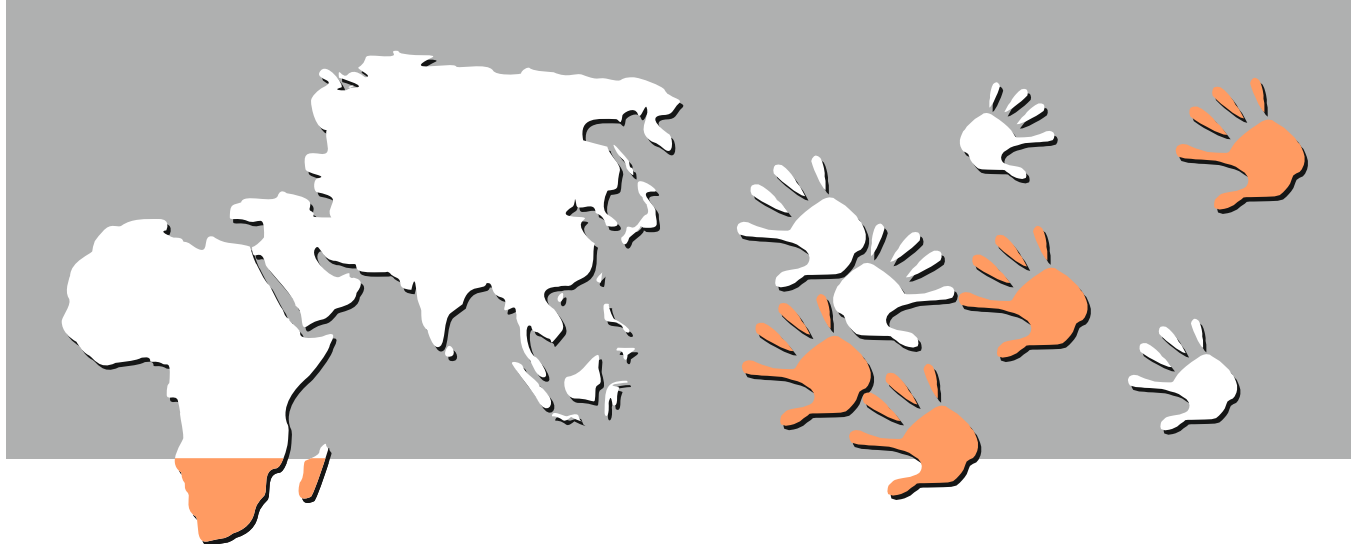




AJUDA PÚBLICA AO DESENVOLVIMENTO (APD) PORTUGUESA EM SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA, NEONATAL E INFANTIL & GÉNERO

APD PORTUGUESA: O QUE É E PORQUE INTERESSA

O objetivo fundamental da cooperação portuguesa [...] é o de contribuir para a erradicação da pobreza e para o desenvolvimento sustentável, num contexto de respeito pelos direitos humanos, pela democracia e pelo Estado de direito nos países parceiros.

Conceito Estratégico da Cooperação Portuguesa 2014-2020

A Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) é o conjunto de financiamentos, com carácter concessional, cedidos por atores públicos de países desenvolvidos para a promoção do desenvolvimento económico e do bem-estar dos países em desenvolvimento. Trata-se de um dos principais recursos que servem a cooperação para o desenvolvimento.

A APD pode-se traduzir em diversos tipos de ajuda, desde apoio orçamental e apoio a intervenções tipo projeto¹. A APD pode-se também traduzir em donativos, empréstimos e outras transações de capital. A utilização destas duas últimas formas tem ganho preponderância nos últimos anos ao nível europeu, enquanto que em Portugal se verifica a sua diminuição. A APD pode ser canalizada de forma bilateral – quando se trata de ajuda direta a um projeto, programa ou a um país – ou de forma multilateral – quando se traduz em contribuições gerais para orçamentos de organizações internacionais, como é o caso das Nações Unidas.

A importância da APD enquanto catalisador de desenvolvimento sustentável levou a que países doadores se comprometessem em otimizar este recurso há meio século. Em 1970, os países doadores membros do Comité de Apoio ao Desenvolvimento – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (CAD/OCDE) assumiram o compromisso de dedicar 0,7% do seu rendimento nacional bruto (RNB) à APD. Portugal, enquanto membro do CAD/OCDE e da União Europeia (UE), tem sido um dos signatários deste compromisso, a última vez reconfirmado na Conferência sobre o Financiamento para o Desenvolvimento em Adis Abeba, em 2015.

Não obstante a reconfirmação do compromisso 0.7% em diferentes ocasiões, Portugal ainda não conseguiu cumprir esta meta. O Gráfico 1 mostra que, apesar de, a APD portuguesa ter vindo a crescer

ligeiramente entre 2015 e 2019, respetivo volume encontra-se ainda bastante aquém da meta 0.7% APD/RNB. Tal deve-se ao facto de o crescimento da APD não acompanhar o aumento do rendimento nacional bruto português, deixando o país longe do seu compromisso internacional. **Para que Portugal tivesse atingido a meta dos 0.7% em 2019 (com um RNB previsto em 207.170 milhões EUR pelo Ministério das Finanças português), teria que ter investido 1.451 milhões de EUR em APD, cerca de quatro vezes mais que o montante alocado.**

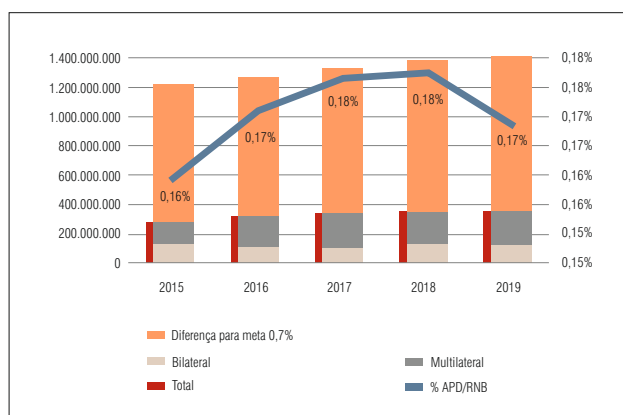
De realçar, no entanto, que Portugal não se trata de um caso único, sendo que no âmbito da UE apenas a Dinamarca, Luxemburgo e Suécia têm conseguido alcançar – ou mesmo ultrapassar – este compromisso.

