



unicef 

Análise da situação das crianças e das mulheres em São Tomé e Príncipe em **2015**

Análise baseada nos Direitos Humanos de acordo com uma abordagem de equidade

Este estudo tem sido produzido pela UNICEF em colaboração com o Governo de São Tomé e Príncipe. UNICEF agradece o trabalho dos consultores Aitana Valverde e Luis Fernández assim como as contribuições dos membros do Comité de Pilotagem do estudo: Ladislau d'Almeida, Manuel Filipe Moniz e Katia d'Alva Carvalho (Ministério de Economia e Cooperação Internacional), Ainhoa Jaureguibeitia (UNICEF), Hermínia das Neves (Comunicação Social), Fernando Freitas Ramos (Ministério de Educação, Cultura e Ciência), Gilmar Ramos e Dudene Vaz Lima (Ministério de Infraestruturas, Recursos Naturais e Meio Ambiente), Nelma Silva (Ministério de Finanças e Administração Pública), Ivete Correia (Ministério de Justiça e Direitos Humanos), Carlos d'Almeida (Ministério de Saúde), Heng dos Santos (Instituto Nacional de Estatística).

A reprodução de extratos ou a totalidade do estudo não exige uma autorização prévia, exceto quando o objetivo for comercial. Não entanto é necessário identificar a fonte das informações.

Esta publicação, assim como outras publicações e relatórios de UNICEF São Tomé e Príncipe, esta disponível na plataforma ISSUU:

<http://issuu.com/unicefstp>

Fotografo: Ines Gonçalves

Desenho: Design [+], www.designplus.hr

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância
Avenida das Nações Unidas
PO BOX 404
São Tomé
São Tomé e Príncipe
Email: saotome@unicef.org

© UNICEF, 2016



Análise da situação das crianças e das mulheres em São Tomé e Príncipe em **2015**

Análise baseada nos Direitos Humanos de acordo com uma abordagem de equidade

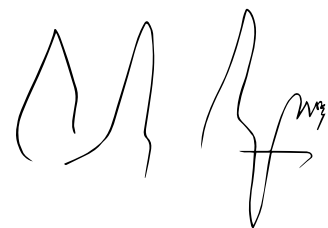


Prefacio

São Tomé e Príncipe é um dos países signatários da Convenção relativa aos Direitos das Crianças tendo ratificado este importante instrumento jurídico internacional a 14 de Maio de 1991, isto é, há 25 anos. Durante este período, o país dotou-se de vários mecanismos jurídicos e desenvolveu programas cuja finalidade foi a de proteger e promover a defesa dos direitos das crianças. Mas, o maior ganho obtido refere-se a disponibilidade de dados. Graças aos vários estudos e inquéritos realizados desde 2001 até a presente data, dentre eles o Inquérito de Indicadores Múltiplos, MICS (2001, 2006 e 2014); o Inquérito Demográfico e Sanitário, IDS (2008/2009), o Recenseamento Geral da População e da Habitação, RGPH (2001, 2012) e a Análise da Situação das mulheres e crianças em São Tomé e Príncipe, SITAN (2004, 2009 e 2015), só para citar os mais emblemáticos, actualmente é maior o conhecimento que temos sobre a situação das crianças e mulheres. Este facto tem permitido ao país desenvolver um conjunto de políticas, programas e projectos concretos que têm contribuído não só para mitigar o impacto negativo da pobreza nas camadas mais vulneráveis, mas sobretudo para relançar as condições indispensáveis para o desenvolvimento socioeconómico do país.

O presente Relatório de Análise da Situação das Crianças e Mulheres em São Tomé e Príncipe vem desta forma comprovar os esforços desenvolvidos e os inegáveis ganhos obtidos nos domínios da saúde, educação, protecção e promoção dos direitos. Numa perspectiva de equidade, género e ciclo de vida, o Relatório de SITAN analisa a pobreza monetária e as privações que afectam 66,2% da população nacional e identifica os domínios de ações públicas prioritárias que podem ter maior impacto na aceleração da realização dos direitos das crianças. A pesquisa realizada entre Junho e Outubro de 2015, fruto de uma parceria entre a UNICEF e o Governo de São Tomé e Príncipe, realça por outro lado os inúmeros desafios que o país ainda tem pela frente para fazer face às muitas disparidades existentes que impedem a realização plena dos direitos das crianças. 48% de crianças santomenses menores de 5 anos continuam a morrer por causa de doenças evitáveis e tratáveis. A pneumonia e a diarreia (22% cada) e o paludismo (13%) são as doenças que mais matam as crianças nesta faixa etária. O Relatório enfatiza por outro lado o papel e a importância do envolvimento e a participação da família, e sobretudo dos pais. Quanto maior for o nível educativo tanto da mãe quanto do pai, mais garantia há no bem-estar das crianças. Esse factor, indica-se no documento, sobrepõe muitas vezes aos

imperativos de ordem económica. O conhecimento e as capacidades que os pais da criança adquirem durante o percurso escolar são determinantes e motivam os pais a seguir as consultas de controlo pré-natal, a ter o parto numa unidade sanitária ou com assistência médica qualificada ou a administrar corretamente os tratamentos em caso de doença. Por conseguinte, esses conhecimentos ajudam também a fazer uma boa escolha em matéria de nutrição, de práticas de higiene, a utilizar os mosquiteiros impregnados. Ao reconhecer que a criança é um ser vulnerável, o documento enfatiza por outro lado, a responsabilidade tanto das entidades públicas quanto das privadas na protecção dos meninos e meninas da violência, do abandono, abuso, exploração e negligência, incluindo a separação desnecessária do seu ambiente familiar. UNICEF, agência das Nações Unidas para a infância tem um mandato específico: o de apoiar os países no seu compromisso para a inclusão de todas as crianças em políticas e estratégias públicas que possam levá-las a usufruir dos direitos que lhe são inalienáveis à saúde, à educação, à nutrição, o acesso a água segura, a habitação digna, ao desporto e espaços de segurança e de desenvolvimento, ou seja, os seus direitos a crescer e de beneficiar de uma vida digna. O relatório produzido pelo UNICEF e o Governo de São Tomé e Príncipe é por isso um documento de suporte para orientar as ações que promovam a sobrevivência, o desenvolvimento, a protecção e a participação das crianças. Por isso, convida-se a todos a uma leitura interessada do documento e a utilizar as informações nele contidas para uma ação de advocacia em prol do bem-estar das nossas crianças.



Pelo Governo
de São Tomé e Príncipe

Carlos Gomes

Ministro de Emprego
e Assuntos Sociais



Jacques Boyer

Representante da UNICEF

Índice

Prefácio	4
Lista dos quadros, mapas e figuras	8
Lista dos gráficos	11
Acrónimos	15
Resumo executivo	18
1. Introdução e quadro conceptual	34
2. Contexto socioeconómico e normativo	
3. Análise da situação das crianças baseada nos direitos humanos	40
3.1. O direito a níveis de vida adequados	52
3.1.1. A pobreza monetária das crianças em São Tomé e Príncipe	54
3.1.2. A pobreza das crianças de acordo com a abordagem multidimensional	58
3.1.3. As disparidades inter-regionais em São Tomé e Príncipe: o índice de equidade	76
3.1.4. O direito à proteção social	85
3.2. O direito das crianças à sobrevivência e ao desenvolvimento, de gozar do melhor estado de saúde possível e de beneficiar de serviços de saúde	89
3.2.1. Levantamento, evoluções e disparidades	90
3.2.2. Desafio principal: a estagnação na redução da mortalidade neonatal	102
3.2.3. A nutrição da pequena infância	118
3.2.4. Desafio principal: a desnutrição na pequena infância	121
3.2.5. Água e saneamento	128
3.2.6. Desafio principal: as disparidades no acesso à água potável e ao saneamento	132
3.3. O direito à educação primária gratuita e universal. Obrigação dos Estados de promover o acesso universal à educação secundária	136
3.3.1. Levantamento, evoluções e disparidades	137
3.3.2. O desenvolvimento da pequena infância	153
3.3.3. Desafio principal: acesso insuficiente à uma educação de qualidade aos níveis pré-escolar e secundário, persistência de crianças não escolarizadas ao nível primário	155
3.4. O direito à proteção	165
3.4.1. O direito a ser inscrito ao nascimento no Registo Civil	167
3.4.2. O trabalho das crianças	169
3.4.3. Desafio principal: persistência do trabalho das crianças em São Tomé e Príncipe	171

3.4.4. A violência doméstica contra as crianças e as mulheres	174
3.4.5. Desafio principal: persistência de violência doméstica contra as mulheres e as crianças	176
3.4.6. As uniões e os casamentos precoces	178
3.4.7. As gravidezes precoces	181
3.4.8. Os abusos sexuais contra as crianças	184
3.4.9. As crianças em situação de rua	187
3.5. O direito à participação e a informação	189
4. Conclusões e recomendações	194
Bibliografia	204
Anexos	
Anexo 1 Cartografia dos riscos e as vulnerabilidades das crianças em São Tomé e Príncipe, por ciclo de vida	210
Anexo 2 Fórmulas estatísticas de cálculo do índice de equidade entre os subdistritos	216
Anexo 3 Fórmulas estatísticas para a medida da pobreza multidimensional	218
Anexo 4 Lista das pessoas interrogadas e lista dos membros do Comité de pilotagem	220
As discussões de grupo ao nível comunitário	222

QUADROS

Quadro 1.1. Domínios de direitos prioritários da análise	37
Quadro 1.2. Abordagens essenciais e implicações analíticas	38
Quadro 3.1.1. Crianças em cada quintil de riqueza, por determinante socioeconómico, 2014 (%)	54
Quadro 3.1.2. Adultos e crianças em cada nível de riqueza (número e %) e rendimento mensal per capita correspondente aos adultos e as crianças (Dobras)	56
Quadro 3.1.3. As dimensões da análise MODA, de acordo com a Convenção relativa aos Direitos da Criança (1989)	59
Quadro 3.1.4. Dimensões e indicadores para as crianças de 0 a 4 anos	59
Quadro 3.1.5. Dimensões e indicadores para as crianças de de 0 a 17 anos	59
Quadro 3.1.6. Taxa de pobreza multidimensional	60
Quadro 3.1.7. As taxas de pobreza multidimensional para as crianças de 0 a 4 anos, por determinante socioeconómico, 2014	63
Quadro 3.1.8. Taxa de pobreza multidimensional das crianças de 5 a 11 anos, por disparidade socioeconómica, 2014	68
Quadro 3.1.9. Taxa de pobreza multidimensional das crianças de 12 a 17 anos, por disparidade socioeconómica, 2014	73
Quadro 3.1.10. Distribuição da população de São Tomé e Príncipe por subdistrito, 2012	77
Quadro 3.1.11. Dimensões, indicadores e modalidades de cálculo	78
Quadro 3.1.12. Valores normalizados dos indicadores e do índice de equidade, 2012 (%)	81
Quadro 3.1.13. Matriz da proteção social em São Tomé e Príncipe	86
Quadro 3.2.1. Determinantes da estagnação da redução da mortalidade neonatal	115
Quadro 3.2.2. Determinantes da desnutrição nas crianças de 0 a 5 anos	126
Quadro 3.2.3. Determinantes das disparidades no acesso a água e ao saneamento	134
Quadro 3.3.1. Razões alegadas para o abandono dos estudos, crianças de 12 a 17 anos, por distrito	155
Quadro 3.3.2. Determinantes do acesso insuficiente a uma educação de qualidade nos níveis pré-escolar e secundário e da persistência de crianças não escolarizadas no primeiro ciclo	162
Quadro 3.4. Constrangimentos e barreiras impedindo a luta contra o trabalho infantil	172

Lista dos quadros, mapas e figuras

FIGURAS

Figura 2.1.	As crianças em São Tomé e Príncipe	42
Figura 3.1.1.	Sobreposições entre as privações em matéria de proteção, saneamento e nutrição para as crianças de 0 a 4 anos, 2014	62
Figura 3.1.2.	Taxa de pobreza para cada dimensão, crianças de 0 a 4 anos, por determinante socioeconómico, 2014	64
Figura 3.1.3.	Sobreposições entre as privações em matéria de proteção, saneamento e educação para as crianças de 5 a 11 anos, 2014	67
Figura 3.1.4.	Taxa de pobreza para cada dimensão, crianças de 5 a 11 anos, por determinante socioeconómico, 2014	69
Figura 3.1.5.	Sobreposições entre as privações em matéria de Proteção, Saneamento e Educação para as crianças 12 a 17 anos, 2014	72
Figura 3.1.6.	Taxa de pobreza para cada dimensão, crianças de 12 a 17 anos, por determinante socioeconómico, 2014	74
Figura 3.1.7.	Componente da proteção social sensível à situação das crianças “Child-sensitive”	85
Figura 3.2.1.	Evolução das taxas de mortalidade infantojuvenil, infantil e neonatal de 1990 a 2013 (por mil nascimentos vivos)	91
Figura 3.2.2.	Os determinantes socioeconómicos da mortalidade das crianças, 2014	93
Figura 3.2.3.	Evolução, comparação internacional e disparidades na cobertura das principais vacinas em São Tomé e Príncipe	95
Figura 3.2.4.	Causas de mortalidade pós-neonatal (de 1 a 59 meses), 2013	96
Figura 3.2.5.	As causas de mortalidade neonatal, de 2013	102
Figura 3.2.6.	As alocações orçamentais intrasectoriais	112
Figura 3.2.7.	Análise causal da estagnação na redução da mortalidade neonatal	114
Figura 3.2.8.	Análise causal da persistência das disparidades no acesso à água e ao saneamento	133
Figura 3.3.1.	As disparidades na taxa de sobrevivência até última classe de primário e a transição ao secundário	140
Figura 3.3.2.	Disparidades na utilização dos serviços de educação, por quintil de riqueza, 2014	140
Figura 3.3.3.	Situação escolar das crianças em São Tomé e Príncipe	142
Figura 3.3.4.	Composição das classes, por situação escolar dos alunos, 2012	148
Figura 3.3.5.	O índice de desenvolvimento da pequena infância (IDPE) em São Tomé e Príncipe, 2014	150
Figura 3.3.6.	Componente da qualidade da educação, UNICEF	154
Figura 3.3.7.	Análise causal do acesso insuficiente a uma educação de qualidade aos níveis pré-escolar e secundário, persistência de crianças não escolarizadas ao nível primário	161
Figura 3.4.1.	Evolução da taxa de registo dos nascimentos, 2000-2014, por regiões (%)	167
Figura 3.4.2.	Percentagem de crianças de 5 a 17 anos que trabalham	169
Figura 3.4.3.	Causas do trabalho infantil e da violência doméstica	171
Figura 3.4.4.	Análise causal da persistência da violência doméstica contra as mulheres e as crianças	177
Figura 3.4.5.	Análise causal: as crianças em situação de rua	188

Figura 3.5.1. Acesso à informação e Internet em São Tomé e Príncipe, 2014	191
Figura 3.5.2. Análise causal das limitações à participação e o acesso à informação pelas crianças	193
Figura 4.1. São Tomé e Príncipe, evolução das disparidades em função do rendimento, 2006 a 2012	195

MAPAS

Mapa 2.1. Situação geográfica das crianças, 2012 (% e número)	43
Mapa 3.1.1. Índice de equidade aplicado aos subdistritos de São Tomé e Príncipe, 2012	79
Mapa 3.1.2. A equidade no rendimento por habitante, por subdistrito (2012)	82
Mapa 3.1.3. A equidade no acesso às instalações de saneamento melhoradas, por subdistrito (2012)	82
Mapa 3.1.4. A equidade na escolarização primária, por subdistrito (2012)	83
Mapa 3.1.5. A equidade na escolaridade secundária, por subdistrito (2012)	83
Mapa 3.1.6. A equidade no registo dos nascimentos, por subdistrito (2012)	84
Mapa 3.2.1. Partos com assistência qualificada por subdistrito, em percentagem	105

Gráfico 2.1.	Pirâmide demográfica de São Tomé e Príncipe, 2012	42
Gráfico 2.2.	Distribuição das crianças nos 18 subdistritos, 2012 (%)	44
Gráfico 2.3.	Evolução do PIB e o PIB per capita (2001 à 2014)	45
Gráfico 2.4.	Composição do PIB, 2013	45
Gráfico 2.5.	A pobreza monetária por distrito (2010)	46
Gráfico 2.6.	Evolução das despesas “pro-poor” e do PIB (2007 à 2015)	47
Gráfico 2.7.	Relação entre as despesas “pro-poor” e o financiamento externo (2011 a 2014)	47
Gráfico 3.1.1.	Crianças em cada quintil de riqueza, por determinante socioeconómico, 2014 (%)	56
Gráfico 3.1.2.	Distribuição das crianças e dos adultos, por quintil de riqueza (2012)	57
Gráfico 3.1.3.	Crianças de 0 a 4 anos em situação de privação, por dimensão, 2014 (%)	61
Gráfico 3.1.4.	Crianças de 0 a 4 anos que sofrem de privações, por indicador, 2014 (%)	61
Gráfico 3.1.5.	Crianças de 0 a 4 anos, por número de privações, 2014 (%)	62
Gráfico 3.1.6.	Taxa de crianças 5 a 11 anos em situação de privação por dimensão, 2014	65
Gráfico 3.1.7.	Crianças de 5 a 11 anos em situação de privação, por indicador, 2014	66
Gráfico 3.1.8.	Percentagem de crianças de 5 a 11 anos que sofrem de privações, por número de dimensões, 2014	66
Gráfico 3.1.9.	Percentagem de crianças de 5 a 11 anos privadas em cada dimensão, em função do número de privações acumuladas, 2014	66
Gráfico 3.1.10.	Taxa de crianças de 12 a 17 anos privadas, por dimensão, 2014	70
Gráfico 3.1.11.	Crianças de 12 a 17 anos que sofrem de privações, por indicador, 2014 (%)	71
Gráfico 3.1.12.	Crianças de 12 a 17 anos que sofrem de privações, por números de dimensões, 2014	71
Gráfico 3.1.13.	Índice de equidade e população, por subdistrito, 2012	80
Gráfico 3.1.14.	Índice de equidade entre subdistritos, a nível dos indicadores, 2012	80

Lista dos gráficos

Gráfico 3.1.15.	Financiamento atribuído à proteção social e distribuição por programa, 2015 (em milhões de Dobras)	88
Gráfico 3.2.1.	Evolução da taxa de mortalidade materna em São Tomé e Príncipe de 1990 à 2013, por 100.000 nados-vivos	90
Gráfico 3.2.2.	Evolução das taxas de mortalidade infantil e de infantojuvenil, de 1995 a 2015 (por mil nados-vivos)	91
Gráfico 3.2.3.	Evolução das taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil, por regiões 2009 e 2014	92
Gráfico 3.2.4.	Proporção da mortalidade neonatal e pós-neonatal na mortalidade das crianças de menos de 5 anos, 2009 e 2014	94
Gráfico 3.2.5.	Taxa de fraco peso de nascimento, principais disparidades socioeconómicas, 2014 (%)	95
Gráfico 3.2.6.	Episódios de diarreia, sintomas IRA e febre nas crianças de menos de cinco anos, por fração de idade (em meses), 2014	97
Gráfico 3.2.7.	Episódios de diarreia, sintomas IRA e febre nas crianças de menos de cinco anos, por região, 2014	97
Gráfico 3.2.8.	Os cuidados de saúde essenciais recebidos pelas crianças com sintomas de diarreia, pneumonia ou paludismo, de 2009 e de 2014 (%)	98
Gráfico 3.2.9.	Os cuidados de saúde essenciais recebidos pelas crianças com sintomas de diarreia, pneumonia ou paludismo, tipo (%)	98
Gráfico 3.2.10.	Crianças com sintomas de infeção respiratória aguda que recebem conselhos sanitários e antibióticos, por determinante (%)	99
Gráfico 3.2.11.	Crianças com sintomas de diarreia que recebem conselhos sanitários e ORT, por determinante (%)	99
Gráfico 3.2.12.	Crianças que dormem sob mosquiteiro impregnado de inseticida, e com febre que são diagnosticadas como infetadas pelo paludismo e recebem conselhos sanitários, por determinante (%)	100
Gráfico 3.2.13.	As intervenções essenciais para a sobrevivência dos aleitantes, STP 2014 e países menos avançados (2007-2013)	103
Gráfico 3.2.14.	Evolução de certos indicadores chave dos cuidados essenciais desde 2000	104
Gráfico 3.2.15.	Mulheres que receberam cuidados pré-natais pelo menos 4 vezes durante a sua última gravidez, principais desvios para cada determinante socio-económico, 2014 (%)	106

Gráfico 3.2.16.	Disparidades na assistência qualificada durante o parto, principais desvios para cada determinante socio-econômico, 2014 (%)	106
Gráfico 3.2.17.	Mulheres protegidas contra tétanos neonatal, principais desvios para cada determinante socio-econômico, 2014 (%)	106
Gráfico 3.2.18.	Crianças aleitadas na hora que segue o parto, 2014, %	110
Gráfico 3.2.19.	Despesas públicas de saúde per capita, em relação ao PIB e em relação as despesas públicas totais (2003-2013)	111
Gráfico 3.2.20.	Taxa de desnutrição (%) em São Tomé e Príncipe (2009 e 2014) e AOC (2008-2012)	118
Gráfico 3.2.21.	Taxa de desnutrição por região (%)	119
Gráfico 3.2.22.	Crianças de 0 a 5 anos que sofrem de desnutrição crônica, principais desvios para cada determinante socio-econômico (%), 2014	120
Gráfico 3.2.23.	Crianças de 0 a 5 meses aleitadas exclusivamente, por determinantes socioeconômicos, 2014 (%)	121
Gráfico 3.2.24.	Crianças que recebem uma diversidade e uma frequência alimentar mínima, por determinantes socioeconômicos (2014)	122
Gráfico 3.2.25.	Crianças de 6 a 59 meses que sofrem de anemia, por determinantes socioeconômicos (%)	123
Gráfico 3.2.26.	Habitantes que utilizam fontes de água melhoradas, por tipo de fonte (%), 2009 e 2014	128
Gráfico 3.2.27.	Habitantes que têm acesso a fontes de água melhoradas, principais desvios para cada determinante socio-econômico (%), 2009 e 2014	129
Gráfico 3.2.28.	Percentagem da população por tipo de instalação de saneamento, principais desvios para cada determinante socio-econômico, 2014	130
Gráfico 3.2.29.	Tipos de sistema de saneamento em cada subdistrito, 2012	130
Gráfico 3.3.1.	Evolução (2000 a 2014) das taxas líquidas de escolarização pré-escolar, primária e secundária	137
Gráfico 3.3.2.	Evolução (2000 a 2014) das taxas líquidas de escolaridade pré-escolar, por região (%)	138
Gráfico 3.3.3.	Taxa líquida de escolaridade pré-escolar, primária e secundária, 2014	138
Gráfico 3.3.4.	Crianças escolarizadas, por idade e por sexo, 2012 (Número)	139
Gráfico 3.3.5.	Crianças que não vão à escola, 2012 (em %)	144
Gráfico 3.3.6.	Crianças “out of school” em cada subdistrito, por segmentos de escolarização em 2012 (%)	145
Gráfico 3.3.7.	Crianças em primeira classe do ciclo básico, por correspondência ou não com a idade teórica, 2012 (%)	149
Gráfico 3.3.8.	Crianças de 6 anos que não vão a escola, por subdistrito, 2012 (%)	149
Gráfico 3.3.9.	Repetência em São Tomé e Príncipe %, por classe (ano escolar 2013-2014)	150
Gráfico 3.3.10.	Causas alegadas para o abandono dos estudos no nível primário, 2010 (%)	155
Gráfico 3.3.11.	Crianças não registadas e exclusão educativa, por subdistrito, 2012	158
Gráfico 3.4.1.	Evolução da taxa de registo dos nascimentos, de 2000-2014 (%)	167

Gráfico 3.4.2.	Taxa de registo dos nascimentos, por subdistrito, 2012 (%)	168
Gráfico 3.4.3.	Crianças de 5 a 17 anos que trabalham, 2014, por determinantes sociais (%)	170
Gráfico 3.4.4.	Métodos disciplinares destinados às crianças de 1 a 14 anos, 2014 (%)	174
Gráfico 3.4.5.	Crianças de 1 a 14 anos que recebem punições físicas, por determinantes socioeconómicos, 2014 (%)	174
Gráfico 3.4.6.	Raparigas de 15 a 19 anos em situação de união (ou casamento) precoce, por quintil, 2014 (%)	178
Gráfico 3.4.7.	Raparigas de 15 a 19 anos casadas ou em união, 2014 (%)	179
Gráfico 3.4.8.	Raparigas de 12 a 17 anos casadas ou em união, por subdistrito, 2014 (%)	179
Gráfico 3.4.9.	Número e distribuição de mães precoces, 2012	181
Gráfico 3.4.10.	Uniões precoces e gravidezes precoces por subdistrito, 2012	182
Gráfico 3.4.11.	Raparigas de 15 a 19 anos que começaram a sua vida reprodutiva, principais desvios para cada determinante socio-economico, 2014 (%)	182
Gráfico 3.4.12.	Evolução da taxa de utilização dos métodos de contraceção, 2000 à 2014	183

AOC	África Ocidental e Central
ARCAR	Associação de Reintegração das Crianças Abandonadas ou em situação de Risco
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CACVD	Centro de Aconselhamento Contra a Violência Doméstica
C4D	Comunicação para o Desenvolvimento
CDC	Convenção dos Direitos da Criança
DRNE	Direção dos Recursos Naturais e Energia
EMAE	Empresa de Água e Eletricidade
FONG	Federação das ONG
IDS	Inquérito demográfico e de saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSS	Instituto Nacional da Segurança Social
IOF	Inquérito aos Orçamentos familiares
IRA	Infeção respiratória aguda
MEAS	Ministério do Emprego e Assuntos Sociais
MECC	Ministério da Educação, Cultura e Ciência
MECI	Ministério da Economia e Cooperação internacional
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey - Inquerito aos Indicadores Múltiplos
MIRNA	Ministério de Infraestrutura, Recursos Naturais e Ambiente
MLSTP	Movimento de Libertação de São Tomé e Príncipe
MS	Ministério da Saúde
MSAS	Ministério da Saúde e Assuntos Sociais
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODI	Overseas Development Institute
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ORT	Tratamento de reidratação oral
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PIB	Produto Interno Bruto
PNA	Política de Nutrição e de Alimentação
PNASE	Programa de Nutrição e de Alimentação Escolar

Acrónimos

PNLP	Programa Nacional de Luta contra o Paludismo
PNLS	Programa Nacional de Luta contra o VIH/SIDA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPC	Política de Proteção das Crianças
PS	Política de Proteção Social
PRONANUT	Programa Nacional de Nutrição
RGPH	Recenseamento Geral da População e Habitação
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
STP	São Tomé e Príncipe
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USD	Dólar americano
U5	Crianças menores de 5 anos

Resumo

Executivo



São Tomé e Príncipe ratificou a Convenção relativa aos direitos da criança em 14 de maio de 1991. Desde então, o país realizou progressos consideráveis na adaptação da sua legislação e das suas políticas nacionais.

Em 2012, a população era estimada em 178.739 habitantes, 44,9% da qual são crianças, ou seja 80.426 em valor absoluto (INE, 2012). A pequena infância (crianças de 0 a 6 anos) representa 34% da população, as crianças em idade escolar (de 6 a 11 anos) representam 36% da população, e os adolescentes (de 12 a 17 anos) 30%. Conta-se 204 rapazes mais do que as raparigas. Os 35,1% das crianças (28 238) habitam na capital de São Tomé. Trindade é o segundo subdistrito mais povoado pelas crianças: 8.800 dentre elas (10,9%) vivem na Trindade (INE, 2012). Os subdistritos de Neves, Santana e Bombom são habitados por 7% de crianças de menos de 6 anos, 6,3% de crianças em idade escolar e 5,4% de adolescentes. Cada um dos 13 outros subdistritos é habitado por cerca de 5% de crianças.

1. O direito a níveis de vida adequados

Síntese dos factos		
22,9% das crianças vivem no quintil mais pobre contra 14,8% dos adultos	De acordo com a abordagem multidimensional, 70,4% das crianças são pobres	A pobreza multidimensional é mais vasta para as crianças de 0 à 4 anos (80,9% são pobres)
Os subdistritos menos equitativos do País são Santa Catarina (em Lembá) e Malanza em Caué.	Os subdistritos mais equitativos do País são a capital São Tomé e Conde (Lobata)	As crianças sofrem mais de privações a nível da proteção e do saneamento

Fonte: Cálculos dos consultores a partir do MICS 5 (INE, 2016) e RGPH (INE, 2012)

A POBREZA MONETÁRIA DAS CRIANÇAS

Os dados do IV Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) (INE, 2012) confirmam que as crianças representadas no quintil mais pobre e no quintil mais rico, 22,9% das crianças vivem no quintil mais pobre, contra 14,8% dos adultos, enquanto que no quintil mais rico temos 14,8% das crianças e 24,2% dos adultos. O nível de escolaridade dos chefes de família é o determinante mais importante, seguido pela língua materna, o meio rural/urbano e a região de residência. O sexo do chefe da família e o número de membros da família são fatores determinantes importantes mas menos significativos. Não há nenhuma diferença imputável ao sexo da criança. Os dados são claros: a educação é um setor chave de grande impacto para o nível de riqueza do país.

A POBREZA MULTIDIMENSIONAL DAS CRIANÇAS

A abordagem multidimensional da pobreza concentra-se na situação individual de cada criança, ao contrário das abordagens monetárias da pobreza ou das análises setoriais. A criança torna-se o centro da análise, onde vai-se tentar determinar em que medida é privada dos seus direitos. Os resultados revelam que em São Tomé e Príncipe, uma percentagem elevada de crianças pode ser considerada como pobre (70,4%).

Resultados para as crianças de 0 a 4 anos. Trata-se do grupo etário mais privado: 80,9 % são pobres. As dimensões onde se encontra mais crianças privadas são a proteção (71,9%), o saneamento (62,7%) e a nutrição (49,2%). 22,6% das crianças são simultaneamente privadas nas três dimensões, 22,6% são privadas de proteção e saneamento, e 13,6% de proteção apenas. O determinante socioeconómico mais importante na pobreza multidimensional deste grupo etário é o nível de riqueza (99% das crianças mais pobres são igualmente pobres de acordo com a abordagem das privações) e o nível de escolaridade da mãe (95%).

Resultados para as crianças de 5 a 11 anos. A taxa de incidência da pobreza multidimensional é de 67,8%. É a fração de idade das crianças onde a taxa de intensidade da pobreza é mais baixa (31,2%), com uma taxa de incidência ajustada à 21,1%. As sobreposições entre as privações: mais frequentes são a proteção (81,9%), o saneamento (60%) e a educação (39,6%). 25,6% das crianças são simultaneamente privadas nas três dimensões, 24,4% em apenas a proteção. 24,1% são privados simultaneamente na proteção e saneamento. O determinante socioeconómico mais importante para a pobreza multidimensional deste grupo etário é o nível de riqueza (96% das crianças mais pobres são igualmente pobres de acordo com a abordagem das privações) e o nível de escolaridade da mãe (79,6% das crianças cuja mãe não tem nenhuma educação são pobres). Residir na região Noroeste (78,6%) e Sudeste (78,4%), e no meio rural (77,7%), é igualmente um determinante importante.

Resultados para as crianças de 12 à 17 anos. A taxa de incidência da pobreza multidimensional é de 69,6%. A taxa de intensidade da pobreza é de 34,6% e a taxa de incidência ajustada de 24,1%. Às privações mais frequentes são a proteção (74,9%), o saneamento (58%) e a educação (36,1%). 26,7% das crianças são simultaneamente privadas na proteção e saneamento, 20,9% são privadas apenas na proteção, e 17,8% simultaneamente nas três dimensões. O determinante socioeconómico mais importante na pobreza multidimensional deste grupo etário é o nível de riqueza (96,4% das crianças do quintil mais pobre são igualmente pobres de acordo com a abordagem de privações), nível de escolaridade da mãe (80,3% das crianças cuja mãe não tem nenhuma educação são pobres), Residir na região Noroeste (78,6%) e Sudeste (78,4%), e em meio rural (77,7%), são igualmente determinantes importantes.

A EQUIDADE ENTRE DOS SUBDISTRITOS DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

De acordo com o UNICEF (2012), “a equidade implica a igualdade no acesso às possibilidades de sobreviver, de alimentar-se, aprender e de desenvolver-se num ambiente favorável e em segurança. A equidade implica assegurar todos os direitos a todas às pessoas e por toda parte (...)”. Neste estudo, a dimensão espacial foi escolhida como o eixo estrutural de comparação. Com efeito, o estudo da equidade centrado no território permite representar melhor a realidade diária das pessoas porque as privações que têm lugar num território específico produzem-se geralmente em combinação com outras carências. A análise centrada na dimensão territorial tem então esta capacidade de refletir o conjunto das disparidades. De acordo com os resultados obtidos, o subdistrito menos equitativo é Santa Catarina (com um valor de 18,1%) no distrito de Lembá. Malanza (32,6%) é o segundo, situado em Caué. Ao oposto, mais equitativa é a capital de São Tomé (81,6%), em Agua Grande, seguida de Conde (76,3%) em Lobata.

A nível dos indicadores mais equitativos, encontra-se: a taxa líquida de escolarização primária, os materiais de construção dos muros do domicílio (e de um ponto de vista negativo, a maternidade precoce e o desemprego). As grandes disparidades entre os subdistritos apresentam-se a nível do rendimento per capita, o acesso à água e ao saneamento, e dos partos assistidos.

A PROTEÇÃO SOCIAL

De acordo com o UNICEF (2012), a proteção social é “um conjunto de políticas e programas públicos e privados destinados a prevenir, a reduzir e a eliminar as vulnerabilidades económicas e sociais em frente da pobreza e as privações”. A abordagem “sensível às crianças” implica a necessidade de integrar uma perspectiva de ciclo de vida na definição das políticas de proteção. A lei de proteção social (7/2004) concebe uma divisão em três níveis de atenção: Proteção social para os cidadãos (regime não contributivo), obrigatório (trabalhadores assalariados e trabalhadores independentes), e complementar (pensões privadas não obrigatórias). A análise da intervenção pública em matéria de proteção social não contributiva para as crianças em São Tomé e Príncipe reflete um leque de iniciativas relevantes, mas com lacunas

no que diz respeito à cobertura (Selvester, 2011) e sem articulação (com exceção do Programa dos 1000 primeiros dias mais críticos). Esta abordagem de programas bastante dispersados não consegue criar uma base de proteção mínima para as crianças.

O UNICEF (2012) promove activamente o desenvolvimento de sistemas integrados de proteção social para a infância, com uma abordagem universal, inclusiva e contextual (específicos para cada país), e é favorável às intervenções não condicionadas ainda que as decisões finais sobre a pertinência ou não da condicionalidade devem fazer-se à nível de cada país. A direção da proteção social do Ministerio de Empleo e Assuntos Sociais (MEAS), o Comité de Protecção Social (PS)¹, com o apoio do UNICEF e do Banco Mundial desenvolveram uma política e uma estratégia nacional de proteção social, que foi aprovada pelo poder executivo em setembro de 2015. O desenvolvimento desta política é alinhado com o eixo 3 “Criação de oportunidades de aumento e diversificação dos rendimentos” da 2ª Estratégia de luta contra a pobreza (2012-2016).

A elaboração da estratégia de proteção social vai desenvolver instrumentos fundamentais para a gestão multisetorial. A Direção de Protecção Social trabalha neste momento no desenvolvimento de um sistema de informação que vai incluir um registo único dos beneficiários, um sistema de acompanhamento e de avaliação e um sistema de queixas, (que é fundamental para evitar os problemas de irregularidades nos pagamentos que são muito correntes nos programas de transferências monetárias). Ao nível programático, a nova política apontará para o aumento dos benefícios das transferências monetárias e o desenvolvimento de um fundo de trabalhos públicos e cívicos. O desenvolvimento das capacidades do pessoal técnico da direção é outro eixo de trabalho importante. De mais, tal terá um efeito positivo na elaboração da política de proteção das crianças, que a direção deve igualmente coordenar.

¹ Comité intersectorial ad hoc criado para supervisionar o processo de elaboração da política de PS

2. O direito das crianças à sobrevivência e ao desenvolvimento, de gozar do melhor estado de saúde possível e de beneficiar de serviços de saúde

Síntese dos factos		
Redução substancial desde 1995 da mortalidade materna (de 189,3 à 78,4 por cem mil*), infantil (de 86 à 32 por cem mil) e infantojuvenil (de 138 à 43 por mil)	A mortalidade neonatal parece estagnar desde 2009 a 18/1000 nados-vivos	A mortalidade no primeiro mês de vida representa 41,8% do conjunto dos casos de mortalidade da pequena infância em 2014
A taxa de parto assistido é inferior à 60% em Santana, Almas e Ribeira Afonso ² .	A desnutrição crónica reduziu a 41% desde 2009. 17% das crianças são desnutridas, das quais 25,5% no quintil mais pobre	No quintil mais rico, 93,6% das pessoas têm acesso às instalações melhoradas de saneamento, contra 11,7% no quintil mais pobre

*Desde 2000

Fontes (INE, 2009 e 2016), *Direção dos Cuidados de Saúde e IV RGPH (INE, 2012)*

Os sucessos evidentes de São Tomé e Príncipe na redução da mortalidade materna e na pequena infância desde 1995 ainda não conseguiram apagar as disparidades em função do rendimento (a taxa de mortalidade infantojuvenil entre os 60% da população mais pobre é de 50/1000, enquanto nos 40% mais rico é de 30/1000). A região Noroeste é a que tem as taxas de mortalidade das crianças mais elevadas (29/1000 neonatal, 42/1000 infantil e 56/1000 infantojuvenil). A nível da mortalidade neonatal, postos à parte a idade da mãe, nascimentos demasiado pouco espaçados (2 anos) ou numerosos (4 ou mais) são igualmente determinantes importantes de mortalidade. O desafio principal na realização do direito das crianças à sobrevivência é a redução da mortalidade das crianças no primeiro mês de vida, que representa 41,9% dos casos de mortalidade do conjunto da pequena infância. Pode ser reduzida garantindo um pacote universal de cuidados às mulheres grávidas e crianças durante o período pré-natal, o parto e o período pós-natal. Em São Tomé, a cobertura dos cuidados pré-natais é muito elevada, excepto a nível da Região Sudeste. O IV RGPH (INE, 2012) revela disparidades importantes a nível da atenção qualificada: a taxa de parto assistido é inferior à 60% em Santana, Almas e Ribeira Afonso³.

Os principais desafios para a redução da mortalidade neonatal em São Tomé são as disparidades no acesso aos cuidados pré-natais e os partos no centro de saúde, e a qualidade da atenção. A disponibilidade dos medicamentos e dos equipamentos essenciais nas maternidades é igualmente um aspeto importante dos cuidados que não é sempre

garantido. Existe igualmente certas dificuldades na elaboração das políticas nacionais de saúde reprodutiva (por exemplo, o pessoal da maternidade do hospital afirma que as mães permanecem apenas 24 horas, enquanto devem permanecer 72 horas). Os recursos humanos qualificados são distribuídos desigualmente. Existem igualmente bloqueios e preconceitos. Por exemplo, muitas das mães de família pensam que certos profissionais enfermeiros na maternidade do hospital Dr. Ayres de Menezes são negligentes.

