em aceder aos benefícios da liberalização e globalização, combate à insegurança alimentar, diversificação da economia com redução da grande dependência do desenvolvimento dos recursos do turismo, sector volátil aos impactos das mudanças climáticas e desastres naturais, redução da dependência energética, etc.

Meta 8.D: Tratar globalmente o problema da dívida do país, mediante medidas nacionais e internacionais de modo a tornar a sua dívida sustentável a longo prazo.

Segundo os dados disponíveis, os indicadores do serviço da dívida continuam sustentáveis. Contudo, os registos da DGT indicam que a dívida total externa (multilateral, bilateral e comercial/empresas privadas) do país tem vindo a aumentar. Em 2008 o total da dívida cabo-verdiana era de 51,2 mil milhões de ECV, atingindo em 2012 os 100,10 mil milhões de ECV. No quadro do processo da sua graduação o país implementou um importante programa de investimento público, na infra-estruturação com base em capital intensivo, objectivando criar factores de competitividade e criando condições para produzir efeito indutor sobre o investimento privado e seu empoderamento do sector privado e recomposição dos mecanismos de financiamento da economia.

Pelo facto do financiamento desse programa ser concessional, com períodos de graça e maturidade longos a dívida dos últimos 10 anos aumentou, podendo atingir 114% do PIB em 2014. O Programa de Infra-estruturação do país, suportado por fortes Investimentos Públicos, impunha o aproveitamento da janela de oportunidades para a infra-estruturação para estruturar o país a custos concessionais. Convém aqui destacar o engajamento dos parceiros e aprovação desta estratégia.

Gráfico 9.1 - Evolução da dívida do governo Central



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stock da Dívida Externa	42.591,15	45.107,35	47.535,09	48.663,80	51.909,42	58.210,21	70.433,41	84.100,36	102.412,6	117.961,5	136.080,1
Stock da Dívida Interna	24.791,50	27.919,80	28.922,00	27.602,30	25.104,00	27.130,30	29.518,76	32.016,23	34.525,50	37.167,48	41.588,46
Stock Total	67.382,65	73.027,15	76.457,09	76.266,10	77.013,42	85.340,51	99.952,17	116.116,5	136.938,1	155.128,9	177.668,5
Stock Total/ PIB	76%	77%	72%	63%	57%	63%	72%	78%	91%	101,63%	114,2%

Concomitantemente com a política de infra-estruturação procedeu-se com reformas administrativas e institucionais por forma a tornar a nossa economia mais atractiva e competitiva. De momento o Governo implementa uma política de "phasing out" do programa de investimento público por forma a criar espaço para o sector privado e concentra-se no controlo das despesas correntes.

Os encaixes do endividamento externo foram canalizados para permitiram a construção de infra-estruturas importantes para o país, com elevado retorno social esperado no médio e longo prazos e com efeito indutor sobre o investimento do sector privado, aumentando a competitividade da economia, designadamente em áreas como as infra-estruturas, a agricultura, as reformas institucionais, a energia, para além da habitação social.
Contudo, do carácter extremamente concessional da dívida pública cabo-verdiana, consubstanciada na estratégia de endividamento a médio prazo ressalta uma variável que reforça o aspecto da sustentabilidade da dívida que é caracterizada como sendo de risco moderado de *debt distress*, não obstante existirem riscos

não negligenciáveis face a esta mesma dívida.

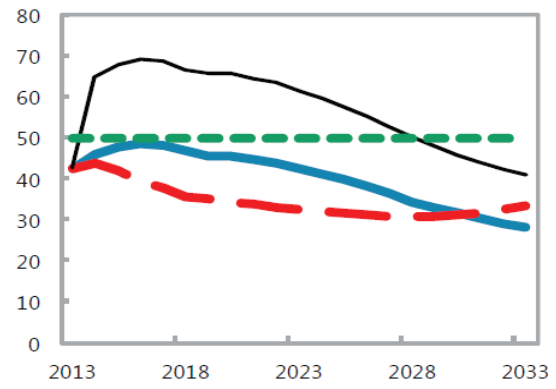


Gráfico 9.2 - Evolução do rácio do valor presente da dívida sobre o PIB

Fonte: FMI /staff report Maio 2014

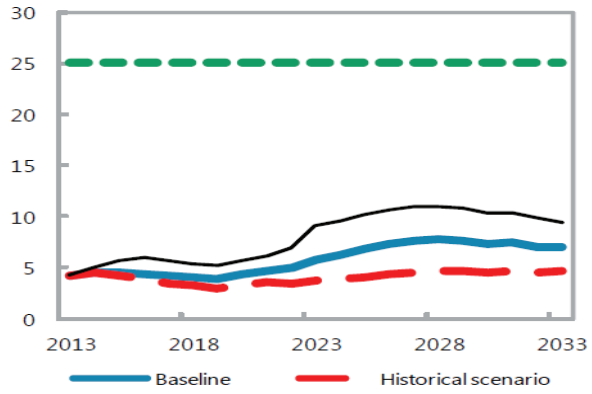
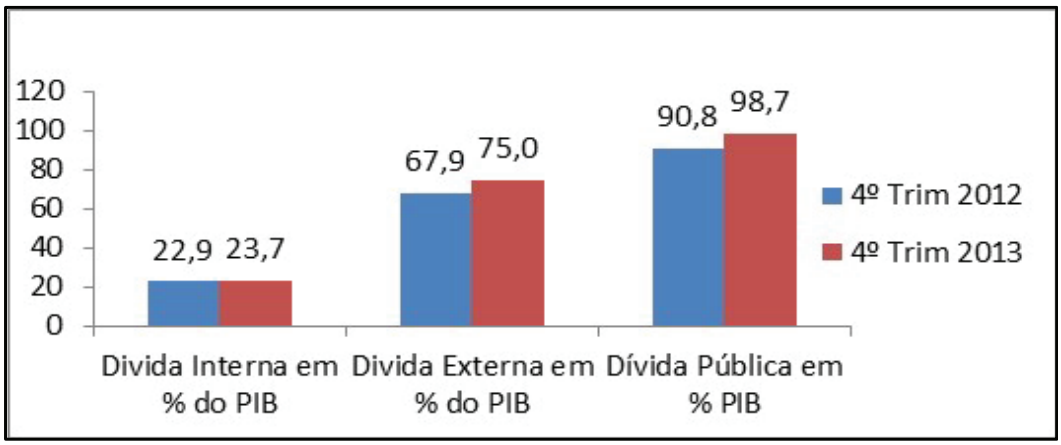