O Gráfico 1 também demonstra que **Portugal tem vindo a investir a sua APD progressivamente em canais multilaterais, em detrimento dos bilaterais (de 53% da APD total em 2015 a 66% em 2019)**. Tal poder-se-á justificar, por um lado, pelas contribuições para o Fundo Europeu de Desenvolvimento (FED) que financia a ajuda da UE aos países de África, Caraíbas e Pacífico (ACP), e para o orçamento da Comissão Europeia destinado aos países em desenvolvimento não contemplados pelo FED e, por outro, pelo **posicionamento que Portugal tem vindo a adotar de defesa do multilateralismo e do papel das organizações multilaterais na busca de soluções globais de desenvolvimento.**

Camões I.P., agência nacional coordenadora da Cooperação Portuguesa, tem dedicado cada vez mais atenção à cooperação delegada, a qual implica a transferência de recursos de um financiador para outro com base nas suas vantagens comparativas. Neste contexto, Portugal tem-se destacado enquanto implementador de fundos, nomeadamente europeus. O país tem sido também promotor de cooperação triangular, modalidade que permite explorar vantagens comparativas dos doadores da cooperação sul-sul, complementares aos mecanismos tradicionais de cooperação para o desenvolvimento, onde os parceiros partilham conhecimento e experiências, envolvendo transferências em espécie ou de recursos financeiros e incentivando a inovação e a aprendizagem mútua. Portugal tem-se assim assumido enquanto **facilitador de consensos**, como observado, por exemplo, no espaço ibero-americano.

A quantidade da APD é chave para alcançar o desenvolvimento sustentável, mas 'como' a APD é usada é igualmente crucial para garantir que ninguém seja deixado para trás e possa usufruir de desenvolvimento económico e social, incluindo ao nível da sua saúde e direitos.

Gráfico 1: Evolução da APD portuguesa e diferença para a meta 0,7% APD/RNB (2015-2019)².



Apesar do compromisso renovado para com eficácia da cooperação para o desenvolvimento, existem preocupações de que a eficácia da cooperação esteja a ser negligenciada, comprometendo assim o impacto da APD. De acordo com o relatório mais recente da Parceria Global para a Cooperação para o Desenvolvimento Eficaz, Portugal tem gradualmente evitado ligações à aquisição de bens ou serviços de empresas portuguesas (a chamada ajuda ligada), bem como aumentado o planeamento de avaliações com países parceiros. Contudo, alguns dos indicadores da cooperação para o desenvolvimento eficaz têm baixado, tais como a utilização dos sistemas nacionais estatísticos e fiscais³.

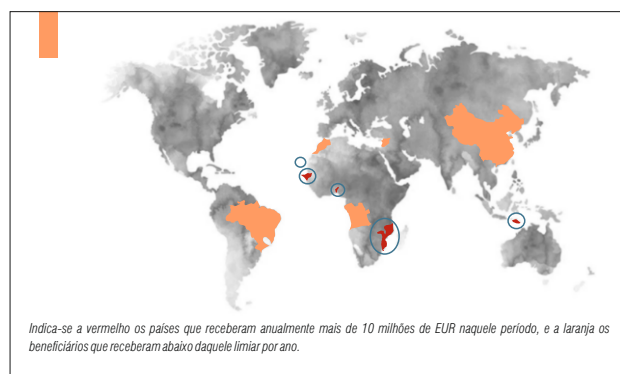
Para onde vai a APD portuguesa

Com a Agenda 2030, Portugal e o mundo assumiram o compromisso de **não deixar ninguém para trás**. Tal acordo justifica o enfoque de países doadores em países menos avançados (PMAs), ou seja, países de baixo rendimento que enfrentam graves constrangimentos estruturais, grande vulnerabilidade a choques económicos e ambientais e baixos indicadores de capital humano. Atualmente existem 47 países menos avançados em todo o mundo. De acordo com os compromissos assumidos sobre o financiamento do desenvolvimento, os PMAs devem ser beneficiários de 0,20% do RNB de países desenvolvidos, como Portugal, até 2030.

Porque Portugal concentra a sua APD em países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) e Timor-Leste, todos considerados países menos avançados com a exceção de Cabo Verde⁴, não é surpreendente constatar que Portugal é um dos Estados-membros da UE que mais alocam a sua ajuda bilateral nestes países. De facto, só em 2018 Portugal dedicou cerca de 57% da sua APD bilateral a este grupo, a percentagem mais alta observada entre os membros do CAD/OCDE e UE.

No período entre 2015 e 2019, a diferença entre o principal país beneficiário de APD portuguesa e o décimo é significativa: naqueles anos, Moçambique recebeu um total de 200 milhões EUR, enquanto que a China recebeu cerca de 14 milhões EUR. A concessão de linhas de crédito e a educação foram os setores mais financiados em ambos os países, com o perdão da dívida a ser a principal área coberta pela APD portuguesa em Moçambique. De realçar, contudo, que metade dos dez principais beneficiários de APD não são países menos avançados; pelo contrário, casos como o Brasil e a China graduaram para países de rendimento médio alto já há alguns anos.

Imagem 1: Os dez principais países beneficiários da APD portuguesa entre 2015 – 2019.



A China, inclusivamente, é considerada pelo Banco Mundial a segunda economia mundial. Estes países, porém, continuam a apresentar desigualdades internas agudas.

Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil (SRMNI): O que é e porque interessa

O vínculo entre população, desenvolvimento sustentável e o bem-estar individual foi afirmado na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, no Cairo, com a adoção do Programa de Ação CIPD. Este evento marcante confirmou a necessidade de maior enfoque sobre as mulheres e introduziu novos conceitos, como saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos. A Conferência do Cairo **assegurou também consenso sobre questões chave e sua interligação, tais como a redução da mortalidade materna e infantil, o acesso a serviços de saúde reprodutiva e sexual, incluindo planeamento familiar, a violência doméstica e o acesso universal à educação.**

Seguindo a CIPD, os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) já haviam reconhecido a ligação intrínseca entre saúde reprodutiva e a melhoria da saúde materna e neonatal. No entanto, o ODM dedicado a esta causa, ODM 5, foi o objetivo que ficou mais longe de ser alcançado em 2015. Consequentemente, **a importância da SRMNI e a interligação entre respetivas componentes foram reafirmadas ao nível global com a Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS).**

De acordo com o **relatório Guttmacher-Lancet**, o alcançar da saúde sexual e reprodutiva (SSR) depende da concretização dos direitos sexuais e reprodutivos. Estes baseiam-se nos direitos humanos de todas as pessoas que incluem, entre outros, ter uma vida sexual satisfatória e segura em que possam decidir se, quando e quantos filhos que querem ter.

O acesso a um pacote essencial de intervenções ao nível da SSR, incluindo métodos de planeamento familiar seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis, é um pré-requisito para melhorar a saúde sexual e reprodutiva, bem como alcançar seus direitos associados (SDSR). **Informar e capacitar as pessoas sobre a sua saúde sexual e reprodutiva, especialmente mulheres e adolescentes, garante direitos humanos, permite evitar gravidezes indesejadas e aceder a cuidados de saúde essenciais, e tem um impacto positivo, não apenas nos ODS relacionados à saúde (3) e ao género (5), mas potencialmente em todos os ODS.**

De facto, **estudos demonstram que investimentos em SDSR ou SRMNI contribuem para diversas áreas chave do desenvolvimento humano, tais como a igualdade de género, incluindo ao nível económico, educação e combate à pobreza**⁵. Por outro lado, a **igualdade de género e o empoderamento de todas as meninas e mulheres é, de acordo com o Preâmbulo da Agenda 2030, transversal a todos os ODS**.

Não obstante os últimos 20 anos terem trazido progressos nas mais diversas frentes – a taxa de mortalidade infantil global caiu quase 50% e a materna mais de 30% desde 2000 –, existem certos indicadores de desenvolvimento humano que permanecem muito aquém do desejável.

Globalmente, mais de 218 milhões de mulheres não conseguem aceder a contracetivos modernos (Guttmacher)	10 milhões de gravidezes indesejadas na adolescência ocorrem anualmente nos países em desenvolvimento (UN)
A cada 11 segundos uma grávida ou um recém-nascido perde a vida (UN)	Uma em cada três mulheres seja vítima de violência ao longo da sua vida (UN)
Uma em cada cinco mulheres entre 20 e 24 anos estava casada antes dos 18 anos em 2019 (UN)	200 milhões de meninas e mulheres foram submetidas à mutilação genital feminina (MGF) (UN)

De acordo com dados mais recentes, **estas problemáticas continuam a ter bastante expressão em países de língua portuguesa, nomeadamente, Angola, Brasil, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe e Timor-Leste**.

Cientes das dificuldades persistentes, em 2019, mais de 160 países reuniram-se no aniversário da CIPD, organizado pelo Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), Quênia e Dinamarca, e sob o lema “25 anos da CIPD: Acelerar as promessas”⁶. Portugal foi um dos países presentes, tendo contado com intervenção do Ministro dos Negócios Estrangeiros. Dali resultou a **Declaração de Nairobi**, a qual **reforçou o compromisso global para encetar e reforçar esforços para, entre outros, promover o acesso universal a SDSR, combater a violência baseada no género e mobilizar o financiamento necessário para esse efeito**. Este compromisso não se alcançou, no entanto, sem resistência de um grupo de países liderado pelos Estados Unidos, que se opôs a conclusões ligadas a temas como o aborto ou controlo da natalidade. De forma a neutralizar esta oposição, um grupo de 55 países juntou forças e aprovou uma **declaração conjunta** que afirmou que ‘o empoderamento e SDSR de mulheres e meninas são centrais para alcançar os ODS’ e que, para isso, “todos devem cumprir a promessa feita em Cairo”. Portugal foi um dos países a apoiar esta declaração⁷.

O renovado compromisso político de Nairobi enfrenta, no entanto, desafios acrescidos pela pandemia associada ao COVID-19. Nos oito meses após o início desta crise global sem precedentes, já se observava a falta de medicação essencial para saúde sexual e reprodutiva, o desvio de recursos humanos e a interrupção de projetos ou fecho de clínicas prestadoras de cuidados essenciais, incluindo para a saúde materna e adolescente.

Espera-se que o próprio impacto económico e social provocado pela crise venha a impedir a procura de muitos dos serviços essenciais à SSR. De acordo com estudos, **uma quebra de 10% do uso de contracetivos modernos poderá levar ao acréscimo de 49 milhões de mulheres que querem aceder a métodos contracetivos e não conseguem; e um corte de 10% da cobertura de cuidados materno-infantis poderão levar ao aumento de 28,000 mortes maternas e 168,000 mortes de neonatais**⁸. **A interrupção de projetos preventivos pode ainda levar a outros 2 milhões de casos de MGF e 13 milhões de casamentos forçados e precoces durante a próxima década**⁹.

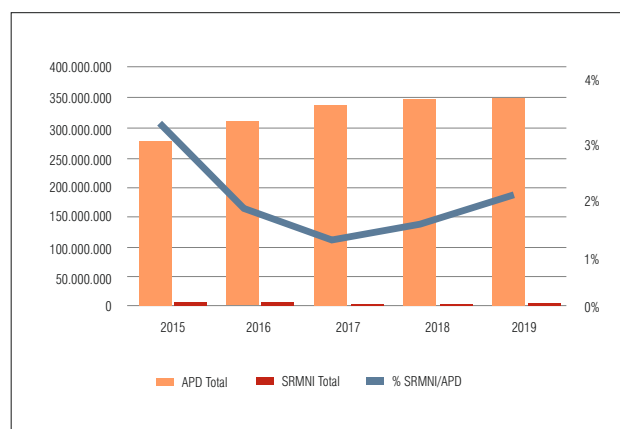
Tais circunstâncias agravam indicadores já por si negativos. Mais do que nunca se torna fundamental concentrar e acelerar os esforços para melhorar a saúde de todos. Como tal, em Maio de 2020, 59 países, de entre os quais Portugal, emitiram uma **declaração conjunta** a confirmar a necessidade de proteger a saúde e direitos sexuais e reprodutivos e de colocar as questões de género no centro da luta contra a pandemia.