A nível da imunização, a cobertura vacinal em São Tomé e Príncipe é superior à 90% para todos os antígenos do Programa alargado de vacinação recomendados pela OMS e pelo UNICEF (com a única excepção do Tetanus Toxoid). Em relação ao paludismo, os sucessos do Programa nacional contra o paludismo na elaboração do Plano Nacional para fazer recuar o paludismo fizeram baixar a prevalência do paludismo entre 2006 e 2013 (de 200 casos à 50). Graças à testagem das mulheres grávidas e a provisão de antirretrovirais a nível do VIH/SIDA, não há casos de transmissão vertical desde 2011. De acordo com o Programa Nacional de luta contra o VIH/SIDA (2015) a taxa de contaminação nas mulheres grávidas reduz-se continuamente desde 2005. Em 2014, a taxa era de 0% (INE, 2016).

Durante as entrevistas, a maior parte dos gestores dos programas verticais (e o UNICEF) mencionou uma preocupação comum: a continuidade do financiamento num contexto de redução progressiva do financiamento externo.

² As fontes são o MICS 5 (INE, 2016) e o IV RGPH (2012)

³ As fontes são o MICS 5 (INE, 2016) e o IV RGPH (2012)

NUTRIÇÃO

São Tomé e Príncipe fez progressos importantes no período 2009-2014 a nível dos três indicadores de desnutrição clássicos. Assim, a proporção de crianças com insuficiência ponderal (debaixo de -2 desvio tipo) reduziu-se de mais de 33%, a desnutrição crónica de 41% e a desnutrição aguda de 62% (INE, 2009 e 2014). 17% das crianças de menos de cinco anos estão desnutridas, e 25,5% das crianças vêm do quintil mais pobre. As regiões com as taxas de desnutrição crónica mais elevadas são o Noroeste (20%) e o Sudeste (23,3%). As crianças de 18 a 35 meses são mais atingidas (mais de 24%). Não há crianças desnutridas nos agregados em que as mães têm um nível de escolaridade superior (INE, 2016).

As causas diretas da desnutrição são um contributo alimentar inadequado e as doenças. 84% dos produtos alimentares são comprados, o que pode implicar barreiras de acesso para a camada mais pobre da população. O regime alimentar médio do país tem um contributo energético similar à média da região, mas com uma composição fraca em proteínas. A taxa de crianças aleitadas exclusivamente tem aumentado rapidamente, 73,8% das crianças de 0 a 5 meses é aleitada exclusivamente, em relação a 51% em 2009. Contudo, no quintil mais rico há ainda 6,8% de crianças desnutridas, o que poderia indicar

que uma parte do problema da desnutrição não está ligada à possibilidade de acesso ao alimento, mas a outros fatores como o regime alimentar. Menos da metade (46,8%) das crianças de 6 a 23 meses recebem uma diversidade alimentar mínima e 58,2% uma frequência mínima de alimentação (INE, 2016).

No país, há várias iniciativas programáticas importantes: O Programa de saúde reprodutiva oferece micronutrientes às mães e crianças e dá conselhos sobre as práticas de aleitamento, etc. O PNASE (Programa Nacional de Alimentação e Saúde Escolar) é responsável do abastecimento das refeições escolares e a formação de sensibilização da comunidade educativa. A PNA (Política de Nutrição e de Alimentação) recentemente aprovada é um instrumento essencial na luta contra a desnutrição porque implica de passar de uma abordagem de programas e de projetos isolados à uma abordagem integral. Esta política visa atingir maior durabilidade e coordenação intersectorial. É também um passo estratégico para atrair o apoio dos diferentes doadores. A política confronta-se com alguns obstáculos: a dependência da ajuda externa, a falta de prioridade política, as dificuldades para a coordenação interinstitucional, e as fraquezas institucionais e financeiras a nível dos distritos.

A ÁGUA E O SANEAMENTO

A falta de acesso à água potável, e em especial ao saneamento, é uma das problemáticas que se faz muito sentir junto da população. A medida da pobreza multidimensional revelou que a falta de saneamento é uma das duas privações principais das crianças em São Tomé e Príncipe. A falta de água e de saneamento é uma causa subjacente das doenças diarreicas, que é a segunda causa de mortalidade das crianças de 0 a 5 anos.

93,9% da população santomense tem acesso a fontes de água melhoradas, mas isto não quer dizer que seja potável: de acordo com os responsáveis da Direção-geral dos Recursos Naturais e Energia (DRNE), a maioria da água é contaminada por coliformes fecais. Mais da metade dos agregados (52,9%) aprovizionam-se nas fontes públicas. 22,9% da população vive em agregados que investem mais de meia hora do seu tempo para obter a água (INE, 2016).

Em matéria de saneamento, o acesso às instalações melhoradas mostra disparidades graves em função do rendimento. No quintil mais rico, 93,6% das pessoas têm acesso às instalações melhoradas, contra 11,7% no quintil mais pobre (INE, 2016). A nível das regiões, no subdistrito de Micoló, 93,5% dos agregados não têm instalações de saneamento. Na região do Sudeste, os subdistritos de Ribeira-Afonso (78,5%) e de Santana (77,2%), apresentam as lacunas mais significativas (INE, 2012).

A Empresa de Água e Eletricidade (EMAE) gere 16 sistemas de água que cobrem cerca de 100.000 pessoas. Apenas 8 têm um sistema de tratamento de água. Existe também vários pequenos sistemas rurais construídos na época colonial que se degradaram fortemente. A manutenção destes sistemas rurais cabe à administração dos distritos que frequentemente não têm fundos. A EMAE apresenta lacunas de capacidades técnicas e financeiras que

constituem um obstáculo à gestão e manutenção adequadas das infraestruturas. As principais causas da má qualidade da água são (além dos sistemas inadequados) a falta de apoio do Governo por falta de recursos, de investimentos insuficientes, o vandalismo e a falta de sensibilização. Há também problemas de escassez (as fontes públicas funcionam às vezes apenas durante algumas horas por dia), devido às insuficiências do sistema de alimentação e a falta de manutenção.

No plano do saneamento, a situação é ainda mais difícil. As competências políticas não são claras: os textos legais sobre a DRNE não definem as suas atribuições na matéria. A Direção dos Cuidados de Saúde é responsável pela promoção do saneamento básico, mas não dispõe de recursos e deve contar com a cooperação internacional. A nível dos distritos, as responsabilidades das câmaras municipais não estão claramente definidas ao nível legal pelo que dirigem a sua atenção à fiscalização (e em certos casos à planificação) das actividades das ONGs.

No setor da água e do saneamento, observa-se uma delegação implícita dos trabalhos de instalação e de melhoria (em especial do saneamento, latrinas, casas de banho públicas...) à cooperação internacional, o que obstrui qualquer trabalho sistemático, coordenado e sustentável, principalmente nas zonas rurais. Uma das principais fraquezas do setor é que ainda não há uma política nacional de água e saneamento. Consequentemente, não há definições claras dos poderes e competências dos atores implicados. Além disso, as instituições nacionais implicadas (Direção dos Recursos Naturais e Energia, Direção dos Cuidados de Saúde) apresentam fraquezas importantes em termos de dotação de recursos: faltam de quadros que têm especializações técnicas no domínio e de financiamento.

3. Direito à educação primária gratuita e universal. Obrigação dos Estados a promover o acesso universal à educação secundária e superior

Síntese dos factos		
Taxa líquida de escolarização pré-escolar: 36,4%	53,7% das crianças que concluem a escola primária entram no primeiro ciclo do secundário.	91,6% das crianças que começam o ciclo primário chega a 6 classe (taxa de sobrevivência).
Taxa líquida de escolarização primária: 94,1%		
Taxa líquida de escolarização secundária: 60,4%		
Em 2012, 26 464 crianças de 5 a 17 anos (ou seja 45,3%) estavam em situação de exclusão escolar real (não escolarizados) ou potencial (2 anos ou mais de atraso).	44,9% das crianças de idade pré-escolar não são escolarizadas, assim como 5% dos 6 a 11 anos, e 10,4% dos 12 a 17 anos.	O índice de paridade de género é igual à 1 no ensino primário, contra 1,18 no ensino secundário.

Fontes: MICS 5 (INE, 2016), e IV RGPH (INE, 2012)

A taxa líquida de escolarização nos três níveis de escolaridade (pré-escolar, primário e secundário) mostra um aumento contínuo de 2000 a 2015. Apesar dos progressos, em 2014, apenas uma em cada três crianças (36,4%) em idade pré-escolar e duas em cada três crianças (60,4%) em idade de integrar o ciclo do secundário frequentavam estes níveis (INE, 2016). A paridade de género reduz-se na idade de 16 a 17 anos, principalmente devido às limitações da oferta formativa pública que obriga os estudantes a se deslocarem longe da sua família. Este contexto afeta mais negativamente as raparigas (UNICEF e Instituto do Género, 2009), bem como as gravidezes precoces no Príncipe (INE, 2010).

A influência da situação económica das famílias sobre os indicadores educativos apresenta em geral uma evolução positiva no tempo. Apesar disto, em 2015 as disparidades devido ao rendimento são claramente visíveis a nível da escolarização pré-escolar e secundária, níveis escolares que o Estado ainda não conseguiu universalizar. Para além das dificuldades do acesso físico, estes dois níveis implicam despesas mais elevadas que o primário. O pré-escolar é mesmo mais dispendioso que o secundário (MECC e Pólo de Dacar, 2012) e assiste-se desde 2006 um aumento das disparidades (INE, 2006 e 2015).

A nível da exclusão educativa (as crianças não escolarizadas, “out of school”), três grandes segmentos de escolarização (Kitt, 2011) surgem no caso de São Tomé e Príncipe:

- O primeiro segmento, “de escolarização iminente” (ou em espera), é ligado ao processo de incorporação do sistema educativo: para as crianças de 5 a 7 anos, a exclusão é superior à 20% na maior parte dos distritos. No subdistrito de Micoló a exclusão atinge quase a metade das crianças (43%).
- O segundo segmento é “o nível máximo de escolarização”: para as crianças de 8 a 11 anos, o sistema educativo tem êxito a incorporar a maior parte das crianças. A exclusão escolar concentra-se sobretudo em quatro subdistritos de Caué e Cantagalo e num subdistrito de Lembá.
- O terceiro segmento, de “descolarização”: o processo de abandono escolar como tal. Começa na idade de 12 anos e aumenta gradualmente até à idade de 17 anos, onde 40% das crianças são excluídas do sistema escolar.

As crianças com necessidades específicas, em especial as que têm dificuldades motoras ou auditivas, são muito vulneráveis à exclusão (71,4% das crianças que têm dificuldades motoras severas não são escolarizadas em período de escolarização máxima). As raparigas grávidas e as jovens mães abandonaram a sua escolaridade em 87,5% dos casos (INE, 2012), consequência da discriminação à que devem fazer face. Desde 2006, o regulamento disciplinar para o 2º ciclo do ensino básico, secundário e profissional (art. 36º) proíbe a presença, de dia, das raparigas grávidas de mais de três meses.

Desenvolvimento da pequena infância: 54,5% das pequenas crianças santomenses estão na boa via de desenvolvimento (INE, 2016). A maior parte está na boa via a nível do desenvolvimento físico (94%), sócio emocional (62,4%), e as capacidades de aprendizagem (79,1%), mas há lacunas a nível das capacidades de leitura e de cálculo matemático (16,5%) (INE, 2016). A nível dos indicadores de cuidados e estimulação às pequenas crianças (educação pré-escolar, atividades domésticas de apoio à aprendizagem, coabitação com os pais, guarda adequada, disponibilidade de livros e de brinquedos), São Tomé e Príncipe obtém com o Gana os melhores resultados. No entanto, a assistência no pré-escolar, a coabitação com os pais e as atividades de estimulação e acompanhamento à aprendizagem realizadas com os pais, são os pontos negativos destes indicadores.

O desafio principal é o acesso insuficiente à uma educação de qualidade nos níveis pré-escolares e secundários bem como as crianças não escolarizadas a nível do primário. As causas diretas são os custos da educação pré-escolar e secundária, a retenção e o atraso (ter atingido o limite de idade de 14 anos no nível primário e reprovar mais duas vezes em secundário), as gravidezes e maternidade precoces, e os custos de oportunidade do trabalho das crianças (INE, 2010). As barreiras relativas ao acesso físico para as crianças que têm dificuldades motoras e outras limitações da educação inclusiva.

As causas subjacentes são a entrada tardia no primário (em 2012, apenas 48% das crianças de 6 anos frequentavam a primeira classe), combinada com a existência de limites de idade ao nível primário (14 anos). A existência de limites ao número de repetências no nível secundário é igualmente uma barreira de acesso à educação num sistema que

sobre explora a repetência como instrumento pedagógico. De acordo com o MECC e Pólo de Dacar (2012), São Tomé é o oitavo país da África com a taxa de repetência mais elevada. O sistema confronta-se igualmente com dificuldades a nível da qualidade do ensino, influenciada pela insuficiência em recursos humanos qualificados e de salas de classe nos níveis pré-escolar e secundário (mais particularmente para o 2º ciclo), e as abordagens rígidas do processo de ensino e de avaliação. O sistema tem igualmente a falta de sistemas de recuperação das crianças que abandonam a escola.

As causas estruturais são a aplicação insuficiente das políticas relativas à idade de entrada (com 6 anos para o primário). De facto, a lei sobre os fundamentos do sistema educativo (2/2003) não está já adaptada às novas idades teóricas de entrada no primário: a idade na qual a entrada na escola deveria ser autorizada e a idade na qual deveria ser obrigatória, mas a reforma está em curso. A nível do MECC, os mecanismos de gestão dos recursos humanos estão em desenvolvimento. A distribuição pouco equitativa dos recursos públicos resultante do subfinanciamento de uma parte dos níveis pré-escolar, primário e secundário constitui uma importante dificuldade estrutural. O estatuto antes precário e a insuficiência dos salários dos professores são também dois outros fatores que afetam negativamente a qualidade do ensino. Por último, a insuficiência de mecanismos de proteção social para apoiar a escolaridade das crianças das famílias numerosas é também outro fator negativo. O país dispõe de uma estratégia de educação inclusiva (2010) mas as suas limitações em recursos retardaram a sua implementação.

4. O direito à proteção

Síntese dos factos		
Em 2014, 95,2% das crianças de menos de um ano são registadas no Registo Civil (MICS, 2014), 12,5% das crianças procedentes de famílias mais pobres ainda não exerceram o seu direito de ser registadas.	26% das crianças trabalham 16% das quais em condições perigosas	43,2% das crianças de Príncipe trabalham em condições perigosas (INE, 2016).
Em 79,6% dos casos os adultos utilizam a violência psicológica ou física como método disciplinar. Em 10% dos casos, utilizam a punição física severa (INE, 2016).	1 em cada 3 raparigas de 15 a 19 anos do quintil mais pobre (39,6%) está em união ou casada.	Em 18,5% dos agregados, os adultos conhecem um caso de abuso sexual. 97,2% das vítimas de violência sexual são raparigas

Fontes: MICS 5 (INE, 2016), e IV RGPH (INE, 2012)

O registo dos nascimentos pode ser considerado como um outro sucesso das políticas sociais santomenses, com certas reservas: 12,5% das crianças procedentes das famílias mais pobres ainda não exerceram o seu direito de ser registados. Os dados do IV RGPH (INE, 2012) confirmam uma correlação positiva entre os partos assistidos e o registo dos nascimentos. A política de coordenação desde 2010 entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde (com o apoio do UNICEF e do FNUAP) para introduzir serviços de registo nas maternidades do país, bem como a gratuidade e a possibilidade de registar a criança sem a presença do pai⁴ revelaram-se muito eficazes.

O trabalho infantil é uma vulneração dos direitos, generalizada em São Tomé e Príncipe. 26% das crianças trabalham (e excedem os limites horários definidos pelo UNICEF), das quais 16% em condições perigosas (INE, 2016). 40% das crianças realizam pequenas atividades económicas, e 80% participam em tarefas domésticas (INE, 2016). O determinante mais importante é a região de residência: na Região Autónoma do Príncipe, 48,3% das crianças trabalham, contra 21,3% na região Centro-Este (INE, 2016).

As causas diretas do trabalho das crianças são a necessidade económica da mão-de-obra infantil e a aceitação social do trabalho das crianças. Como causas subjacentes, temos a desestruturação familiar porque, apenas 46,2% das crianças habitam com os seus dois pais e é provável que as famílias monoparentais peçam mais mão-de-obra às crianças. A dificuldade é articular a ação multissetorial devido à multiplicidade dos atores que trabalham no domínio

da proteção da criança e a necessidade de uma resposta institucional integrada no domínio social, jurídico, educativo, etc. Falta até agora um órgão que assuma eficazmente as tarefas de coordenação em certos domínios importantes como o trabalho das crianças. A ação pública, outra causa estrutural, está ainda numa fase muito precoce. O País elaborou uma lista das piores formas de trabalho proibidas às crianças e um Plano de ação contra o trabalho infantil em 2013, mas este ainda não foi aprovado pelo poder executivo.

A violência doméstica contra as crianças é uma violação dos seus direitos de proteção contra qualquer forma de violência (artigo 19º da CDC) que provem precisamente da base de proteção mais fundamental da criança. Em São Tomé e Príncipe, apenas 9,7% dos agregados têm recurso a métodos disciplinares não violentos (INE, 2016). Em 79,6% dos casos, utilizam a violência psicológica (gritar ou insultar) ou física. Em 10% dos casos, escolhem métodos de punição física severos (INE, 2016). A pequena infância (3 a 4 anos) é mais vulnerável à violência física (75,4% das crianças). A punição física severa é mais frequente nas crianças de 5 à 9 anos. Quase nenhuma criança, que habita numa família cujo chefe possui um nível de ensino superior, é punida de maneira severa (0,9%).

A violência intrafamiliar é um método disciplinar, mas também uma forma de comportamento socialmente aceite e transmitida de geração em geração. A violência de género é considerada como uma das causas diretas da violência contra as crianças (Galeano, 2015).

⁴ Em São Tomé e Príncipe, as entrevistas e os grupos de discussão referiam que muitos pais põem em dúvida a sua paternidade enquanto não verem os traços físicos da criança.

As uniões das crianças: São Tomé e Príncipe não fugiu à esta problemática: o perfil das disparidades revela que a união precoce ou casamento refere-se principalmente às raparigas nascidas nas famílias mais pobres do país (39,6%) e cuja mãe da família não pôde estudar ou tem apenas um nível escolar primário (44,2%) (INE, 2016). As discussões de grupo com as mães de família e adolescentes (em Malanza) revelaram que a interrupção do percurso escolar (por falta de acesso ao segundo ciclo do secundário) é um forte catalisador das uniões precoces.

O Estado santomense ainda não desenvolveu políticas contra o casamento ou as uniões das crianças. A Política Nacional de proteção das crianças (2015) não integra intervenções a esse respeito. No entanto, a expansão da rede secundária e a elaboração da Política de proteção social (2013) vai certamente ter efeitos positivos sobre estes fenómenos ancorados na pobreza e na falta de oportunidades. Do mesmo modo, a lei da família nº2/77 proíbe o casamento das crianças mas autoriza, como exceção, o dos rapazes de mais de 16 anos e o das raparigas de mais de 14 anos quando há consentimento dos pais (artigo 3). A lei nº2/77 está sendo reformada para limitar estas exceções (Mondlane, 2015).

As gravidezes precoces: De acordo com o inquérito MICS 5 (INE, 2016), a vulnerabilidade socioeconómica das raparigas tem uma influência considerável sobre a sua exposição ao risco de tornarem-se mães precocemente. De acordo com IV RGPH, havia em 2012 em São Tomé e Príncipe 502 raparigas de menos de 18 anos (de 12 a 17 anos) que tiveram pelo menos uma vez crianças vivas. Em São Tomé e Príncipe (assim como ao nível internacional) a maior parte dos casos de gravidezes precoces são ligados à situações de “concubinagem” ou de uniões precoces com parceiros mais velhos (INE, 2016), 85,7% das raparigas mães de 12 à 17 anos abandonaram a escola. Em 2012, as gravidezes eram a primeira causa de abandono escolar a nível do liceu da capital (ANGOP, 2012).

De acordo com o MICS 5 (INE, 2016), o uso de métodos de contraceção entre adolescentes é mais limitado (30% em 2014) que no total das mulheres casadas ou em união de 15 a 49 anos (40,6%).

A luta contra as gravidezes precoces, em São Tomé e Príncipe, ainda não é abordada de maneira eficaz pelo Estado. Os programas contra as gravidezes precoces abordaram unicamente a dimensão da

sensibilização e do acesso aos meios de contraceção. É necessário abordar as normas sociais e a falta de oportunidades nos meios vulneráveis (no plano socioeconómico) que incitam as mães de família a considerar que o casamento e as uniões precoces, que são formas de abuso contra as crianças, são boas opções para as suas filhas.

A implementação da Política de Proteção das Crianças (que ainda não foi aprovada pelo poder executivo) oferece um grande espaço à promoção da mudança das normas sociais, especialmente o seu primeiro eixo estratégico tendente a promover mudanças na conceptualização da infância. A extensão da rede de educação secundária e da proteção social vai provavelmente ter efeitos positivos sobre o fenómeno.

Os abusos sexuais contra as crianças: Segundo as estatísticas do Ministério Público, os crimes sexuais contra as crianças são a forma de criminalidade mais importante do país após os crimes contra a propriedade (Galeano, 2014). O estudo sobre os abusos sexuais contra as crianças, realizado pelo MEAS e UNICEF, em 2010, revela que 18,5% dos agregados conhecem pelo menos um caso de abusos sexuais. Os principais autores dos abusos são vizinhos (ou pessoas externas ao lar, 63%).

Em relação à resposta institucional às violências sexuais contra as crianças, o novo Código Penal (lei nº6/2012) reforça o quadro penal contra os abusos sexuais, introduzindo novos tipos penais e alargando a tipologia dos delitos sexuais contra as crianças e os adolescentes. Contudo, em 2010 quase metade dos casos não eram denunciados, e esta realidade requer a aplicação de medidas de sensibilização e de serviços de atenção e jurídicos de proximidade.

Jones e Trotman (2009), no seu estudo sobre os abusos sexuais contra as crianças nas Caraíbas, realizado para o UNICEF, forjaram o termo de “abuso sexual transacional” para descrever as situações de abusos sexuais em que existe uma troca de relações íntimas contra bens, favores ou dinheiro.

Amplitude e características do problema em São Tomé e Príncipe:

Na ausência de dados quantitativos e estudos específicos, é difícil delimitar a amplitude exata deste fenómeno. As percepções das pessoas interrogadas descrevem um problema social sério com os traços seguintes:

- A existência deste tipo de abuso é reconhecida plenamente, sob forma do fenómeno de “catorzinhas”, “papoite”⁵.
- Problema crescente nos estabelecimentos do secundário da cidade de São Tomé (Liceu nacional, Instituto Diocesano de Formação João Paulo II - IDF)
- Cometidos por adultos externos aos estabelecimentos escolares, mas igualmente do interior, em troca de melhores resultados escolares.
- Poderia ser vinculado à problemática das gravidezes precoces entre os alunos do secundário.
- Este tipo de abuso não levanta sentimentos específicos de indignação coletiva, contrariamente aos outros, como a violação. Em São Tomé e Príncipe, a percepção do verdadeiro abuso sexual parece limitar-se à violação (UNICEF, 2010).

As disposições do capítulo V do novo Código Penal (lei nº6/2012), sobre os crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual, são válidos para a sanção penal dos adultos que abusam das crianças nas circunstâncias seguintes:

- Relações sexuais com crianças de menos de 14 anos (art.175º).
- Relações sexuais com crianças de 14 a 16 anos (art. 177º)
- Relações sexuais com crianças de 14 a 18 anos por adultos cuja educação ou assistência foi-lhes confiadas (art. 176º, a) e b))

Para poder aplicar a lei penal de maneira efetiva, é necessário desenvolver a cultura da denúncia e tornar os processos judiciais mais céleres, simples e

adaptados à sensibilidade específica das crianças “child friendly”.

A política de proteção das crianças (ainda não aprovada pelo poder executivo) visa a prevenir e reduzir todas as manifestações de violência para com as crianças desenvolvendo nomeadamente uma ação intersectorial em matéria de proteção da criança para criar “um sistema nacional de proteção da criança”. O desenvolvimento dos três pilares do sistema: a) a prevenção da violência com a melhoria da posição das crianças na sociedade, o reforço das capacidades de proteção das famílias e autoproteção das crianças, e a prevenção da violência nos meios escolares; b) melhorar a atenção às vítimas; e c) o reforço da proteção judicial das crianças, contribuirá fortemente para a redução da vulnerabilidade das raparigas aos abusos sexuais.

As crianças em situação de rua: Na cidade de São Tomé, há cerca de trinta crianças que passam a maior parte do seu dia na rua sem supervisão parental, mas que em geral, mantêm a relação com a sua família e regressam dormir em suas casas, por conseguinte a qualificação julgada mais adequada é “crianças em situação de rua” e não “crianças da rua” (Bandeira, 2010). Estas crianças são muito vulneráveis à desnutrição, ao abandono escolar, ao uso de drogas e aos abusos. Várias instituições da sociedade civil ocupam-se das crianças em situação de rua ou risco, em regime de internato ou externato (Fundação Novo Futuro, Associação de Reinserção das Crianças Abandonadas em Situações de Risco ARCAR, congregações religiosas, etc.). O Ministério da Justiça e Direitos Humanos, em colaboração com a ONG portuguesa Meninos do Mundo, acabam de desenvolver um pacote de propostas de leis para a proteção da criança e do adolescente em situação de risco. O objectivo é desenvolver um regulamento específico para o acolhimento destas crianças, e lançar as bases para garantir responsabilização pela administração pública fornecimentos de serviços adequados às crianças em situação de risco.

⁵ Nos países da África Lusófona, chama-se «catorzinhas» (tradução literal: raparigas de catorze anos) as raparigas que são vítimas de abusos sexuais transacionais. O termo “papoite” faz alusão aos homens adultos que cometem os abusos.

5. Participação e informação

Síntese dos fatos

A televisão é o meio de comunicação que atinge a maioria da população (85,3% das mulheres e 90,2% dos homens), seguida de perto pela rádio.

Nenhuma das pessoas sem nenhum nível de de instrução utiliza Internet, contra 89,3% das pessoas com um nível de escolaridade superior

A fratura numérica de genero para o uso de Internet é de 28,7% (43% em África Ocidental e Central)

Fontes: MICS 5 (INE, 2016)

A participação na escola: a lei nº2/2003 de Base do Sistema Educativo reconhece a importância da participação das crianças na gestão das escolas e na definição das políticas educativas, e reconhece que o sistema tem um papel importante no desenvolvimento do espírito democrático dos alunos (art.º 3º - Princípios de organização). A avaliação do modelo das Escolas Amigas das Crianças (UNICEF, 2013) revelou que mesmo neste modelo, a participação das crianças não era nem clara nem corretamente controlada, o que indica que a situação nas escolas do País não é ideal.

A participação na comunidade: as ONG têm um papel importante no desenvolvimento social das crianças. A Fundação da Criança, a Fundação Novo Futuro, a Cruz Vermelha, a Alisei, organizam atividades formativas ou de lazer, cursos de férias, competições desportivas, etc. Os espaços públicos de divertimento, de lazer ou desportivos em geral se limitam à capital do país.

O DIREITO À INFORMAÇÃO

O acesso à informação é uma preocupação crescente da sociedade civil santomense, que concebe a informação como um instrumento fundamental para o controlo da ação do poder executivo. Em São Tomé e Príncipe a liberdade de imprensa é um direito constitucional e o Estado garante o financiamento da televisão nacional (TVS), da agência de imprensa nacional (STP Press), da rádio nacional (bem como da rádio regional da Região Autónoma de Príncipe) e de dois jornais da imprensa escrita. Existem várias rádios comunitárias no país, nomeadamente em Neves, Porto Alegre e Lembá, e iniciativas similares noutros subdistritos como Guadalupe em Lobata (da Costa, 2015). De acordo com o inquérito MICS 5 (INE, 2012), a televisão é o meio de comunicação que atinge a maioria da população (85,3% das mulheres e 90,2% dos homens), seguida de perto da rádio. O acesso à informação demonstra disparidades de género substanciais: é o que se chama de “fratura numérica” do género. O acesso aos meios de comunicação social alarga-se: a população dos 15 a 19 anos acede mais à Internet (25,4%) do que a de 20 a 24 anos (22,7%). O acesso das crianças à Internet ainda é limitado: apenas uma em cada quatro criança utilizou Internet na semana que precedeu o inquérito MICS 5. As disparidades no acesso à Internet em função do nível educativo e do nível de riqueza são consideráveis (Nenhuma das pessoas sem nenhum nível de instrução utilizou Internet, contra 89,3% das pessoas com um nível superior, e 6,2% dos mais pobres contra 47,7% dos mais ricos) o que revela a falta de políticas efetivas de promoção do acesso às novas tecnologias.

6. Recomendações

As vulnerabilidades socioeconómicas das crianças devem ser abordadas numa ótica multissetorial. Em São Tomé e Príncipe, falta uma política para a atenção integral à infância com uma perspetiva de atenção articulada em torno das vulnerabilidades e podendo conduzir à implementação de bases mínimas de bem-estar garantidas a todas às crianças.

Os dados estatísticos demonstram que em São Tomé e Príncipe as políticas sociais aplicadas numa ótica universal (não focalizadas) e de supressão das despesas de utilização são mais eficazes para aumentar a utilização dos serviços, mas também para reduzir as disparidades de género e socioeconómicas (em função do nível de riqueza, da escolaridade do chefe da família, etc.). De 2006 à 2012, as disparidades em função do rendimento agravaram-se a nível do acesso à educação pré-escolar e à água potável, da desnutrição crónica e das uniões precoces, dos domínios onde a ação pública é embrionária ou pouco eficaz.

É fortemente recomendado de impulsionar um processo de reflexão em torno da necessidade de progredir no desenvolvimento institucional em matéria de infância. É urgente e incontornável criar um instituto ou uma direção especializada em políticas públicas para a infância, tendo o mandato de coordenar a produção de políticas sociais específicas para as crianças, de analisar os impactos sobre as crianças das políticas sociais, económicas e fiscais, fazer o acompanhamento dos orçamentos públicos, assegurar a integração da abordagem de ciclo de vida nas políticas sociais e aumentar os desafios existentes no âmbito de políticas, legislação e orçamentos.

É fortemente recomendado que o Governo e o Parlamento trabalhem com UNICEF e as outras organizações implicadas na defesa dos direitos das crianças para a assinatura e ratificação dos três protocolos facultativos da Convenção relativa aos direitos da criança:

- O protocolo relativo à venda de crianças, a prostituição infantil e a utilização das crianças para a pornografia (25 de maio de 2000),
- O protocolo relativo à participação das crianças em conflitos armados (25 de maio de 2000),
- O protocolo relativo ao procedimento de comunicações (14 de abril de 2014).

A eficácia das políticas sociais na redução da pobreza tem de ser coerente com as políticas económicas e fiscais. É necessário garantir que as fontes de financiamento do Estado estejam em concordância com os objetivos de redução da pobreza. As previsões do governo de introduzir uma nova taxa em 2017 (taxa sobre o valor acrescentado) suscitam algumas perguntas em relação aos possíveis efeitos regressivos sobre a população pobre e sobre as crianças. É fortemente recomendado que as considerações sobre a introdução de novos impostos indiretos façam objeto de uma análise rigorosa dos seus potenciais efeitos regressivos sobre a população pobre e em especial sobre a infância, que é mais atingida pela pobreza.

Em São Tomé e Príncipe, a irresponsabilidade parental é generalizada e culturalmente aceite. As atitudes masculinas de superficialidade nas relações de casal e familiares são o primeiro fator de vulnerabilidade socioeconómica das crianças. É necessário combinar medidas de longo termo para promover a paternidade como sendo uma responsabilidade masculina com medidas legais e para reforçar o pedido de serviços jurídicos de reclamação de pensões. O Ministério da Justiça está trabalhando numa reforma da lei n.º 2/77, Lei da Família que vai reforçar a proteção das mulheres e crianças que se encontram em círculos familiares sem o vínculo do casamento.

Em São Tomé e Príncipe, as mulheres são os primeiros agentes de proteção social e desenvolvimento a nível micro: gerem, sozinhas, os recursos e tomam as decisões sobre as medidas a adoptar no caso de choques económicos (insuficiência de recursos), sociais (violência, abusos) ou sanitários (doença) na família. Existe um contraste muito marcado entre o papel indispensável das mulheres na sociedade santomense e o seu estatuto social. Com efeito, a sua imagem é ainda muito ligada ao contexto doméstico, são vítimas de discriminação no mercado do trabalho, e realizam os trabalhos menos remunerados. É essencial que o trabalho das instâncias de decisão política parta do conhecimento desta realidade de género no país e promova as capacidades e os recursos (financeiros, de capital humano, educativos) das mulheres, e erradique a discriminação das mulheres no mercado do trabalho e no acesso aos postos de responsabilidade no setor público e privado. É igualmente importante reforçar os mecanismos de proteção social orientados para mães chefes de família.

A nível do direito à educação, é recomendado desenvolver políticas ativas para a redução da taxa de repetência e de entrada tardia: isto prosseguirá a uma liberação de recursos que possam ser dedicados à extensão da oferta pré-escolar ou secundária ou à redução das barreiras financeiras. Neste sentido, é sugerido considerar a reintrodução das passagens automáticas na 2ª e 4ª classe do nível primário para reduzir a congestionamento e o atraso. É indispensável redistribuir os subsídios financeiros do setor para uma maior equidade entre os níveis pré-escolares, primários e secundários e o nível superior. É recomendado igualmente trabalhar na melhoria da situação profissional e salarial dos professores. A nível das medidas para a equidade vertical, é necessário autorizar as raparigas grávidas de mais de 3 meses a assistir as aulas de dia, e investir na implementação da Estratégia de Educação Inclusiva.

A nível do direito à sobrevivência, é recomendado reforçar a formação de recursos humanos qualificados nos cuidados da saúde materna e infantil e garantir a distribuição geográfica proporcional à população alvo (aplicação da Política Nacional de Saúde - 2012). Para pôr fim rapidamente aos inconvenientes e outros bloqueios relativos à maternidade do Hospital Dr. Ayres de Menezes, é recomendado desenvolver sistemas de denúncia simples e eficazes bem como protocolos de resposta para pôr fim aos maus tratos ou negligências obstétricas. É necessário continuar a implementar a estratégia de cuidados integrais às crianças até à idade de três anos (Programa dos primeiros 1000 dias mais críticos). O sistema de saúde deve promover o aleitamento na hora que segue o parto, nas maternidades e nas parteiras tradicionais. A nível das medidas de equidade vertical esboçadas no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, é recomendado trabalhar na eliminação das barreiras financeiras de acesso aos medicamentos desenvolvendo um sistema progressivo de recuperação dos custos que inclui isenções para os doentes em situação de pobreza. Poderia existir barreiras financeiras de acesso às análises pré-natais (que podem conduzir a um espaçamento das visitas das mulheres mais pobres), é por conseguinte necessário aprofundar o conhecimento destas práticas e aprofundar a análise começada pela Carta Sanitário (2012) para assegurar a integração dos doentes que vivem nas comunidades afastadas dos serviços.

A nível do direito à água potável e o saneamento, é recomendado promover a discussão nacional em torno da prioridade política que se deve atribuir a este setor, que deveria ser paralela àquela atribuída pelas comunidades e ao seu impacto sobre a pobreza e mortalidade infantil. É necessário apoiar o desenvolvimento do quadro político do setor (em curso) para integrar uma abordagem sensível às crianças na planificação do setor e assegurar definições claras dos poderes e competências dos atores implicados.

A nível do direito à proteção: para reduzir as disparidades em matéria de registo dos nascimentos é recomendado visar os subdistritos com as mais baixas taxas de parto nos centros de saúde através de campanhas periódicas de registo. A recomendação chave no domínio da proteção é a aprovação e a implementação da Política de Proteção da Criança. A etapa de desenvolvimento dos planos operacionais intersectoriais deve integrar intervenções específicas para prevenir as uniões precoces (no eixo estratégico de prevenção), para prevenir e para reduzir o problema do sexo transaccional, em cada um dos três eixos estratégicos (prevenção, cuidados às vítimas e proteção judicial). É igualmente necessário implementar as políticas que o país desenvolveu para a luta contra o trabalho das crianças: aprovação, inscrição orçamental e implementação do Plano Nacional Contra o Trabalho Infantil e integração das dez piores formas de trabalho infantil no Código do Trabalho. Atualização da lei n.º 2/77, Lei da família (em curso) para limitar as exceções à proibição do casamento das crianças. Existe uma lacuna política a nível do combate das gravidezes precoces: é necessário promover a reflexão nacional em torno das causas estruturais das gravidezes precoces e desenvolver uma estratégia específica que identifica a abordagem mais adequada da problemática pelas políticas públicas.

Em relação ao direito à participação e ao acesso à informação, é necessário desenvolver o quadro normativo para promover a participação das crianças no meio escolar, e especialmente lá onde entender a sua voz é mais necessária, e na definição de políticas de resposta aos riscos sociais que ameaçam as crianças. A reforma da lei n.º 2/77 em curso deve integrar claramente o direito das crianças a serem ouvidas nas decisões que lhes dizem respeito: guarda parental, adoção, tutela, etc. É igualmente importante investir no desenvolvimento das rádios comunitárias, nos programas educativos e nos valores democráticos para as crianças.

PERFIS DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIOECONÓMICA

No que respeita as raparigas grávidas e às jovens mães, a maior parte das raparigas nesta situação são raparigas “em união” ou “casadas” (dados do IV RGPH, 2012). O regulamento disciplinar proíbe o seu acesso ao ensino diurno, o que reforça a sua vulnerabilidade socioeconómica e das suas crianças. A maioria das gravidezes precoces é um problema relativo às raparigas pobres e as mães sem educação (INE, 2016). Para a prevenção efetiva das gravidezes precoces, as ações devem articular-se em torno dos eixos estratégicos seguintes: 1) combater as uniões precoces e o sexo transacional; 2) expansão da oferta educativa ao nível do secundário é igualmente importante para oferecer às raparigas alternativas à vida doméstica; e 3) educação e autovalorização das raparigas.

AS RAPARIGAS

No que respeita às crianças com necessidades específicas, de acordo com o recenseamento específico feito pelo MECC e UNICEF (2014), em São Tomé e Príncipe, há 709 crianças de 0 a 11 anos com necessidades específicas de diferente tipo e intensidade. Dado a sua natureza intrinsecamente dependente, é importante garantir-lhes um nível de educação mínimo, para exercer o seu direito, para reduzir no máximo o rácio de dependência da família e para facilitar a sua integração social. É igualmente importante alargar os mecanismos de proteção social existentes orientados para as crianças com necessidades específicas. São Tomé e Príncipe, dispõe de uma estratégia de educação inclusiva desde 2010. A sua implementação é lenta devido às contenções orçamentais e de recursos humanos na direção. É imperativo acelerar os progressos na implementação desta estratégia.