Gráfico 9.3 – Evolução do rácio do serviço da divida sobre as exportações

Fonte: FMI /staff report Maio 2014

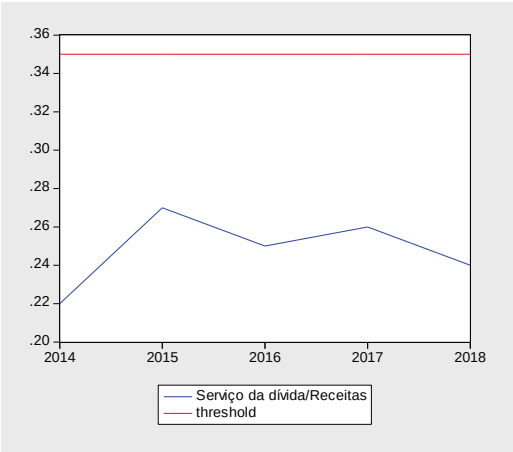
Dentre os indicadores e no que toca ao stock da dívida à data Dezembro de 2013, excluindo os Títulos Consolidados de Mobilização Financeira (TCMF), em termos acumulados, atingiu 155.191 milhões de escudos sendo a dívida interna de 37.229 milhões de ECV (23,7% do PIB) e a dívida externa de 117.962 milhões de ECV (75,0% do PIB).

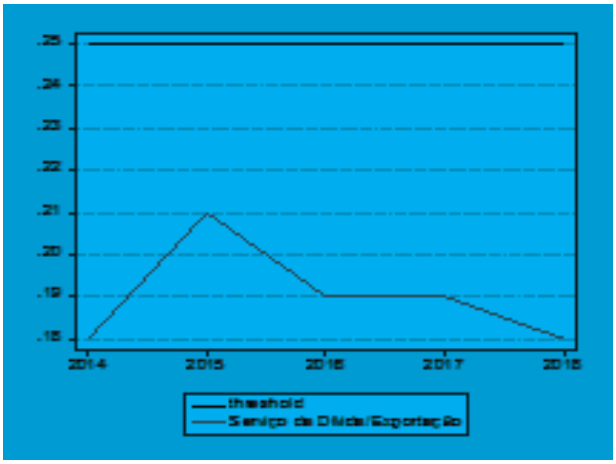
Gráfico 9.4 - Evolução de Divida Pública



Fonte: DGT/Ministério das Finanças e do Planeamento

Até Dezembro de 2013, o rácio global dívida pública/PIB foi de 98,7%, registando um aumento de 7,9 p.p. face a 2012.





Limiar

Serviço da dívida/exportação

A análise dos rácios de sustentabilidade da dívida, nomeadamente o rácio Serviço da Dívida total/Receitas totais e Serviço da Dívida Externa/Exportação demonstra a capacidade do governo em fazer face às suas obrigações contratuais junto dos credores. Assim:

i As receitas arrecadadas da exportação serão suficientes para cobrir o serviço da dívida em divisa, estando muito abaixo do limite utilizado pelo FMI na análise de sustentabilidade da dívida para o grupo de países insulares;

ii As receitas a serem arrecadadas no período serão suficientes para fazer face ao serviço da dívida do Governo Central sem pôr em causa a sustentabilidade da economia.

Em suma, a dívida cabo-verdiana continua dentro dos parâmetros de sustentabilidade, aplicando quer a metodologia do Banco Mundial quer do Fundo Monetário Internacional, enquadrando-se na categoria de risco moderado. Contudo, embora o rácio Dívida/PIB exceda 110%, há a ponderar os seguintes aspectos:

- A Dívida é de maturidade longa e taxa fixa, permanecendo estável durante vários anos;
- Há um potencial de crescimento do PIB que poderá advir da execução

a) Das reformas em curso que deverão produzir receitas futuras, destaca-se a concessão de aeroportos e de portos; a reestruturação da Zona Industrial de Lazareto, o estabelecimento de Parcerias Público-Privadas, *Project Finance*;

b) das reformas da Administração Tributária, permitindo maior eficiência na arrecadação de impostos, combate à evasão fiscal através de cruzamento de informações; desmaterialização do IVA e capacitação dos Recursos Humanos e das reformas a nível das Participadas do Estado.

As metas 8.A, 8.C e 8.D acima estão relacionadas com três domínios: 1. Ajuda Pública ao Desenvolvimento; 2. Acesso ao Mercado; e 3. Sustentabilidade da Dívida.