A APD portuguesa e Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil (SRMNI)

O apoio de Portugal a matérias de SDSR e SRMNI não é novo. No documento “**Conceito Estratégico da Cooperação Portuguesa 2014-2020**” lê-se: “Em termos de áreas de intervenção na saúde, reconhece-se a **importância de aumentar o acesso e qualidade de cuidados primários de saúde e o direito à saúde sexual e reprodutiva, privilegiando-se a redução da mortalidade infantil, a melhoria dos cuidados materno-infantis e da saúde das mulheres**”. A sua antecessora, Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa, reafirmava também o compromisso feito no seio da CIPD. Com a Agenda 2030 e os ODS, Portugal e outros parceiros de desenvolvimento renovaram o seu compromisso em acelerar os esforços para melhorar a saúde e o bem-estar geral de mulheres e crianças.

Uma das formas de assegurar a responsabilização dos compromissos nesta área tem sido a monitorização dos recursos financeiros correspondentes às promessas políticas¹⁰. Para o efeito, em 2010, os países do G-8 desenvolveram uma metodologia para acompanhar fundos alocados à saúde materna, neonatal e infantil¹¹. Em 2020, este método foi revisto de forma a abarcar também saúde sexual e reprodutiva, bem como outros componentes elementares da APD – a chamada Muskoka 2, que mede esforços em SRMNI¹².

Gráfico 2: APD portuguesa e SRMNI – Muskoka 2



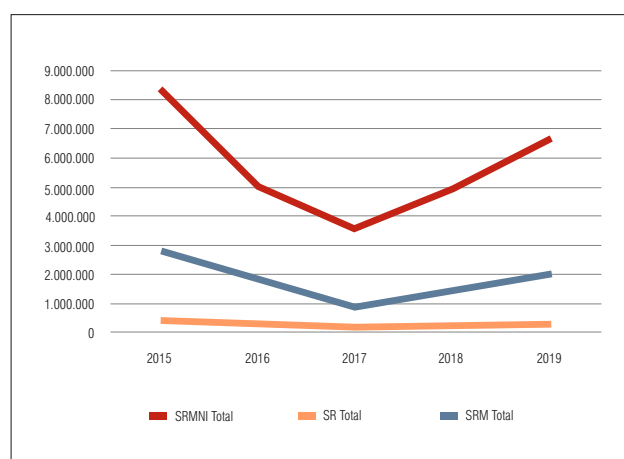
Aplicando a metodologia Muskoka 2 à APD portuguesa, é possível constatar que, **não obstante a ajuda pública ter vindo a crescer ligeiramente ao longo do período de observação, o investimento em matérias de SRMNI não tem acompanhado este crescimento.** Pelo contrário, 2015 foi o ano em que se constatou maior volume em termos relativos deste investimento (3%), sendo que este nível não foi, entretanto, recuperado. Naquele ano, a APD portuguesa investiu significativamente em serviços médicos, apoio a orçamento geral e contribuições específicas à Organização Mundial de Saúde.

2017 trouxe a maior descida de investimento nesta área, com apenas 1% do total da APD portuguesa alocada a SRMNI. Espera-se que este valor tenha vindo a alcançar os 2% em 2019. De realçar que tal diminuição em 2017 se observa não obstante Portugal ter retomado as contribuições para o orçamento geral de organizações internacionais chave, tais como o FNUAP¹³.

A metodologia Muskoka 2 permite ainda desagregar as diversas áreas SRMNI, nomeadamente entre saúde reprodutiva, que inclui saúde sexual, a saúde materna e neonatal e saúde infantil. O Gráfico 3 demonstra que **a saúde reprodutiva tem sido a área de menor enfoque da APD portuguesa ao longo do período de observação, tendo-se mantido sempre abaixo dos 500,000 EUR nestes cinco anos – contra os 5 a 9 milhões alocados a SRMNI.** Tal pode-se dever ao facto de a metodologia considerar que a luta contra a malária e tuberculose, água, saneamento e higiene (ASH) e ajuda humanitária, áreas de algum enfoque para a APD portuguesa, contribuírem pouco para a saúde reprodutiva.

Por outro lado, o investimento em saúde materna e neonatal tem oscilado semelhantemente ao pacote SRMNI, com um maior volume de fundos alocados em 2015, seguido por uma baixa em 2017 e supostamente aumentado em 2019. O gráfico permite também concluir que uma parte significativa da APD portuguesa dedicada a SRMNI tem como enfoque a saúde infantil¹⁴.

Gráfico 3: APD portuguesa para saúde reprodutiva, saúde materna e neonatal e saúde infantil de acordo com Muskoka 2, entre 2015-2019.



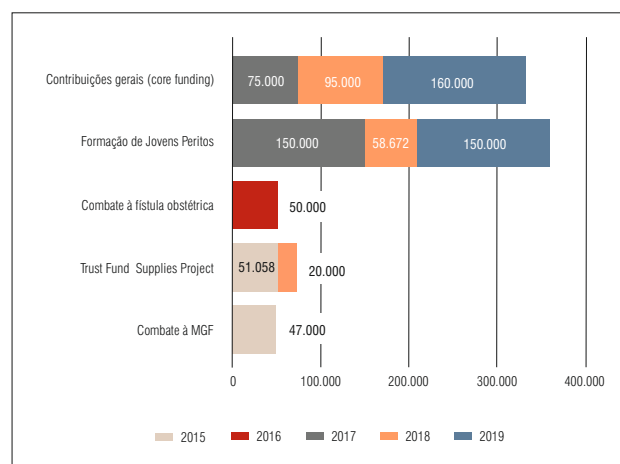
Contribuições para o FNUAP

O FNUAP, líder da agenda CIPD, é uma das agências das Nações Unidas que mais contribui para SDSR e SRMNI. As contribuições da APD portuguesa para esta agência estão assim incluídas nos Gráficos 2 e 3 desta folha informativa.