No que respeita às crianças vítimas de violência doméstica, as crianças que são vítimas sofrem de problemas psicológicos ou mesmos físicos, e recomendam ou reproduzem estes abusos na sua vida futura. Têm tendência a isolar-se socialmente e a desenvolver uma fraca autoconsideração. A violência intradoméstica é uma das causas mais importantes do abandono do lar e da integração ao grupo de crianças em situação de rua. A violência intrafamiliar está muito presente em São Tomé e Príncipe. É fundamental desenvolver protocolos de deteção e de resposta nos centros educativos e de saúde. A aprovação e a aplicação da Política de proteção da criança contribuirão certamente para reduzir a violência.

No que respeita às crianças de famílias numerosas, o rácio de dependência nos agregados é um fator de empobrecimento económico, e ainda mais em situações de irresponsabilidade parental. As políticas públicas de saúde reprodutiva e a disponibilização de meios de contraceção desempenham um papel essencial.

1

Introdução, quadro conceptual e metodológico



1.1. Os direitos da criança em São Tomé e Príncipe

Em 14 de Maio de 2016, terão passado vinte e cinco anos que São Tomé e Príncipe ratificou a Convenção relativa aos Direitos da Criança. Até agora o País ratificou so dois tratados internacionais relativos aos Direitos Humanos o que mostra a importância que o país atribuiu ao reconhecimento dos Direitos da Criança.

As políticas públicas devem tomar em conta que as crianças constituem um grupo da população que necessita de intervenções sensíveis às suas características e vulnerabilidades específicas. Efetivamente, as crianças vivem e sofrem da pobreza e das privações de maneira mais profunda que os adultos, porque estão na etapa de desenvolvimento físico, cognitivo e social, e têm necessidade de mais serviços sociais de base que os adultos. As privações educacionais, nutritivas ou de proteção face à violência durante a infância têm consequências irreversíveis. Por seu lado as privações das crianças, têm consequências graves sobre o desenvolvimento socioeconómico do país: os países que quantificaram as consequências da desnutrição das crianças no seu PIB, consideraram-no em torno de 4% (UNICEF, 2012)

As crianças em São Tomé que representam 44,9% da população (INE, 2012), é por conseguinte um setor essencial da população que deve beneficiar de políticas públicas. Desde 1991, o Estado Santomense fez progressos consideráveis na adaptação do quadro legislativo, político e orçamental às disposições da Convenção relativa aos Direitos da Criança: hoje, o nível de bem-estar das crianças santomenses mostra vantagens significativas, comparado ao das crianças da África Ocidental e Central. Contudo, há três circunstâncias que requerem uma análise mais profunda da situação dos direitos da criança em São Tomé.

Em primeiro lugar, num contexto nacional onde a pobreza monetária toca 66,2% da população (INE, 2010), as crianças em São Tomé e Príncipe são as principais vítimas, é por conseguinte importante conhecer quais são as manifestações específicas de pobreza monetária nas crianças. Em segundo lugar, a pobreza e as privações não afetam da mesma maneira todas as crianças, é por conseguinte necessário analisar a persistência e a evolução no tempo das barreiras socioeconómicas que impedem o acesso de certos grupos de crianças aos serviços públicos (o instrumento principal do Estado para realizar as suas obrigações internacionais para com eles). Em terceiro lugar, é importante identificar quais são os domínios prioritários de ação pública e as ações estratégicas que podem ter um maior impacto na aceleração do respeito dos Direitos da Criança.

O País começa uma transição demográfica, o crescimento da população esta a desacelerar (de 2% de crescimento anual no período 2000-2005 contra 1,69% entre 2015 e 2020) (MECC e Pólo de Dacar, 2012). A população em idade produtiva aumenta e o número de dependentes por pessoa (em idade

produtiva) diminui. Para aproveitar das vantagens da transição demográfica do país, é imperativo desenvolver o capital humano. É primordial, do ponto de vista do desenvolvimento social e económico do país, garantir o bem-estar das crianças, o desenvolvimento das suas capacidades e a realização dos seus direitos.

Esta análise da situação dos direitos da criança em São Tomé e Príncipe foi desenvolvida pelo UNICEF e pelo Ministério da Economia e Cooperação Internacional. O estudo foi realizado sob a orientação técnica de um Comité de pilotagem intersectorial composto pelo Ministério da Educação, Cultura e Ciência, Ministério da Saúde, Ministério do Emprego e Assuntos Sociais, Ministério da Presidência do Conselho de Ministros, Instituto Nacional de Estatísticas, Ministério da Justiça e Direitos Humanos. O estudo foi realizado entre Junho e Setembro de 2015, e baseia-se principalmente na análise da informação e dos dados mais recentes disponíveis e nas consultas dos principais atores dos diferentes setores incluindo grupos de mulheres e de crianças.

O presente relatório de análise dos Direitos da Criança e da Mulher articula-se em torno de quatro capítulos:

- **O capítulo introdutório** apresenta os objetivos, o quadro conceptual e a metodologia do estudo.
- **O segundo capítulo** aborda resumidamente os elementos de contexto demográfico e socioeconómico do país.
- **O terceiro capítulo** analisa o respeito dos Direitos da Criança em cinco grandes domínios dos direitos. Apresentação dos principais indicadores, localização das disparidades e dos grupos mais privados, evidenciar os grandes desafios e a análise das suas causas, e as ações estratégicas para retificar a situação.
- **O quarto capítulo** apresenta as conclusões e as recomendações.



1.2. Quadro conceptual e metodológico

O OBJECTO DO ESTUDO E AS ABORDAGENS ESSENCIAIS

Este estudo analisa o grau de respeito dos direitos da criança em cinco domínios específicos considerados como prioritários (ver quadro 1.1) sob um ângulo

de equidade, género e de ciclo de vida. O quadro 1.2 abaixo apresenta as definições e as implicações analíticas de cada abordagem:

Quadro 1.1. Domínios dos direitos prioritários da análise

Domínios de Direitos	Direitos específicos e artigos principais da Convenção dos direitos da criança
Direitos a níveis de vida adequados	Direito às ajudas familiares (art.º 18.2), à segurança social (art.º 26º), um nível de vida adequado para o seu desenvolvimento (art.º 27º), estruturas de guarda de crianças para os pais que trabalham (art.º 18.3) Assistência, cuidados e proteção quando são privados do seu meio familiar (art.º 20)
Direito à vida, ao desenvolvimento e à saúde	Direito à sobrevivência e ao desenvolvimento (arte 6) Direito de gozar do melhor estado de saúde possível e de beneficiar de serviços de saúde (art.º 24º)
Direito à educação	Direito à educação primária gratuita e universal (art.º 28.1 Obrigação dos Estados de promover o acesso universal à educação secundária e superior (art.º 28. 1)
Direito à proteção	Contra qualquer forma de violência (art.º 19º), Assistência, cuidado e proteção quando são privados do seu ambiente familiar (art.º 20º), Direito ao registo civil apos nascimento, a um nome e uma nacionalidade (art.º 7º) Direito a uma vida plena, decente e a cuidados específicos para as crianças deficientes (Art.º 23º), Proteção contra a violência na escola (art.º 28º), a proteção contra a exploração e o trabalho (arte 32º), contra as drogas (art.º 33º) a exploração sexual (art.º 34), o rapto, a venda ou o tráfico (art.º 35º) e outros (art.º 36º), Direito à proteção contra a tortura (art.º 38º) e a assistência jurídica (art.º 38º) e a reintegração (art.º 39º), uma administração de justiça penal especializada (art.º 40º)
Direitos a participação e a informação	Direito à liberdade de expressão (art.º 13º), Direito de expressão e participação em todas as questões que dizem direito as crianças (ponto 9 da declaração um mundo digno das crianças)

Quadro 1.2. Abordagens essenciais e implicações analíticas

Definição	Implicações para a análise
A abordagem baseada nos direitos humanos	
<p>Esta abordagem inscreve as intervenções de desenvolvimento no âmbito da legislação internacional em matéria dos Direitos Humanos. Todas as intervenções de desenvolvimento (políticas, programáticas e de assistência técnica) devem promover o respeito dos Direitos Humanos.</p> <p>Os princípios essenciais da abordagem são: <u>Universalidade</u>, <u>inalienabilidade</u> e prioridade às pessoas mais marginalizadas, <u>Responsabilidade</u> para com os detentores de direitos, <u>Participação</u> das comunidades e das crianças e <u>Indivisibilidade</u> e <u>interdependência dos direitos</u> (abordagens integrais).</p> <p>Os programas da cooperação para o desenvolvimento devem contribuir para o desenvolvimento das capacidades dos detentores de Direitos e os portadores de obrigações.</p> <p>Para exercer os direitos da criança é indispensável facilitar o acesso das populações aos serviços básicos essenciais.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Identificação das disparidades na realização dos direitos da criança, os grupos mais privados, e as causas diretas subjacentes e estruturais à origem das disparidades.▪ Análise dos papéis e as capacidades que beneficiários (as crianças e as mulheres) e portadores de obrigações (os pais ou tutores, as comunidades, as coletividades locais, o Governo Central, o Parlamento; a sociedade civil assim que os parceiros de desenvolvimento do país).▪ Garantia da participação das crianças e das mulheres.▪ Ter em consideração os fatores e constrangimentos que limitam o impacto das políticas sobre as crianças e as mulheres, os entraves na prestação e a utilização dos serviços sociais de base.▪ Limitação das abordagens setoriais, tornar visível a relação entre as privações.
A abordagem baseada na equidade	
<p>Para o UNICEF, a equidade significa que “todas as crianças têm a possibilidade de sobreviver, desenvolver-se e de atingir o máximo do seu potencial, sem discriminação, parcialidade ou favoritismo.</p> <p>A equidade implica a ausência de diferenças injustas ou evitáveis. Obriga a criar as mesmas condições de acesso aos serviços sociais de base e outras oportunidades sociais para todas as crianças e a limitar as diferenças ao mínimo possível.</p> <p>A equidade horizontal implica um tratamento igual aos indivíduos que estão em circunstâncias idênticas. A equidade vertical faz alusão à abordagem diferenciada das necessidades diferentes, e a legitimidade de adotar medidas específicas ou de dedicar mais recursos às pessoas em situação de vulnerabilidade social ou económica (UNICEF, 2011a).</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Identificação dos grupos de crianças vulneráveis às privações.▪ Descrição da magnitude e das tendências destas disparidades▪ Identificação das causas diretas, subjacentes e estruturais das privações e das disparidades▪ A identificação das barreiras e dos pontos de estrangulamento ao nível sociocultural, institucional, político, orçamental e legislativo.▪ Análise da tomada em consideração das disparidades nas políticas, legislação e orçamentos.
A abordagem baseada no ciclo de vida	
<p>A infância é uma realidade composta de grupos de população heterogéneos. Em cada etapa do ciclo de vida, as crianças têm interesses e capacidades diferentes, e são expostas a riscos socioeconómicos diferentes. Consequentemente, em cada etapa, a realização dos seus direitos tem implicações diferentes em termos de apoio, de proteção e de orientação.</p> <p>UNICEF, em fase com a doutrina do Comité dos Direitos da Criança, identifica três etapas diferenciadas:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ A pequena infância:▪ A infância em idade escolar: é fundamental assegurar a educação primária de qualidade e a proteção face aos abusos ou a violência.▪ A adolescência, em que as necessidades centram-se em torno da educação secundária, da saúde reprodutiva e da proteção.	<p>A análise das privações e das disparidades deve tomar em conta os três grupos de idade da infância: A adaptação ao contexto educativo santomense sugere a adoção de grupos etários seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 0 a 5 anos: A pequena infância.▪ 6 a 11 anos: Infância em idade escolar▪ 12 a 17 anos: adolescência <p>Estes grupos etários são considerados como a norma geral e não excluem a adoção de grupos diferentes para a análise de problemáticas específicas.</p>

A abordagem baseada no género

A noção de “género” faz alusão à diferença entre os papéis atribuídos aos homens e as mulheres, e as relações entre os dois, numa sociedade, num tempo e num determinado momento. As identidades de género são uma construção social e dependem dos contextos sociais e culturais.

Os rapazes e as raparigas recebem tratamentos diferentes em todas as sociedades, e a sua evolução social responde às expectativas e pedidos diferentes. Em geral, são as raparigas que sofrem de diferentes formas de discriminação que limitam o seu acesso aos recursos, à sua capacidade e a sua liberdade social, e aumentam a sua exposição à violência ou outros riscos sociais (UNICEF, 2011b)

A equidade de género é um fim precioso por si só, que tem efeitos benéficos sobre os Direitos da Criança.

- Utilização de dados desagregados por sexo.
- Identificação das disparidades de género.
- Análise de problemáticas específicas para as raparigas (o tempo que consagram a realizar trabalhos domésticos, implicações das gravidezes precoces).
- Diagnóstico sobre a abordagem destas problemáticas específicas e das disparidades nas políticas públicas.

A METODOLOGIA

O análise começou pela revisão da documentação secundária e pelo reprocessamento dos dados estatísticos do 4.º Recenseamento geral da população e da habitação - RGPH (INE, 2012) e do inquérito “Multiple Indicator Cluster Survey” round 5 (INE, 2016), e pela análise dos resultados dos inquéritos precedentes (IDS 2008-2009), de MICS 3 (INE, 2006) e MICS 2 (INE, 2000) e o inquérito sobre o orçamento das famílias (INE, 2010) com o objectivo de identificar as lacunas no respeito dos Direitos da Criança, as tendências, a interdependência entre as privações, e a identificação dos determinantes socioeconómicos mais influentes em cada violação dos Direitos.

As fontes de informações primárias qualitativas foram as entrevistas semiestruturadas com o pessoal do UNICEF e com os informadores chave do governo (ver anexo 4), do Comité de pilotagem, da sociedade civil e das comunidades. Foram realizadas discussões de grupo ao nível comunitário para identificar as prioridades das mães de família, e assegurar a inclusão das suas vozes a propósito dos obstáculos que encontram na utilização dos serviços sociais de base (ver anexo 4).

As análises da pobreza das crianças: o estudo abordou a pobreza monetária das crianças com base no inquérito sobre os orçamentos das famílias (INE, 2010) e o Multiple Indicator Cluster Survey 5 (INE, 2016). A análise da pobreza de acordo com a abordagem das privações (abordagem multidimensional) foi realizada com o instrumento MODA (Multiple Overlapping Deprivation Analysis), uma abordagem conceptual e metodológica desenvolvida pelo UNICEF, que se focaliza sobre a criança considerada individualmente e identifica as principais privações (em domínios predefinidos) e as suas sobreposições (ver capítulo 3.2)

O índice de equidade: A análise da equidade horizontal conduziu igualmente à produção de um índice (composto de 14 indicadores, ver capítulo 3.2) para medir as disparidades inter-regionais no acesso aos rendimentos e os serviços sociais de base. Este índice foi aplicado ao nível mais local possível: os subdistritos identificados pelo Instituto nacional da estatísticas e utilizados no 4.º RGPH (INE, 2012).

2

Contexto socioeconómico e normativo



SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE, UM PEQUENO ARQUIPÉLAGO ENTRE A LUSOFONIA E A CRIOLIDADE

São Tomé e Príncipe é um pequeno Estado insular luso-africano composto de duas ilhas vulcânicas de relevo montanhoso de uma beleza exuberante. “As ilhas do meio do mundo”⁶ estão situadas no Golfo da Guiné, à 300 Km (para a ilha de São Tomé e 250 Km para a ilha de Príncipe) da costa nordeste do Gabão. A sua zona de influência marítima, que é essencial para a sobrevivência e a proteção do arquipélago, estende-se a 160.000 Km². A floresta primária, o Obó (“selvagem e impenetrável” em crioulo) ocupa 30% da ilha de São Tomé e protege uma diversidade biológica única na África.

⁶ O país é chamado assim porque está situado ao mesmo tempo na linha do Equador (Ilhéu das Rolas no Sul) mas também perto do meridiano de origem (o meridiano de Greenwich).

O povoamento das ilhas começou no século X, na sequência da sua descoberta por navegadores portugueses em 1471. Em paralelo ao povoamento organizado pelos portugueses, que era muito ligado à exploração colonial da mão-de-obra escrava nas plantações de cana-de-açúcar, de café e de cacau, é muito provável que certos pontos da ilha foram utilizados como refúgio por escravos escapados (“mocambos”) que teriam formado seguidamente a comunidade “de Angolares” (Seibert, 2004).

São Tomé e Príncipe faz parte da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) que agrupa nove estados soberanos de quatro continentes nos quais uma das suas línguas oficiais é o português (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, Timor leste e Guiné Equatorial). A CPLP agrupa cerca de 240 milhões de lusófonos.

Ancorada na África Central, uma das regiões do mundo mais frágeis em termos de desenvolvimento humano, São Tomé e Príncipe é classificado na 142ª fila dos 186 países em termos de desenvolvimento humano. Nesta região, apenas o Gabão e o Gana precedem São Tomé e Príncipe nesta classificação.

São Tomé e Príncipe, com um índice de Gini⁷ estimado, para 2013, a 33,9 (Banco Mundial, 2015), parece estar longe dos seus países vizinhos e aproxima-se dos valores de países mais desenvolvidos, como a França (com um índice de Gini estimado a 31), ou a Espanha (com um índice de Gini estimado a 35).

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE: A HISTÓRIA POLÍTICA

São Tomé e Príncipe era a mais antiga colónia do antigo império português. Os portugueses tinham instituído um regime colonial clássico e utilizavam as ilhas como posto de tráfego do comércio transatlântico de escravos, mas também produção de cana-de-açúcar, cacau e café. Com a abolição da escravidão em 1875 e a redução da mão-de-obra disponível⁸, as autoridades coloniais quiseram forçar a população local “forro” (“filhos da terra”) a trabalhar nas plantações em condições de semiescravidão, o que provocou a revolta das populações. O massacre de Batepá em 1953 vai dar impulso aos movimentos de libertação nacional (o Comité Nacional de Libertação fundado em 1960 evoluiu para Movimento

de Libertação de São Tomé e Príncipe MLSTP em 1974). A queda da ditadura de Salazar na metrópole portuguesa (após a revolução dos Cravos, eliminou o último obstáculo à soberania do país, e em 12 de Julho de 1975, São Tomé e Príncipe proclama a sua independência e designa o seu primeiro presidente, procedente do MLSTP, Manuel Pinto da Costa.

Após a independência e procurando assegurar o apoio ao desenvolvimento do país, que faltava de infraestruturas sociais e de transporte, de financiamento e quadros formados, o Governo aproximou-se da zona de influência soviética. O país adoptou um modelo de partido único governado de acordo com o modelo socialista. Menos de 10 anos depois, em 1984, o país junta-se ao movimento de países não-alinhados. Quatro anos depois, o partido político no poder (MLSTP) promulga a primeira Constituição de São Tomé e Príncipe, que instaura uma República Democrática e o multipartidarismo. Desde então, governos de diferentes orientações políticas sucederam-se em contextos eleitorais totalmente pacíficos, com uma população fortemente unida aos princípios democráticos que recusa a violência política. O único atentado grave à democracia santomense teve lugar em 2003, com uma tentativa de golpe de Estado que foi dominada rapidamente. Apesar destes sucessos democráticos, a instabilidade política é uma constante em São Tomé e Príncipe, com uma sucessão de 16 governos em 24 anos de democracia.

Em 2012, a moção de censura da oposição contra o Primeiro-ministro Patrice Trovoada (do partido Ação Democrática Independente, ADI) é a causa importante de uma crise política que finalmente terminou com a obtenção da maioria absoluta parlamentar (33 sobre 55) pelo partido ADI às eleições legislativas de Outubro 2014.

⁷ O índice de Gini é o valor em percentagem do coeficiente de Gini. Mede até que ponto a distribuição dos rendimentos na população afasta-se de uma igualdade perfeita. O valor 0 representa a igualdade perfeita e 100 a desigualdade perfeita.

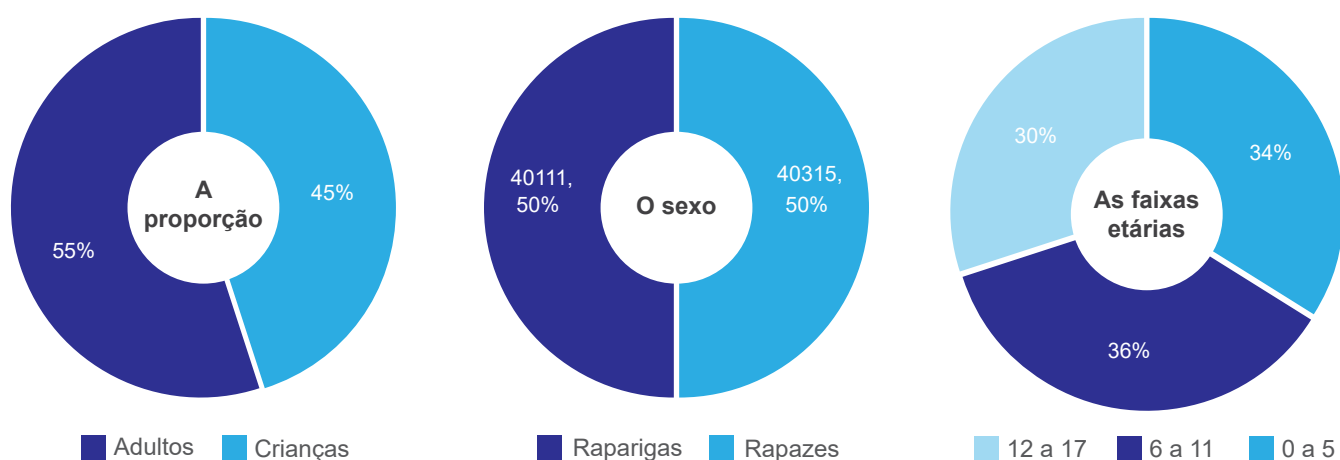
⁸ Sob forma contratual com trabalhadores de Cabo Verde, Angola e Moçambique (chamados de “serviçais”)

A DEMOGRAFIA DAS CRIANÇAS

A população em 2012 era estimada a 178 739 habitantes, as crianças representavam 44,9% ou seja 80 426 (INE, 2012) em valor absoluto. A faixa etária dos 0-18 anos está dividida em três sub-fracções: a pequena infância (de 0 à 5 anos) representa 34%, as crianças de idade escolar (de 6 à 11 anos) 36%, e dos adolescentes (12 à 17 anos) 30%. Em relação ao sexo, há ligeiramente mais rapazes que raparigas⁹(ver figura 2.1).

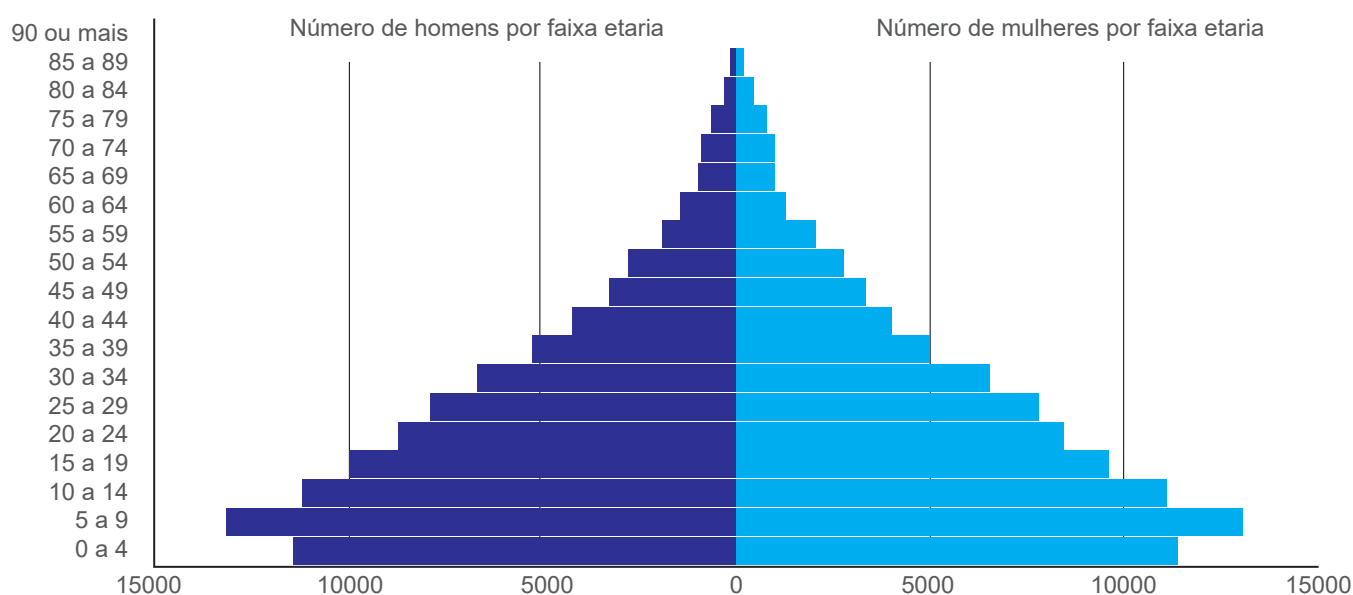
A contração do crescimento da pequena infância (ver gráfico 2.1) vai de encontro com uma tendência à contração da fecundidade e um início de transição demográfica. A pirâmide demográfica revela uma estrutura da população ainda muito jovem.

Figura 2.1: As crianças em São Tomé e Príncipe



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IV RGPH (INE, 2012)

Gráfico 2.1: Pirâmide demográfica de São Tomé e Príncipe, 2012



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IV RGPH (INE, 2012)

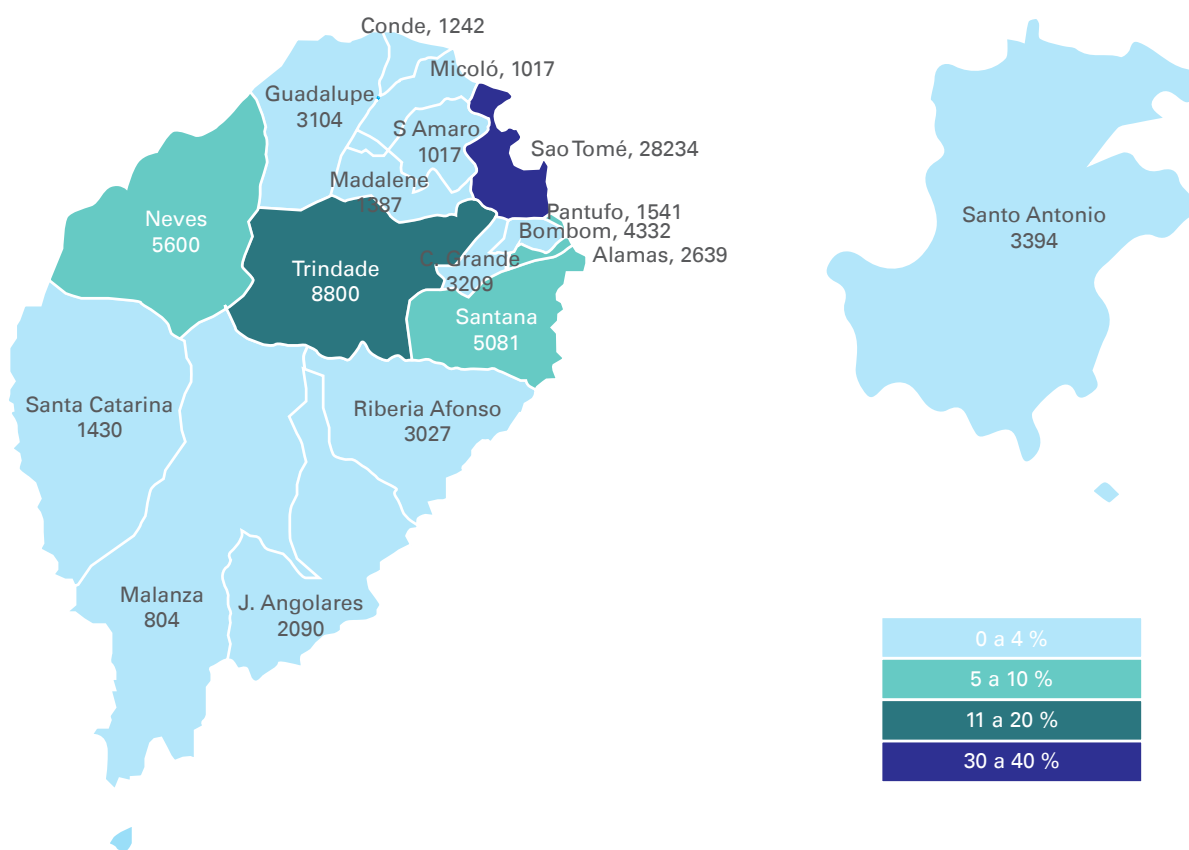
⁹ 204 especificamente (INE, 2012)

A população santomense é repartida desigualmente sobre o território de 1001 km². O país é dividido administrativamente em seis distritos (Água Grande, Cantagalo, Caué, Lembá, Lobata e Mé-Zóchi) e uma Região Autónoma (Príncipe). O Instituto Nacional de Estatística utiliza os conceitos “de subdistrito” (dezoito) e “de Região”. Os últimos são quatro e agrupam vários distritos em função da sua proximidade geográfica, Noroeste (Lobata e Lembá), Centro-Este (Água Grande, Mé-Zóchi), Sudeste (Cantagalo e Caué) e Príncipe.

Em 2012, 35,1% das crianças, ou seja 28.238, habitam na capital São Tomé. Trindade é segundo subdistrito mais povoado pelas crianças com 8.800, ou seja 10,9% do conjunto das crianças.

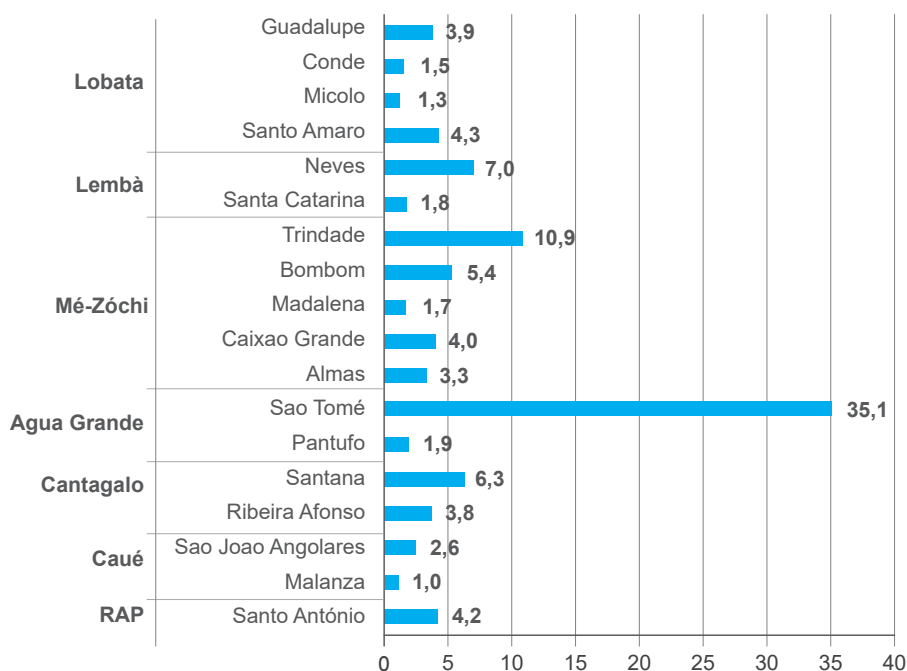
Os subdistritos de Neves, Santana e Bombom são habitados por 7%, 6%, 3% e 5,4% das crianças respetivamente (ver mapa 2.1.). Cada um dos 13 subdistritos restantes são povoados por menos de 5% das crianças (ver gráfico 5).

Mapa 2.1. Situação geográfica das crianças, por subdistrito, 2012 (% e número)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IV RGPH (INE, 2012)

Gráfico 2.2. Distribuição das crianças nos 18 subdistritos, 2012 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IV RGPH (INE, 2012)

ECONOMIA E ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO

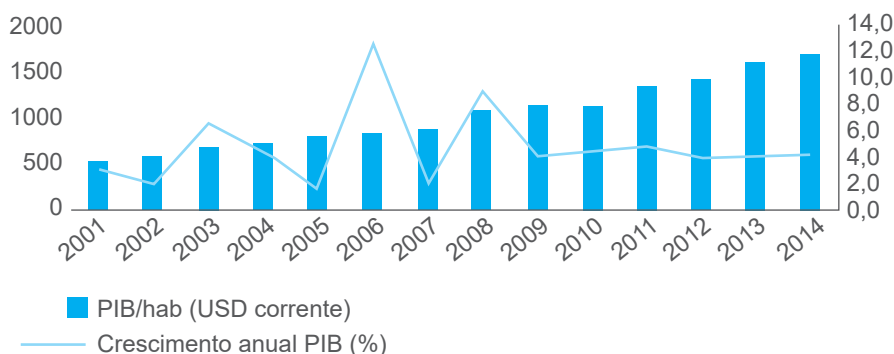
Durante o período colonial, o país era configurado de acordo com as necessidades produtivas da metrópole. As redes de produção, de comunicações e de infraestruturas sociais eram destinadas ao funcionamento das unidades produtivas e a evacuação da produção, e não para assegurar uma rede de serviços ou a soberania alimentar da população. Assim como em outros países africanos, o país tinha, após a independência, escassez de infraestruturas e de quadros formados para gerir um Estado soberano. O Governo do MLSTP procedeu à uma redistribuição das plantações entre os habitantes, mas sem um enquadramento adequado. Por conseguinte, a cultura de cacau que era o principal motor económico da ilha desmoronou. A produção alimentar local não se desenvolveu suficientemente, o país depende finalmente das importações de produtos alimentares básicos (produtos láteos, óleos, carnes, etc...).

O constrangimento constituído ao mesmo tempo pela exiguidade do mercado interno, a fragilidade do poder de compra da população e a grande dificuldade de diversificação da economia, deverá ser superado pela economia de São Tomé e Príncipe (Menezes, 2008 in Sanguin, 2014).

Nos anos 90, foram descobertas reservas de petróleo na zona económica conjunta que o País gere conjuntamente com a Nigéria. Três companhias petrolíferas estrangeiras (Sinoangol, Oranto e Equator) exploram a zona económica exclusiva de São Tomé e Príncipe desde 2011, mas até agora as perspectivas de exploração petrolífera não se realizaram. Dos 60 milhões de dólares que o País recebeu entre 2003 e 2013, apenas 9 milhões provêm da zona económica exclusiva (EITIE, 2015).

O crescimento económico, resultante do investimento estrangeiro (atraído pelos campos de petróleo) e pela redistribuição dos investimentos dos setores pouco produtivos ao setor terciário, conduziu a um aumento importante do PIB per capita e permitiu São Tomé e Príncipe tornar-se num país de rendimento médio e não mais de fraco rendimento. O crescimento do PIB desacelerou desde 2009 devido à crise internacional.

Gráfico 2.3. Evolução do PIB e do PIB per capita (2001 à 2014)

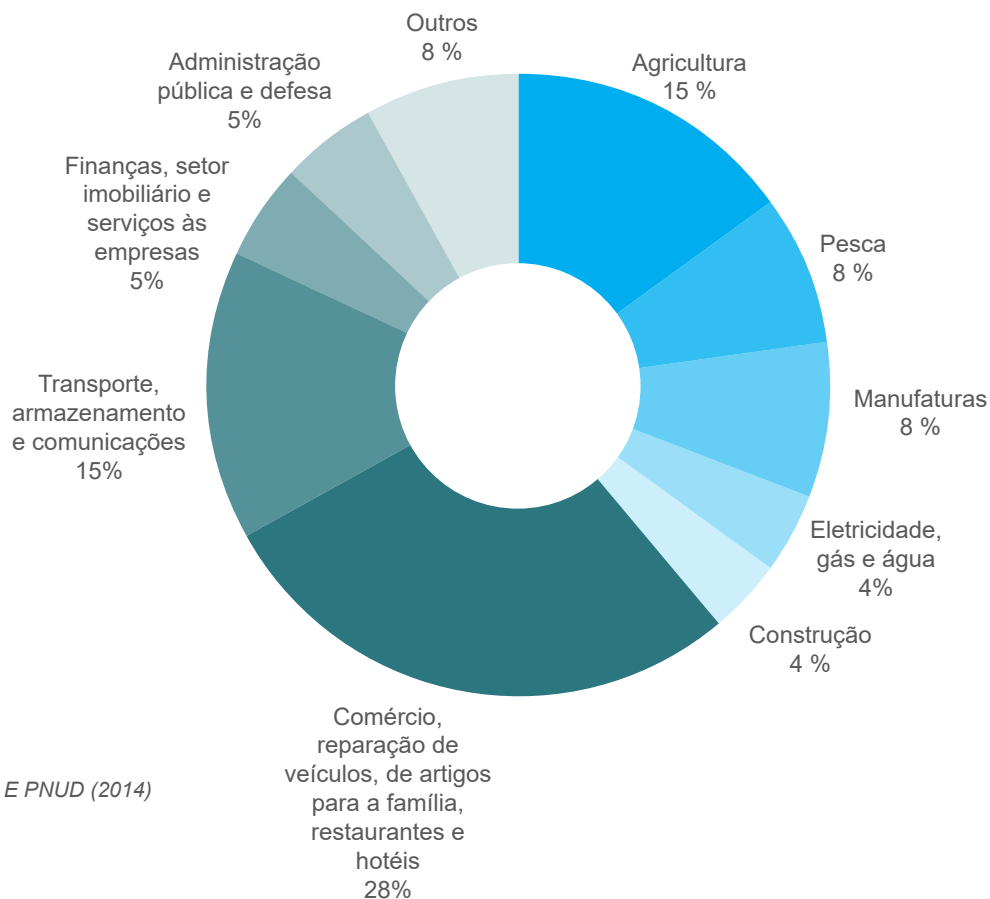


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do Banco Mundial (2015)

É o setor terciário que impulsiona o crescimento do PIB: O comércio e a hotelaria (mas sobretudo o primeiro) representam quase 30% do PIB. Contudo, o consumo não pode manter-se sem uma produção interna. Por conseguinte, o Governo fez da agricultura e da pesca (e do turismo) as três prioridades do investimento económico.

O setor público tem uma intervenção ativa na económica do País em especial no setor das telecomunicações, na Empresa Nacional do Petróleo, os serviços dos Correios, a Empresa de Água e Eletricidade, e na gestão do aeroporto.

Gráfico 2.4. Composição do PIB, 2013



Fonte: BAD, OCDE E PNUD (2014)

O EMPREGO E A POBREZA MONETÁRIA

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2012 a população ativa era de 65.968 pessoas, equivalente à uma taxa de participação de 51,17%¹⁰. Em São Tomé e Príncipe, a taxa de desemprego é de 13,9% (INE, 2012). 59% dos desempregados são mulheres. Mais a grande parte da população trabalha no setor terciário do comércio ou dos serviços (sobretudo as mulheres), ou na agricultura e pesca (sobretudo os homens). Apenas 23,7% dos trabalhadores são filiados ao Instituto Nacional da Segurança Social (Política de Proteção Social, 2013).