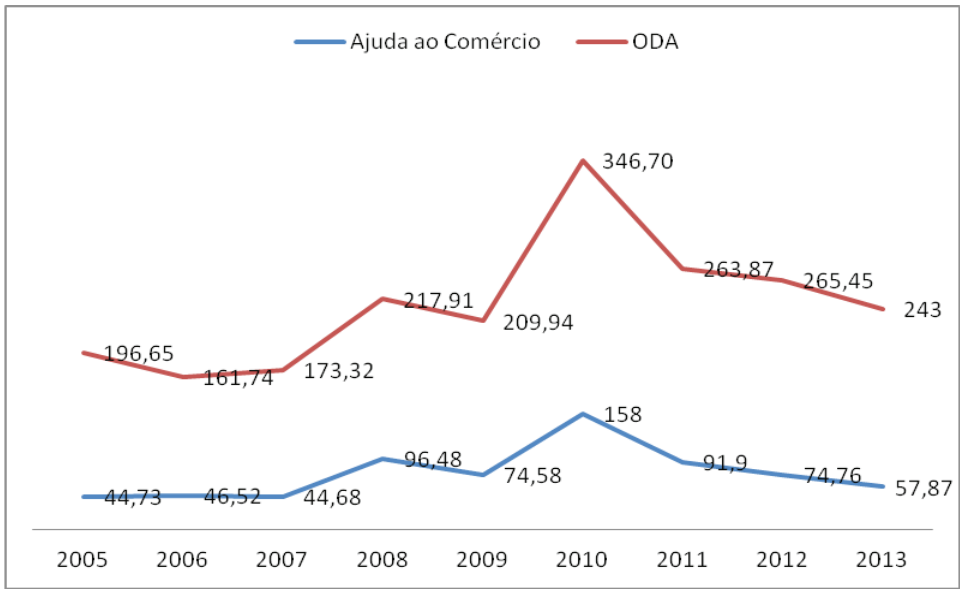
Ajuda Publica ao Desenvolvimento para o ajudar na criação da capacidade comercial

8.9 Proporção de Ajuda Pública ao Desenvolvimento para ajudar na criação da capacidade comercial

A estratégia nacional de desenvolvimento considera a evolução do sector comercial como uma das prioridades principais. Cabo Verde executa e beneficia, desde 2011 do Programa Quadro Integrado Reforçado (QIR), dirigido especificamente aos Países Menos Avançados. Em 2013 foi produzido um plano de acção para o desenvolvimento do comércio e da competitividade na sequência da actualização do EDIC de Cabo Verde. Em sintonia com as prioridades nacionais de desenvolvimento, ficou delineado um conjunto de reformas e de iniciativas de capacitação institucional no comércio e, do lado da oferta, projectos sectoriais para aumentar a escala e a competitividade do comércio no país. Está em fase final de elaboração um Plano Estratégico para o Desenvolvimento do comércio 2015-2020 tal como previsto pelo projecto da Categoria 1 do QIR Cabo Verde. O PEDC 2015-2020 enquadra-se numa estratégia orientada para a modernização do sector, para o enquadramento do país no novo contexto regional e internacional, incorporando as orientações do Programa do Governo e da visão de desenvolvimento de Cabo Verde 2030. O país tem recebido ajuda significativa para o reforço da sua capacidade comercial. Esta representa em média um terço do total da APD recebida por Cabo Verde. A situação da Ajuda ao desenvolvimento do Comércio concedida a Cabo Verde retracta um desembolso total de 38,6 milhões de dólares americanos no ano fiscal 2004/2005, que aumenta para 158,1 milhões em 2010, superando o influxo de investimento directo estrangeiro em 2010 que atinge 111,7 milhões.[9]

9 "Aid for Trade at a Glance" 2013 – OECD, WTO 2013

Gráfico 9.5 - Evolução da APD total face à Ajuda ao Comércio em m$ EUA a preço constante 2013, entre 2005 e 2013

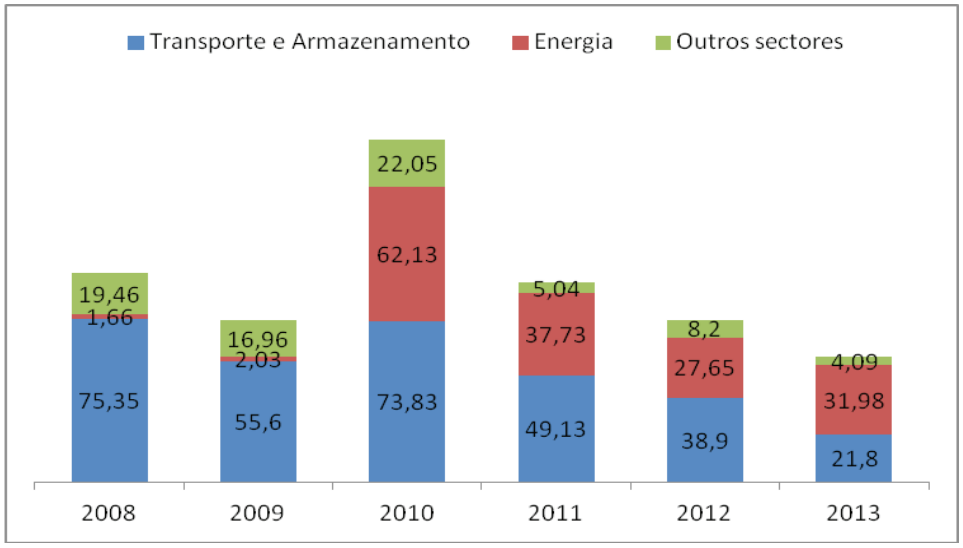


Fonte: OCDE, base de dados "actividades de ajuda" (CRS)

A ajuda ao comércio tem sido canalizada principalmente para os sectores do transporte e armazenamento, particularmente para projectos de construção, reabilitação e modernização dos portos, aeroportos e estradas.