É importante realçar que, não obstante a Cooperação Portuguesa ter retomado as suas contribuições para o orçamento geral da agência em 2017, este **apoio mais que duplicou num curto espaço de tempo: de 75 mil EUR em 2017 passou para 160 mil EUR em 2019.** O apoio a projetos específicos do FNUAP tem também sido diversificado.

O Programa de Jovens Peritos tem sido o maior beneficiário de fundos (150,000 EUR em 2017 e 2019 e cerca de um terço em 2018), seguido pelo 'Supplies programme', focado no acesso a contraceção (cerca de 70,000 EUR durante os cinco anos), o Combate à fistula obstétrica e o Combate à MGF (ambos com cerca de 50,000 EUR durante os cinco anos).

Gráfico 4: APD dirigida ao FNUAP entre 2015-2019, contribuições gerais e por projecto.

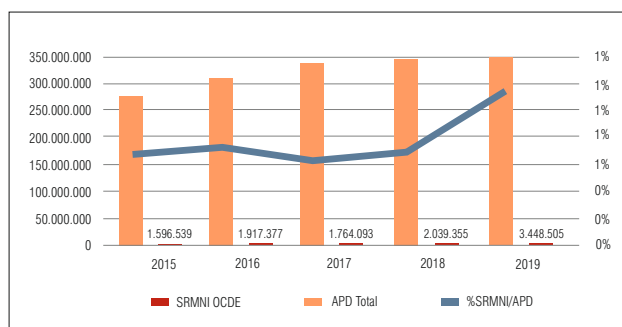


O marcador OCDE para SRMNI

Dada a importância internacional consagrada à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil e seus contributos para o desenvolvimento sustentável, também o CAD/OCDE tem procurado monitorizar os fluxos financeiros de ajuda ao desenvolvimento investidos nesta área. Tal foco deveu-se também aos escassos progressos do ODM 5, saúde materna até 2015, procurando-se assim reforçar avanços com os ODS. Para o efeito, a OCDE desenvolveu em 2014 um marcador SRMNI a ser utilizado por todos os doadores até 2020. O fator determinante para a atribuição deste marcador é a proporção de fundos do projeto que contribuam para esta área. Até que este marcador seja inteiramente adotado por todos os doadores do CAD, foi feita a recomendação de usar a metodologia Muskoka 2¹⁵.

Para efeitos de comparabilidade com outros financiadores, esta folha informativa analisa também qual a contribuição da APD portuguesa para a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil em linha com o marcador OCDE.

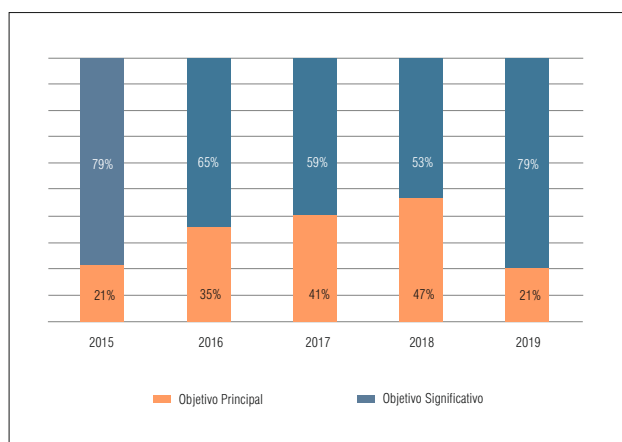
Gráfico 5: APD portuguesa e apoio a SRMNI pelo marcador OCDE entre 2015-2019



O Gráfico 5 demonstra que **o peso do investimento da APD portuguesa em SRMNI de acordo com o marcador OCDE é menor que quando analisado à luz da metodologia Muskoka 2: durante os cinco anos observados, esta área recebeu apenas 1% do total da APD portuguesa.**

Apesar de o marcador OCDE não permitir desagregar as diferentes áreas da saúde reprodutiva, saúde materna e neonatal e saúde infantil, é possível analisar a proporção de fundos que se dedica inteiramente a esta matéria e aquela que apenas parcialmente contribui para a melhoria da SRMNI.

Gráfico 6: Diferença da graduação entre os marcadores OCDE, objetivo principal e significativo, entre 2015 e 2019.

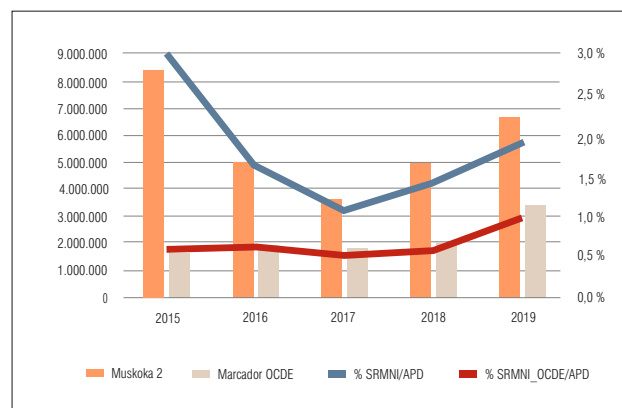


Constata-se assim que, de entre os 1% de fundos da APD portuguesa alocados a SRMNI entre 2015 e 2019, a maior parte contribui para esta área (objetivo significativo), enquanto que apenas cerca de 30% tem esta matéria como objetivo principal. 2018 foi o ano em que a APD mais contribuiu para SRMNI enquanto objetivo principal, equivalendo a quase 50% dos esforços financeiros, mas espera-se que este montante se tenha reduzido para metade em 2019. Entre os projetos considerados de objetivo significativo para SRMNI durante o período de observação, destacam-se iniciativas dedicadas a cuidados de saúde primários, mas também à violência, segurança alimentar e luta contra a pobreza.