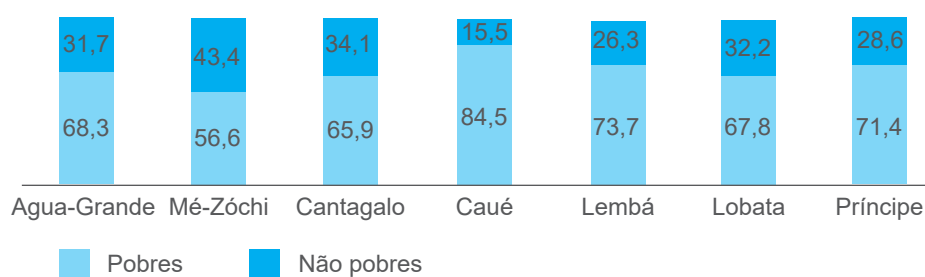
A percentagem da população que vive abaixo do limiar de pobreza monetária nacional (relativa) foi estimada à 66,2% (INE, 2010), com disparidades importantes a nível dos distritos. As disparidades a nível do rendimento por subdistritos, bem como a pobreza das crianças de acordo com as abordagens monetárias e multidimensionais são analisadas no capítulo 3.1.

VULNERABILIDADES CLIMÁTICAS

Como pequeno arquipélago, com uma economia pouco diversificada, São Tomé e Príncipe é fortemente vulnerável a certas manifestações específicas da mudança climática como as inundações, a erosão costeira e as tempestades marítimas. Fatores sócios históricos explicam também esta vulnerabilidade, de facto, durante a colonização, a população livre (escravos livres) foram obrigados a se instalar nas zonas costeiras que não eram exploráveis para fazer plantações coloniais. Estas zonas de pesca, muito próximas da costa, são muito vulneráveis às cheias e as profusões dos rios bem como às tempestades (Banco Mundial, 2011).

O Governo de São Tomé e Príncipe desenvolveu um programa de ação de adaptação nacional e um plano de contingência. Dado a importância atribuída à pesca na estratégia nacional de luta contra a pobreza, o programa de ação compreende intervenções orientadas para a proteção das comunidades de pesca, como os diques, o quebra-mar ou os sistemas de alerta precoce. Existem igualmente planos de reinstalação das comunidades de Malanza e de Santa Catarina, que são as mais vulneráveis do País sobre o plano socioeconómico.

Gráfico 2.5. A pobreza monetária por distrito (2010)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IOF (INE, 2010)

¹⁰ Para o cálculo da taxa de participação, apenas a população de mais de 15 anos foi tomada em consideração.

ESTRUTURA DO ESTADO E GOVERNANÇA

São Tomé e Príncipe é uma democracia representativa “implicada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária e na defesa dos Direitos Humanos” (art.º 1º da Constituição, 2003) com uma separação dos poderes. As eleições legislativas ocorrem a cada quatro anos, e as presidenciais a cada cinco anos. São Tomé e Príncipe tem um Parlamento monocameral que detém o poder legislativo, com algumas exceções controladas por decretos legislativos. Há cinco comissões parlamentares, nenhuma é especializada em direitos da infância, mas a quinta trata dos assuntos sociais. A região autónoma de Príncipe a um governo próprio e uma assembleia legislativa. Desde 1991, a lei (nº10/92 e nº10/2005) concede às administrações distritais do País poderes de gestão dos serviços públicos.

O sistema judicial (lei nº07/2010 sobre os fundamentos do sistema judicial) baseia-se num sistema a dois níveis representados pelos tribunais de primeira e de segunda instância. O Supremo Tribunal de Justiça é a instância jurídica suprema do Estado. Não há tribunais especializados para as crianças nem juízes que têm competências específicas em matéria de infância (Galeano, 2015). O Ministério Público é uma das instâncias fundamentais para a defesa dos direitos da criança, mas nenhuma administração especializada neste domínio existe.

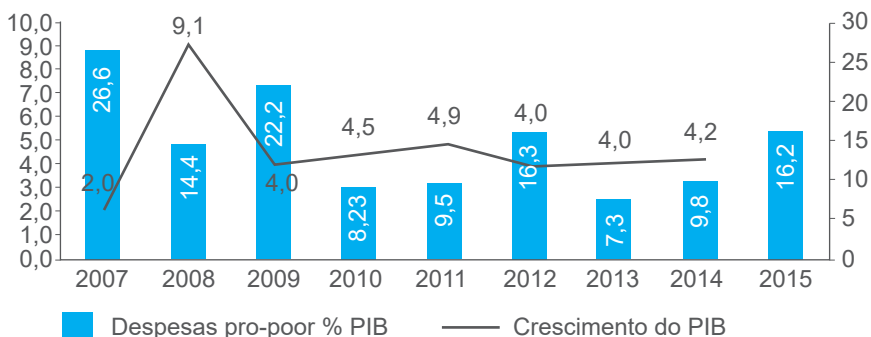
De acordo com os indicadores de governação de Mo Ibrahim (2014), São Tomé e Príncipe é o 9º País africano em termos de segurança e quanto ao seu Estado de direito, o País está numa situação muito favorável comparada à dos seus países vizinhos, porém desafios importantes ainda subsistem e particularmente a nível da responsabilização (“accountability”) do poder executivo. Os parceiros da cooperação internacional (em especial o PNUD) estão a trabalhar no reforçar das capacidades da assembleia legislativa e da sociedade civil para o controlo da ação governamental.

A SITUAÇÃO ORÇAMENTAL

O défice primário do Estado é inferior à 3% para 2015 e a inflação é igualmente contida (a taxa de inflação é de 5,5% para 2015) (Ministério das Finanças e Administração Pública, 2015). A moeda do País é a Dobra, que é indexada ao euro desde 2010. Pese embora a sua estabilidade macroeconómica, o País é quase totalmente dependente da ajuda externa para o financiamento do programa de investimento público (financiado até 91,8% pela ajuda externa), sob a forma de doações (principalmente de Taiwan, da União Europeia e do Banco Africano de Desenvolvimento) e sob a forma de créditos (principalmente de Portugal e Angola) (Ministério das Finanças e Administração Pública, 2015).

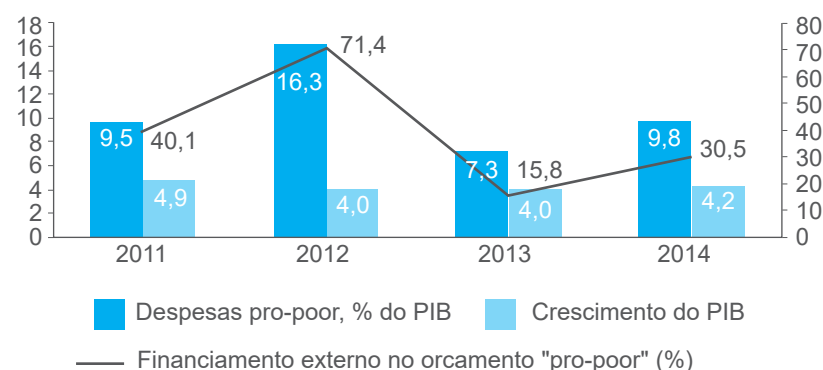
Em relação às despesas classificadas no orçamento geral do Estado as destinadas à redução da pobreza (“pro-poor”), são muito variáveis (em relação ao PIB) e flutuam fortemente de acordo com a ajuda externa.

Gráfico 2.6. Evolução das despesas “pro-poor” e o PIB (2007 à 2015)



Fonte: Ministério das Finanças e Administração Pública (2010, 2013 e 2015) e Banco Mundial (2015)

Gráfico 2.7. Relação entre as despesas “pro-poor” e o financiamento externo (2011 à 2014)



Fonte: Ministério das Finanças e Administração Pública (2011, 2012, 2013 e 2014) e BM (2015)

AS OBRIGAÇÕES INTERNACIONAIS DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE EM MATÉRIA DOS DIREITOS DA CRIANÇA

A Convenção relativa aos Direitos da Criança (CDC) (1989) é o tratado internacional mais ratificado até à data¹¹. É o quadro legal básico dos Direitos das Crianças, esta convenção estabelece os direitos económicos, sociais e culturais e as liberdades civis das crianças. Uma vez ratificada, os Estados adaptam a sua legislação e as suas políticas nacionais a esta convenção e comunicam os seus progressos sobre os Direitos da Criança ao Comité (Genebra). São Tomé e Príncipe ratificou a Convenção em 14 de Maio de 1991. O relatório inicial foi enviado em 2003¹², e o segundo, terceiro e quarto relatórios periódicos foram apresentados em 2010 e publicados em 2013. O próximo relatório deverá ser apresentado em 28 de Junho de 2018 (Comité sobre os Direitos da Criança, 2015).

A maior parte da legislação santomense esta harmonizada com as disposições da Convenção relativa aos Direitos da Criança. Contudo, há ainda alguns artigos incompatíveis a nível da lei da família (nº2/77) e lacunas persistem a nível da legislação sobre a adopção e a tutela, sobre o reconhecimento. Estas lacunas são conhecidas no País e a reforma da Lei da Família está em curso. O novo Código Penal (lei nº6/2012) reforçou a proteção das crianças contra os abusos, e o Ministério da Justiça trabalhou na produção de um conjunto de cinco leis que vão colmatar estas lacunas (ver capítulo 3.4).

São Tomé e Príncipe não ratificou os protocolos facultativos da CDC: o protocolo relativo à venda de crianças, a prostituição infantil e a utilização das crianças para a pornografia (2000), o protocolo relativo à participação das crianças em conflitos armados (2000), nem o protocolo relativo ao procedimento das comunicações (2014). Em matéria de ratificação dos tratados de Direitos Humanos, São Tomé e Príncipe tem lacunas muito significativas: é um dos 3 países do mundo que ratificou apenas dois tratados (dos 18 existentes).

As convenções da Organização Internacional do Trabalho sobre a idade mínima de admissão ao trabalho (1973) e sobre as piores formas de trabalho infantil (1999) foram ratificadas em 2005. O País produziu a sua própria lista das piores formas de trabalho, proibidas às crianças (ver capítulo 3.4).

INSTITUIÇÕES, LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PARA AS CRIANÇAS

São Tomé e Príncipe tem certas fraquezas em matéria de especialização institucional no domínio da infância. No momento da realização deste estudo, não existia instituição (instituto ou direção) específica responsável de seguir as recomendações do Comité sobre os Direitos da Criança, de tomar parte na produção das políticas sociais para assegurar a integração da abordagem de ciclo de vida, de coordenar a produção de políticas específicas, de analisar os impactos sobre as crianças das políticas económicas e fiscais etc... A falta de especialização neste domínio está presente em todas as instituições do Estado: Parlamento, Ministério Público, Tribunais, etc.

A criação de um Comité Nacional dos Direitos da Criança em São Tomé e Príncipe é um objectivo largamente prosseguido pelo escritório do UNICEF em São Tomé. Um comité de seguimento dos direitos da criança tem funcionado de 2010 a 2012, coordenado pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação (de 2010 à 2012). O comité não conseguiu ultrapassar o seu carácter “ad hoc”, nem assegurar a sua durabilidade.

Esta ausência de especialização institucional é visível a três níveis. Em primeiro lugar, a nível da falta de um código legislativo em matéria de infância (ver abaixo), seguidamente, a nível da falta de visibilidade das crianças nos processos de planificação macro (a segunda estratégia nacional de redução da pobreza apresenta certas lacunas na tomada em consideração das problemáticas específicas das crianças) e para terminar a nível da falta de iniciativas políticas para a infância de acordo com uma abordagem integrada (por exemplo uma política para a pequena infância) porque estas implicam a existência de uma instituição que possa realizar a coordenação intersectorial. A Política de Proteção da Criança (2013, ainda não aprovada pelo Executivo) é a única excepção, mas foi coordenada pela Direção da Proteção Social, que não tem especialização técnica em matéria de infância nem em matéria de proteção especial das crianças.

Ao nível legislativo, também não existe um código único que aborda as questões relativas à infância. As disposições são dispersadas na legislação setorial. Os textos legais em vigor mais importantes para as crianças são a lei nº2/77 da família, que aborda as questões relativas à maternidade e à paternidade, ao casamento, à adopção e tutela das crianças (reforma em curso), a lei nº2/2003 sobre os fundamentos do

¹¹ Apenas os Estados Unidos e a Somália não ratificaram a convenção.

¹² Com 10 anos de atraso

sistema educativo, o decreto-lei nº59/80 da Carta Sanitária, a lei nº11/2008 sobre a violência doméstica e familiar, e o novo Código Penal (lei nº6/2012). Existe cinco propostas de leis para a proteção especial das crianças a espera de aprovação parlamentar, bem como a lista das piores formas de trabalho proibidas às crianças produzida em 2014 para ser acrescentada à legislação do trabalho.

A nível das políticas para as crianças, o País dispõe de um quadro atualizado de políticas nos setores essenciais (saúde, educação, proteção especial, proteção social), com desenvolvimentos relativamente importantes nestes últimos três anos (políticas de proteção social, proteção das crianças, plano contra o trabalho das crianças, lista das piores formas de trabalho infantil foram produzidos em 2013 e 2014). As lacunas persistem nos setores da água e do saneamento, relativo a certas problemáticas de proteção específicas às raparigas (as uniões e gravidezes precoces, o sexo transaccional) e na abordagem dos problemas de acordo com uma óptica integrada e intersectorial (não há política de desenvolvimento integral da pequena infância, por exemplo). Do mesmo modo, a aprovação das políticas pelo poder executivo pode levar vários anos.

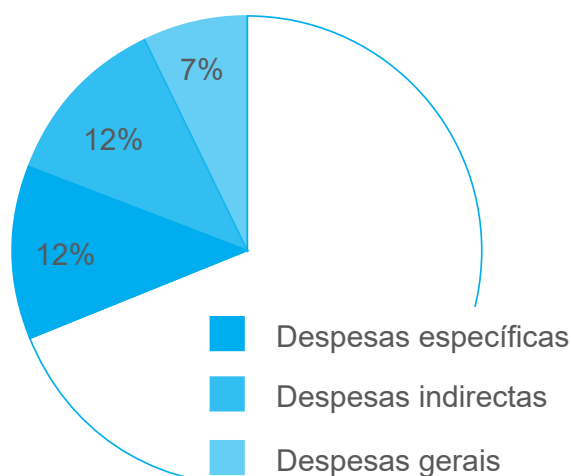
AS DESPESAS PÚBLICAS CONSAGRADAS ÀS CRIANÇAS: AS CRIANÇAS NO ORÇAMENTO GERAL DO ESTADO 2015

O orçamento geral do Estado 2015 consagra 12% das despesas públicas aos programas orientados especificamente para as crianças (educação pré-escolar, primária, secundária ou técnica, transporte e alimentação escolar, saúde materna e infantil, saúde reprodutiva, nomeadamente).

12% são destinados à programas que têm grandes repercussões sobre as crianças mas de maneira indireta (despesas de saúde, medicamentos, luta contra o paludismo, água e saneamento, alojamento, e outros).

7% do orçamento é consagrado às despesas que têm um efeito positivo sobre as crianças através de programas orientados para beneficiar a um grupo da população mais largo (alfabetização dos adultos, proteção social para as pessoas idosas, desenvolvimento rural, assistência jurídica gratuita, infraestruturas urbanas, proteção do ambiente etc.).

Despesas consagradas às crianças no orçamento do Estado, 2015



Fonte: Ministério das Finanças e Administração Pública 2015

RISCOS DE EMERGÊNCIA “EMERGENCY RISK”

Segundo a Global Focus Model 2012 do Escritório dos Programas de Emergência da UNICEF (EMOPS), São Tomé e Príncipe é um dos três países (com o Gabão e o Cabo Verde) menos expostos aos riscos de desastres naturais da região da África do Centro e Ocidental¹³ (EMOPS, 2012). No relatório “Índex 2016 dos riscos climáticos” da Organização Germanwatch que mede os impactos socioeconómicos da ocorrência dos eventos climáticos extremos, São Tomé e Príncipe figura entre os países menos expostos: é o 138º dos 186 países (Germanwatch, 201) no ano de 2014¹⁴. Os riscos de desastres naturais (terramotos, tsunami) são relativamente limitados¹⁵. Porém, os efeitos do aquecimento global já têm vindo a deixar marcas. O país é visto como um “sumidouro de gases com efeito de estufa” (República Democrática de São Tomé e Príncipe, 2015c). A erosão costeira causada pelo aumento do nível do mar constitui uma ameaça para as condições de vida das populações costeiras do sudeste do país (Ribeira Peixe, Malanza) e do sudoeste (Santa Catarina), cuja principal fonte de rendimento é a pesca artesanal (República Democrática de São Tomé e Príncipe, 2015b).

Além da erosão costeira, o aquecimento global causa outros fenómenos meteorológicos indesejáveis. A estação seca (de Março a Maio) está cada vez mais longa e árida, as chuvas aumentam durante o período de Setembro até Novembro, o que conduz a episódios mais frequentes de inundações e contribui para a erosão dos solos, a destruição das infraestruturas e das colheitas (República Democrática de São Tomé e Príncipe, 2015b). As populações que moram nas zonas costeiras de Lobata e Água Grande, em Porto Alegre, são as mais expostas às inundações (República Democrática de São Tomé e Príncipe, 2015b). No que diz respeito às secas, já em 2007 afectavam 17% das aldeias (PAM, 2009) e o esgotamento das fontes de água afectava 19% das aldeias (PAM, 2009).

Convém indicar que este tipo de fenómeno climático (secas e inundações) tem fortes repercussões sobre a saúde pública. É necessário antecipar um aumento das doenças hídricas, dermatológicas, diarreicas e respiratórias (Ministério das Obras Públicas e Recursos Naturais, 2009). Este tipo de fenómenos climáticos indesejáveis colocam desafios ao sistema educativo. Algumas escolas do país já sofreram com as consequências das inundações ou dos fenómenos marítimos desfavoráveis¹⁶.

¹³ Global Focus Model (EMOPS, 2012)

¹⁴ O relatório não tem em conta alguns aspectos importantes tais como a subida do nível do mar, o degelo dos glaciares, o aparecimento de mares mais quentes e ácidos

¹⁵ O grau de exposição aos riscos naturais está avaliado em 0,9 de 10 (EMOPS, 2012).

¹⁶ Em 2014, uma escola de Santa Catarina foi atingida por ondas sísmicas (República Democrática de São Tomé e Príncipe, 2015b)

A RESPOSTA NACIONAL AOS RISCOS DE EMERGÊNCIA

O Ministério de Infraestrutura e Recursos Naturais é a instituição pública que concentra as responsabilidades da prevenção e redução dos riscos de catástrofe assim como a adaptação às alterações climáticas. A partir de 2011, o Conselho Nacional para a Preparação e Resposta às catástrofes (CONPREC), instituído pelo Decreto-Lei 17/2011, é encarregado de coordenar a resposta nacional aos desastres naturais. O relatório de avaliação das capacidades nacionais em prol da redução dos riscos de catástrofe de 2015 (República Democrática de São Tomé e Príncipe, 2015b) destaca as dificuldades do Conselho em cumprir o seu mandato, devido particularmente às dificuldades de coordenação interinstitucional. Não existe ainda uma política ou estratégia nacional em matéria de prevenção e resposta às catástrofes (República Democrática de São Tomé e Príncipe, 2015b).

Em relação à adaptação às alterações climáticas, o país assinou a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre as alterações climáticas (CCNUCC). O Decreto-Lei 13/2012 criou o Comité Nacional das Alterações Climáticas, encarregado do desenvolvimento, coordenação, acompanhamento e avaliação desta convenção. O país elaborou um Plano Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas em 2006 (com a ajuda do Fundo Mundial para o Meio Ambiente e do Banco Mundial). No seu Contributo Decidido à Escala Nacional¹⁷ para a conferência Paris 2015 sobre a redução das emissões de gases com efeito de estufa, o país aborda vários objectivos de adaptação às alterações climáticas a curto e longo prazo: reforçar os serviços de protecção civil, reduzir a concentração de população nas zonas mais vulneráveis, introduzir culturas resistentes aos fenómenos climáticos extremos, etc. (República Democrática de São Tomé, 2015c). O país também identificou um conjunto de obstáculos financeiros, técnicos, institucionais e políticos para o desenvolvimento dessas medidas, nomeadamente: as limitações de orçamento nacional, o acesso difícil ao financiamento e às tecnologias modernas, o reforço insuficiente das capacidades humanas, a instabilidade política, a falta de fontes de dados e de sistemas de informação, a ausência de políticas sectoriais em domínios essenciais tais como a água, a energia ou as florestas. (República Democrática de São Tomé e Príncipe, 2015c).

Hoje em dia, vários projectos de adaptação estão a decorrer. O projecto de adaptações climáticas para as zonas costeiras (financiado pelo Fundo Mundial para o Meio Ambiente através da BM) orienta-se para a construção de estruturas para a protecção e, se necessário, reinstalação das comunidades costeiras mais expostas (Santa Catarina, Malanza e Ribeira Afonso). O instituto nacional de meteorologia e o PNUD trabalham no desenvolvimento de sistemas de alerta precoce. Desde 2013, o PNUD trabalha também no reforço da resiliência das comunidades rurais face às alterações climáticas (nos distritos de Caué, Cantagalo, Me-Zochi, Lembá, Lobata e na Região Autónoma de Príncipe).

A UNICEF considera prioritário o reforço das capacidades do sistema educativo para fornecer uma educação de qualidade em caso de emergência e a integração de uma cultura de resiliência no sistema. Um plano de emergência de educação existe desde 2011. As acções são orientadas no sentido de elaborar uma cartografia dos riscos (identificação das zonas, escolas, crianças mais expostas aos riscos), garantir acções em caso de emergência e desenvolver normas para a construção de escolas mais seguras. A formação dos professores e a criação de programas de actividades psicossociais fazem parte das componentes de apoio da UNICEF (República Democrática de São Tomé e Príncipe, 2015b)

¹⁷ Intended Nationally Determined Contribution em inglês. Várias traduções são possíveis.

3

Análise da **situação** das crianças baseada nos direitos humanos



3.1. O direito a níveis de vida adequados

DIREITOS

CONVENÇÃO RELATIVA AOS DIREITOS DA CRIANÇA

Artigo 27º: 1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a um nível de vida suficiente, de forma a permitir o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social. 2. Os Estados Partes, tendo em conta as condições nacionais e na medida dos seus meios, tomam as medidas adequadas para ajudar os pais e outras pessoas que tenham a criança a seu cargo a exercer este direito e asseguram, em caso de necessidade, auxílio material e programas de apoio, nomeadamente no que respeita à alimentação, vestuário e alojamento.

Artigo 26º: 1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito de beneficiar da segurança social e tomam todas as medidas necessárias para assegurar a plena realização deste direito, nos termos da sua legislação nacional. 2. As prestações, se a elas houver lugar, devem ser atribuídas tendo em conta os recursos e a situação da criança e das pessoas responsáveis pela sua manutenção, assim como qualquer outra consideração relativa ao pedido de prestação feito pela criança ou em seu nome.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Artigo 44º: 1. O Estado garante à cada cidadão, através do sistema de segurança social, o direito à proteção no caso de doença, invalidez, velhice, viuvez, para as crianças órfãs e em outros casos previstos pela lei.

EVOLUÇÕES LEGISLATIVAS NACIONAIS

Lei nº 7/2004 - Lei-quadro sobre a proteção social. A lei organiza o sistema de proteção social e divide-o em três níveis: Proteção social para os cidadãos (não contributivo), obrigatório (trabalhadores assalariados e trabalhadores independentes), e complementar (pensões privadas não obrigatórias).

PROPOSTAS DE LEIS

Proposta de lei para a proteção da criança e dos jovens em situação de risco (finalizada em 2014)

Proposta de lei do acolhimento institucional (finalizada em 2014)

Proposta de lei das famílias de acolhimento (finalizada em 2014)

OUTROS

Lista das piores formas de trabalho infantil a inserir no Código de Trabalho (2014)

EVOLUÇÕES POLÍTICAS NACIONAIS

II Estratégia Nacional de Redução da Pobreza

Política sobre a Proteção Social (aprovado pelo poder executivo em setembro de 2015)

Estratégia de Educação Inclusiva (2010)

Política de Educação (2012) visa à supressão dos custos no nível pré-escolar e secundário

Política de Nutrição e de Alimentação (2013)

Plano Nacional contra o Trabalho Infantil (2014)

3.1.1. A pobreza monetária das crianças em São Tomé e Príncipe

A pobreza monetária pode ser medida de acordo com o rendimento, o consumo ou os ativos. O inquérito sobre o orçamento das famílias IOF (INE, 2010) utilizou a abordagem do consumo¹⁸, o IV recenseamento geral da população e da habitação (RGPH, INE, 2012) baseou-se no rendimento, e o MICS 5 (INE, 2016) utilizou a abordagem dos ativos. É possível analisar a pobreza em termos absolutos ou relativos. Cada um destes métodos tem as suas vantagens e os seus inconvenientes, já que aos dados mais recentes são os do MICS 5 (INE, 2016), nesta seção, a pobreza das crianças vai ser analisada utilizando quintis de riqueza (em termos de ativos das famílias de acordo com o MICS). Contudo, para certas questões o IV RGPH (INE, 2012) será utilizado igualmente, embora os dados dos rendimentos das famílias possam sofrer algumas imperfeições¹⁹.

Convém precisar que a informação oferecida pelos quintis é relativa, o que quer dizer que não fornece informação sobre a riqueza ou a pobreza dos indivíduos, mas sobre como os indivíduos ou famílias posicionam-se em relação ao resto da população em termos de rendimento. De acordo com o OIF²⁰, 66,2% da população santomense vivem abaixo do limiar de pobreza. É por conseguinte, provável que os três primeiros quintis de riqueza sejam muito próximos do limiar, ou seja pobres em termos absolutos.

Pese embora o que precede, a classificação dos membros das famílias por quintil de riqueza fornece informações muito úteis sobre o bem-estar económico das crianças. O quadro 3.1.1 mostra a percentagem das crianças em cada quintil de riqueza de acordo com os determinantes clássicos²¹. Não há diferenças significativas em função do sexo, nem em percentagem de crianças e adultos em cada quintil, por conseguinte com estes dados, não se pode, a priori, afirmar que em São Tomé e Príncipe as crianças são mais pobres ou mais ricas que os adultos.

Mas, com base nos dados do IV RGPH (INE, 2012) os resultados são muito diferentes. Neste caso, existem diferenças significativas a nível do rendimento mensal médio por habitante e a nível dos quintis de rendimento por habitante, como indicado no quadro 3.1.2²². Os diferentes indicadores e metodologias utilizados podem explicar estas contradições entre o MICS e o IV RGPH (INE, 2012), mas de qualquer modo, a experiência internacional e as características dos agregados em São Tomé e Príncipe deixam pensar que os resultados baseados no IV RGPH (INE, 2012) são mais ajustados à realidade.

No que diz respeito ao meio de residência, e com base nos dados do MICS, as diferenças são muito mais visíveis, de modo que no quintil mais pobre 21,5% das crianças provêm do meio urbano e 27,7%

Quadro 3.1.1. Crianças em cada quintil de riqueza, por determinantes socioeconómicos, 2014 (%)

Quintis	Total	Meio		Região				Nível de escolaridade chefe		
		Urbano	Rural	Centro Leste	Noroeste	Sudeste	RAP	Nenhum	Primário	Sec.
Mais pobre	24	21,5	27,7	14	35,7	34,9	9,8	40,3	28,5	13,6
Segundo	22,2	18,6	27,5	20,1	24,9	26	13,6	25,1	25,7	16,7
Terceiro	20,9	19,6	22,8	23	18,2	18,6	25,8	19,1	21,9	20,8
Quarto	18	19,2	16,1	20,7	13,8	13	32,6	10,5	16,3	23,8
Mais rica	14,8	21	5,8	22,3	7,4	7,5	18,1	5,1	7,5	25,1

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do MICS 5 (INE, 2016)

¹⁸ Ver INE (2010), p. 15.

¹⁹ O rendimento das famílias é estabelecido pondo a pergunta às pessoas interrogadas. As pessoas em geral são reticentes a dar esta informação, por conseguinte é presumido que certas pessoas não responderam à esta questão e ganham mais, de modo que os dados possam sofrer algumas imperfeições.

²⁰ Ver INE (2010), p. 18.

das zonas rurais. No quintil mais rico, 21% das crianças provêm de zonas urbanas e 5,8% das zonas rurais.

A nível das regiões, há mais crianças no quintil mais rico na região Centro-Este (22,3%) e na Região Autónoma de Príncipe (RAP) (18,1%). A maioria das crianças mais pobres reside na região Noroeste (35,7%) e Sudeste (34,9%)

O nível de educação do chefe de família é o determinante mais fundamental da pobreza das crianças. 40% das crianças pobres residem em famílias cujos membros não possuem nenhum nível de instrução, e o 82,8% das crianças ricas em famílias cujo chefe possui um nível de escolaridade universitário. Em São Tomé e Príncipe, a formação é um meio claro de promoção social, o que não se produz em todos os países, e é um sinal positivo que pode ser utilizado como argumento para incentivar a educação das crianças.

O sexo do chefe de família não é um determinante claro do nível de riqueza. Os números de crianças pobres nas famílias dirigidas pelas mulheres (26%) não são muito diferentes das dirigidas por homens (23,1%). O comportamento dos três quintis intermédios não é constante (ver quadro 3.1.1).

Finalmente, o determinante do número de membros da família parece desempenhar um papel em prol de um número intermédio de crianças (família composta por 4 a 6 membros), mas as diferenças em comparação com os outros grupos familiares (de 1 a 3 membros e de mais de 7 membros) são muito reduzidas para ser consideradas representativas. Pode-se mesmo assim emitir a hipótese que o trabalho das crianças pode ajudar a família a gerar mais rendimento.

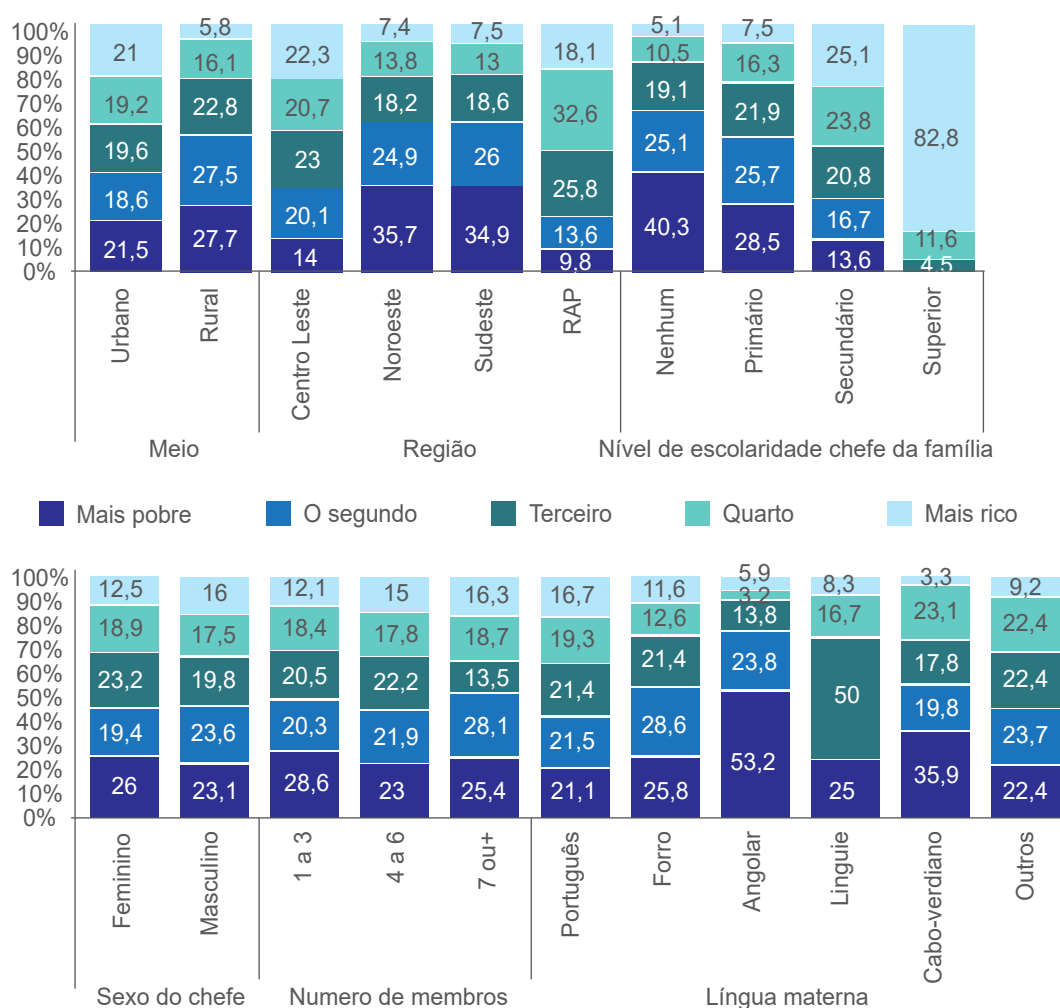
Finalmente, os dados estatísticos sobre a língua materna (que é um proxy da comunidade de origem) revelam que a predominância da pobreza é maior entre as crianças que falam “angolar”: 53,2% das crianças que falam esta língua pertence ao quintil mais pobre. A língua materna é um indicador da comunidade de origem: Os dados sobre a pobreza são um indicador das condições de vida nas comunidades de origem dessas crianças. Eles estão muitas vezes localizados em áreas costeiras do país que são mais vulneráveis aos riscos climáticos, e a sua principal atividade econômica é a pesca, que é uma atividade que produz rendimentos limitados. As crianças que falam o português são em contrapartida mais numerosas no quintil mais rico (16,7%).

da família	Sexo do chefe da família		Número membros			Língua materna					
	Sup.	Masc.	Fem.	1 a 3	4 a 6	7 ou +	Português	Forro	Angolar	Linguie	Cabo-verdiano
0	23,1	26	28,6	23	25,4	21,1	25,8	53,2	25	35,9	22,4
1	23,6	19,4	20,3	21,9	26,1	21,5	28,6	23,8	0	19,8	23,7
4,5	19,8	23,2	20,5	22,2	13,5	21,4	21,4	13,8	50	17,9	22,4
11,6	17,5	18,9	18,4	17,8	18,7	19,3	12,6	3,2	16,7	23,1	22,4
82,8	16	12,5	12,1	15	16,3	16,7	11,6	5,9	8,3	3,3	9,2

²¹ Por conseguinte, as percentagens não devem ser consideradas representativas do conjunto da população. Servem unicamente para comparação dentro de cada variável de estratificação.

²² O rendimento que é atribuído a cada indivíduo é o rendimento médio por habitante de cada família, que é calculado dividindo o rendimento total ganho numa família pelo número de membros. Tal permite a distribuição dos rendimentos entre os membros da família mesmo se certos membros não têm rendimentos.

Gráfico 3.1.1. Crianças em cada quintil de riqueza, por determinantes socioeconômicos, 2014 (%)



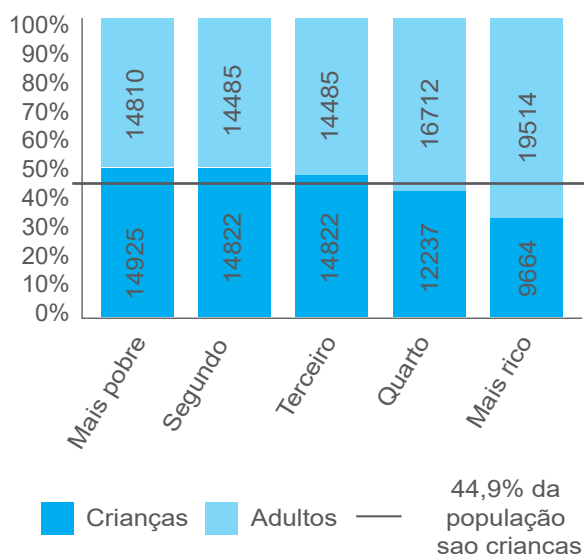
Fonte: Elaborado pelos autores a partir do MICS 5 (INE, 2016)

Quadro 3.1.2 Adultos e crianças em cada nível de riqueza (número e %) e rendimento mensal per capita que corresponde aos adultos e às crianças (Dobras).

Quintil	Adultos		Crianças	
	%	Número	%	Número
Mais pobre	18,3	14.810	22,9	14.925
Segundo	17,9	14.485	22,7	14.822
Terceiro	18,9	15.249	20,7	13.512
Quarto	20,7	16.712	18,8	12.237
Mais rico	24,2	19.514	14,8	9.664
	Dobras/mês	N.º	Dobras/mês	N.º
Rendimento por pessoa	1.365.009	80.770	786.687	65.160

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012) e do IOF (INE, 2010)

Gráfico 3.1.2. Distribuição das crianças e dos adultos, por quintis de riqueza (2012)



Os dados do IV RGPH (INE, 2012) confirmam que as crianças são sobre-representadas nos quintis mais pobres e sob-representadas nos quintis mais ricos (ver gráfico 3.1.2 a esquerda).

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012) e o IOF (INE, 2010)

CONCLUSÃO

Os dados indicam que a incidência da pobreza é mais elevada nas crianças do que nos adultos. Em relação aos determinantes sociais desta situação, o nível de escolaridade dos chefes da família é mais importante, seguido pela língua materna, o meio e pela região de residência. O sexo do chefe de família e o número de membros são determinantes importantes mas em menor medida. Não há nenhuma diferença imputável ao sexo da criança. A médio prazo, é necessário aplicar medidas de proteção social efetivas para garantir um padrão de vida adequado para as crianças, que são as principais vítimas da pobreza monetária em São Tomé e Príncipe. A longo prazo, a educação é um setor chave de grande impacto no nível de riqueza no País no qual será necessário que o País invista.

3.1.2. A pobreza das crianças de acordo com a abordagem multidimensional

INTRODUÇÃO E METODOLOGIA

A pobreza multidimensional das crianças é definida como o incumprimento dos direitos da criança nas dimensões principais da sobrevivência, do desenvolvimento, da proteção e participação.

“A análise da sobreposição das privações múltiplas (MODA) fornece uma abordagem global dos aspetos multidimensionais da pobreza e da privação infantil. É desenvolvido pelo UNICEF para facilitar a análise das desigualdades e para fornecer instrumentos para identificar as crianças desfavorecidas.

A abordagem MODA baseia-se numa definição holística do bem-estar crianças, centrada no acesso a diversos bens e serviços essenciais à sua sobrevivência e ao seu desenvolvimento. Complementar a abordagens monetárias baseadas no consumo, oferece uma imagem mais completa do bem-estar das crianças. Reconhece que as privações que sofrem as crianças são multidimensionais e estreitamente ligadas, e que estas privações múltiplas e cumulativas são mais susceptíveis de ocorrer, e com consequências mais nefastas, em grupos desfavorecidos no plano socioeconómico” (UNICEF, 2012).