O sector da energia vem igualmente recebendo montantes significativos de ajuda, com a atribuição em 2013 de 31,98 milhões face a 21.80 milhões de dólares americanos para o sector dos transportes. Este aumento é especialmente significativo, sobretudo se comparado com os montantes dos anos anteriores.

Gráfico 9.6 - Evolução do montante da Ajuda ao comércio em m$ EUA, recebida por Cabo Verde por sector, 2008 - 2013



Fonte: OCDE, base de dados "actividades de ajuda" (CRS)

Contudo, também se verifica uma diminuição significativa da ajuda ao comércio a partir de 2010, diminuição em concordância com a diminuição da APD total. O contexto de crise financeira e energética global afecta o financiamento das áreas prioritárias de desenvolvimento do país e chama a atenção para a dependência do país da APD.

A visão global da ajuda pública alerta para uma tendência positiva relativa aos PMA com destaque para os países que foram atingidos pela epidemia Ébola, mas uma preocupação relativamente aos PEID (SIDS). Assim a programação global da ajuda aos países[10] projecta que a ajuda alocada a grupos vulneráveis de países deverá aumentar com excepção para os PEID (2015-2018). Este grupo de países experimenta redução da ajuda desde 2010 e prevê-se uma estagnação no período 2015-2018.

10 HTTP://WWW.OECD.ORG/DAC/AID-ARCHITECTURE/2015%20FSS%20SURVEY%20FLYER.PDF

Meta 8.E: Proporcionar o acesso a medicamentos essenciais no país a um custo razoável em cooperação com empresas farmacêuticas.

Do ponto de vista de políticas públicas especificadas na Política Nacional de Saúde 2020, o sistema de saúde assegura a disponibilidade de cuidados de saúde para todos, incluindo o acesso aos medicamentos essenciais e a prestação de cuidados gratuitos para grupos específicos, nomeadamente mães, crianças e doentes crónicos.

O país garante o acesso e gratuitamente a medicamentos essenciais, particularmente aos beneficiários dos programas estratégicos de saúde pública: i) para a prevenção da anemia e o raquitismo nas crianças, a prevenção da anemia nas grávidas no pré-natal; ii) para a desparasitação nas escolas; iii) e para a imunização de acordo com o calendário vacinal; iv) para o VIH/SIDA, nomeadamente os ARV, (desde 2004 com o apoio do Governo, do Fundo Global e de outros parceiros) e para o tratamento de infecções oportunistas nestes pacientes, e do mesmo modo para o tratamento do Paludismo, da Tuberculose, da Lepra; v) disponibilidade de contraceptivos e dispositivos para o planeamento familiar; e ainda vi) a para os doentes hemodialisados, para os doentes transplantados que regressam ao país e doentes oncológicos (Hospital Dia e Ambulatório). Para os utentes economicamente vulneráveis e não abrangidos por estes programas o acesso aos medicamentos é assegurado mediante o pagamento de uma taxa moderadora prevista na lei.

O acesso da população aos medicamentos é assegurado através de distintos mecanismos, nomeadamente farmácias públicas nos serviços de saúde, Instituto Nacional de Providência Social (INPS), Centro Nacional de Pensões Sociais (CNPS), das seguradoras privadas em caso de acidentes, das mutualidades de saúde e também através de pagamentos directos para os grupos de utentes não abrangidos pelos outros mecanismos.

O INPS alargou a cobertura e melhorou o acesso e aquisição de medicamentos à população inscrita no sistema que passa de 15% da população total em 2005 para cerca de 38% em 2013. Os beneficiários do INPS têm acesso aos medicamentos comparticipados variando entre 50 a 100%. O CNPS beneficiava 23.014 indivíduos em 2010 sendo o acesso aos medicamentos uma das áreas de cobertura. As mutualidades de saúde, com forte implantação nas ilhas de Santiago e Maio, mas em menor número nas outras ilhas, respondem por uma cobertura de cerca de 3,6% da população total. As mutualidades de saúde mantêm acordos com as farmácias privadas que garantem aos seus beneficiários um tecto mensal de 3.000$00, sujeito a um desconto geral de 5%. Esta modalidade cobre particularmente os trabalhadores do sector informal da economia.

O acesso económico a medicamentos passa pela promoção do uso de genéricos. O Governo conjuntamente com a EMPROFAC vai adoptar medidas no processo de compras que privilegiam os genéricos e consequentemente reduzem os custos de aquisição. Entre 2012 e 2013 houve um aumento de 2% na taxa de penetração de genéricos que passa de 36,6% em 2012 para 38,6% em 2013.