Comparando ambas as abordagens¹⁶, **pode-se constatar que a ajuda pública dedicada a SRMNI medida de acordo com o marcador OCDE é quase metade ou um terço (em 2015) do volume considerado pela**

metodologia Muskoka 2. Seria também interessante comparar estes valores com outros países, mediante ambas as abordagens para efeitos de comparabilidade, mas não existe ainda informação pública para esse efeito¹⁷.

Gráfico 7: Comparação da APD portuguesa alocada a SRMNI de acordo com Muskoka 2 e o marcador OCDE, entre 2015-2019.



Dada a abrangência de iniciativas contabilizadas tanto no âmbito do marcador OCDE como da Muskoka 2, pode-se afirmar que **existe espaço para aumentar o peso absoluto e relativo dos investimentos da APD portuguesa em matéria de SRMNI**¹⁸. Tal é ainda mais relevante considerando que **todos os principais países beneficiários de APD portuguesa priorizam a saúde reprodutiva ou saúde materno-infantil nos seus planos nacionais de desenvolvimento sustentável e têm elevadas taxas de mortalidade associada à gravidez, parto e pós-parto, bem como de mortalidade neonatal e infantil.**

APD portuguesa e a Igualdade de Género

No seguimento da CIPD em 1994, países de todo o mundo reuniram-se novamente no ano seguinte para confirmar o papel central da mulher no desenvolvimento sustentável, na Plataforma de Ação de Pequim. Esta conferência também ajudou a consolidar o conceito de saúde sexual e reprodutiva e direitos associados. A Plataforma de Ação pretende ser conducente ao empoderamento e participação das mulheres e meninas, apostando em áreas críticas como pobreza, saúde e violência, entre outros. 2020 celebra os 25 anos desta Plataforma de Ação. A agência das Nações Unidas UN Women, juntamente com os governos de França e México, decidiram organizar o **Generation Equality Forum** (Fórum para a Geração Igualdade) para discutir os ganhos alcançados nesta agenda e próximos passos¹⁹.

Portugal, sendo país signatário da Plataforma coloca a igualdade de género no centro das suas políticas públicas e aciona mecanismos que operacionalizem esta prioridade. A cooperação para o desenvolvimento não é exceção e o Conceito Estratégico da Cooperação Portuguesa 2014-2020 assim o reflete. A importância da igualdade de género em cooperação para o desenvolvimento é também assumida no contexto de Portugal enquanto Estado-membro da UE, a qual tem um plano específico nesta frente, o **Plano de Ação de Género da UE**. Portugal tem assim promovido diversas medidas para avançar com a igualdade de género em cooperação para o desenvolvimento.

Por exemplo, o país agiu como promotor do **Plano Estratégico de Cooperação para a Igualdade de Género e Empoderamento das mulheres na CPLP** (Comunidade de Países de Língua Portuguesa). **As boas práticas da Cooperação Portuguesa têm também sido reconhecidas nos relatórios anuais de acompanhamento do Plano de Ação de Género da UE**, onde se podem ler exemplos de pesquisas sobre igualdade de género a informar diálogos políticos em países parceiros, e de forma a proteger os direitos das mulheres e meninas.

No entanto, a **avaliação conduzida em 2018 sobre a integração da igualdade de género na Cooperação Portuguesa no período 2011-2015** concluiu que **estas prioridades não foram traduzidas sistematicamente em prática e as questões de género não foram consideradas prioridade organizacional**. A avaliação conclui ainda que a Cooperação Portuguesa não teve orçamento específico destinado às questões de género nem os seus orçamentos gerais foram sensíveis ao género.

Neste contexto, importa analisar a alocação de recursos públicos portugueses para avançar a igualdade de género. Tal como o marcador para a SRMNI, a OCDE desenvolveu um marcador para o género: doadores têm de identificar quando os fundos não consideram género de forma alguma (marcador G0), quando contribuem de alguma forma (marcador G1) e quando o seu objetivo principal é avançar a igualdade de género (marcador G2).

O Plano de Ação de Género da UE acima mencionado prevê que 85% dos novos programas devam ser classificados como G1 ou G2, ou seja, devam contribuir parcial ou totalmente para a igualdade de género. Apesar de não ser possível comparar este objetivo coletivo com a com a análise dos dados de APD portuguesa, pode-se constatar que **os investimentos da Cooperação Portuguesa nesta temática estariam longe da meta europeia²⁰**.

O Gráfico 8 demonstra também que **os esforços da Cooperação Portuguesa para promover a igualdade de género, seja de forma parcial ou integral, não têm acompanhado o crescimento do volume total da APD**. O total de fundos em parte ou totalmente dedicados a esta causa manifestou-se à volta dos 10% da APD total, sendo que em 2017 e 2018 correspondeu a apenas 9%. Esta conclusão é ainda confirmada quando se desagrega a APD entre fundos que têm a igualdade de género enquanto objetivo significativo ou principal.

Gráfico 8: Evolução da APD portuguesa e Igualdade de Género (marcadores G1 e G2) entre 2015 e 2019.

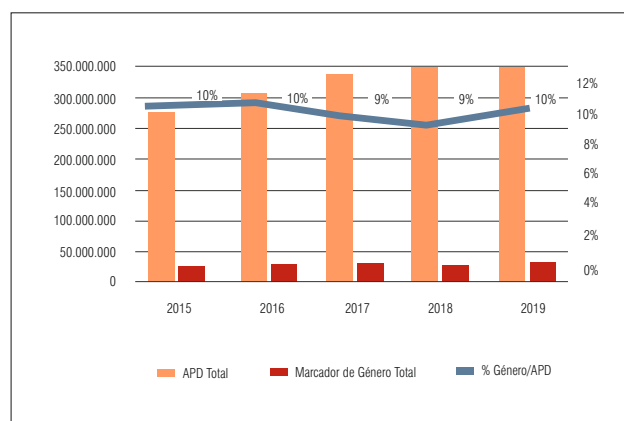
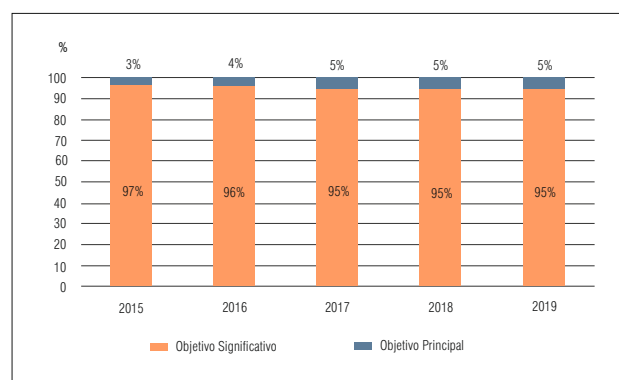