A comparação será feita com a média da África subsariana (ASS) no estudo CC-MODA²³ (De Milliano, 2014). Esta comparação não é perfeita, tendo em conta que por um lado, a disponibilidade dos dados em todos os países não é completa, e por outro lado, há países que não produzem dados quantitativos para a dimensão proteção, o que forçou os autores do estudo a considerar apenas cinco das seis dimensões para calcular as taxas de incidência. Por outro lado, no caso de São Tomé e Príncipe, o Comité de pilotagem do estudo sugeriu a inclusão de outros indicadores relevantes nas dimensões Proteção e Habitação. Além disso, o estudo CC-MODA compreende apenas duas faixas etárias: de 0 a 4 anos e 5 a 17, enquanto neste estudo, a segunda faixa etária é dividida em dois, de 5 a 11 anos e de 12 a 17 anos. Todas as razões obrigam a tomar as comparações internacionais com prudência.

MODA:

QUATRO CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS

1. A criança é a unidade de análise (e não as famílias).
2. MODA adopta uma abordagem de ciclo de vida: Fraciona a análise em faixas etárias para refletir as diferentes necessidades da pequena infância, a infância em idade de escolaridade primária e a adolescência.
3. MODA melhora o conhecimento das abordagens setoriais (por exemplo, a nutrição, a saúde e a educação) com uma análise das sobreposições das privações.
4. As sobreposições das privações revelam as características específicas das crianças desfavorecidas, o que pode ajudar a conceber políticas eficazes.

As dimensões escolhidas para a análise MODA são procedentes das recomendações contidas nos diversos artigos da Convenção relativa aos Direitos da Criança (ver quadro 3.1.3), de acordo com o modelo estabelecido na metodologia CC-MODA, com algumas modificações sugeridas pelo Comité de pilotagem deste estudo.

²³ O estudo Cross Country MODA (CC-MODA) é uma aplicação específica da metodologia tendente a identificar as crianças privadas e as suas características nos países de fraco rendimento e de rendimento intermédio. No CC-MODA os grupos de idade, as dimensões, os indicadores e os limiares utilizados para cada país são os mesmos para permitir a comparabilidade internacional (De Milliano, 2014).

Quadro 3.1.3. As dimensões da análise MODA, de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança (1989)

Domínios de direitos	Dimensões	Arte. CDC
Sobrevivência	Alimentação, nutrição	Art.º 24
	Água	Art.º 24
	Saúde	Art.º 24
	Alojamento	Art.º 27
Desenvolvimento	Educação	Art.º 28
	Informação	Art.º 13,17
Proteção	Exploração, trabalho infantil	Art.º 32
	Violência	Art.º 19,37

Fonte: seleção dos autores a partir de De Neubourg e Al (2012a), p. 9.

Cada dimensão é constituída por um conjunto de indicadores que medem a situação de cada criança em relação a certos elementos utilizados como proxy para determinar se a criança é privada ou não. As dimensões e os indicadores utilizados são baseados no inquérito MICS 5 (INE, 2016)²⁴.

Os indicadores utilizados são apresentados nos quadros 3.1.4 (faixa etária de 0 a 4 anos) e 3.1.5 (faixa etária de 5 a 17 anos). Há dois grupos de dimensão em função da idade da criança. Além disso, o grupo de 5 a 17 anos (do CC-MODA) foi dividido em duas faixas etárias: de 5 a 11 anos e de 12 a 17 anos para afinar melhor os resultados.

²⁴ Este aspeto, com o alinhamento da metodologia CC-MODA (que permite comparar os resultados com outros países) condiciona a informação disponível, porque certas questões ligadas à outros direitos da criança não foram analisadas, como o direito aos lazeres (art.º 31º do CDC). Contudo, o conjunto das dimensões compreendidas na análise está muito completo e permite realizar uma avaliação exaustiva das privações das crianças em São Tomé e Príncipe.

Quadro 3.1.4. Dimensões e indicadores para as crianças de 0 a 4 anos

Dimensão	Indicador
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> Alimentação do aleitante e da pequena infância Desnutrição crónica
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Vacinação Assistência qualificada no parto
Água	<ul style="list-style-type: none"> Acesso à uma fonte de água melhorada Distância das fontes de água
Saneamento	<ul style="list-style-type: none"> Acesso às instalações de saneamento melhoradas
Habitação	<ul style="list-style-type: none"> Superlotação dos quartos Materiais para a construção do teto e soalho Eletricidade*
Proteção	<ul style="list-style-type: none"> Violência doméstica

* A introdução deste indicador foi sugerida pelo Comité de pilotagem.

Quadro 3.1.5. Dimensões e indicadores para as crianças de 0 a 17 anos

Dimensão	Indicador
Educação	<ul style="list-style-type: none"> Assistência escolar obrigatória Conclusão do ensino primário
Informação	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidade de aparelhos de informação
Água	<ul style="list-style-type: none"> Acesso à uma fonte de água melhorada Distância das fontes de água
Saneamento	<ul style="list-style-type: none"> Acesso às instalações de saneamento melhoradas
Habitação	<ul style="list-style-type: none"> Superlotação dos quartos Materiais para a construção do teto e do soalho Eletricidade*
Proteção	<ul style="list-style-type: none"> Violência doméstica Trabalho infantil**

* Este indicador foi introduzido pelo Comité de pilotagem.

** Este indicador não se refere ao grupo dos 5-11 anos porque não é aplicável.

Para cada indicador, analisa-se a situação individual de cada criança e a comparamos a um limiar de privação. Por exemplo, para o indicador Eletricidade, considera-se que uma criança é privada se não dispuser de eletricidade na sua casa. No caso do indicador Trabalho o limiar de privação é mais complexo, porque este deve ser determinado em função da idade da criança e do número de horas trabalhadas.

Uma vez que se conhece em que indicadores existem privações para a criança, considera-se que uma criança é privada numa dimensão se for pelo menos privada em um dos indicadores incluídos nesta dimensão. Considera-se que uma criança é pobre se for privada em duas dimensões.

Com estes dados sobre as privações de cada criança, é possível analisar a situação de todas as crianças por faixa etária. As fórmulas estatísticas são apresentadas no anexo 3.

OS RESULTADOS

O quadro 3.1.6 apresenta três medidas da pobreza. A primeira é orientada à medida da incidência e as duas últimas à medida da amplitude (ver metodologia no anexo 3).

- **A taxa de incidência da pobreza multidimensional (H)** representa a percentagem de crianças que sofrem privações multidimensionais.
- **A intensidade média da privação (a)**, representa o número médio de privações das quais sofrem as crianças em situação de pobreza, ponderadas pela dimensão da população de crianças pobres.
- **A taxa de incidência ajustada Alkire-Foster (M0)**: Representa a incidência da pobreza ajustada pelo número médio de privações sofridas pelas crianças pobres.

A percentagem de crianças em situação de pobreza multidimensional é de 70,4% (ver quadro 3.1.6). A intensidade da pobreza multidimensional total A, de 35,4%, não é muito elevada, o que conduz à uma taxa de incidência ajustada M de 25,2%.

Por faixa etária, o que apresenta melhores resultados é a dos 5 a 11 anos, com um total de 67,8% das crianças consideradas pobre. 80,9% dos 0 a 4 anos sofrem de privações em pelo menos duas dimensões.

Quadro 3.1.6. Taxa de pobreza multidimensional

Faixa etária	Números de crianças	Incidência da pobreza (H)	Intensidade média das privações (A-1)	Taxa de incidência ajustada (M0)
Total	4 .466	70,4%	35,4%	25,2%
0 a 4 anos	708	80,9%	51,2%	41,4%
5 a 11 anos	2 .402	67,8%	31,2%	21,1%
12 a 17 anos	1 .356	69,6%	34,6%	24,1%

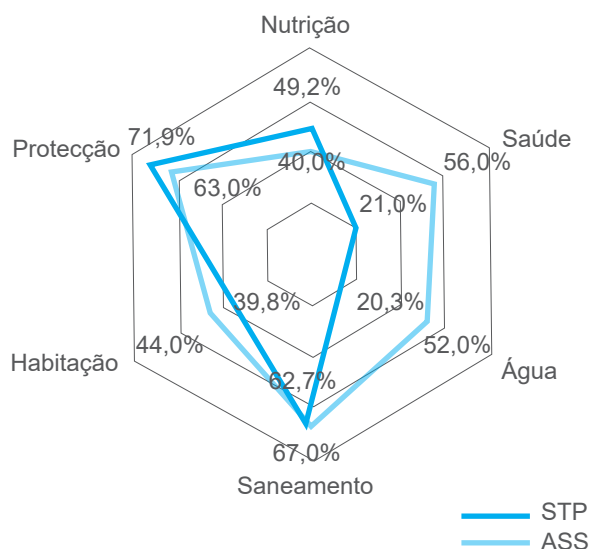
RESULTADOS PARA AS CRIANÇAS DE 0 A 4 ANOS

Como indicado acima, trata-se da faixa etária mais privada nas três taxas indicadas no quadro 3.1.6. O que significa que é o grupo que tem mais crianças pobres (80,9%), mas também que é o grupo onde a pobreza é mais intensa (51,2%). A taxa de incidência ajustada para este grupo é por conseguinte igualmente mais elevada (41,4%).

A situação mais grave aparece na dimensão “proteção” onde 71,9% das crianças são privadas, e para a dimensão Saneamento, onde 62,7% das crianças são privadas. Nesta faixa etária a Proteção compreende apenas o indicador “Violência” e mede a percentagem das crianças de 0-4 anos que vivem em famílias nas quais os adultos utilizam punições corporais como método disciplinar. Ao oposto, encontra-se a dimensão “Água”, na qual apenas 20,3% das crianças sofrem de privações, em especial devido ao tempo necessário para fornecer-se em água potável. Em relação à média da África subsariana, São Tomé e Príncipe apresenta melhores resultados em todas as dimensões, excepto no caso da Proteção e da Nutrição. As diferenças mais notáveis são em Saúde e Água.

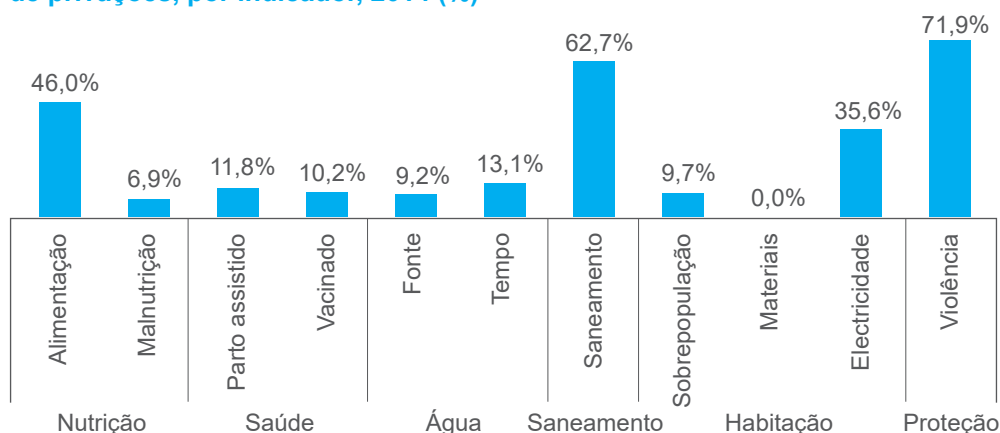
O gráfico 3.1.4 ilustra que na dimensão Nutrição, o indicador alimentação é o que apresenta a percentagem mais elevada de crianças privadas. Na dimensão Habitação, a falta de eletricidade (35,6% dos casos) é a principal causa do valor da taxa da dimensão. Não há umas crianças privadas devido ao material do alojamento.

Gráfico 3.1.3. Crianças de 0 a 4 anos em situação de privação, por dimensão, 2014 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do MICS 5 (INE, 2016) e De Milliano M. e Plavgo, Ilze (2014).

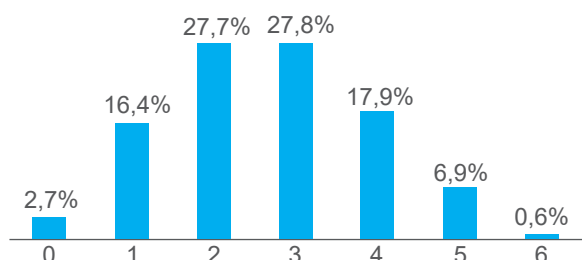
Gráfico 3.1.4. Crianças de 0 a 4 anos que sofrem de privações, por indicador, 2014 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

O gráfico 3.1.5 revela que a maioria das crianças desta faixa etária (27,8%) sofre de 3 privações, 55,5% sofre de 2 ou 3 privações. Veremos mais adiante que se trata do único grupo com este número de privações.

Gráfico 3.1.5. Crianças de 0 a 4 anos, por número de privações, 2014 (%)



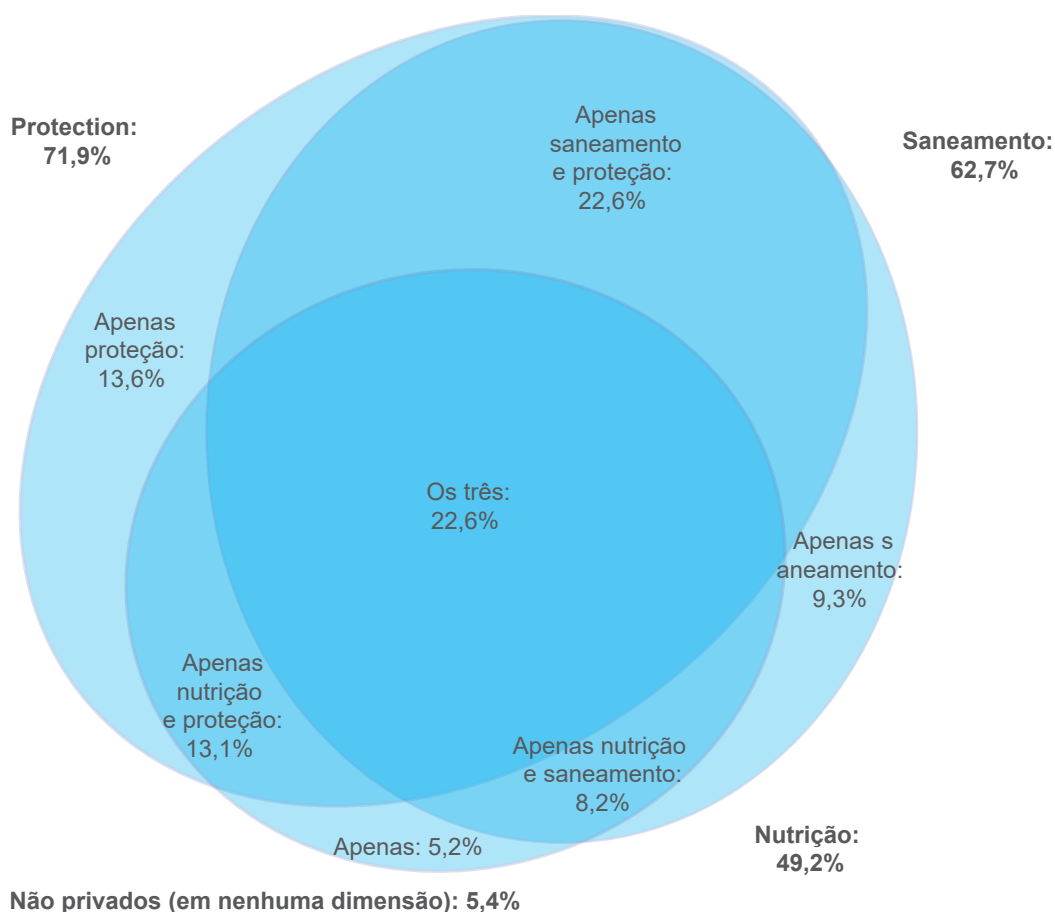
Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

A figura 3.1.1 apresentam a sobreposição entre as dimensões que aumentam mais privações, da proteção (71,9%), o Saneamento (62,7%) e a nutrição

(49,2%). Isso significa que se as políticas públicas desejarem abordar uma das três privações, é necessário considerar a existência da ligação com as outras dimensões. Por exemplo, qualquer intervenção no domínio da nutrição deveria considerar as ligações desta problemática com a falta de saneamento (que provoca doenças diarreicas). A violência é uma violação de direitos mais independente porque está enraizada nos hábitos disciplinares e na conceptualização da infância da sociedade santomense. Esta análise pode ser completada (como veremos abaixo) com uma identificação mais precisa das crianças, com base nos diferentes determinantes socioeconómicos.

22,6% das crianças de 0 a 4 anos são simultaneamente privadas nas três dimensões, Nutrição, Proteção e Saneamento, ou em Proteção e Saneamento, enquanto que a percentagem de crianças privadas apenas em uma dentre elas é muito fraca.

Figura 3.1.1. Sobreposições entre as privações em matéria de proteção, saneamento e nutrição para as crianças de 0 a 4 anos, 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

O quadro 3.1.7 apresenta as taxas de pobreza em função de cada determinante socioeconómico. Um aspeto positivo é que não há diferenças significativas

entre os rapazes e as raparigas em nenhuma dimensão²⁵.

Quadro 3.1.7. As taxas de pobreza multidimensional para as crianças de 0 a 4 anos, por determinante socioeconómico, 2014

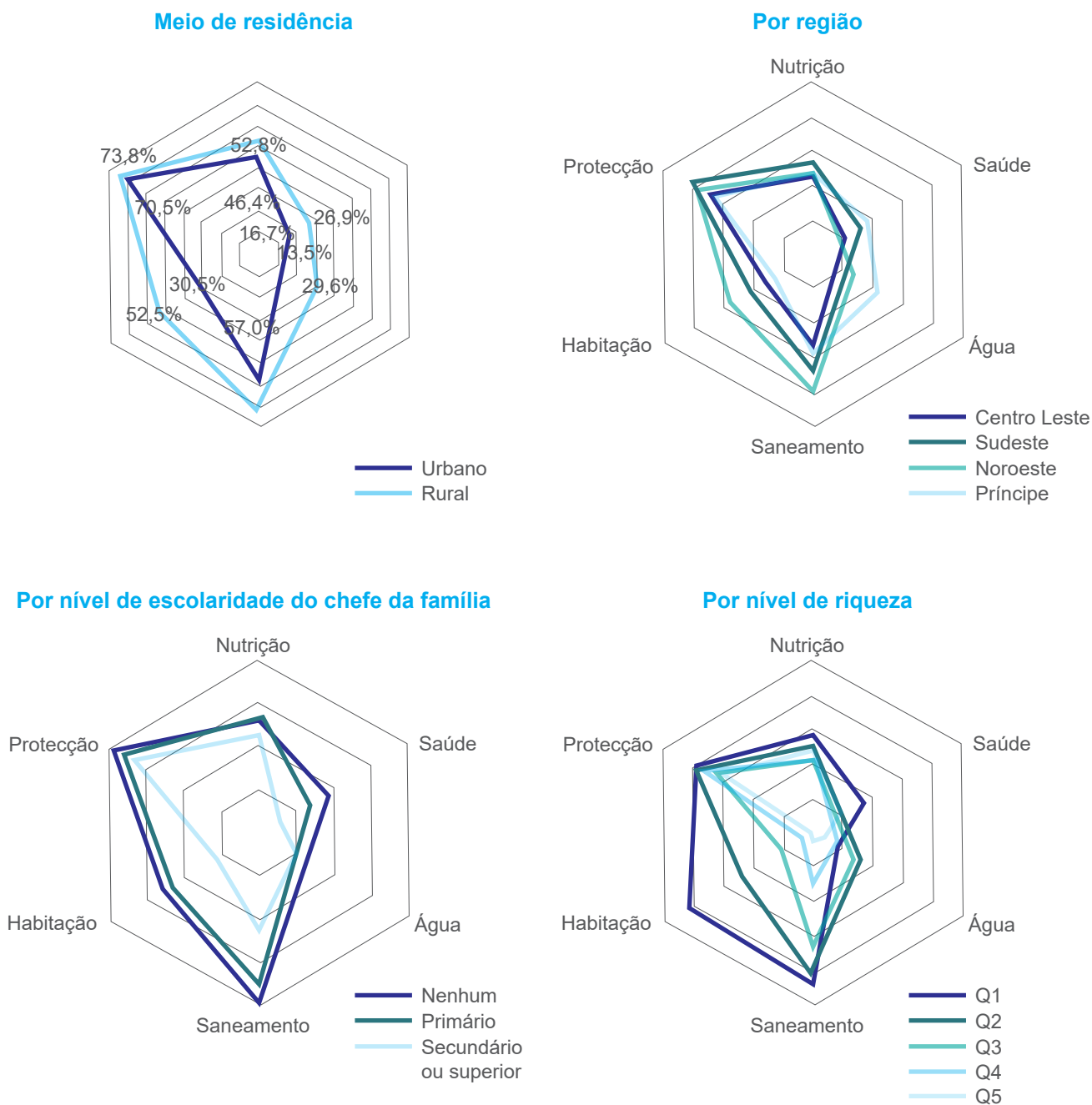
		Nutrição	Saúde	Água	Saneados.	Habitação	Proteção	Taxa de incidência da pobreza	Intensidade média das privações	Taxa de incidência ajustada
	Total	48,2	18,6	20,3	62,6	39,3	71,9	80,9	51,2	41,4
Sexo*	Feminino	46,9	21,7	17,5	61,9	37,5	73,6	80,6	50,2	40,4
	Masculino	51,4	20,4	23,3	63,5	42,2	70,1	81,3	52,2	42,5
Meio de residência	Urbano	46,4	16,7	13,5	57	30,5	70,5	74	47,8	35,3
	Rural	52,8	26,9	29,6	70,4	52,5	73,8	90,4	55	49,7
Região	Centro Leste	52,2	18,1	16,6	51,9	32,7	68,5	75,2	48,4	36,4
	Noroeste	43,3	16,3	23,6	80,3	55,6	76,4	86,5	54,5	47,2
	Sudeste	51,5	29,9	17,2	68,7	42,5	77,6	87,3	52,7	46
	RAP	43,4	34	41,5	58,5	26,4	64,2	83	51,9	43,1
Nível de escolaridade da mãe	Nenhum	50	35	27,5	80	50	77,5	95	55,3	52,5
	Primário	51,8	25,3	20,5	71	47,7	73,3	88,2	52,6	46,4
	Sec. ou superior	44	10,7	18,8	44,4	23,5	68,4	65	46,6	30,3
Nível de riqueza	Mais pobre	55	32,1	16,7	88,5	81,3	75,6	99	58,6	58,1
	Segundo	50	20,7	29,3	82	49,3	73,3	90	54,8	49,3
	Terceiro	40,3	15,8	28,1	67,6	20,1	66,9	79,9	45,8	36,6
	Quarto	48,8	12,2	16,3	30,1	7,3	74	67,5	40	27
	Mais rico	48,3	16,1	6,9	5,7	1,1	65,5	42,5	37,8	16,1

* Não diferenças significativas em nenhum h ou H.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

²⁵ É por esta razão que não foi produzido nenhum gráfico para apresentar as disparidades de género

Figura 3.1.2. Taxa de pobreza para cada dimensão, crianças de 0 a 4 anos, por determinante socioeconómico, 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

O determinante socioeconómico mais importante na pobreza multidimensional desta faixa etária é o nível económico da mãe. As crianças são mais privadas em todas as dimensões (excepto habitação) que as crianças do quintil mais pobre, por exemplo. No que diz respeito ao meio de residência, em geral as crianças do meio rural são privadas mais do que as que habitam em meio urbano (excepto em matéria de protecção e nutrição). O quadro 3.1.7 mostra diferenças importantes em matéria de *Habitação, de Água e Saneamento*, que são as dimensões mais directamente ligadas ao lugar de residência.

RESULTADOS PARA AS CRIANÇAS DE 5 A 11 ANOS

Entre as crianças de 5 a 11 anos a taxa de incidência da pobreza multidimensional é de 67,8%. A taxa de intensidade da pobreza é a mais baixa das três faixas etárias (31,2%), o que conduz a uma taxa de incidência ajustada de 21,1%.

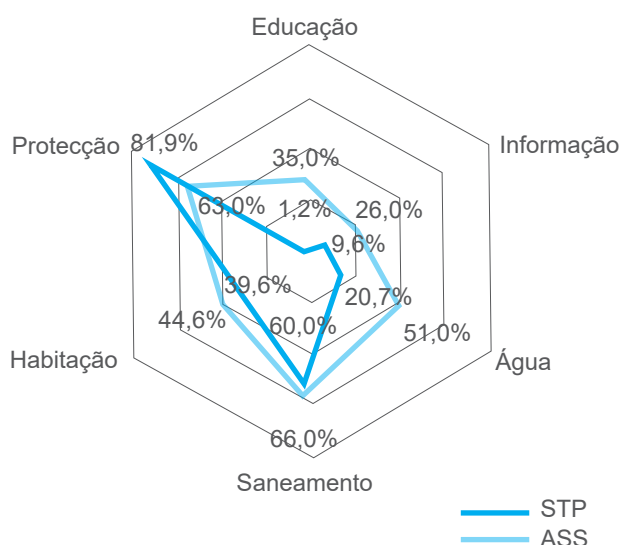
As crianças de 5 a 11 anos são as mais vulneráveis na dimensão Protecção (ver quadro 3.1.8). 81,9% das crianças são privadas nesta dimensão, que se compõe de dois indicadores: *Violência e Trabalho infantil*. O gráfico 3.1.6 revela que é o indicador Violência que cria a privação na dimensão protecção: 75,9% das crianças desta faixa etária é objecto de métodos disciplinares violentos.

Após a dimensão *Protecção*, e assim como nas crianças dos 0 a 4 anos, o *Saneamento* é a dimensão com a percentagem mais elevada de crianças privadas (60%). 39,6% das crianças são privadas na dimensão *Habitação*, em especial devido à falta de electricidade (33,7% dos casos).

No outro extremo do espectro, encontra-se a dimensão *Educação*, praticamente sem crianças privadas (1,2%). A percentagem de crianças privadas na dimensão *Água*, 20,7%, explica-se igualmente pela distância à fonte. Relativamente a dimensão *Informação* poucas crianças são privadas.

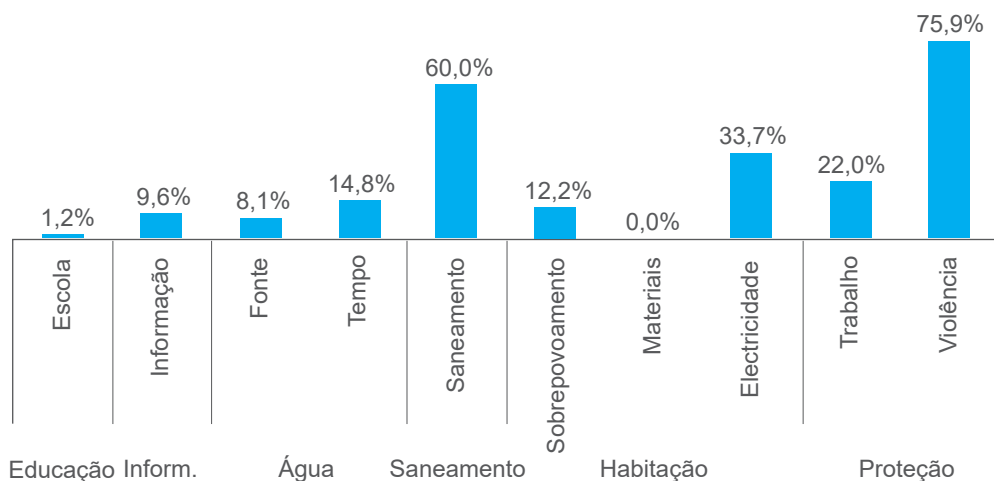
A comparação com a África Subsariana mostra que São Tomé e Príncipe está bem colocado em todos os indicadores, com excepção da dimensão *Protecção*. Convém pois, esclarecer este assunto. Em primeiro lugar, os dados da África subsariana consideram todas as crianças de 5 a 17 anos, o que prejudica os resultados relativos à dimensão *Educação*. Em segundo lugar, no que respeita à dimensão *Protecção*, São Tomé e Príncipe inclui o trabalho infantil. De qualquer modo, na componente violência a privação (75,9%) é mais elevada que na África (63%). As crianças da África continental são igualmente mais privadas nas dimensões *Água e Informação*. Nas duas outras dimensões, os dados são muito similares.

Gráfico 3.1.6. Taxa de crianças de 5 a 11 anos privadas por dimensão, 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do MICS 5 (INE, 2016) e De Milliano M. e Plavgo, Ilze (2014).

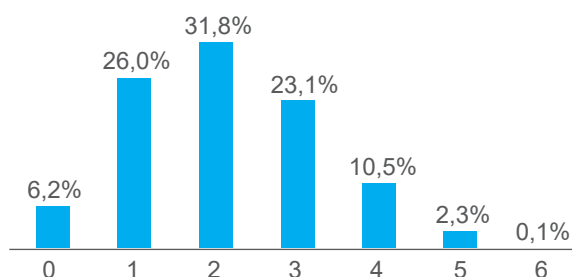
Gráfico 3.1.7. Crianças de 5 a 11 anos privadas, por indicador, 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

O gráfico 3.1.8 mostra uma obliquidade para a esquerda, o que quer dizer que o número de crianças que têm 3 privações é maior. Geralmente, as crianças deste grupo de idade têm 2 privações.

Gráfico 3.1.8. Percentagem de crianças de 5 a 11 anos que sofrem de privações, por número de dimensões, 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

O gráfico 3.1.9 apresenta uma situação mais favorável que nas crianças de 0 a 4 anos. Em várias dimensões há menos sobreposições. Em geral, os

segmentos relativos à situação de privação “em 3 a 5 dimensões” são mais curtos que na faixa etária que precede.

Gráfico 3.1.9. Percentagem de crianças de 5 a 11 anos privadas em cada dimensão, em função do número de privações acumuladas, 2014

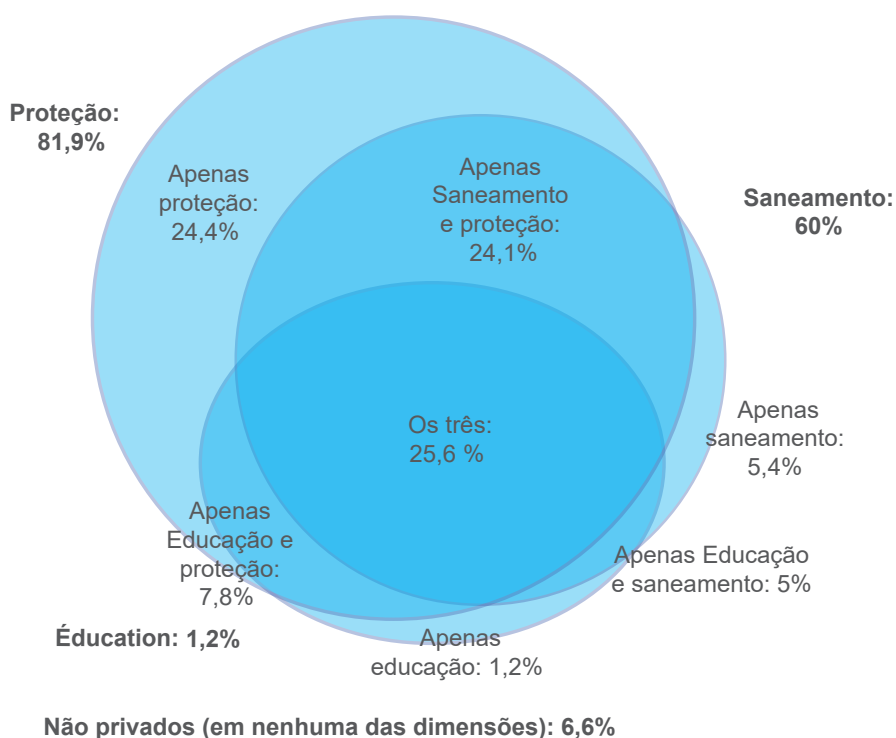


Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

A figura de sobreposições 3.1.3, apresenta a situação das três dimensões com taxas de privação mais elevadas: *Proteção*, *Saneamento* e *Habitação*. A percentagem mais elevada é representada por 25,6% das crianças que são simultaneamente privadas nas três dimensões. Na outra extremidade do espectro encontra-se as que são privadas apenas na dimensão *Habitação*. De um outro ponto de vista, sempre

em relação com estas três dimensões, a maior parte das crianças privadas na dimensão *Habitação* está igualmente nas dimensões *Proteção* e *Saneamento*. Qualquer intervenção pública sobre esta questão deveria considerar que os beneficiários têm outras necessidades concomitantes que devem igualmente ser abordadas.

Figura 3.1.3. Sobreposições entre as privações em matéria de proteção, saneamento e educação para as crianças de 5 a 11 anos, 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Inquérito MICS 5 (INE, 2016)

As taxas de privações em relação às causas determinantes socioeconómicas clássicas são apresentadas no quadro 3.1.8 e na figura 3.1.4. Não há diferenças

significativas em função do género, excepto para a dimensão Água, e este resultado é provavelmente enganoso²⁶.

Quadro 3.1.8. Taxa de pobreza multidimensional das crianças de 5 a 11 anos, por disparidades socioeconómicas, 2014

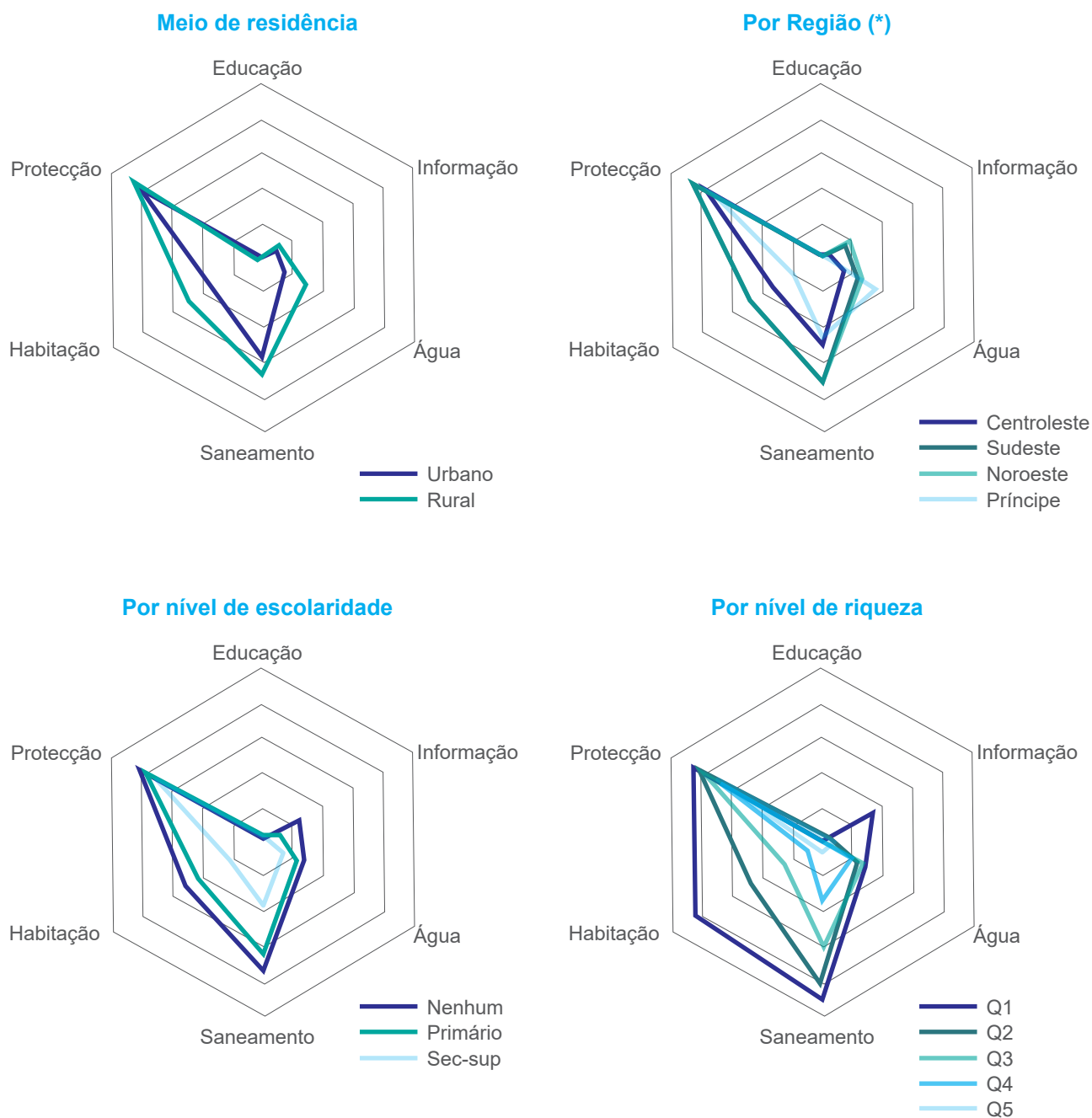
		Educação	Informação	Água	Saneamento	Habituação	Proteção	Taxa de incidência da pobreza	Intensidade média das privações	Taxa de incidência ajustada
	Total	1,2	9,6	20,7	60	39,6	81,9	67,8	31,2	21,1
Sexo*	Masculino	1,1	10	18,5	60,9	39,5	80,8	67,5	45,6	30,7
	Feminino	1,3	9,2	23	59,2	39,6	83,1	68,1	46,4	31,6
Meio de residência	Urbano	1,1	9,6	15	56	33,7	81,9	61	45,4	27,7
	Rural	1,2	9,7	29,2	66	48,1	81,8	77,7	46,7	36,3
Região	Centro Leste	1,1	4,3	14,2	49,3	32,8	77,5	56,1	42,9	24,1
	Noroeste	1,4	16	26	72,6	48,8	86,3	78,6	49,4	38,8
	Sudeste	1,1	14,7	23,1	70,6	47,8	85,5	78,4	47,6	37,3
	RAP	0,6	1,9	34,8	44,9	19	81	66,5	40,3	26,8
Nível de escolaridade da mãe	Nenhum	1,5	24,3	25,2	75,7	52,4	78,6	79,6	50,2	40
	Primário	1,4	10,2	22,7	66,1	44	83,6	75,2	45,9	34,6
	Sec. ou Superior	0,5	2,7	13,6	37,6	22,4	78,8	42,9	43,3	18,6
Nível de riqueza	Mais pobre	1,1	32,8	27,9	88,9	82,9	84,3	96,4	54,4	52,4
	Segundo	2,2	4	22,8	81	47,8	82,1	84,3	44,4	37,5
	Terceiro	0,6	0,4	24	61,6	24,8	84	72,6	39,2	28,5
	Quarto	1,4	0	17,1	32,9	9,6	83,6	44,4	37,3	16,5
	Mais rico	0,3	0	3,6	5,7	4,8	71,5	10,8	35,6	3,9

(*) há apenas diferenças significativas em Água h.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

²⁶ A situação de privação não é estabelecida em função da situação específica de cada pessoa, mas em função do lar, e afetada às crianças que moram neste lar.