Disponibilidade de medicamentos: O sector Farmacêutico conta actualmente com as seguintes estruturas: 2 depósitos de medicamentos (central e regional); um importador e distribuidor - EMPROFAC S.A.R.L. um produtor nacional - Laboratórios INPHARMA S.A.R.L. 33 farmácias públicas (das quais 5 hospitalares e 28 centros de saúde); 37 farmácias privadas e 2 postos de venda de medicamentos. A importação de medicamentos é efectuada através de uma única empresa 100% nacional - a EMPROFAC. Criada em 1979, a EMPROFAC tem como objectivo racionalizar a importação e assegurar distribuição grossista ao sector público e privado.
,Entretanto, A INPHARMA abastece aproximadamente 35% do mercado nacional (público e privado). A produção de medicamentos deverá evoluir em termos tecnológicos e aumentar a disponibilidade de genéricos permitindo assim elevar a taxa de penetração dos mesmos e reduzir os custos à população. De acordo com a Organização Oeste-Africana da Saúde, a INPHARMA detém uma posição satisfatória na produção de vários medicamentos essenciais de qualidade. O Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade de Medicamentos deve ser operacionalizado de forma a anular conflitos de interesse e assumir o seu papel na plenitude.

As despesas com o aprovisionamento de medicamentos e produtos de saúde no sector público têm aumentado ao longo dos anos. Este aumento traduz-se também em relação à quantidade e diversidade dos medicamentos disponibilizados. Pode-se considerar, a título de exemplo, a introdução das novas vacinas, dos medicamentos para a oncologia e dos medicamentos e consumíveis para a hemodiálise.

Tem-se verificado um aumento no número de farmácias privadas nos últimos anos. Em 2005 o país contava com 24 farmácia privadas, que representava um rácio de aproximadamente 1 farmácia por 20.000 habitantes, em 2013 atingiu-se o número de 37 farmácias privadas, que representa um rácio de 1 farmácia por 13.000 habitantes. Relativo ao número de farmacêuticos tem-se verificado um aumento considerável sendo que em 2005 havia 32 farmacêuticos em exercício, representando um rácio de 0,7 farmacêuticos por 10.000 habitantes e em 2013 o número sobe para 82, representando um rácio de 1,4 farmacêutico por 10.000 habitantes.

Com base em análises do sector farmacêutico elaborados nos anos 2012 e 2013 foram identificadas as acções a desenvolver no sentido de melhorar a acessibilidade a medicamentos seguros e de boa qualidade e a sua utilização racional por toda a população. Na sequência das recomendações o Ministério de Saúde procedeu:

- À revisão da Política Farmacêutica Nacional e à elaboração do respectivo Plano Operativo;
- À elaboração e implementação da Lei de Prescrição Médica por DCI;
- À elaboração da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais, tendo em conta o perfil epidemiológico de Cabo Verde;
- À reorganização da cadeia de distribuição de medicamentos no país.

Em matéria de controlo legislativo e regulamentar sectorial e no âmbito do acordo de Convergência Técnica e Normativa há a assinalar que o quadro jurídico nacional é equiparável ao da União Europeia embora se admitam lacunas. Há a salientar a revisão da Lei do Medicamento e a discussão em sede do Conselho nacional do MS da Política Farmacêutica Nacional (05/2015).

No contexto das reformas do sector é de salientar a criação e instalação, em 2006, de uma Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares – ARFA com quem a Direcção Geral da Farmácia mantém um relacionamento estreito.

Entretanto, regista-se a falta de racionalização do uso dos medicamentos particularmente no respeitante aos antibióticos. A DGF, junto da União Europeia e de outros parceiros, procura assistência técnica para esta e outras áreas que tem identificado.

Meta 8.F: Em cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, designadamente de informação e comunicação a todos.

Cabo Verde é uma referência internacional em soluções inteligentes que envolvem as novas tecnologias ("*Investment Climate Facility for Africa*" - relatório de 2013), A democratização do acesso da população aos serviços de comunicação é uma realidade e vem se fortalecendo com quedas constantes nos preços dos serviços de telefones e internet de banda larga. Os progressos realizados nas várias vertentes das telecomunicações, desde 2006, são substanciais e os benefícios derivados do uso das novas tecnologias de comunicação alargam-se à facilitação e melhoria do clima de investimento e de negócios, da governação, educação e saúde. A utilização maciça de novas tecnologias e a partilha de informações electrónicas entre os diferentes atores do sector público e privado tem por base o desenvolvimento de um "Framework" adequado para a melhoria do ambiente de negócios. Este "Framework" contempla uma plataforma comum fortemente sustentada na estratégia nacional de Governação Electrónica que garante uma harmonização tecnológica de todas as soluções, assim como uma infra-estrutura única de comunicações.

Os programas implementados a nível da governação administrativa permitiram, entre outros, a integração dos sistemas de informação nas diversas áreas e sectores, com produtos como o Sistema Nacional de Identificação Civil (SNIAC), o Sistema Integrado de Gestão Orçamental e Financeira (SIGOF), o Sistema de Informação Municipal (SIM), o Sistema de Informação Territorial (SIT), todos integrados na Casa de Cidadão e na plataforma da Rede do Estado. Em resultado desses desenvolvimentos, Cabo Verde foi galardoado com o Prémio Africano de Inovação na categoria Inovação nos Sistemas e Processos Governativos no Sector Público, com o SIGOF.

Por outro lado, a massificação do uso das TIC nos sistemas de ensino (uma das maiores prioridades nacionais), com a execução do programa "Mundu Novu", tem alavancado a modernização do processo de ensino, tem facilitado a melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem e trouxe um novo paradigma de ensino interactivo. Esta massificação tem permitido a redução das assimetrias sociais e da infoexclusão, o aumen-

to do saber e conhecimento dos cabo-verdianos e tem tornado Cabo Verde mais competitivo na economia global.