Gráfico 9: Diferença entre objetivo principal e significativo do marcador de Género da OCDE, entre 2015 e 2019.



Enquanto que é de louvar o aumento progressivo de fundos alocados especificamente para promover a igualdade de género, o seu peso relativo é ainda incipiente quando comparado com projetos que contribuem para esta causa de alguma forma.

Mais uma vez, **em linha com os compromissos políticos assumidos por Portugal em diversos fóruns internacionais, torna-se visível que existe margem de manobra para aumentar a alocação de recursos que permitam traduzir estas prioridades em realidades**.

Conclusões e Recomendações

A análise feita ao longo desta folha informativa conclui que, **não obstante a Cooperação Portuguesa ter contribuído positivamente nos últimos anos para o desenvolvimento económico e social dos seus países parceiros, a Ajuda Pública ao Desenvolvimento nem sempre corresponde ao nível dos compromissos assumidos pelo país em diversas agendas internacionais**. Tal conclusão aplica-se tanto aos esforços de Portugal para a melhoria da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil em países de baixo e médio rendimento, como para a igualdade de género.

Dada a celebração dos 25 anos da CIPD e da Plataforma de Ação de Pequim, compromissos que Portugal abraçou e reiterou incluindo ao nível de políticas internas, importa agora reforçar esforços nas mais diversas frentes. Principalmente numa fase em que o mundo enfrenta uma crise sem precedentes, imposta pela pandemia do COVID-19.

Recomendações sobre APD portuguesa e SRMNI na próxima década*

- Em linha com a agenda da eficácia da cooperação para o desenvolvimento, **Portugal deve priorizar na sua cooperação com os principais países beneficiários os investimentos na área da saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR) e saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI)**. Para além de, desta forma, cumprir os seus compromissos políticos internacionais, incluindo ao nível da CIPD e Agenda 2030, Portugal também apoiará eficazmente estes países, pois todos priorizam esta área enquanto vetor de desenvolvimento humano.
- **A Cooperação Portuguesa deve assegurar que investimentos**

em SDR e SRMI são proporcionais ao aumento da APD, tendo em conta as necessidades existentes nos países beneficiários e atualmente exacerbadas pela pandemia do COVID-19.

- A Cooperação Portuguesa **pode considerar mais sinergias entre SDR e SRMI com outras áreas e seus co-benefícios**, incluindo água, saneamento e higiene, educação, empoderamento económico e sustentabilidade ambiental.
- Sendo necessário reconstruir a arquitetura global para a saúde devido à pandemia COVID-19, **será fundamental que Portugal se mantenha na linha da frente na defesa da incorporação de SDR na cobertura universal de saúde. Este apoio deve ser não apenas político, mas também financeiro.**
- Neste sentido, **Portugal pode procurar incrementar a sua participação em plataformas internacionais que permitam amplificar a sua voz**, incluindo SheDecides ou FP2020 e o seu sucessor. Tais espaços permitem também a troca de boas práticas da cooperação portuguesa.
- **Portugal deve manter a boa prática de apoio aumentado e sustentado a organizações como o FNUAP e seus programas modelo, nomeadamente o 'Supplies programme' e o Programa conjunto para o Abandono da MGF.** O apoio às áreas de SDR e SRMI deve ainda ser complementado por outros canais, **como contribuições bilaterais (governo-governo) e organizações da sociedade civil.** Estas últimas, para além de assegurarem que as respostas correspondam às necessidades locais, ajudam a informar decisões baseadas em evidências e a monitorizar compromissos nacionais como a Coerência de Políticas.
- **Considerando o novo quadro financeiro plurianual EU 2021-2027, Portugal deve incentivar que o orçamento europeu para a cooperação para o desenvolvimento priorize SDR e SRMI.**

Recomendações sobre APD portuguesa e Género na próxima década*

- A Cooperação Portuguesa deve **rever a Estratégia para a Igualdade de Género de uma forma ambiciosa e assegurar que esta estará munida de recursos adequados** - e não apenas suficientes. Tal implica também a capacitação dos recursos humanos, de forma a melhorar análises sensíveis ao género.
- **A Cooperação Portuguesa deve considerar colaborações estreitas com diferentes departamentos e agências nacionais** que permitam uma visão mais abrangente da igualdade de género.
- Pode também considerar **a participação ativa em diferentes parcerias desenvolvidas no âmbito do Generation Equality Forum e dos 25 anos de Pequim, incluindo a parceria dedicada a saúde e direitos sexuais e reprodutivos.**
- No contexto do novo Plano de Ação de Género da UE, Portugal deve-se comprometer com uma **ambiciosa alocação de fundos para a igualdade de género em novos programas, incluindo para metas do ODS 5 relativas à prevenção e eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres e meninas.**

Nota Metodológica

Sobre a Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) portuguesa

- Os dados apresentados neste relatório foram cedidos pelo Camões, I.P/GPPE em junho de 2020, sendo que todos os dados relativos a 2019 devem ser lidos como preliminares.
- A fonte utilizada para o rendimento nacional bruto português foi o Ministério das Finanças, sendo que os dados para 2019 também devem ser lidos como preliminares.