Figura 3.1.4. Taxa de pobreza para cada dimensão, crianças de 5 a 11 anos, por determinantes socioeconómicos, 2014



(* os valores para a região Noroeste são muito próximos das da região Centro Leste (ver quadro 3.1.8)

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do MICS 5 (INE, 2016)

O meio de residência apresenta diferenças significativas nas dimensões *Água*, *Saneamento* e *Habitação*: Estas três dimensões estão mais ligadas ao lugar físico onde habita-se. O meio rural é associado a uma maior probabilidade de privações.

Em relação às regiões, há uma coincidência quase total entre o Noroeste e o Sudeste: têm a percentagem de crianças privadas mais elevada na maior parte das dimensões. Para as dimensões *Habitação*, *Saneamento* e *Informação*, a Região Autónoma de Príncipe está bem colocada, enquanto para a dimensão *Água*, está na pior situação.

Em relação ao nível de escolaridade da mãe, as crianças, cuja mãe tem um nível secundário ou superior, têm menos probabilidades de sofrer de privações.

Finalmente, existe diferenças significativas em todas as dimensões entre o primeiro e quinto quintil de riqueza, excluído a dimensão *Educação*. Mas os números são tão baixos (0,2% para primeiro e 1,5% para o quinto) quanto às diferenças, apesar de serem significativos, são mínimas: cinco quintis são associados à uma fraca probabilidade de exclusão educativa.

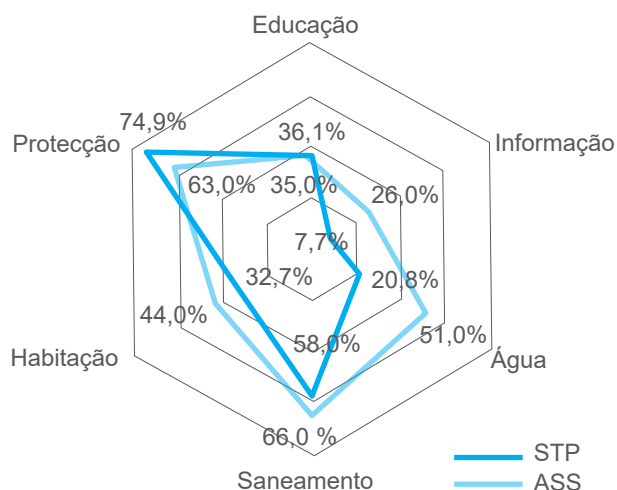
Nas dimensões *Habitação* e *Água* o mais pobre é associado à uma probabilidade muito mais elevada de sofrer privações que em quatro outros quintis, sobretudo mais ricos. Para a dimensão *Proteção*, pelo contrário, os valores são muito mais próximos. Para a dimensão *Informação*, apenas as famílias muito pobres apresentam uma proporção elevada de crianças (32,8%) sem acesso aos meios de comunicação social.

RESULTADOS PARA AS CRIANÇAS DE 12 A 17 ANOS

A taxa de pobreza para as crianças de 12 a 17 anos é de 69,6%. A taxa de intensidade é de 34,6% e a taxa de incidência ajustada é de 24,1%.

Mais uma vez, a dimensão *Proteção* é a que apresenta a incidência mais elevada, seguida de *Saneamento* e *Educação*. Em comparação com a África subsariana, as maiores diferenças situam-se do lado das dimensões *Água* e *Informação*. É necessário ter em conta o fato que os dados da África subsariana se referem à faixa etária dos 5 a 17 anos (os dados para os de 12 a 17 são provavelmente menos positivos).

Gráfico 3.1.10. Taxa de crianças de 12 a 17 anos privadas, por dimensão, 2014

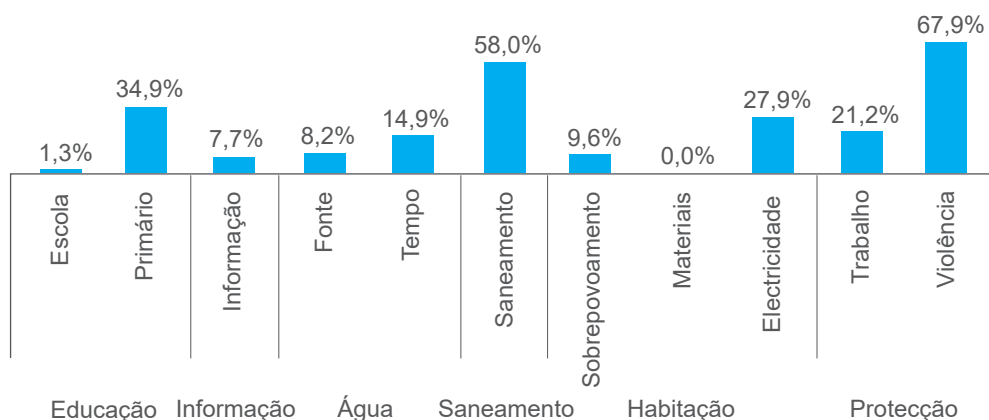


Fonte: Elaborado pelos autores partir do MICS 5 (INE, 2016) e De Milliano M. and Plavgo, Ilze (2014).

O gráfico 3.1.11 destaca a parte muito importante da Violência doméstica na dimensão *Protecção*. A falta de electricidade é a principal razão do valor da taxa

de crianças que sofrem de privações na dimensão *Habitação* (27,9% das crianças não têm electricidade em casa).

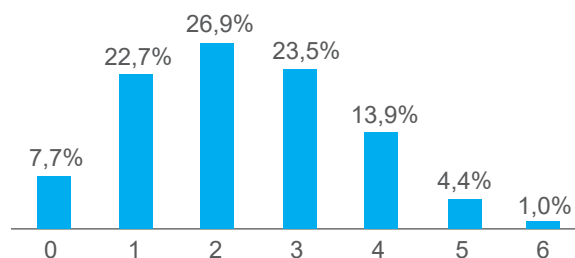
Gráfico 3.1.11. Crianças de 12 a 17 anos que sofrem de privações, por indicador, 2014 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do MICS 5 (INE, 2016)

A maior parte das crianças nesta faixa etária sofre pouco de privações. A maioria (26,9%) sofre de duas privações, 7,7% de nenhuma, e apenas uma em cada cem crianças é privada em todas as dimensões.

Gráfico 3.1.12. Crianças de 12 a 17 anos que sofrem de privações, por número de dimensões, 2014

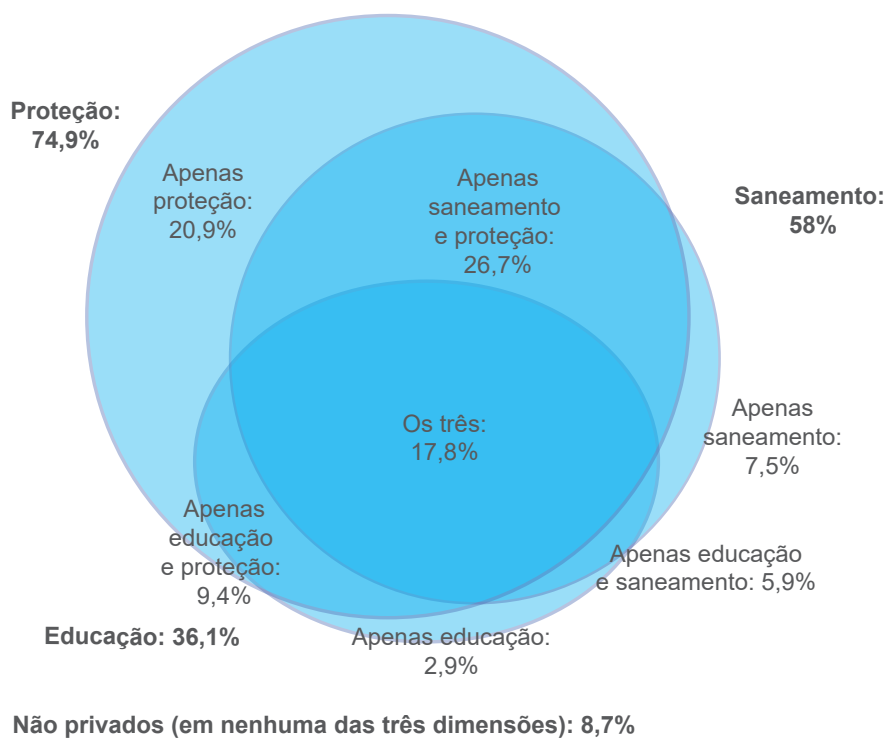


Fonte: Elaborado pelos autores a partir do MICS 5 (INE, 2016)

A figura das sobreposições 3.1.5 destaca de novo a importância de abordar os problemas das crianças de acordo com uma abordagem multissetorial. 17,8% das crianças de 12-17 anos sofrem de privações simultaneamente nos domínios da *Protecção*, do *Saneamento* e *Educação*. 20,9% das crianças

sofrem apenas da privação na dimensão *Protecção*, o que indica indirectamente a importância desta dimensão, que reflecte um comportamento familiar vasto que não é forçosamente vinculado à outras violações dos Direitos das Crianças.

Figura 3.1.5. Sobreposições entre as privações em matéria de Proteção, Saneamento e Educação para as crianças de 12 a 17 anos, 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Inquérito MICS 5 (INE, 2016)

No que diz respeito aos resultados da estratificação, o quadro 3.1.9 e a figura 3.1.6 põem em evidência os efeitos dos diferentes determinantes. Uma vez mais,

as diferenças entre os sexos são mínimas, ainda que para a dimensão Educação os rapazes são mais privados que as raparigas (40,5% contra 32%).

Quadro 3.1.9. Taxa de pobreza multidimensional das crianças de 12 a 17 anos, por disparidade socioeconómica, 2014

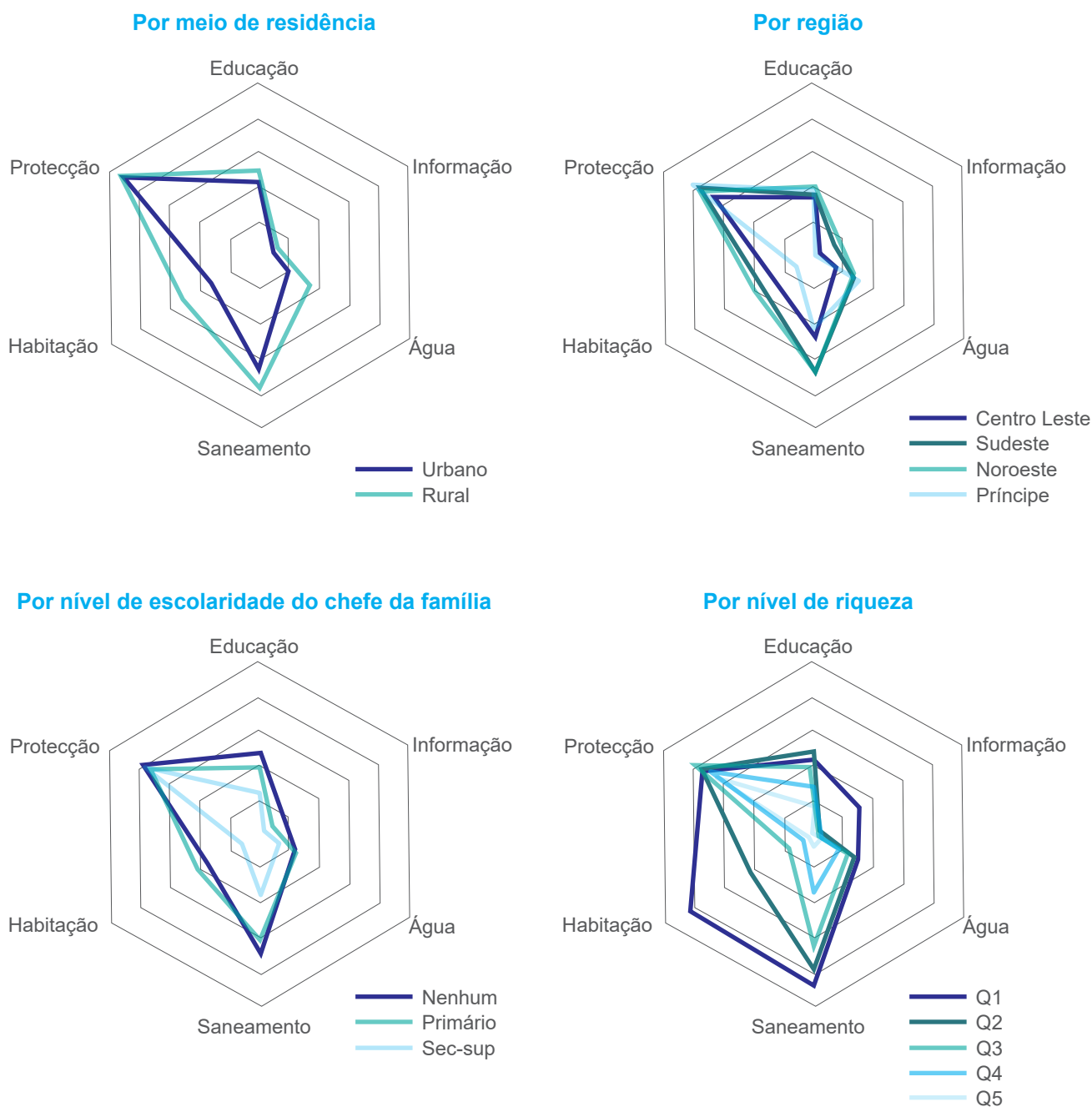
		Educação	Informação	Água	Saneamento	Habitação	Proteção	Taxa de incidência da pobreza	Intensidade média das privações	Taxa de incidência ajustada
	Total	36,1	7,7	20,8	58	32,7	74,9	69,6	34,6	24,1
Sexo*	Masculino	40,5	8,8	22,7	60,4	34,1	76,4	67,5	45,6	30,7
	Feminino	32	6,6	19	55,7	31,5	73,5	68,1	46,4	31,6
Meio de residência	Urbano	33,4	6,6	16	54,1	26,2	74,3	61	45,4	27,7
	Rural	40,4	9,4	28,2	63,9	42,9	75,9	77,7	46,7	36,3
Região	Centro Leste	34,3	3,1	14	48	27,8	68,8	56,1	42,9	24,1
	Noroeste	39	12,8	26,2	68,5	40,7	79,9	78,6	49,4	38,8
	Sudeste	35,9	12,8	26	70,1	38,5	79,3	78,4	47,6	37,3
	RA P	38,5	0	29,5	41	12,8	83,3	66,5	40,3	26,8
Nível de escolaridade da mãe	Nenhum	47,4	18,2	24,1	71,5	36,5	80,3	79,6	50,2	40
	Primário	39,1	7,9	23,4	64,3	39,9	75,4	75,2	45,9	34,6
	Sec. ou Superior	23,7	2,3	12,6	36,8	12,9	71,6	42,9	43,3	18,6
Nível de riqueza	Mais pobre	44,1	31,2	30,2	89,8	83,4	77,6	96,4	54,4	52,4
	Segundo	48,9	4	27,7	80,2	43,9	73	84,3	44,4	37,5
	Terceiro	39,5	0	23,3	66,6	16,9	79,7	72,6	39,2	28,5
	Quarto	28	0,4	17,4	34,7	7,2	76,7	44,4	37,3	16,5
	Mais rico	16,3	0	2,4	7,6	3,6	66,5	10,8	35,6	3,9

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

No meio rural temos, em geral, uma proporção mais elevada de crianças privadas que nas zonas urbanas. Uma vez mais, as maiores disparidades

encontram-se nas dimensões *Habitação*, *Saneamento* e *Água*.

Figura 3.1.6. Taxa de pobreza para cada dimensão, crianças de 12 a 17 anos, por determinante socioeconómico, 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Uma vez mais, os valores em todas as dimensões coincidem com as regiões Noroeste e Sudeste. Não há diferenças significativas entre as regiões para a dimensão *Educação*. A região Autónoma de Príncipe apresenta os melhores resultados para às dimensões *Habitação* e *Saneamento*, e piores para *Água*. A região Centro Este em geral está bem posicionada em todas as dimensões.

É de notar, mais uma vez, que o nível de instrução secundário ou superior da mãe é o determinante que marca às diferenças significativas na probabilidade que uma criança sofre de privações. Assim, em todas as dimensões (excepto para a dimensão *Protecção*) há menos crianças privadas se as mães têm um nível secundário.

O nível de riqueza é outro determinante importante. Pertencer à uma família pobre ou rica gera diferenças significativas em todas as dimensões. As disparidades mais importantes estão nas dimensões *Habituação* e Saneamento, e as mais baixas na dimensão *Proteção*, o que confirma a natureza omnipresente desta privação na sociedade santomense.

CONCLUSÕES

A abordagem multidimensional da pobreza concentra-se na situação individual de cada criança, ao contrário das abordagens monetárias da pobreza ou das análises setoriais. A criança torna-se o centro da análise, que vai tentar determinar em que medida ela é privada dos seus direitos.

Os resultados revelam que em São Tomé e Príncipe, uma percentagem elevada de crianças pode ser considerada pobre (70,4%), em especial o grupo dos 0 a 4 anos (80,9%). Contudo, a intensidade da pobreza é relativamente fraca, excede 50% nas crianças de 0 a 4 anos (é de cerca de 30% nas duas outras faixas etárias).

Em relação aos resultados da África subsariana, São Tomé e Príncipe está numa posição melhor, excepto para as dimensões “*nutrição*” e “*proteção*” na pequena infância, e para a dimensão “*proteção*” para os outros. Trata-se precisamente desta dimensão “*proteção*” que apresenta os resultados mais negativos nas três faixas etárias, o que indica que

as políticas públicas devem lutar contra esta violação dos direitos de maneira prioritária para melhorar a situação das crianças. Contudo, a análise da sobreposição das privações, recorda-nos que esta problemática não se apresenta só, mas acumulada às outras privações. É necessário que as políticas destinadas às crianças reconheçam a natureza multissetorial das vulnerabilidades e que estas sejam tratadas de acordo com esta abordagem.

Embora o nível de riqueza e de pobreza multidimensional tenha diferentes aspetos do bem-estar da infância, o de riqueza é a variável que gera mais diferenças na probabilidade de ser privada: como previsto, as crianças das famílias mais ricas são também as que são menos privadas, praticamente em todas as dimensões.

O meio de residência e o nível de formação da mãe têm uma influência clara nas privações das crianças, de modo que uma criança que vive numa região rural ou que a mãe não estudou o nível secundário ou superior está mais exposta a sofrer de privações que uma criança que mora numa zona urbana ou que o filho de uma mãe mais instruída.

A região de residência é um determinante menos evidente da pobreza multidimensional, as regiões Noroeste e Sudeste apresentam os piores resultados. Por outro lado, as diferenças entre os sexos são mínimas, o que indica que as intervenções destinadas a melhorar a igualdade de género no País são eficazes.

3.1.3. As disparidades inter-regionais em São Tomé e Príncipe : o índice de equidade

O ÍNDICE DE EQUIDADE: ABORDAGEM CONCEPTUAL

De acordo com o UNICEF (2012), “a equidade implica a igualdade no acesso às possibilidades de sobreviver, de alimentar-se, aprender e de desenvolver-se num ambiente favorável e em segurança. A equidade implica assegurar todos os direitos a todas as pessoas em todos os lugares, sem distinção baseada no seu sexo, na sua raça, no seu rendimento, nas suas capacidades físicas ou cognitivas, na sua localização geográfica ou qualquer outra condição”. A quantificação da equidade exige indicar duas perguntas essenciais que são a metodologia e o domínio da análise. Estes dois elementos são estreitamente ligados porque a metodologia a utilizar dependerá do que se quer analisar. Por exemplo, é possível analisar a equidade entre os rapazes e as raparigas, entre os adultos e as crianças, ou entre as diferentes zonas geográficas, etc. evidentemente, todas as dimensões podem cruzar-se na análise para fornecer uma imagem mais clara da equidade num país.

Em 2012, o UNICEF realizou um estudo sobre a equidade no Guatemala, um dos países mais desiguais no mundo. O procedimento utilizado para

analisar as desigualdades regionais baseou-se na construção de um índice a partir de um conjunto de indicadores chave. Neste estudo, a dimensão espacial foi escolhida igualmente como eixo estrutural de comparação: o estudo da equidade centrado no território, definido neste caso como uma construção socioespacial determinada pelas relações entre os habitantes e entre eles e a natureza, permite representar melhor a sua realidade diária. As relações sociais, culturais, económicas, ambientais e institucionais que se exercem num território determinam o bem-estar das pessoas. Além disso, em geral, as privações que têm lugar num território específico produzem-se em combinação com outras carências, de modo que a análise centrada na dimensão territorial tem a capacidade de refletir o conjunto das disparidades.

Em São Tomé e Príncipe, o nível mais local para o qual se dispõe de informações estatísticas é o subdistrito (INE, 2012). Há 18 subdistritos com uma população média de 10.409 habitantes. A capital São Tomé concentra 37,1% da população, o subdistrito menos povoado é Malanza com 1%.

Quadro 3.1.10. Distribuição da população de São Tomé e Príncipe por subdistrito, 2012

Distrito	Subdistrito	Habitantes	%
Lobata	Guadalupe	7.197	3,8
	Conde	2.789	1,5
	Micoló	2.179	1,2
	Santo Amaro	7.842	4,2
Lembá	Neves	12.205	6,5
	Santa Catarina	3.165	1,7
Mé-Zóchi	Trindade	19.659	10,5
	Bombom	10.028	5,4
	Madalena	3.390	1,8
	Caixão Grande	7.335	3,9
	Almas	5.853	3,1
Água Grande	São Tomé	69.581	37,1
	Pantufo	3.510	1,9
Cantagalo	Santana	11.551	6,2
	Ribeira Afonso	6.643	3,5
Caué	São João dos Angolares	4.973	2,7
	Malanza	1.914	1
RAP	Santo António	7.542	4
	Total	187.356	100

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012).

Para a medida da equidade entre os subdistritos, escolheu-se as dimensões e os indicadores a partir das informações disponíveis no IV RGPH (INE, 2012). Escolheu-se 14 indicadores classificados em 7 dimensões, para apresentar de maneira

multidimensional a posição relativa de cada subdistrito em relação aos outros. O quadro 3.1.11 apresenta estes 14 indicadores e a metodologia de cálculo.

Quadro 3.1.11. Dimensões, indicadores e modalidades de cálculo

Dimensão	Indicador	Fórmula de cálculo
Bem-estar Económico	Rendimento per capita (IPC)	Rendimento per capita médio do lar
	Desigualdade de rendimento (DI)	Valor do rendimento médio por pessoa da Q1/valor do rendimento médio por pessoa da Q5
	Desemprego (CHO)	Números pessoas de 18 a 65 anos no desemprego / Número total de pessoas de 18 a 65 anos
Proteção	Registo dos nascimentos (ENR)	Números crianças de 0 a 5 anos registados/totais de crianças de 0 a 5 anos
	Maternidade precoce	Números de nascimentos nos últimos 12 meses de raparigas de 15 a 19 anos/número de raparigas de 15 a 19 anos
Água	Acesso à água potável (ÁGUA)	Números agregados com fonte de água: rede pública com a água tratada, água de chuva, água mineral/total de agregados
Higiene	Acesso ao saneamento melhorado (AM)	Números de agregados com sistema de saneamento conectado à rede de esgotos ou à uma fossa séptica/Total de agregados
Habitação	Crianças que habitam em famílias com eletricidade (ELE)	Números de crianças que habitam em agregados com energia elétrica/Total de agregados
	Agregados com o soalho de terra batida ou de madeira (SOL)	Números agregados com o soalho de terra ou de madeira/Total de agregados
	Agregados com os muros construídos com materiais não adequados (MUR)	Números de agregados com os muros de madeiras/bambus/zinco ou outro/Total de agregados
	Superlotação dos alojamentos (SL)	Números agregados com 3 pessoas ou mais por quarto/Total de agregados
Saúde	Partos assistidos por pessoal qualificado (APQ)	Números de partos assistidos / total de partos
Educação	Taxa líquida de escolaridade primária (TSP)	Números de crianças de 6 a 11 anos escolarizados no primário (de 1ª à 6ª classe) / total de crianças de 6 a 11 anos
	Taxa nítida de escolaridade secundária (TSS)	Números de crianças de 12 a 17 anos escolarizados no secundário (de 7ª a 12ª classe) / total crianças de 12 a 17 anos

Nota: O valor de cada indicador deve ser calculado para cada subdistrito.

Fonte: Elaborado pelos autores

O valor dos indicadores originais para cada subdistrito é normalizado para ser representado numa escala ordinal de 0 a 100%. Um valor de 100% significa que o subdistrito melhor é colocado neste indicador, e um valor de 0%, o contrário.

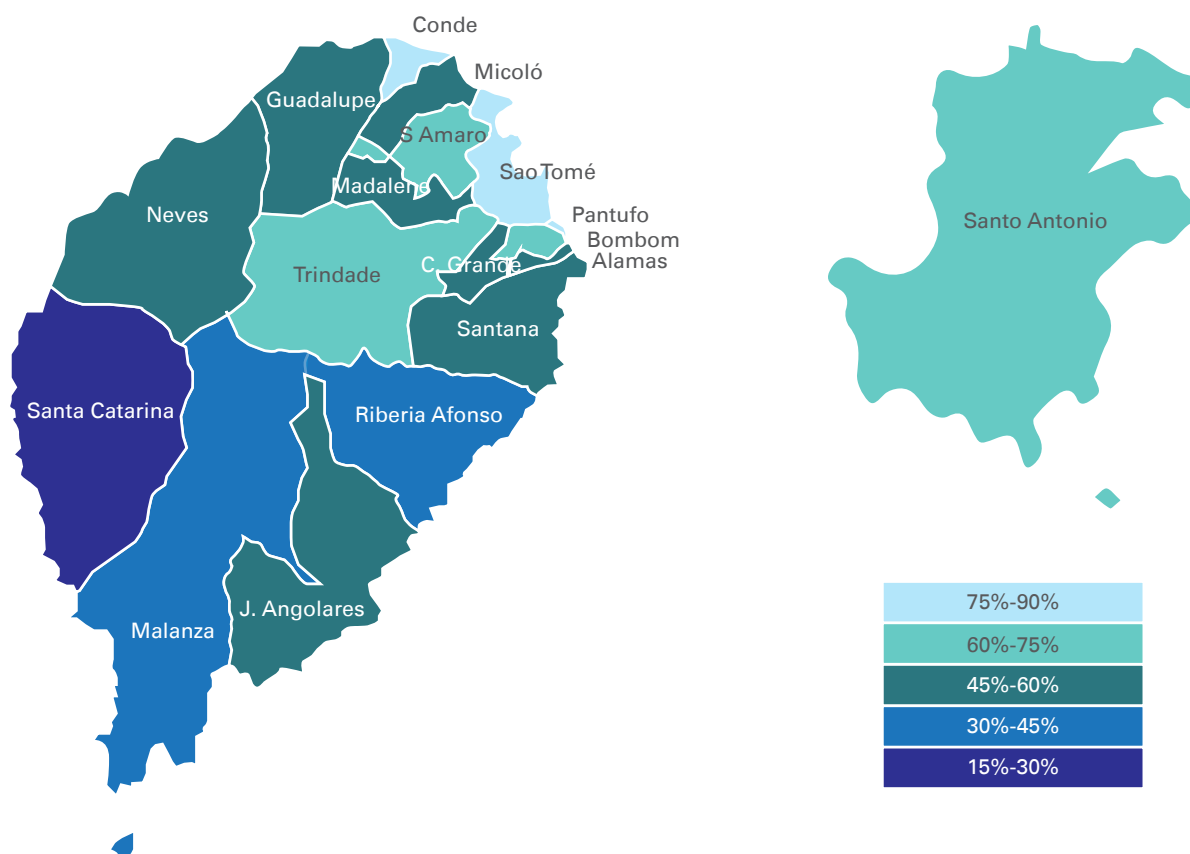
Os detalhes sobre as fórmulas estatísticas são apresentados no anexo 2.

OS RESULTADOS

O quadro 3.1.12. apresenta os 18 subdistritos por ordem de equidade. Os subdistritos com os valores abaixo da média de 56,4%, são assinalados em cor-de-rosa: Santa Catarina, Malanza, Ribeira Afonso, Santana, Almas, Madalena e Micoló.

O mapa 3.1.1 apresenta a distribuição geográfica da equidade em São Tomé e Príncipe. O subdistrito menos equitativo é Santa Catarina (18,1%) no distrito de Lembá. O seguinte é Malanza (32,6%) em Caué. Ao oposto, mais equitativa é a capital de São Tomé (81,6%), em Agua Grande, seguidamente Condé (76,3%) em Lobata.

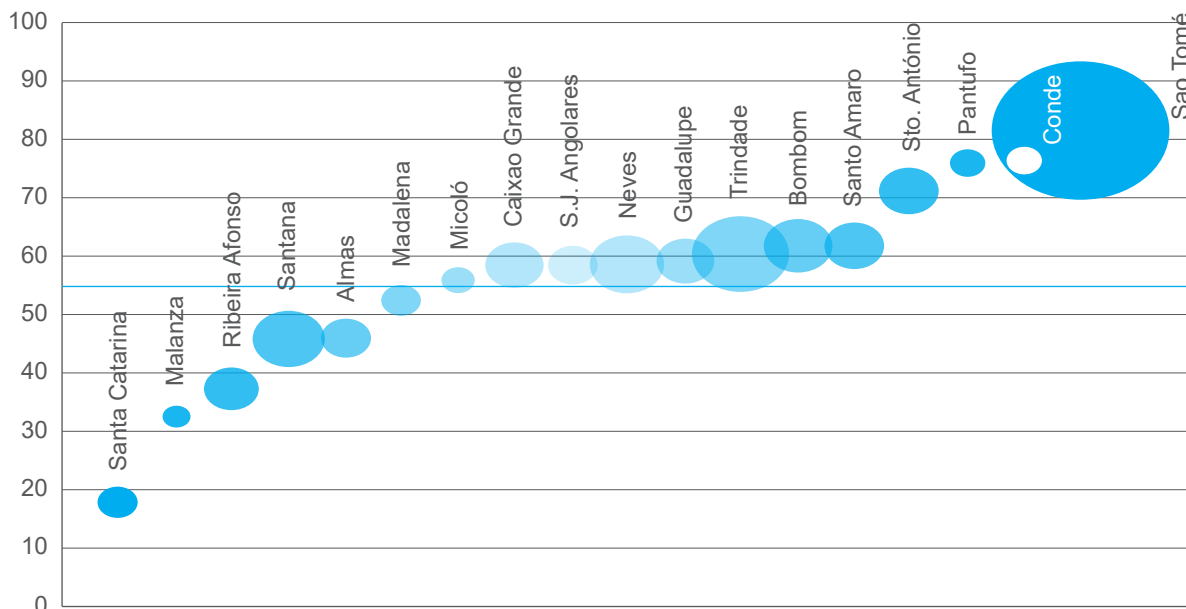
Mapa 3.1.1. Índice de equidade aplicado aos subdistritos de São Tomé e Príncipe, 2012



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012).

O gráfico 3.1.13 apresenta os valores do índice de equidade para cada subdistrito, em combinação com a população de cada subdistrito.

Gráfico 3.1.13: Índice de equidade e população, por subdistrito, 2012



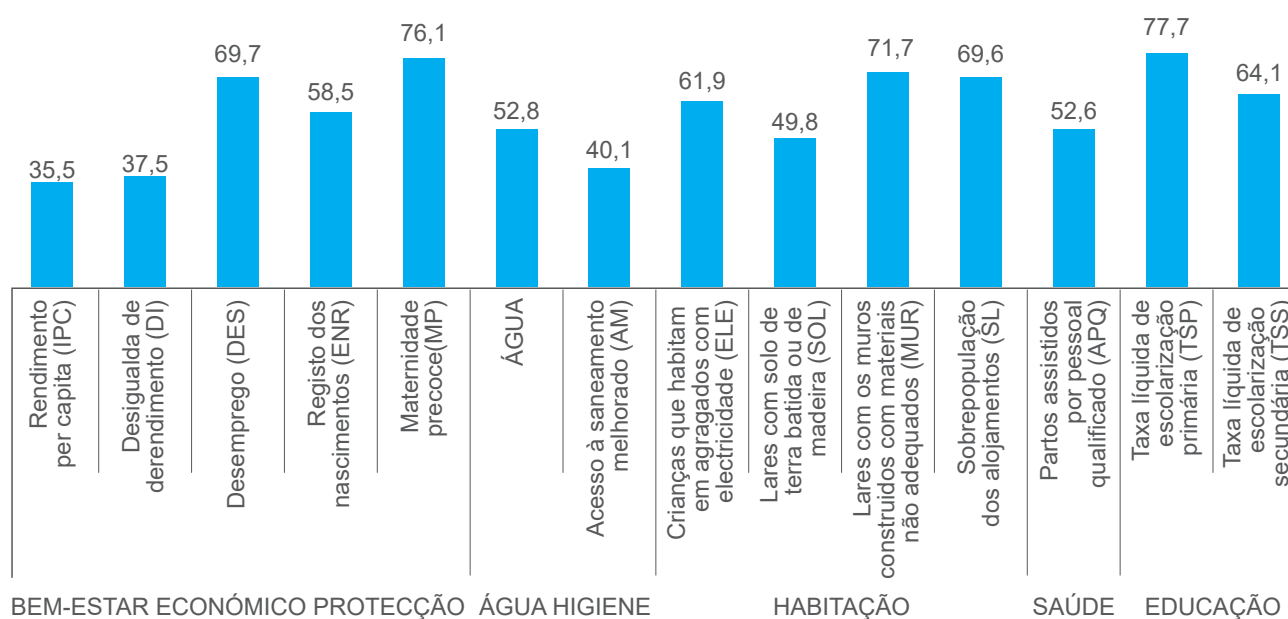
Nota: A dimensão dos círculos indica a população

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

O gráfico 3.1.14 apresenta o grau de equidade de cada indicador, 100 sendo o valor óptimo. Vê-se que entre os subdistritos, os indicadores mais equitativos são a taxa líquida de escolarização primária, os materiais de construção dos muros do domicílio (e de

um ponto de vista negativo, a maternidade precoce e o desemprego). As grandes disparidades entre os subdistritos apresentam-se a nível do rendimento por habitante, o acesso à água e ao saneamento, e os partos assistidos.

Gráfico 3.1.14. A equidade a nível de cada indicador, 2012



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

Quadro 3.1.12. Valores normalizados de cada indicador e o índice de equidade, 2012 (%).

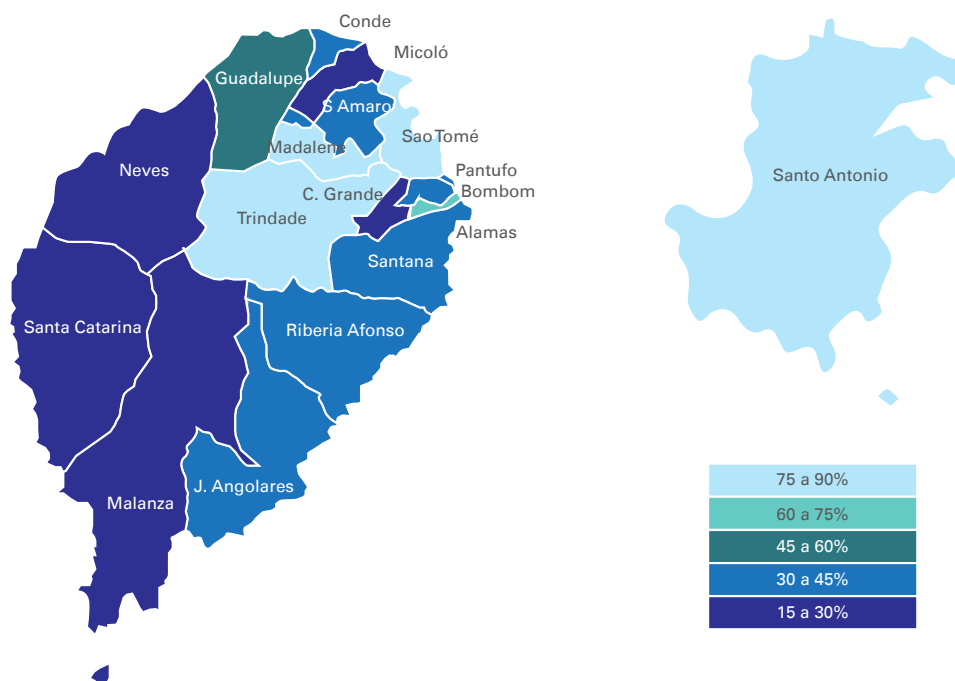
SUBDISTRITO	BEM-ESTAR ECONÓMICO			PROTEÇÃO		ÁGUA	HIGIENE	HABITAÇÃO				SAÚDE	EDUCAÇÃO		ÍNDICE de EQUIDADE
	IPC	DI	CHO	ENR	MP	ÁGUA	AM	ELE	SOL	MUR	SL	APQ	TSP	TSS	
Santa Catarina	1,1	0	0	0	0	0,1	0	0	47,2	100	0	31,9	65,2	49,8	18,1
Malanza	0	90	100	48,3	77	0	13,2	41,7	84,2	14,3	68,2	37,1	0	0	32,6
Ribeira Afonso	32,3	20,6	79,8	48	73,7	21,6	25,2	25,3	79,1	74,8	57,8	17,2	33,6	35,2	37,5
Santana	33,7	10	44,1	68,3	75,8	67	27,2	55,6	37,8	76,2	84	0	70,6	55,5	46
Almas	59,1	7,5	94	17,1	98,9	24,5	44,1	62,8	0	46,9	77,4	22	80,4	69,7	46,3
Madalena	72,9	6,1	93,5	79	81	23,1	15,4	63,3	56,9	99,2	60	44,2	93,4	62,9	52,6
Micoló	7	79,9	86,6	52,6	77,7	70,5	2,8	45,3	68,4	71	68,1	73,6	91,6	29,5	56,2
Caixão G	5,5	23,1	72,3	55,4	89,4	72,5	35,1	81,4	8,9	68,1	82,8	46,6	92,7	84,2	58,4
S.J. Angolares	21,3	40,3	88,8	100	88,9	46,5	38,4	45,7	60,8	0	43,1	100	33,7	50,9	58,5
Neves	10,3	1,8	91,7	57,9	76,9	64,8	24,9	72,9	56,8	99,8	58,7	72	84,3	67,8	58,8
Guadalupe	56,7	27,3	59,5	76,4	47,2	49,7	69,6	64,1	74,8	79,4	77,6	33,5	94,2	65,2	59,4
Trindade	60,5	29,7	65,9	50,6	95,1	62,3	44,2	74,3	41,9	79,4	71,6	33,7	96,5	88,6	60,6
Bombom	34,5	23,9	63,9	51,6	91,2	83,6	48,3	79,3	9,3	72	94,4	45,4	90,5	71,5	62
Santo Amaro	28,7	52,3	68,8	63,7	79,1	54,2	32,5	64,2	61,6	97,4	58	69	94,9	79,3	62,1
Santo António	74	46,2	87,7	95,8	56,6	36,9	54,9	100	100	42,3	91,8	77,2	100	100	71,1
Pantufo	8,9	100	55,1	64,4	68,1	94,8	100	79,7	27,1	93,5	93,2	67,4	93,1	59,6	76,1
Conde	31,9	89,2	45	46	100	100	58	59,5	24,6	90,4	66,8	95,8	94,3	89,4	76,3
São Tomé	100	26,5	57,7	77,8	93,7	79	87,7	98,8	56,2	85,5	100	80,2	88,8	94,8	81,6

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

Os mapas seguintes apresentam a situação de equidade em relação a certos indicadores chave: o nível de rendimento, o acesso às instalações de

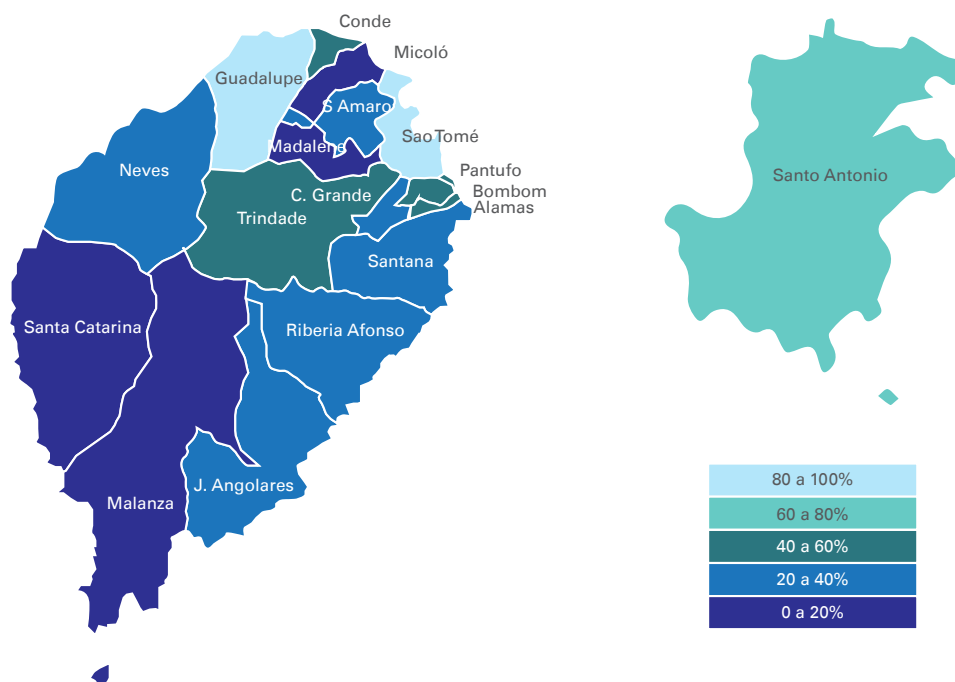
saneamento melhoradas, as taxas de escolaridade primária e secundária e o registo dos nascimentos.