O uso das TIC tem tido impacto positivo sobre a vida das pessoas, empresas e famílias e da Administração de processos. Como exemplo, saliente-se o impacto positivo sobre o processo eleitoral, conferindo-lhe maior transparência e fiabilidade e sobre a eficiência e eficácia da administração. As realizações conseguidas e as em curso de execução têm tido o apoio de Parceiros tecnológicos nacionais e internacionais, como o NOSI, a Intel e a Microsoft e os fornecedores de soluções. Cabo Verde possui uma infra-estrutura de informação robusta e segura, composta por um "Data Center" e uma rede de comunicação que asseguram a interligação de todas as 9 ilhas e instituições do Estado, desde os órgãos de soberania, aos serviços simples do Estado e aos serviços com autonomia administrativa e financeira, nomeadamente os Institutos e Municípios.

Telefone Fixo

O acesso ao serviço de telefone fixo manteve-se praticamente estável entre 2003 (71.716 assinantes) e 2010 (71.971), depois regista um aumento em 2011 (74.503) e, a partir de então regista tendência decrescente. Em 2014 ANAC regista 58.534 assinantes. Segundo o inquérito IMC 2012 do INE sobre as condições de vida das famílias, 40.6% dos agregados familiares têm acesso a telefone fixo sendo a diferença por meio de residência insignificante. Os preços têm diminuído, em particular os das chamadas internacionais, o que pode ter como causa a introdução de tecnologias de baixo custo e entrada de operadores VoIP (voz sobre IP).

Telefone Móvel

O serviço de telefonia móvel entra no mercado cabo-verdiano em 1997 mas é a partir de 1998 que a adesão se populariza. Com a liberalização total do mercado do telefone móvel inicia-se, a partir de 2007, uma etapa de livre concorrência, processo que decorre sob a supervisão, controlo e intervenção da entidade reguladora ANAC. A liberalização activou a caída dos preços, principalmente os de adesão: os dados mostram que estes passaram de 8,000 ECV em 2003 para custo de adesão zero na actualidade. A partir de 2006, quando a taxa de penetração do serviço móvel é 28%, regista-se um aumento forte do número de assinantes que atinge 613.378 em 2014, correspondendo a uma taxa de penetração superior a 100%. Já em 2013, os dados do Inquérito Multiobjectivo Contínuo de 2013 recolhidos junto da população mostram que tanto mulheres como homens tinham acesso igualitário a um aparelho telemóvel (próximo dos 90%).

Internet

O serviço de Internet entra no mercado cabo-verdiano em 2002. Não se tem recolhido dados sobre o número de pessoas por 100 habitantes que utiliza a Internet a partir de qualquer localização. Contudo, sabe-se que tanto o número de assinaturas de serviços de Internet, como a proporção da população que tem acesso à Internet em casa é indicador que tem evoluído bastante.

O número de assinantes do serviço de Internet passou, entre 2007 e 2014, de 7.308 para 277.339 número que inclui os utilizadores da Internet nos seus terminais móveis e o serviço 3G. Um número substancial de pessoas tem acesso à Internet no local de trabalho, nas universidades, nos cibercafés e nas praças públicas de Cabo Verde. A primeira praça pública digital ("spot wireless") foi implantada na Praia em 2008, tendo sido desde então criadas mais de 20 praças digitais em todo o país.

Cabo Verde regista a partir de 2006, uma forte descida dos preços do serviço de Internet por débito: se em 2006 um serviço de velocidade nominal de 1 Mbps (megabit por segundo) custa mensalmente 46,000 ECV, a partir de 2012 o serviço de 2 Mbps custa apenas 890 ECV.

Quadro 9.1 - Comportamento dos principais indicadores (assinatura telefone fixo/rede móvel por habitante)

INDICADORES	LINHA BASE (Ano de referência)	SITUAÇÃO ATUAL (Ano de referência)	META 2015
Proporção de APD para criar capacidade comercial	44 Milhões USD (2005)	57 milhões (2013)	Não fixada

INDICADORES	LINHA BASE (Ano de referência)	SITUAÇÃO ATUAL (Ano de referência)	META 2015
Percentual de serviços de dívida por exportação de produtos e serviços			
Assinaturas de telefone fixo por 100 habitantes	2 por 100 hab.1990	12 por 100 hab.2014	Não fixada
Assinaturas da rede móvel por 100 habitantes	2 por 100 hab 1999	124 por 100 hab.	Não fixada
O número de assinantes do serviço de Internet			

Hoje contabiliza-se pouco mais de 5.000 terminais de acesso que viabilizam serviços de voz pela internet (VOIP), e-mail e aplicações.

Constrangimentos à realização das metas

A tendência para a diminuição da APD tem desacelerado o processo de melhorias das condições de desenvolvimento socioeconómico, afectando áreas prioritárias do desenvolvimento e impactando negativamente sobre a capacidade de Cabo Verde melhorar as suas condições de participação activa no mercado internacional. A seguir são identificados constrangimentos estruturais relacionados com a capacidade de dar resposta ao mercado nacional e internacional, tais como:

i Insuficiência de ordem técnica, humana e institucional em matéria negocial que limitam o poder de acção para negociar parcerias e tratados internacionais;

ii Insuficiências na capacitação institucional das alfândegas e autoridades reguladoras;

iii Infra-estruturas inadequadas do ponto de vista do apoio ao comércio nacional e internacional; e

iv Limitações na diversificação do mercado de importação e exportação.