Sobre a Muskoka 2: APD para saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil

- A nova metodologia Muskoka que contabiliza fundos alocados na área da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (SRMI) pode ser encontrada aqui. Desenvolvida pela London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), a metodologia aloca percentagens fixas aos diferentes códigos setoriais definidos pelo CAD/OCDE, mediante o seu contributo médio para a área de SRMI. Permite também desagregar informação ao nível da saúde reprodutiva, saúde materno-neonatal e saúde infantil.
- A metodologia Muskoka 2 calcula contribuições para a saúde reprodutiva considerando apenas mulheres não grávidas. Como tal, esta folha informativa também calcula contribuições para a saúde materna-neonatal, de forma a ter uma visão geral da APD alocada a saúde sexual e reprodutiva (SSR). De acordo com um artigo da LSHTM, o nível de financiamento público especificamente para neonatais é baixo.
- Porque nem todos os códigos da Muskoka 2 têm uma percentagem fixa (pois dependem do país beneficiário), nomeadamente aqueles referentes a doenças específicas e apoio orçamental, foi calculada uma média global entre os níveis mais baixo e mais alto identificados pela LSHTM.
- Como em muitos dos casos não existem dados ou percentagens atribuídas para 2018 ou 2019, foram feitas projeções com base em dados do período 2013-2017. Estes dados projetados são a média de duas funções comumente utilizadas para prever valores futuros, nomeadamente a regressão linear e o **método Holt-Winters**.

Fontes:

1. Outros tipos de ajuda incluem fundos setoriais, contribuições gerais e apoios a programas e fundos comuns, bolsas para estudantes e alocações de peritos e outra assistência técnica.
2. O volume APD não é inteiramente comparável ao longo deste período: em 2018 deu-se uma quebra de série nos dados, uma vez que a medida oficial APD passou a contabilizar apenas a componente de donativo dos desembolsos brutos (grant equivalent), passando assim a excluir os reembolsos de empréstimos no cálculo da APD (anteriormente conhecido como cash flow).
Mais informação pode ser encontrada aqui:
https://www.instituto-camoes.pt/sobre/index.php?option=com_content&view=article&id=15222
3. Para mais informação, consultar:
<https://www.effectivecooperation.org/landing-page/2018-monotoring-results> ou
https://concordeurope.org/wp-content/uploads/2019/10/CONCORD_AidEffectiveness-paper-Oct2019.pdf.
4. Para a lista atualizada de PMAs:
<https://unctad.org/en/Pages/ALDC/Least%20Developed%20Countries/UN-list-of-Least-Developed-Countries.aspx>.
5. Para mais informações:
<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>.
6. Para mais informação: <https://www.nairobisummitcpd.org/>.
7. Pela ocasião da conferência de alto nível das Nações Unidas para a cobertura universal de saúde em Setembro de 2019, Portugal já havia sido também um dos 58 signatários de uma declaração conjunta que reafirma a importância dos SDRS para a cobertura universal de saúde.
8. Para mais informação consultar:
<https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/04/estimates-potential-impact-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health>.
9. Para mais informação consultar:
<https://www.guttmacher.org/article/2020/06/covid-19-could-have-devastating-effects-adolescents-sexual-and-reproductive-health>.
10. O FNUAP lançou também desde cedo o relatório *Financial Resource Flows for Population Activities*, em linha com o programa de ação da CIPD. Esta abordagem, utilizada por alguns doadores, encontra-se atualmente a ser revista.
11. Mais informação pode ser encontrada aqui:
<https://www.g8.utoronto.ca/summit/2010muskoka/methodology.html>.
12. Mais informação pode ser encontrada aqui:
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109x\(20\)30005-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109x(20)30005-X/fulltext).
13. As contribuições para o orçamento geral do FNUAP foram interrompidas em 2013. A Associação Internacional de Desenvolvimento (AID) do Banco Mundial foi outro organismo que voltou a ser financiado em 2017.
14. Esta folha informativa, no entanto, não analisa em pormenor saúde infantil.
15. Para mais pormenores, consultar:
[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DAC/SAT/RD\(2018\)3/RD2&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DAC/SAT/RD(2018)3/RD2&docLanguage=En)
16. De realçar que estas duas abordagens têm natureza distinta. Por exemplo, enquanto que a utilização do marcador SRMNI da OCDE depende da referência específica de uma de três áreas definidas pelo CAD, a metodologia Muskoka 2 (mais abrangente) contabiliza códigos setoriais que contribuem para a SRMNI, mas sem referência específica à área. Comparam-se assim medidas diferenciadas, mas que demonstram de forma complementar a contribuição da APD portuguesa para esta temática.
17. De notar, no entanto, que a publicação Euromapping de 2016 - 2018 já demonstrava que Portugal se encontrava entre o terço de países do CAD/OCDE que menos alocavam APD a SRMNI e métodos de planeamento familiar.
18. De realçar que nenhuma das metodologias em apreço contabiliza iniciativas especificamente dedicadas aos direitos sexuais e reprodutivos. À data desta publicação, não existe ainda uma metodologia para contemplar este elemento, que poderá complementar os dados aqui apresentados.
19. Devido à pandemia COVID-19, o Fórum foi adiado para 2021.
20. Num perfil recente publicado pela OCDE, Portugal mantém-se também abaixo da média financiada por doadores do CAD-OCDE para a igualdade de género: a APD portuguesa cobriu apenas 28% de ajuda bilateral para esta causa em 2018, contra 42% da média de doadores DAC.

* As recomendações constantes nesta factsheet não refletem necessariamente a opinião da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

Autora do texto: *Andreia Oliveira, Investigadora independente para a P&D Factor*

Coordenação: *Alice Frade, Dir. Executiva da P&D Factor*

Iniciativa de:



Associação sem fins lucrativos | ONG-D | NIPC 510457754

Email: info@popdesenvolvimento.org

Site: www.popdesenvolvimento.org

 <https://www.facebook.com/popdesenvolvimento>

 [@popdfactor](https://www.instagram.com/popdfactor)

Apoio de:



COMISSÃO PARA A CIDADANIA
E A IGUALDADE DE GÉNERO
Presidência do Conselho de Ministros