Mapa 3.1.2. A equidade no rendimento per capita, por subdistrito (2012)



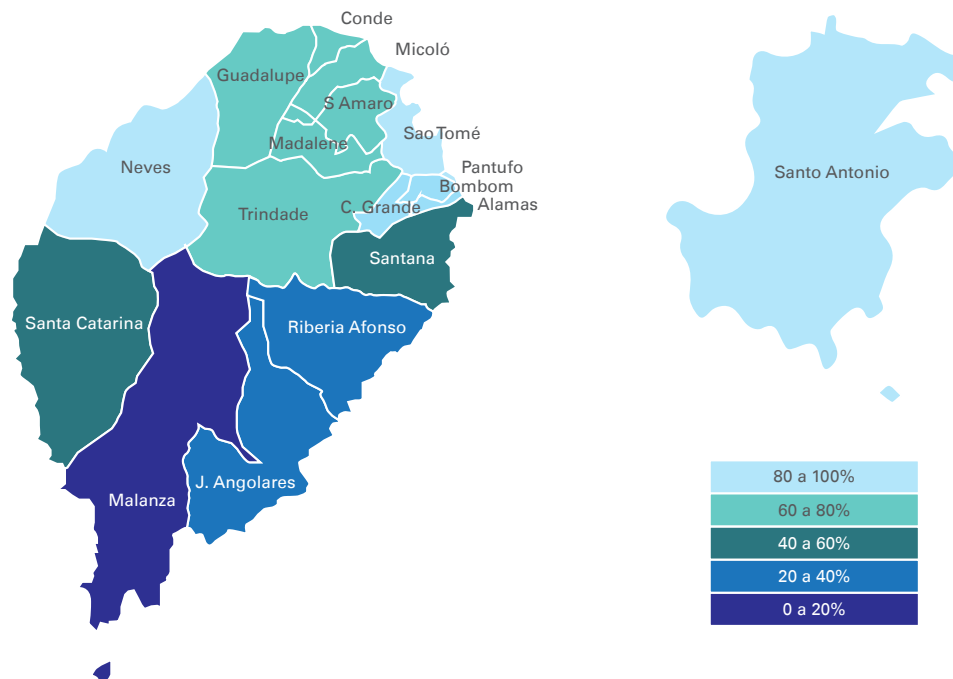
Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012).

Mapa 3.1.3. A equidade no acesso às instalações de saneamento melhoradas, por subdistrito (2012)



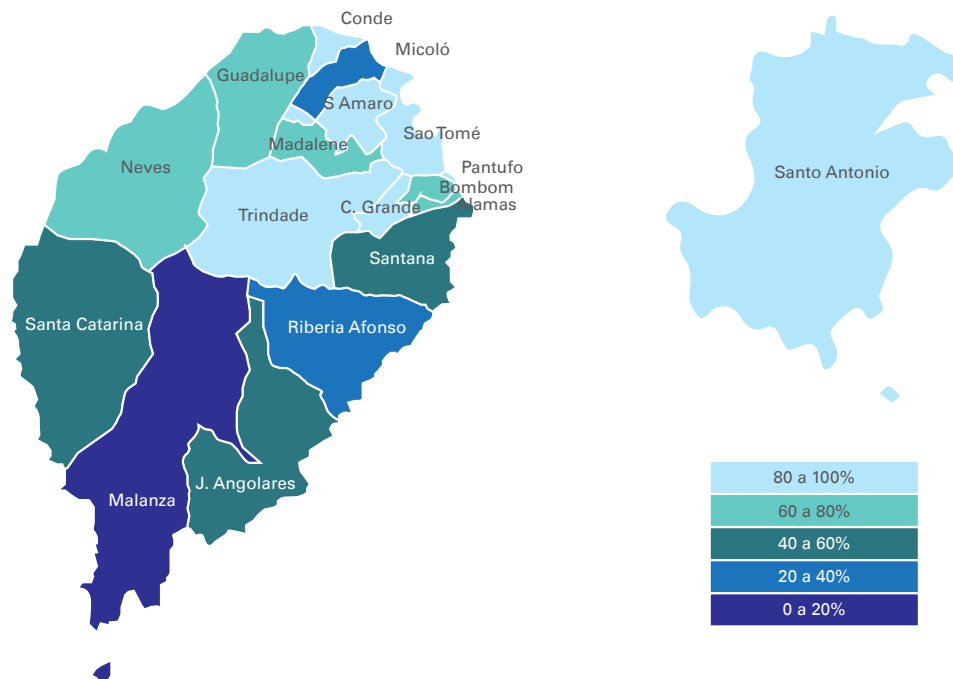
Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012).

Mapa 3.1.4. A equidade na escolarização primária, por subdistrito (2012)



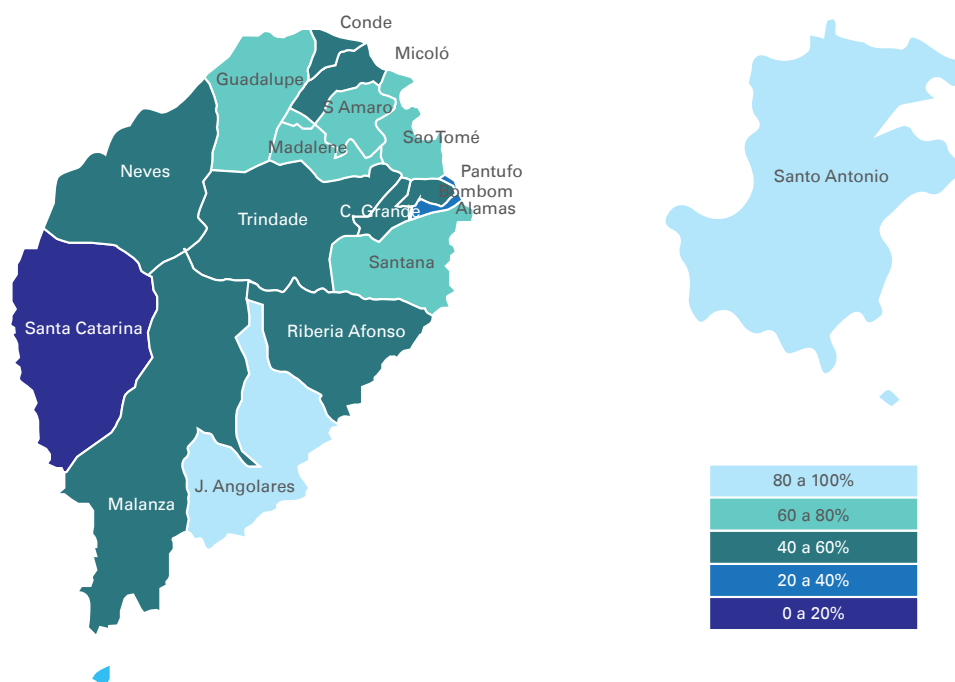
Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012).

Mapa 3.1.5. A equidade na escolaridade secundária, por subdistrito (2012)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012).

Mapa 3.1.6. A equidade no registo dos nascimentos, por subdistrito (2012)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos IV RGPH (INE, 2012).

Os mapas tornam visível a relação entre o saneamento e o nível de rendimento (Mapas 3.1.2 e 3.1.3). A escolaridade primária em contrapartida mostra uma relação muito fraca com o nível de rendimento (3.1.4) devido aos progressos na supressão das barreiras de acesso (a expansão da rede e a gratuitidade). Contudo, a nível secundário (3.1.5) a ligação

com o rendimento ressurge. O registo dos nascimentos (3.1.6) mostra a influência positiva da maternidade de São João dos Angolares. Santa Catarina, é o distrito mais pobre, é igualmente o que mostra mais fraquezas no registo dos nascimentos, apesar da presença da maternidade de Lembá.

3.1.4. O direito à proteção social

A proteção social que nos interessa aqui é toda intervenção pública tendente a reduzir a vulnerabilidade económica ou social. O conceito de vulnerabilidade complementa o da pobreza porque é dinâmico e pode integrar a ação institucional: a vulnerabilidade é a interação entre a exposição aos diferentes riscos e a capacidade dos indivíduos a fazer face a estes riscos (UNICEF, 2012), e esta capacidade (resiliência) é determinada fortemente pela intervenção pública (por meio de políticas económicas e sociais). Por conseguinte, a proteção social visa reforçar a resiliência da população face aos riscos sociais e económicos.

A proteção social não é reservada às populações mais pobres. Na ausência de redes de segurança social todas as pessoas correm o risco de enfrentar choques económicos ou sociais na sua vida: uma doença que impede trabalhar, o período pós-natal, uma intervenção de saúde dispendiosa na família, o falecimento do principal apoio financeiro da família, etc.... Desenvolver sistemas de proteção social com uma abordagem universal e inclusiva é essencial para o desenvolvimento, para uma coesão social.

De acordo com UNICEF (2012) a proteção social é “um conjunto de políticas e programas públicos e privados que visam prevenir, reduzir e eliminar as vulnerabilidades económicas e sociais face à pobreza e às privações”.

PROTEÇÃO SOCIAL SENSÍVEL ÀS CRIANÇAS (CHILD SENSITIVE)

A abordagem “sensível às crianças” implica a necessidade de integrar uma perspetiva de ciclo de vida na definição das políticas de proteção social: as vulnerabilidades das crianças são muito diferentes das dos adultos, porque estão em pleno desenvolvimento e são muito dependentes do seu ambiente imediato e dos serviços públicos. Além disso, as consequências das violações dos seus direitos são mais negativas porque têm consequências irreversíveis (ex.: educacionais, nutritivas, de saúde etc.).

Figura 3.1.7: Componente da proteção social sensível às crianças de acordo com UNICEF (2012)

Transferências sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Transferências monetárias (pensões, transferências para crianças "child-benefits") • Transferências em espécies (programas alimentares, complementos nutritivos, fatores de produção agrícolas)
Programas para assegurar o acesso aos serviços básicos	<ul style="list-style-type: none"> • Registo dos nascimentos • Supressão das despesas de utilização • Seguro de saúde
Serviços de apoio e de guarda	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de cuidados físico-social às famílias • Programas de guarda à domicílio • Serviços de guarda para a pequena infância
Legislação e políticas para a equidade e a não discriminação no acesso aos serviços e as fontes de rendimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Salário mínimo • Licenças de maternidade e de paternidade • Políticas e leis anti-discriminação no mercado do trabalho

Fonte: UNICEF (2012)

O Quadro seguinte apresenta a matriz da intervenção pública em matéria de proteção social de acordo com a abordagem de UNICEF.

Quadro 3.1.13: Matriz da proteção social em São Tomé e Príncipe

Intervenções públicas de proteção social orientadas às famílias e as crianças em São Tomé e Príncipe		
	Orientadas às famílias	Orientadas às crianças e aos adolescentes
Transferências sociais		
Monetários	Transferências monetárias contributivas (Pensões de reforma do INSS, contingências) Transferências não contributivas: Pessoas idosas que contribuíram parcialmente Transferências não contributivas para as pessoas com necessidades especiais	Transferências monetárias condicionadas às mães de família “Mães carenciadas “ Transferências monetárias às crianças órfãs
Em espécie	Programas de alimentação (cantinas sociais) para as pessoas idosas “prato quente”	Programa nacional da alimentação e saúde escolar Suplementos nutritivos às mulheres grávidas
Programas de apoio para aceder aos serviços sociais de base		
À saúde	Subvenções aos medicamentos	Programa dos 1000 primeiros dias Gratuidade nos serviços básicos para as crianças de 0 a 5 anos Gratuidade dos serviços de saúde reprodutiva para os adolescentes
À educação	Programas de alfabetização de adultos	Programas de transporte escolar gratuito
De geração de rendimento	GIME (Grupos de interesse na manutenção das estradas) Microcrédito às mulheres	
Outros		Campanhas de registo dos nascimentos
Serviços sociais de apoio e de guarda		
		Centros para as crianças em situação de rua Programas de educação parental (1000 dias) Infantários, jardins
Legislação e políticas para a equidade e a não discriminação no acesso aos serviços e as fontes de rendimento		
Legislação	Lei n°7/04 quadro sobre a proteção social	Lista das piores formas de trabalho proibidas às crianças Proposta de lei sobre a proteção das crianças e de jovens em situação de risco (finalizada em 2014) Proposta de lei sobre o acolhimento institucional (finalizada em 2014) Proposta de lei sobre as famílias de acolhimento (finalizada em 2014)
Políticas	Estratégia nacional de igualdade e equidade de género Política e estratégia de proteção social (aprovada em 2015)	Estratégia de educação inclusiva (2010) Política de educação (2012) visa à supressão dos custos nos níveis pré-escolares e secundários Política de nutrição e de alimentação (2013) Plano nacional contra o trabalho infantil (2014)

Fonte: Elaborado pelos autores

A PROTEÇÃO SOCIAL EM STP

Os inquéritos nacionais são uma boa fonte para avaliar a proporção da população que recebe ajudas sociais (contributivas e não contributivas) e para analisar as disparidades no acesso à proteção social. Em São Tomé e Príncipe, infelizmente os inquéritos recentes não compreendem a dimensão da proteção social. As estimativas procedentes dos dados administrativos permitem deduzir que os programas de apoio alimentar têm uma cobertura estimada à 68,6% e os de transferências monetárias condicionadas de 13,7% (UNICEF, 2011)

A lei sobre a proteção social (Nº7/2004) concebe uma divisão em três níveis de cuidados: proteção social para os cidadãos (não contributivo), obrigatório (trabalhadores assalariados e trabalhadores independentes), e complementar (pensões privadas não obrigatórias). A análise da intervenção pública em matéria de proteção social não contributiva para as crianças em São Tomé e Príncipe mostra um leque de iniciativas relevantes, mas com lacunas relativas à cobertura (Selvester, 2011) e sem articulação (com exceção do Programa dos 1000 primeiros dias críticos). Esta abordagem de programas dispersados não consegue criar uma base de proteção mínima para a população. Não há programa universal de benefícios familiares para as crianças.

A proteção social contributiva não é orientada diretamente para as crianças mas tem efeitos positivos sobre o rendimento e a segurança do agregado, em 2012, apenas 23,7% da população assalariada era filiada ao INSS, a maioria sendo funcionários públicos (77,4%) o que evidencia um nível baixo de inscrição. 4437 pessoas idosas (45%) recebiam uma pensão de reforma, o que representa 45% das pessoas de mais de 60 anos. 75% das pessoas idosas do País recebem pensões, ainda que o montante seja insuficiente (Política de Proteção Social, 2013)

UNICEF (2012) promove activamente o desenvolvimento de sistemas integrados de proteção social para a infância, com uma abordagem universal, inclusiva e contextual (específico para cada país), e inclina-se a priori pelas intervenções não condicionadas²⁷. Em São Tomé e Príncipe, de modo que as crianças possam frequentar o pré-escolar e o secundário, é fundamental alargar a rede dos serviços e garantir a supressão das despesas de escolaridade. Os indicadores sociais de São Tomé e Príncipe mostram que onde há supressão das despesas ligadas à escolaridade com uma oferta pública suficiente

(ensino primário, vacinação, registo dos nascimentos etc.), as disparidades reduzem-se substancialmente e obtém-se números de utilização muito elevados. As transferências monetárias às famílias em situação de pobreza com crianças devem servir a complementar temporariamente os rendimentos para garantir-lhes o acesso a bens alimentares e de consumo essenciais. Contudo, para garantir o acesso ao serviço de educação ou de saúde, parece mais eficaz trabalhar na sobrepressão dos “user fees”, do que fornecer transferências condicionadas para que as famílias que as recebem paguem por estes serviços: é uma maneira de financiar o acesso aos serviços indiretos e dispendiosos.

O Banco Mundial e UNICEF têm abordagens diferentes em relação à condicionalidade, não obstante, as duas organizações trabalham em parceria na promoção de uma abordagem sistemática e integrada da proteção social²⁸: as vulnerabilidades sociais, económicas e sanitárias são estreitamente ligadas, e requerem uma intervenção integral simultânea.

A POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL

A Direção da Proteção Social do MSAS (agora MEAS), o Comité de PS²⁹, com o apoio de UNICEF e do Banco Mundial desenvolveu uma política e uma estratégia nacional de proteção social em 2013, aprovada pelo poder executivo em Setembro de 2015. O desenvolvimento desta política está alinhado com o eixo 3 “Criação de oportunidades de aumento e diversificação dos rendimentos” da Segunda Estratégia de Luta contra a Pobreza (2012-2016).

A implementação da Estratégia de Proteção Social vai desenvolver instrumentos fundamentais para a gestão multissetorial. A direção da proteção social trabalha neste momento no desenvolvimento de um sistema de informação que vai incluir um registo único de beneficiários, um sistema de acompanhamento e de avaliação e um sistema de queixas, (que é fundamental para evitar os problemas de irregularidades nos pagamentos que são muito correntes nos programas de transferências monetárias).

Ao nível programático, a nova política vai supor o aumento dos benefícios das transferências monetárias e o desenvolvimento de um fundo de trabalhos públicos e cívicos.

²⁷ As intervenções não condicionadas parecem mais próximas de uma perspetiva universalista das políticas sociais e direitos humanos. A condicionalidade implica um aumento dos custos administrativos e os erros de inclusão e de exclusão clássicos da focalização que são difíceis de superar. Até à data não há evidências científicas que m que o pedido de serviços aumenta como consequência da condicionalidade.

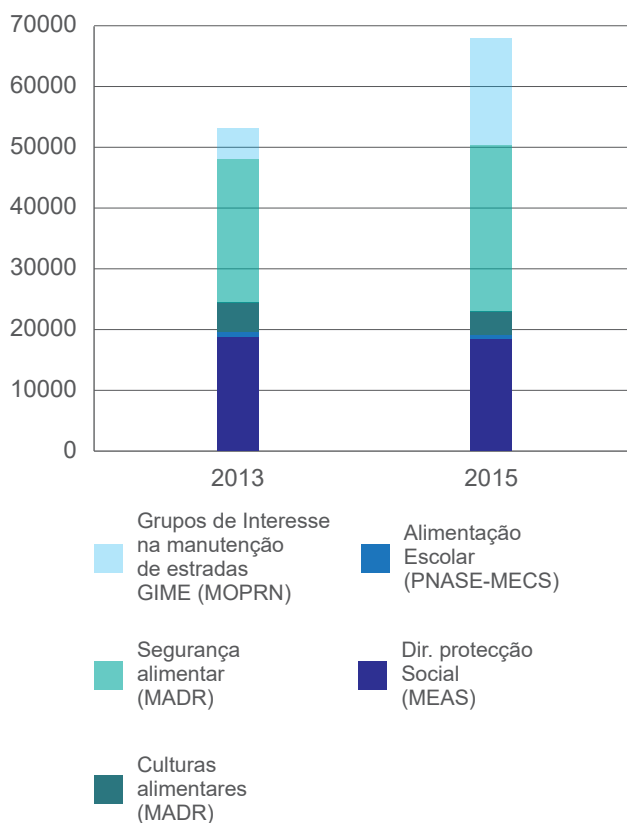
²⁸ Ver UNICEF e Banco Mundial (2013), “Common Ground, Unicef and World bank approaches to Building Social Protection Systems”

²⁹ Comité intersectorial ad hoc criado para supervisionar o processo de elaboração da política de PS

O desenvolvimento das capacidades do pessoal técnico da direção é outro eixo de trabalho importante. Além disso, tal terá um efeito positivo na implementação da política de proteção das crianças, que a direção deve igualmente coordenar.

O financiamento da política é um desafio importante, porque a implementação implica um aumento importante dos recursos orçamentais atribuídos à proteção social. Seria importante manter o financiamento a nível do Tesouro ou a nível de fundos externos não reembolsáveis (doações). Em 2015, o orçamento geral do Estado atribuiu à proteção social 41% do que prevê a política de Proteção social (36 977 milhões de Dobras, 89.934 milhões se considerarmos os programas de segurança alimentar do Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural).

Gráfico 3.1.15: Financiamento atribuído à proteção social e distribuição por programa, 2015 (em milhões de Dobras)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do orçamento geral do Estado 2015

AÇÕES-CHAVE

São Tomé e Príncipe identificou efectivamente as problemáticas do setor da proteção social. O País desenvolveu uma política e uma estratégia que abordam as questões essenciais da expansão progressiva de programas essenciais, melhoria das prestações, a articulação intersectorial, desenvolvimento de sistemas de gestão, de informação e de acompanhamento e reforço das capacidades dos recursos humanos da Direção da Proteção Social.

Os desafios advêm do lado da obtenção dos financiamentos necessários para a implementação da Política de Proteção Social.

Do lado da aplicação da política, se o País optar pela condicionalidade nos benefícios para as crianças (as transferências monetárias), seria importante garantir que a condicionalidade esteja em consonância com a expansão da oferta e da qualidade dos serviços, em especial da educação pré-escolar.

É importante evitar que o abandono escolar devido a falta de eficiência interna prejudique as famílias que recebem os benefícios.

3.2. O direito das crianças à sobrevivência, ao desenvolvimento, a gozar do melhor estado de saúde possível e beneficiar de cuidados médicos

DIREITOS

CONVENÇÃO RELATIVA AOS DIREITOS DA CRIANÇA

Artigo 6: 1. Os Estados Partes reconhecem que qualquer criança tem um direito inerente à vida. 2. Os Estados Partes asseguram na máxima medida possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

Artigo 24: 1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde. 2. Os Estados Partes prosseguem a realização integral deste direito e, nomeadamente, tomam medidas adequadas para: a) Fazer baixar a mortalidade entre as crianças de tenra idade e a mortalidade infantil; b) Assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários; c) Combater a doença e a má nutrição, no quadro dos cuidados de saúde primários, graças nomeadamente à utilização de técnicas facilmente disponíveis e ao fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável, tendo em consideração os perigos e riscos da poluição do ambiente; d) Assegurar às mães os cuidados de saúde, antes e depois do nascimento; e) Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes; f) Desenvolver os cuidados preventivos de saúde, os conselhos aos pais e a educação sobre planeamento familiar. (...)

CARTA AFRICANA DOS DIREITOS E DO BEM-ESTAR DA CRIANÇA

Artigos 5º; 14º e 20º (2) (a).

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Artigo 50º: Direito à proteção da saúde 1. Qualquer pessoa tem direito à proteção da saúde e o dever de defendê-la. 2. Cabe ao Estado de promover a saúde pública, tendente a garantir o bem-estar físico e mental das populações e a sua integração equilibrada no ambiente sócio-ecológico no qual vivem, de acordo com o sistema nacional de saúde.

DESENVOLVIMENTOS LEGISLATIVOS NACIONAIS

Decreto-lei nº59/80 que aprova o Código Sanitário da República Democrática de São Tomé e Príncipe. Regulando as atribuições do Estado relativas à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil e define as responsabilidades das instituições públicas. Consagrando o princípio de universalidade sobre a saúde.

Decreto-lei nº7/81 de criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), definindo e organizando a estrutura dos serviços e as atividades institucionais dos cuidados de saúde às crianças e mulheres. Organiza o sistema em três níveis: os postos de saúde, os centros de saúde dos distritos para o nível primário e os hospitais para o nível secundário e as especializações.

POLÍTICAS NACIONAIS

Carta sanitária (2012)

Política Nacional de Saúde (2012)

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012)

Política Nacional de Luta contra a SIDA (2003).

Política Nacional de luta contra o Paludismo (2003).

Plano Nacional de Saúde Reprodutiva (2012-2016),

Roteiro Nacional para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal (2008-2015)

Política de Nutrição e Alimentação (2013)

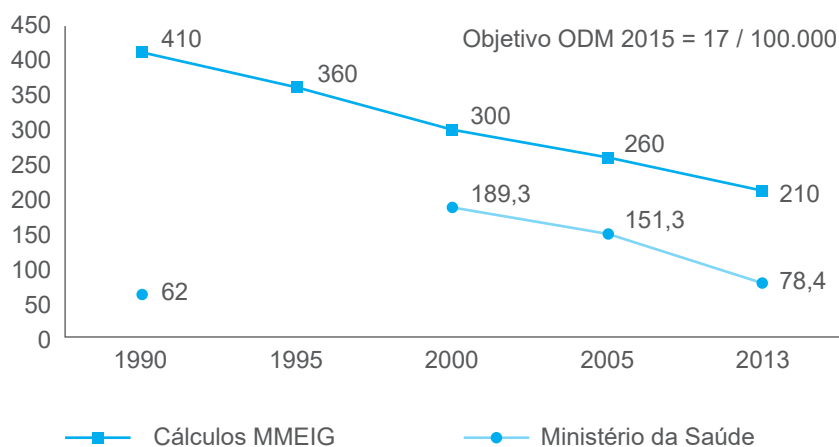
3.2.1. Levantamento, principais desafios e disparidades

A MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

As taxas de mortalidade materna, neonatal (das crianças de 0 a 28 dias), infantil (crianças de menos de 1 ano) e infantojuvenil (crianças de menos de

5 anos) mostram reduções substanciais e contínuas desde 1995.

Gráfico 3.2.1: Evolução da taxa de mortalidade materna em São Tomé e Príncipe de 1990 a 2013, por 100.000 nados-vivos



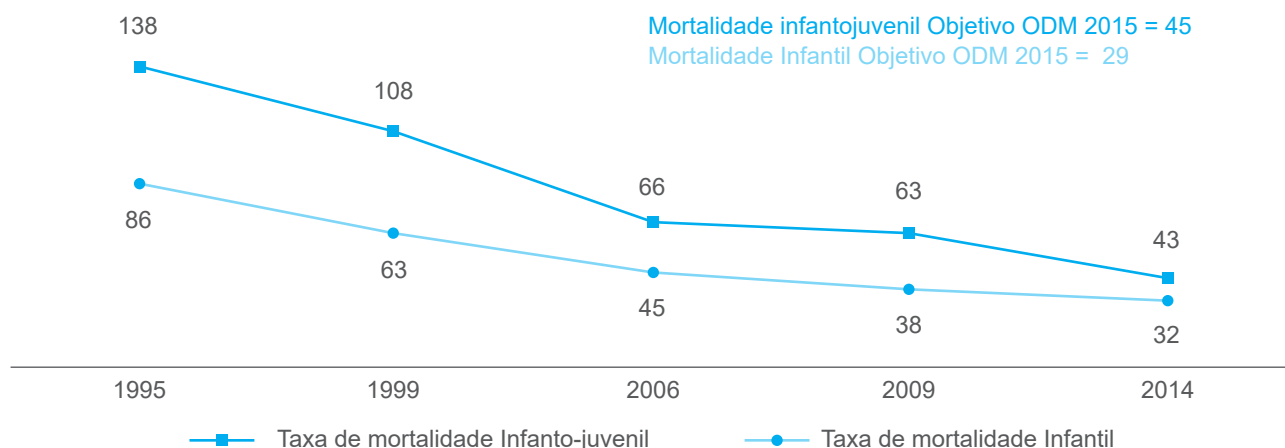
Fontes: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Direção dos Cuidados de saúde, Ministério da Saúde (3º relatório WCO, UNDP São Tomé e Príncipe) e do United Nations Maternal Mortality Estimations Interagency Group (MMEIG)

O MICS 5 (INE, 2016) apresenta conclusões paralelas aos dados do Ministério da Saúde: de acordo com o relatório preliminar do inquérito a taxa de mortalidade materna em São Tomé e Príncipe é de 79/100.000 nados-vivos. A tendência para redução é clara, mas o objectivo ODM nacional de reduzir de três quartos, entre 1990 e 2015 a taxa de mortalidade

materna (equivalente à 62/100.000 em 2015) não é atingida (PNUD, 2014).

Em São Tomé e Príncipe um número crescente de crianças atinge a idade de 5 anos. A evolução das taxas de mortalidade infantil³⁰ e infantojuvenil³¹ mostra uma redução contínua desde 1995.

Gráfico 3.2.2: Evolução das taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil, de 1995 à 2015 (por mil nados-vivos)

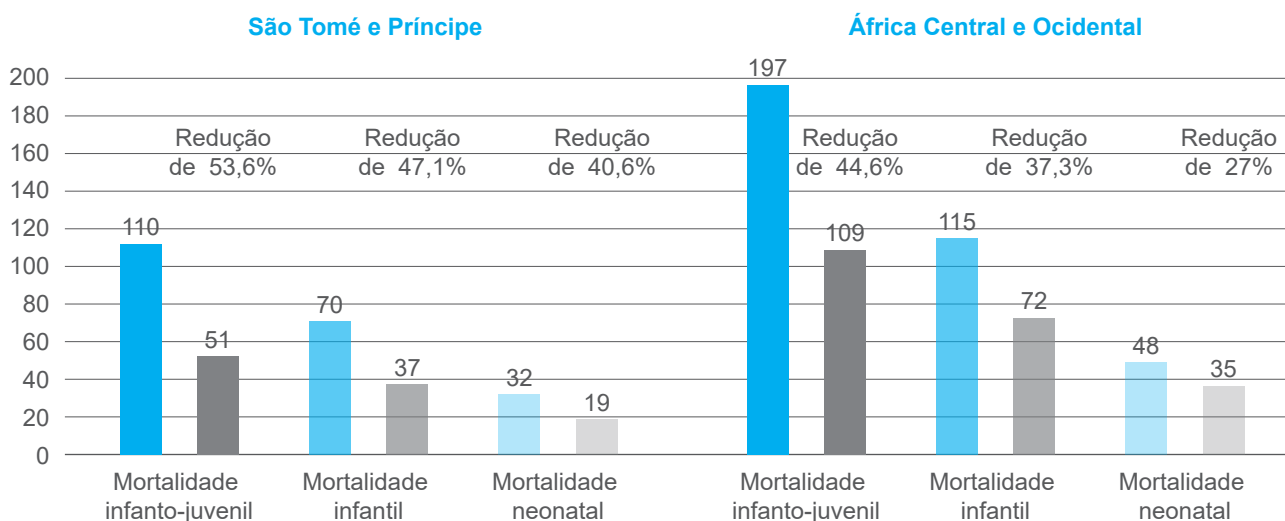


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados o MICS 1 (INE, 1995), MICS 2 (INE, 2000), MICS 3 (INE, 2006), IDS (INE, 2009), MICS 5 (INE, 2016)

Esta redução da mortalidade da pequena infância está intimamente associada com as tendências internacionais. Os cálculos do Grupo Interagência para a estimativa da mortalidade infantil UN IGME permite

estabelecer a evolução destes indicadores (de 1990 a 2013), e compará-lo com a média da região da África central e Ocidental.

Figura 3.2.1. Evolução das taxas de mortalidade infantojuvenil, Infantil e neonatal de 1990 a 2013 (por mil nados-vivos)



Fontes: Elaborados pelos autores a partir dos cálculos de UN IGME (2013)

³⁰ Probabilidade de morrer entre o nascimento e o primeiro aniversário

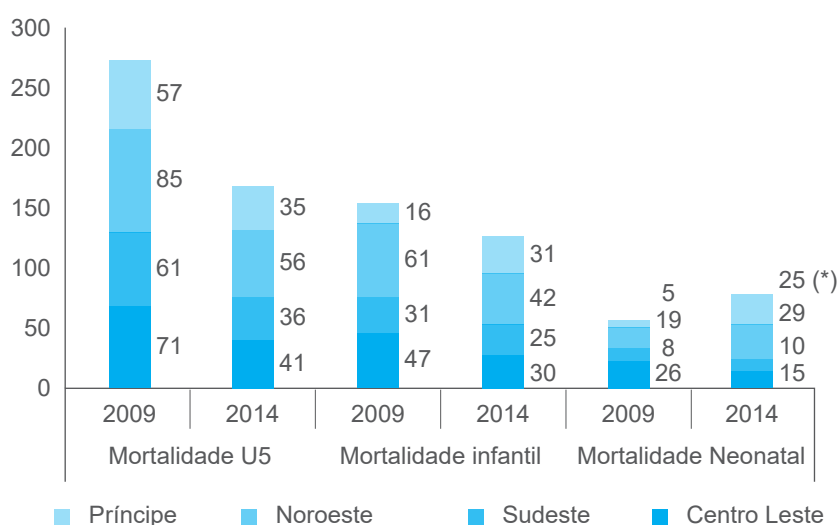
³¹ Probabilidade de morrer entre o nascimento e o quinto aniversário

Os números de partida e os progressos de São Tomé e Príncipe na redução das taxas de mortalidade neonatal, infantil e infantojuvenil são claramente superiores aos do conjunto da região. O ODM “reduzir de dois terços, de 1990 a 2015 a mortalidade das crianças de menos de 5 anos” (45 por mil) é atingido em São Tomé e Príncipe desde 2014 (data de realização do inquérito MICS 5).

Contudo, é necessário reduzir a taxa de mortalidade das crianças de menos de 1 ano (32 por mil de acordo com o MICS 5) e o de recém-nascidos, que representa 41,9% dos casos de mortalidade das crianças de menos de cinco anos (ver gráfico 3.2.4).

A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS NA MORTALIDADE DA PEQUENA INFÂNCIA

Gráfico 3.2.3. Evolução das taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil, por região 2009 e 2014



(*) os dados relativos à RAP provêm de casos muito pouco numerosos, devem ser tomados com precaução.

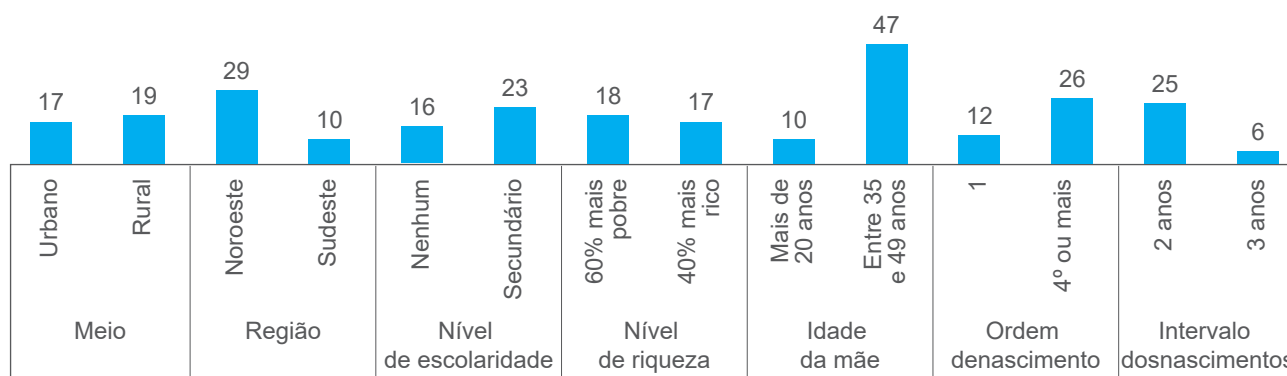
Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016), IDS (INE, 2009)

O gráfico 3.2.3 apresenta uma redução significativa da mortalidade infantojuvenil e infantil no conjunto das regiões, as regiões Noroeste e Centro-Este têm melhores desempenhos. A mortalidade infantil na Região Autónoma de Príncipe parece ter-se

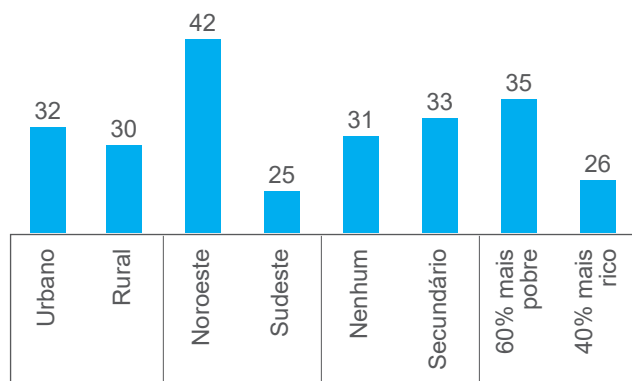
agravado (a taxa passou de 5 por 1000 em 2009 e de 25 por 1000 em 2014), mas as estatísticas são produzidas a partir de casos muito pouco numerosos, convém por conseguinte tomar estes dados com precaução.