Entretanto, o programa "Aid for Trade" possibilita a doação de assistência técnica para ajudar os países a desenvolver estratégias comerciais, negociar mais eficazmente e implementar resultados. O programa igualmente contempla AT para a Infra-estruturação - construção de estradas, portos e telecomunicações para conectar os mercados doméstico e global – para melhoria da Capacidade produtiva para facilitar a diversificação das exportações e construir vantagens comparativas. E assistência técnica de reajustamento relacionada com os custos associados com a redução de tarifas, a erosão das preferências, ou queda dos termos de troca. Por outro lado, algumas organizações financeiras internacionais fornecem AT alargada a governos, ao sector privado e a organizações regionais dirigida à formulação de estudos de viabilidade técnica e económica de projectos de desenvolvimento e operações dirigidas a apoio institucional.

10. Elementos de reflexão sobre os desafios de Cabo Verde para o pós-2015

Os consensos Internacionais

O relatório anual 2011 das Nações Unidas intitulado "acelerar a realização dos objectivos de desenvolvimento do Milénio: opções para um crescimento sustentável e compartilhado e as questões da acção das Nações Unidas para o desenvolvimento pós- 2015», analisa a acção das Nações Unidas para o desenvolvimento no pós- 2015 e identifica os principais desafios da nova acção para o desenvolvimento.

O grupo de trabalho criado em Janeiro de 2012 a fim de definir uma visão global da agenda pós-2015, apresenta um relatório que analisa criticamente o quadro actual dos ODM e avalia as questões que se tornaram mais proeminentes na última década.

A Conferência das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável (Rio + 20) de Junho de 2012, lançou um processo Intergovernamental para definir os objectivos de desenvolvimento sustentável (DDS) que pode ser uma ferramenta útil para a continuação de uma acção orientada e consistente sobre o desenvolvimento sustentável. O resultado de Rio + 20 recomenda que o processo de elaboração do DDS deva ser coordenada e consistente com os processos relacionados com o programa de desenvolvimento para o período pós- 2015.

O Comité das Políticas de Desenvolvimento (CPD), que é um órgão subsidiário do Conselho económico e social (ECOSOC), fornece recomendações e conselhos independentes sobre as novas questões intersectoriais de desenvolvimento. Os Membros do CDP trabalham também sobre questões conceptuais em torno do programa desenvolvimento pós-2015. Em Junho de 2012, a Comissão emitiu uma nota de orientação sobre a estratégia de desenvolvimento das Nações Unidas, pós-2015.

A Comissão Europeia apresentou em Fevereiro de 2013 a comunicação intitulada "uma vida decente para todos: erradicação da pobreza e dar ao mundo um futuro sustentável" que propõe um quadro abrangente de abordagem dos ODM, que expiram em 2015, e o processo de formulação dos objectivos de desenvolvimento sustentável (DDS), com o objectivo de alcançar uma posição comum da União Africana que estimulará o debate nas Nações Unidas e a nível mundial.
Com base nas lições apreendidas a partir da revisão dos ODM, no trabalho sobre desenvolvimento sustentável Rio+ 20 e à luz da evolução actual, essas reflexões sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 conduziram à identificação de um conjunto de desafios-chave ao estabelecimento do quadro geral para o período pós-2015. De entre esses desafios, dois são considerados convincentes: a redução da pobreza de forma a garantir a prosperidade e bem-estar para todas as pessoas e o desenvolvimento sustentável, portanto, aparecem como os dois objectivos do futuro quadro pós-2015. A erradicação da pobreza e desenvolvimento sustentável, portanto, aparecem como os dois objectivos do futuro quadro pós- 2015.
Com referência a estas duas perspectivas, os principais aspectos de interesse foram identificados. Estes são principalmente os desafios relacionados com o controle do crescimento populacional; Promoção do crescimento económico sustentado, compartilhado e equitativo; a criação de oportunidades de emprego, trabalho decente e protecção social para todos; a promoção do desenvolvimento social equitativo; para a redução das desigualdades e a promoção de uma gestão integrada e sustentáveis dos recursos naturais e ecossistemas.

Nesse contexto nasce a "Posição comum africana sobre Agenda de desenvolvimento pós-2015", adoptada na 22ª sessão ordinária da Cimeira dos chefes de Estado africanos e de governo em Adis Abeba, na Etiópia, em Janeiro de 2014. Ancorado por seis pilares, o documento reforça o compromisso da África para com os ODM, priorizando os resultados que promovam a transição do continente de uma região em desenvolvimento para um nível global de desenvolvimento.

11. Prioridades de desenvolvimento de Cabo Verde

A agenda e o programa do Governo de Cabo Verde identificam, através do Documento de Estratégia de Crescimento e de Redução da Pobreza III sete áreas estratégicas para a transformação económica do país mas que não se esgotam no horizonte 2012 – 2016. Elas tomam a forma de "*clusters*" motrizes da competitividade - (i) economia marítima, (ii) aero-negócios, (iii) tecnologia de informação e comunicação, (iv) serviços financeiros, (v) economias criativas, (vi) turismo, e (vii) agronegócios. Para coadjuvar a sua implementação são identificados cinco eixos de intervenção estratégica que resumem a substância da intervenção pública em prol do crescimento e da redução da pobreza: (a) infra-estrutura, (b) capital humano, (c) boa governação, (d) sector privado, e (f) nação global[1].

A prioridade-mor é a geração de emprego que é crucial para o desenvolvimento. O sector público é agente catalisador e facilitador, ao providenciar um ambiente favorável para a geração de emprego. Neste sentido o país está determinado em consentir esforços para:

i Construir uma economia dinâmica, competitiva e inovadora, partilhada por todos;

ii Fomentar o crescimento do sector privado, do investimento e da produtividade;

iii Promover o desenvolvimento e a coesão social e facilitar o acesso aos serviços básicos;

iv Capacitar os recursos humanos e produzir conhecimento que propicie o crescimento económico;

v Consolidar a democracia, aprofundar as liberdades e reforçar a Boa Governação;

vi Modernizar e estender as infra-estruturas;

vii Afirmar a Nação Global e desenvolver parcerias para a competitividade.

Outra prioridade a ressaltar é a importância de aspectos transversais como a boa governação ambiental e a igualdade de género. Considera-se fundamental acautelar a sustentabilidade ambiental nas diferentes intervenções no sentido de promover a melhor gestão dos recursos nacionais. As desigualdades significativas existentes quanto a género exigem a integração da abordagem género nos exercícios de planificação e gestão no sentido de amenizar e superar essas desigualdades.

A Task Force que coordenou a elaboração deste relatório propôs as autoridades nacionais, relativamente à Agenda pós -2015, a discussão e aprofundamento de alguns temas *na sua reunião realizada no dia 16 de Janeiro* especificados a seguir:

- **"Mudanças Climáticas" e a possível consequente subida do nível do mar;**
- **"Segurança na Zona do Atlântico Centro";**
- **"Tráfico de Pessoas e de Estupefacientes"; e**
- **"Pirataria Marítima".**
-

Outros temas estão bem posicionados para igualmente estarem na agenda das discussões como por exemplo: i) a *Inovação*, ii) a *transferência* de *tecnologia*, iii) a *pesquisa* e *desenvolvimento* (uma das 4 prioridades identificadas a nível do continente Africano) e factores catalisadores como a paz e a segurança.

Isto, especialmente sobre elementos a ter em conta no quadro de objectivos de desenvolvimento sustentável pós-2015. A Assembleia Geral da ONU declarou 2014 como sendo "Ano Internacional dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento", para celebrar a contribuição deste grupo de países à escala global, em âmbitos diversos, e reconhecer também a sua vulnerabilidade inerente. Neste contexto, torna-se fundamental o aprofundamento da discussão do tema parceria para o desenvolvimento sustentável no contexto das especificidades dos Pequenos Estados Insulares e encontrar formas adequadas de financiamento.

A análise dos progressos aponta para a necessidade de uma agenda de desenvolvimento que consolide os ganhos alcançados, ao mesmo tempo que permita um salto qualitativo no desenvolvimento. As lições apreendidas com a realização dos ODM realçam a importância de investir num mecanismo permanente

1 DECRP III – Matriz Estratégica

de seguimento dos progressos, de realização e fugir à demanda pontual em momentos chave de análise e de prestação de contas. A criação e o reforço dos mecanismos e capacidades de seguimento dos ODS do pós-2015 deve ser equacionado à partida, no contexto de país de pequena dimensão, para garantir a alimentação permanente da planificação nacional e conjugar prioridades concorrentes que exercem pressão sobre a Administração Pública, dimensionada ao tamanho do país, com a disponibilidade de recursos e capacidades limitadas.

Assim, decorrente da avaliação dos resultados quanto a realização dos ODM e das estratégias de desenvolvimento nacional, colocam-se desafios à Cabo Verde de criar um ambiente favorável à realização da estratégia de transformação e do programa de desenvolvimento sustentável pós-2015. Consideram-se factores de sucesso para tais desafios:

- Boa Governação
- Atractividade aos investimentos e parcerias
- Cidadania, justiça e desenvolvimento de processos participativos
- Capacidades reforçadas em planeamento, seguimento e avaliação e gestão centrada nos resultados
- Coesão social e desenvolvimento das comunidades

As prioridades nacionais para Cabo Verde seguem de certa forma o quadro do *Common African Position on the post-2015 Development Agenda* (CAP) e centra-se sobre os 6 pilares, objectivos e acções contantes do quadro seguinte:

Quadro 11. 1: Cabo Verde: Propostas de Prioridades para reflexão sobre o programa de desenvolvimento pós-2015

Pilar	OBJETIVOS	Ações
Transformação económica estrutural e crescimento acelerado e inclusivo	Acelerar o crescimento para promoção do emprego e rendas	Promover os investimentos privados de residentes e não residentes focalizados nos principais clusters de negócios identificados Promover o agronegócios e o valor acrescentado do sector e garantir a segurança alimentar Promover o desenvolvimento da indústria e comércio, dos mercados e da integração na CEDEAO, nos espaços da CPLP, Macaronésia e a parceria com a UE Dar prioridade a sustentabilidade e apoio às iniciativas a favor da economia verde
Sustentabilidade ambiental e a Gestão de risco de desastres, gestão de recursos naturais	Desenvolver capacidades nacionais de adaptação às mudanças climáticas de gestão de riscos ambientais	Definir as prioridades para as iniciativas visando a redução dos riscos catastróficos e adaptar-se às mudanças climáticas Reforçar os compromissos subscritos no quadro de acordos multilaterais sobre o ambiente.
Ciência tecnologia e Inovação	Promover a educação e inovação tecnológica	Reforçar investimentos na qualificação do ensino secundário e profissional Promover a transferência de tecnologia Investir na investigação e Desenvolvimento
Desenvolvimento Humano Sustentável	Promover o desenvolvimento humano sustentável	Promover a paridade de género em todas as esferas de actividades Proteger os direitos humanos e assegurara a justiça a cidadania Promover e alargar o acesso a protecção social Promover a saúde materna infantil Apoiar e autonomizar a terceira idade e deficientes