Figura 3.2.2. Os determinantes socioeconómicos da mortalidade das crianças, 2014

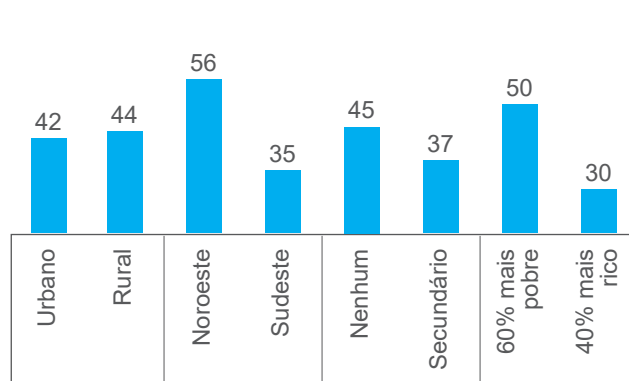
Taxa de mortalidade neonatal, principais diferenças por determinantes socioeconómicos (por mil)



Taxa de mortalidade infantil, principais diferenças por determinantes socioeconómicos, (por mil)



Taxa de mortalidade infantojuvenil, principais diferenças por determinantes socioeconómicos, (por mil)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

A partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016), representados na figura 3.2.2, pode-se concluir que a região de residência é o determinante mais importante da mortalidade das crianças. Excepto no caso da mortalidade neonatal, onde o determinante mais importante é a idade mais avançada da mãe (entre 35 e 49 anos). A região Noroeste é a que tem as taxas de mortalidade de crianças mais elevadas (29/1000 neonatal, 42/1000 infantil e 56/1000 infantojuvenil). O nível de riqueza é importante no caso da mortalidade infantil e infantojuvenil, mas não a nível da mortalidade neonatal, o que revela o impacto positivo das políticas universais de saúde reprodutiva. A nível da mortalidade neonatal, excepto a idade da mãe, os nascimentos pouco espaçados (2 anos) ou numerosos (4 ou mais) são igualmente determinantes importantes de mortalidade.

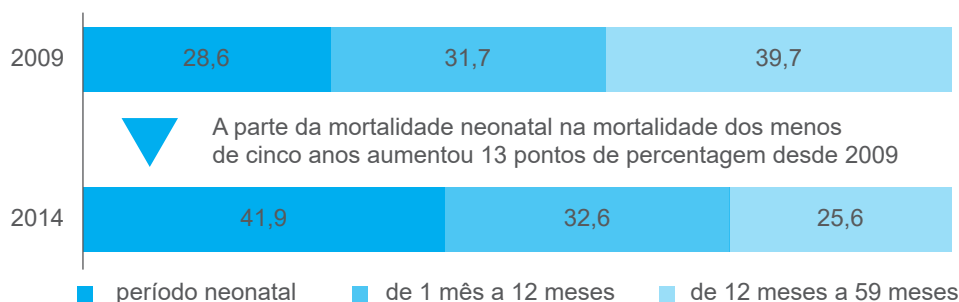
O QUE REVELAM OS GRANDES NÚMEROS: A VULNERABILIDADE SANITÁRIA DOS ALEITANTES

Como no plano internacional, em São Tomé e Príncipe, a mortalidade das crianças de menos de cinco anos reduziu mais rapidamente que a mortalidade neonatal. O período neonatal (os 28 primeiros dias de vida) é o mais vulnerável para a sobrevivência das crianças.

De acordo com os dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016), em São Tomé e Príncipe, quase metade das crianças que morrem antes da idade de cinco anos morrem durante o seu primeiro mês de vida. A parte da mortalidade neonatal na mortalidade da pequena infância (41,9%) é maior que na África subsariana (34%) (UN IGME, 2013)³².

³² São Tomé e Príncipe aproxima-se assim das regiões desenvolvidas, nas quais o rácio de mortalidade neonatal na mortalidade da pequena infância é de 56% (UN IGME, 2013).

Gráfico 3.2.4. Proporção da mortalidade neonatal e pós-neonatal na mortalidade das crianças de menos de 5 anos, 2009 e 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016), e o IDS (INE, 2009)

De acordo com o UNICEF (2014), estes rácios elevados produzem-se devido à redução da mortalidade nos períodos pós-neonatal³³, que se reduz a um ritmo mais rápido que a mortalidade neonatal. Contudo, em São Tomé e Príncipe os dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016) e do Inquérito Demográfico e Saúde (INE, 2009) revelam uma estagnação da mortalidade neonatal desde 2009 (taxa de 18 por mil).

FRACO PESO DE NASCIMENTO

O fraco peso de nascimento (menos de 2,500 gramas) é um indicador chave do estado de saúde dos aleitantes com implicações sobre a mortalidade e a morbidade. O fraco peso de nascimento deve-se a um atraso de crescimento intrauterino ou um nascimento prematuro (entre outros). Em 2014, 8,4% das crianças nascidas desde 2012 pesaram menos de 2,5 quilos ao nascer, contra 18% no ano de 2000 (14% em África Central e Ocidental). É um bom resultado para um país que tem taxas de anemia muito elevadas (47% das mulheres³⁴) em 2009 em São Tomé e Príncipe, 90,7% das mulheres receberam suplementos de ferro para combater a anemia, uma das causas principais de fraco peso (IDS, 2009).

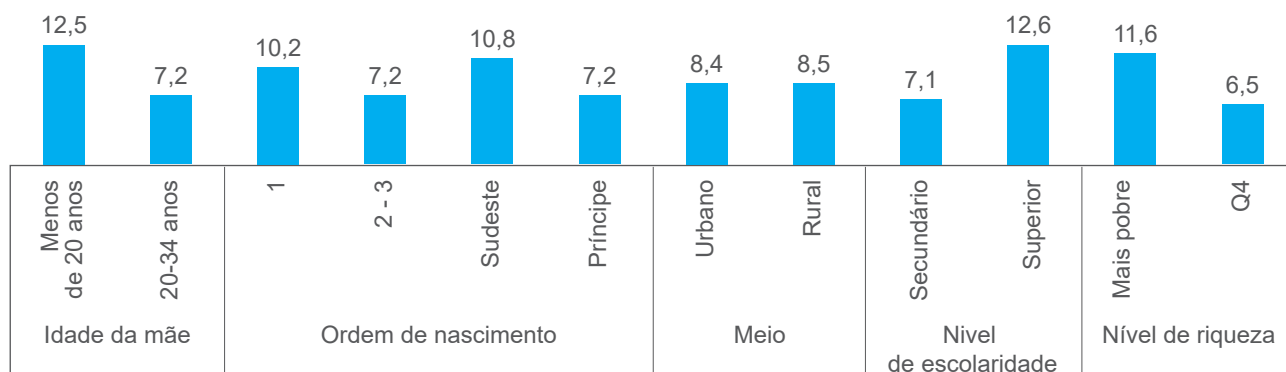
Para atingir o objectivo de reduzir a mortalidade na pequena infância, São Tomé e Príncipe deve continuar a investir no período neonatal, o que implica garantir intervenções de saúde estratégicas de grande impacto que são bem conhecidas: o acesso universal gratuito às quatro visitas pré-natais (mínimo), o parto no centro de saúde e com uma assistência qualificada, e os cuidados pós-natais de qualidade. Estas ações são muito importantes para a sobrevivência das crianças e das mães.

O peso de nascimento é influenciado fortemente pela idade da mãe, pelo rendimento e pelo lugar de residência da família. Efectivamente, 12,5% destes recém-nascidos tinham mães de menos de 20 anos, 11,5% das crianças nasceram nas famílias mais pobres e 10,8% nasceram na região Sudeste.

³³ O período pós-neonatal é o período que vai do primeiro mês de vida até 59º mês (UNICEF, 2014b)

³⁴ MICS 5 (INE, 2016)

Gráfico 3.2.5. Taxa de fraco peso de nascimento, principais disparidades socioeconómicas, 2014 (%)



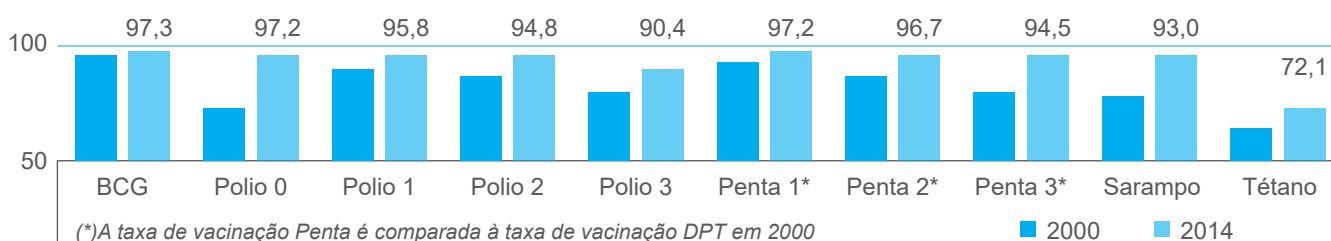
Fonte: Elaborado pelos autores a partir do MICS 5 (INE, 2016)

IMUNIZAÇÃO

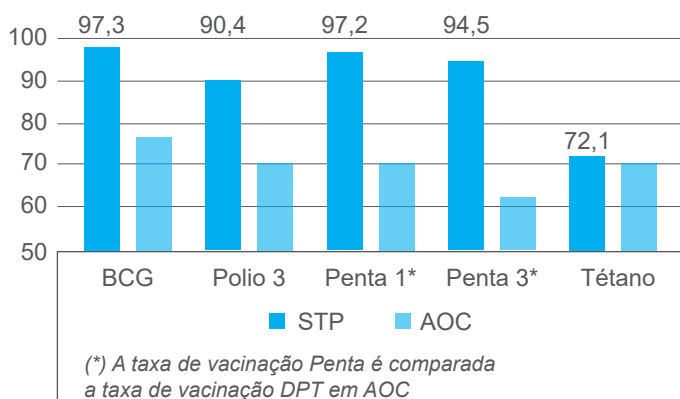
A cobertura vacinal em São Tomé e Príncipe é superior à 90% para todos os antígenos do Programa Alargado de Vacinação recomendados pela OMS e pelo UNICEF (com exceção do Tetanus Toxoid), que excede largamente os números da região (cf. figura 3.2.3). A zona e o meio de residência são os

determinantes sociais mais influentes: se a vacina DPT-HepB-Hib é tomada como referência (a 3ª dose da vacina Pentavalent) encontra-se as taxas de vacinação mais fracas na Região Autónoma de Príncipe e no meio rural.

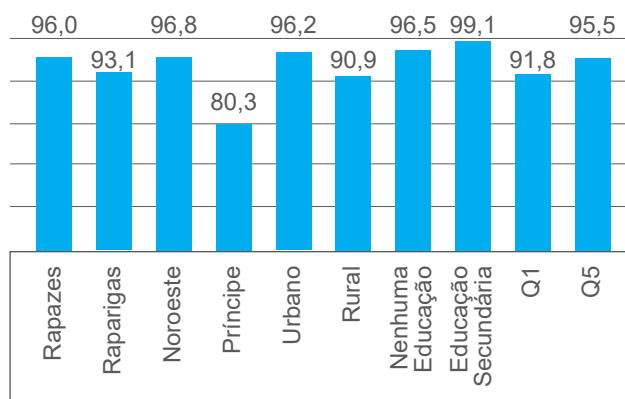
Figura 3.2.3. Evolução, comparação internacional e disparidades na cobertura das principais vacinas em São Tomé e Príncipe



Cobertura vacinal em São Tomé e Príncipe (2014) e em África Ocidental e Central (2012), em %



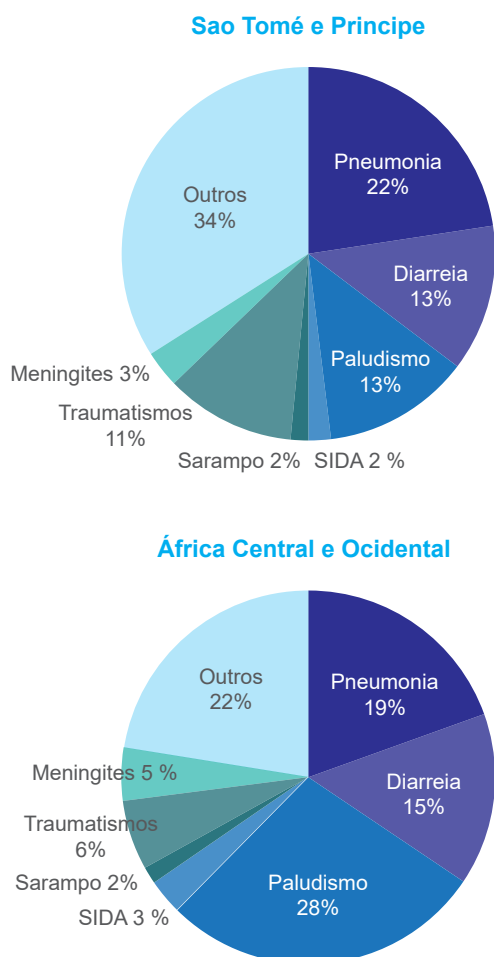
Cobertura vacinal Penta (3ª dose) por determinante, São Tomé e Príncipe 2014 (em %)



Fontes: MICS 2 (INE, 2000), MICS 5 (INE, 2016). Dados de AOC: Situation of the World Children 2014 in numbers (UNICEF, 2014c)

AS DOENÇAS QUE MATAM AS CRIANÇAS APÓS A ETAPA NEONATAL: PNEUMONIA, DIARREIA E PALUDISMO

Figura 3.2.4. Causas de mortalidade pós-neonatal (de 1 a 59 meses), 2013



Fonte: Elaborados pelos autores a partir dos dados UNICEF, *A promise Renewed Progress Report*, 2013

Em São Tomé e Príncipe, quase metade (48%) das crianças de 1 a 59 meses morrem de doenças evitáveis e tratáveis: a pneumonia, com 22% dos falecimentos, é a primeira causa de mortalidade. A diarreia e paludismo vêm em segunda posição com 13% dos falecimentos. Contudo, os sucessos recentes da luta contra o paludismo no País vão certamente reduzir o peso desta doença na mortalidade das crianças.

TOMAR EM CONTA:

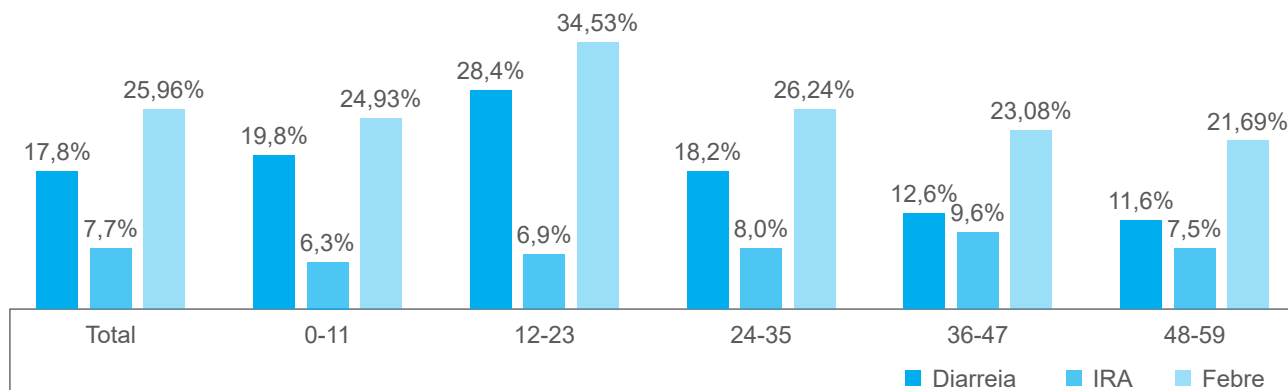
A pneumonia é uma doença sobre-representada entre as causas de mortalidade no período neonatal e pós-neonatal em São Tomé e Príncipe. Esta representa, por si só, 24% dos casos de mortalidade na pequena infância. A diarreia não é por si mesma, uma doença mortífera mas no caso de complicações, pode conduzir à uma desidratação severa. Aumenta o risco de desnutrição e vulnerabilidade à outras doenças infecciosas (Briend, 1990; Peterson Zwane and Kremer, 2007, USAID, 2013). Hoje em São Tomé e Príncipe, as políticas de luta contra o paludismo revelam-se muito eficazes para reduzir a incidência da doença. É por conseguinte, previsível que a pneumonia e a diarreia tornem-se, em breve, as duas principais causas de mortalidade na pequena infância.

Intervenções públicas baseadas na evidência: ações integradas contra a diarreia e a pneumonia. O UNICEF e a OMS elaboraram em 2013 um novo “Plano de ação mundial integrado para prevenir e combater a pneumonia e a diarreia”. A sua abordagem é baseada no fato que as causas determinantes das duas doenças são geralmente as mesmas (pobreza, desnutrição, falta de saneamento) e preconiza então uma abordagem comum e integrada, baseada em intervenções de prevenção simples e rentáveis, e tratamentos simples (antibióticos, zinco, soluções reidratação oral). A nível da gestão, o plano identifica os elementos necessários para a integração das ações.

De acordo com o inquérito MICS 5 (INE, 2016), 17,8% das crianças de menos de 5 anos sofreram de diarreia durante as duas semanas que precederam o inquérito, o que é próximo da média africana, que é

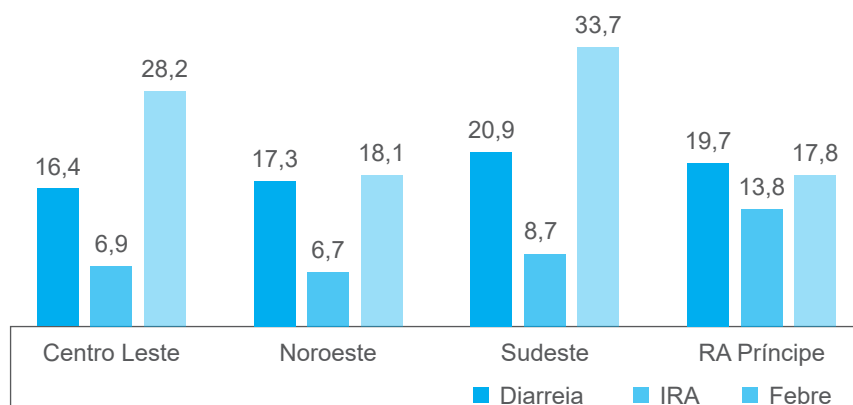
de 16,7% (Kanamori and Pullum, 2013). As crianças mais pequenas são atingidas, e entre elas, os de 12 a 23 meses. As regiões do sul e de Príncipe são atingidas (com 20,9% e 19,7%).

Gráfico 3.2.6. Episódios de diarreias, sintomas IRA e febre nas crianças de menos de cinco anos, por faixa etária (em meses), 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do Inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Gráfico 3.2.7. Episódios de diarreias, sintomas IRA e febre nas crianças de menos de cinco anos, por região, 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

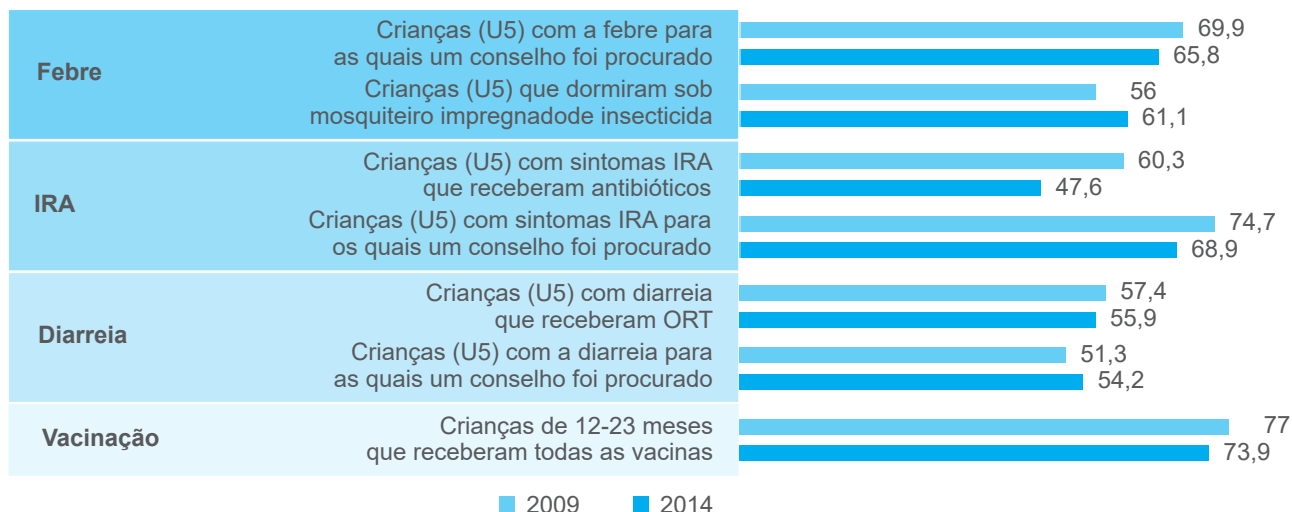
O inquérito MICS 5 (INE, 2016) incorpora um módulo de biomarcadores que avaliou a predominância do paludismo nas pequenas crianças à 0,5% (teste de diagnóstico rápido) e à 0,2% (análises em lâminas de microscopia)³⁵.

Os inquéritos MICS ou IDS não são os melhores instrumentos para avaliar a predominância da pneumonia, mas fornecem informações efetivas em relação aos cuidados de saúde fornecidos às crianças que apresentam os sintomas.

³⁵ Os casos positivos são pouco numerosos para permitir agregá-los por determinantes socioeconómicos.

AS REAÇÕES DAS FAMÍLIAS E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE FRENTE AS DOENÇAS QUE MATAM

Gráfico 3.2.8. Os cuidados de saúde essenciais recebidos pelas crianças que têm sintomas de diarreia, pneumonia ou paludismo, de 2009 e de 2014 (%)

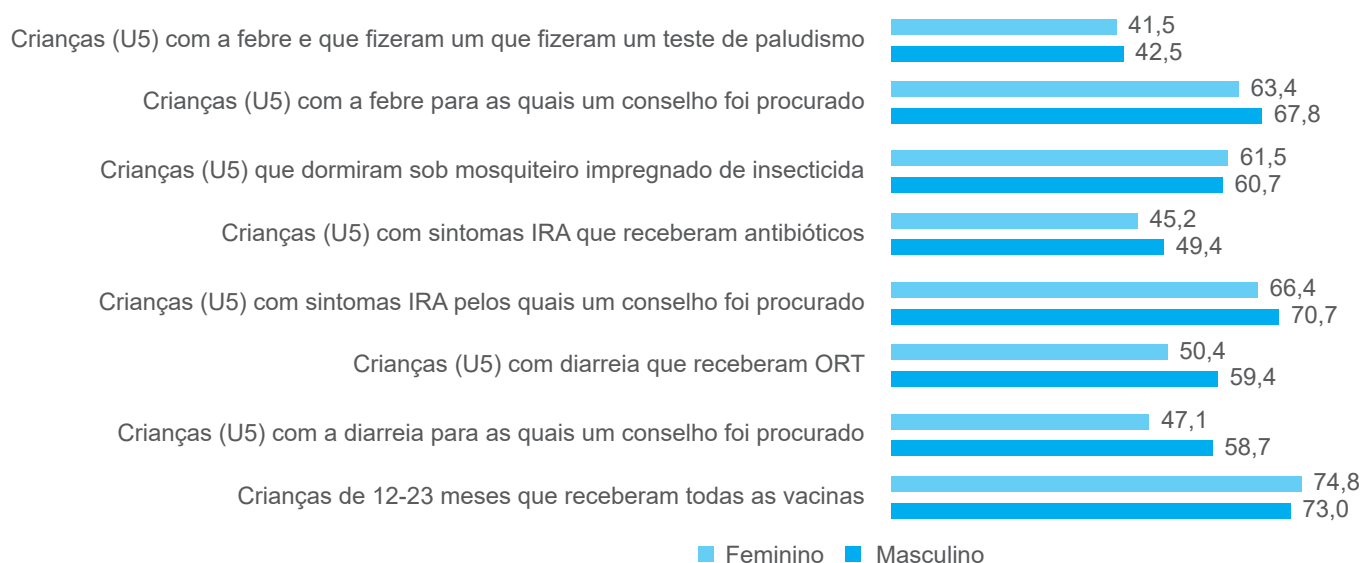


Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016) e IDS (INE, 2009)

Os dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016) destaca os desafios do sistema de saúde do País: a maior parte dos cuidados essenciais (ORT no caso de diarreia, antibióticos no caso IRA, teste paludismo no caso de febre) atinge apenas a metade das crianças

que apresentam sintomas. Os progressos desde 2009 não são evidentes, excepto no caso do uso de mosquitoireos impregnados de insecticida para proteger as crianças a noite (cf. gráficos 3.1.7).

Gráfico 3.2.9. Os cuidados de saúde essenciais recebidos pelas crianças que têm sintomas de diarreia, pneumonia ou paludismo, por género (%)



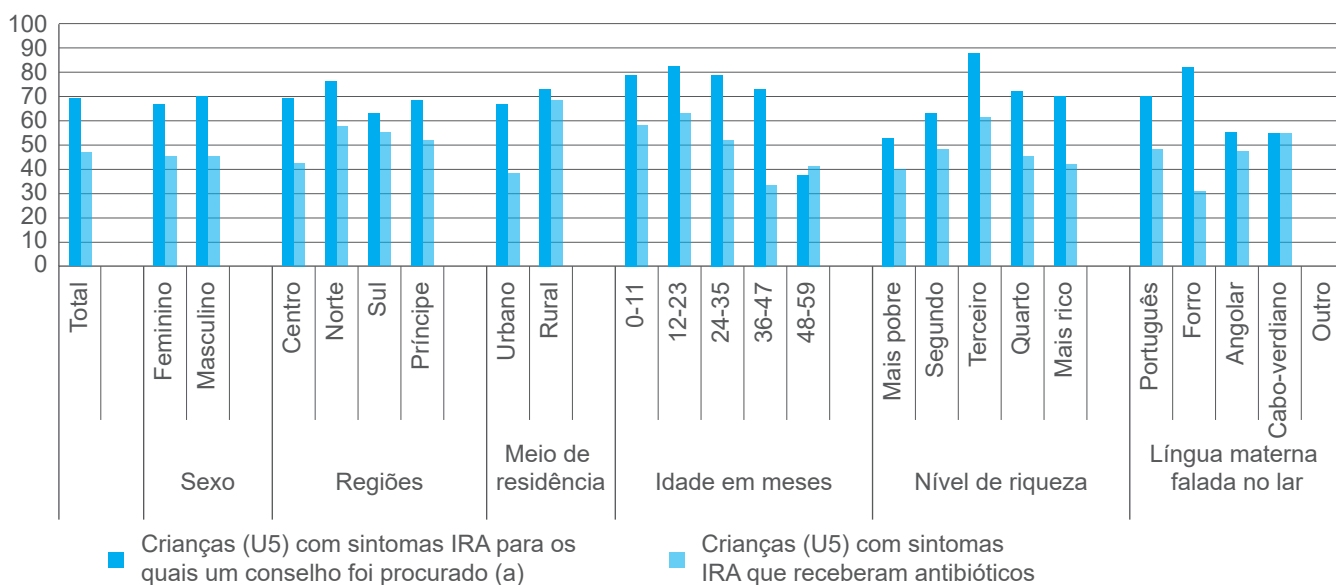
Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

É surpreendente constatar que os números são ligeiramente inferiores para as raparigas para todos os indicadores (excepto em relação ao uso de mosquiteiros impregnados de inseticida). As diferenças são mínimas e devem ser tomadas com precaução: a percepção dos atores interrogados para este estudo

é que não existe discriminação de género a este nível. Contudo, o estudo sobre as práticas parentais (UNICEF, 2013c) revela que as famílias educam as suas crianças com uma especificidade de género elevada em matéria de cuidados e higiene.

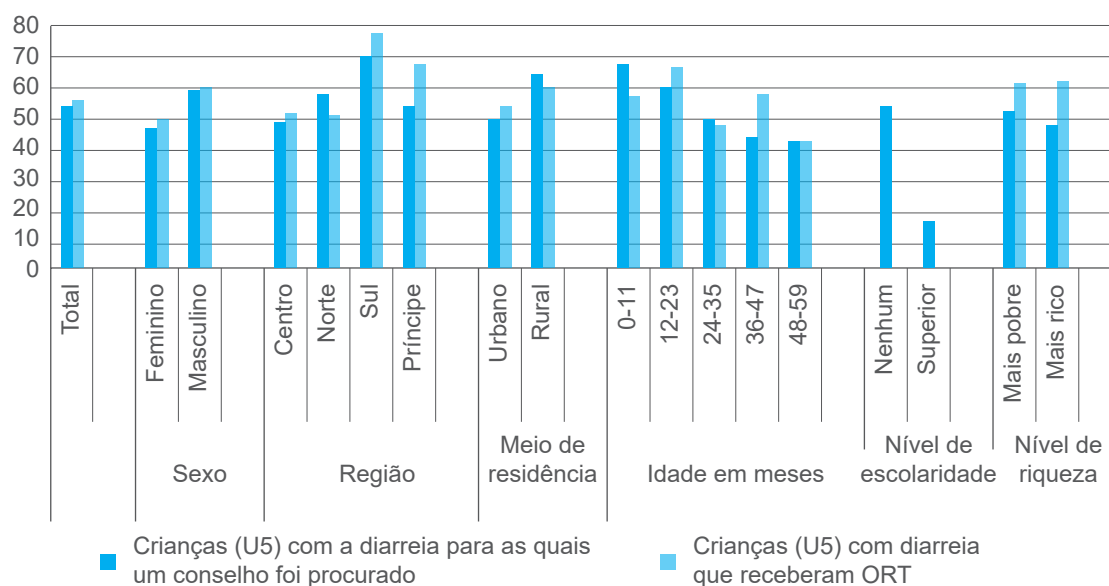
AS DISPARIDADES SOCIOECONÓMICAS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Gráfico 3.2.10. Crianças que têm sintomas de infeção respiratória aguda (IRA) que recebem conselhos sanitários e antibióticos, por determinante (%)



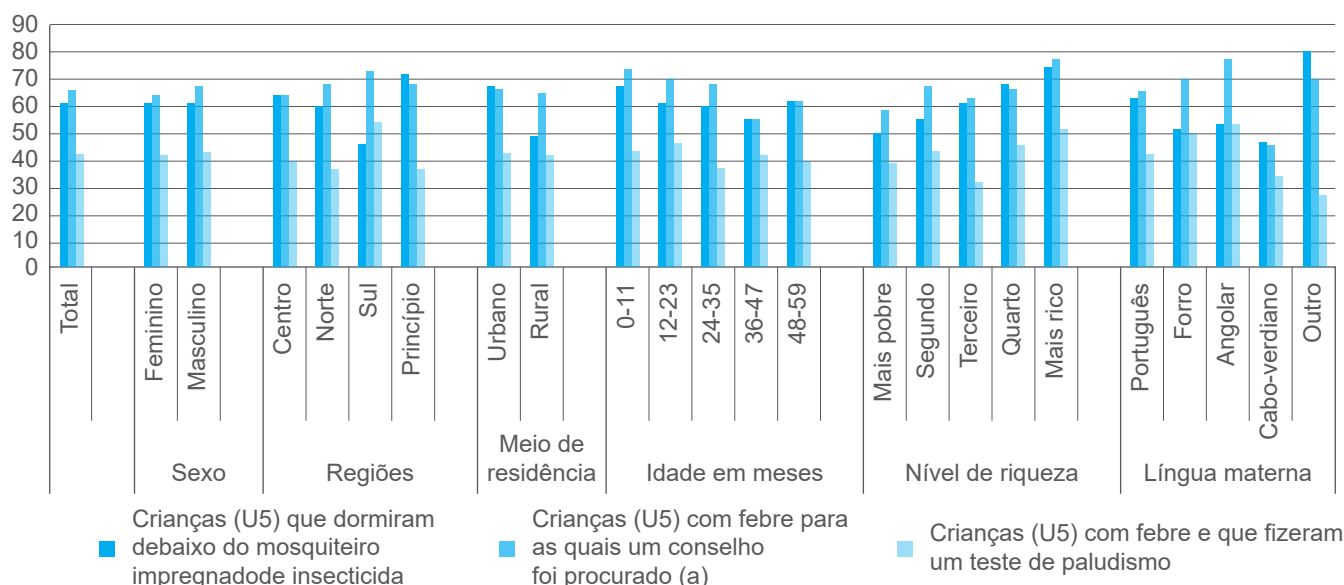
Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Gráfico 3.2.11. Crianças com sintomas de diarreia que recebem conselhos sanitários e ORT, por determinante (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Gráfico 3.2.12. Crianças que dormem sob mosquiteiros impregnados de inseticida, e que têm febre, testadas positivamente ao paludismo e que recebem conselhos sanitários, por determinante (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Estes dados revelam a importância decrescente atribuída aos cuidados das crianças mais velhas (mas sempre na pequena infância) que apresentam sintomas de paludismo, de diarreia ou de IRA.

Em relação ao meio de residência, as famílias e os centros de saúde das zonas rurais parecem ter um melhor controlo das doenças como as diarreias e IRA em relação às zonas urbanas (as taxas de consulta no caso de sintomas e tratamento médico são mais elevadas nas zonas rurais). Contudo, o sistema de saúde revela mais deficiências para a distribuição de mosquiteiros impregnados de inseticida nas zonas rurais.

PALUDISMO: UMA INTERVENÇÃO PÚBLICA MUITO EFICAZ

... focalizada em três políticas universais e gratuitas: distribuição mosquiteiros impregnados de inseticida, de pulverização domiciliária, e de diagnóstico e tratamento nos centros de saúde.

Nos anos 80 o paludismo era a causa de 40% dos casos de mortalidade da pequena infância (MSAS, 2011). O primeiro Plano Nacional para fazer recuar o paludismo 2001-2010 orientou as ações para a prevenção e a gestão precoce nos centros de saúde. A sua implementação conduziu à harmonização da ação de diversos parceiros ao desenvolvimento (PNUD/Fundo Mundial, Taiwan, UNICEF, OMS, UNFPA e outro) que produzem consequentemente uma redução da mortalidade causada pelo paludismo de 90% (MSAS, 2011).

O País é considerado hipo-endémico (com uma fraca taxa de transmissão) (MSAS, 2012). Contudo, de acordo com a OMS (2013), apesar dos progressos na redução da predominância, a doença tem ainda um forte potencial epidémico. O Plano Nacional foi atualizado em 2011 para o período 2012-2016, e implementado com sucesso, atingindo os seus objectivos dois anos mais cedo do que previsto. Em 2014, foi atualizado para integrar o objectivo de pré eliminação do paludismo nos distritos de Príncipe e de Lembá.

O Programa nacional de luta contra paludismo, no Centro Nacional de Endemias (CNE), assegura-se da implementação da política nacional contra a doença. As componentes chave do programa são: i) a distribuição gratuita de mosquiteiros impregnados de inseticida e a pulverização intradomiciliar; ii) o diagnóstico rápido gratuito no setor público; iii) o tratamento preventivo intermitente (TPI) universal para todas as mulheres grávidas; iv) os tratamentos com ACT gratuito no setor público v) o tratamento das criadouros larvares com a ajuda de inseticidas biológicos e vi) as promoções de trabalhos de saneamento do ambiente.

A continuidade na aposta em obra das políticas chave, um elemento fundamental para a sua eficácia.

A prevalência do paludismo reduziu-se fortemente entre 2006 e 2013 (de 200 casos à 50), mas registou fortes aumentos em 2010 (20,4%), 2011 (39%) e 2012 (65,5%) (PNUD, 2014). Estes fortes aumentos devem-se à vários fatores, nomeadamente à ruptura

de existências de mosquiteiros impregnados de inseticida de longa duração, à resistência da população à pulverização intradomiciliar, e a resistência do vetor (PNUD, 2014). Desde então, o número de casos de paludismo caiu (39/1000 em 2011 até 11/1000 em 2014), assim como a mortalidade (de 11 casos em 2011 a 0 em 2014) (PNUD, 2015).

Os principais desafios para consolidar os acervos:

A nível dos resultados:

- O inquérito MICS 5 (INE, 2016) revela que na região Sudeste do País, menos de metade das crianças de menos de 5 anos dormem sob Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração (MILD).
- O uso do MILD nas mulheres grávidas parece evoluir lentamente: quase 40% das mulheres estão privadas. Uma importação de 100.000 MILD em Julho de 2015 deveria ser suficiente para cobrir toda a população³⁶.
- A taxa de crianças testadas com a febre é ainda fraca.

A nível da gestão:

- Dependência excessiva dos fundos externos, em especial de Taiwan e do PNUD (Fundo mundial de luta contra a SIDA, a tuberculose e paludismo³⁷).
- Dificuldades de coordenação entre o PNLP e o Ministério da Saúde
- Necessidade de reforçar o sistema de vigilância, de acompanhamento e de avaliação

OS SUCESSOS DA LUTA CONTRA O VIH/ SIDA EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

De acordo com o inquérito MICS 5 (INE, 2016), a predominância do VIH SIDA é fraca (0,5% de homens e mulheres de 15 a 49 anos). De acordo com o Programa Nacional de Luta contra o VIH SIDA (2013), a epidemia parece concentrada em grupos específicos (pessoas em prisão, profissionais do sexo). A Região Autónoma de Príncipe é atingida (predominância de 2,7% para os homens de 15 a 49 anos), o que poderia explicar-se pela existência de tabus e de discriminação ainda elevados nesta região, e que fazem obstáculo aos efeitos das ações de sensibilização (Da Costa Sousa, 2015).

A taxa de contaminação nas mulheres grávidas reduz-se continuamente desde 2005. Em 2014, a taxa é de 0% de acordo com o inquérito MICS 5 (INE, 2016).

O Programa Nacional de Luta contra o VIH/SIDA é responsável pela implementação da Política Nacional de Luta contra o SIDA (2003). O programa desenvolve atividades de sensibilização e fornece meios profiláticos ao nível comunitário, conselho e testes

de despistagem, e é responsável pela prevenção da transmissão vertical da mãe à criança. 90% das mulheres grávidas são testadas (Da Costa e Sousa, 2015). As mulheres seropositivas são tratadas com anti-retrovirais (AZT) e podem aleitar³⁸. O tratamento combinado num só comprimido (3 em 1) melhorou a adesão ao tratamento. Desde 2011 não há casos de transmissão vertical no País. Neste momento, o PNLS trabalha na descentralização do tratamento para os postos de saúde (da Costa e Sousa, 2015).

De acordo com a direção do programa, os principais desafios de gestão encontram-se do lado do financiamento e na falta de equipamento para realizar as análises para o controlo dos doentes em São Tomé (Da Costa e Sousa, 2015).

A DURABILIDADE E A PREVISIBILIDADE DO FINANCIAMENTO DOS PROGRAMAS VERTICAIS: UMA PREOCUPAÇÃO COMUM AOS GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA.

Durante as entrevistas, a maior parte dos gestores dos programas verticais (e o UNICEF) mencionou uma preocupação comum: a continuidade do financiamento, num contexto de redução progressiva do financiamento externo. Os programas verticais responsáveis dos progressos mais honrosos do País (o Programa alargado de vacinação, o Programa de Luta contra o Paludismo, o Programa de Luta contra a SIDA) são financiados em grande parte por fundos externos.

A necessidade de aumentar os recursos é uma preocupação do Governo, que prevê a realização de mesas redondas para a mobilização dos recursos junto dos parceiros no quarto trimestre 2015. Contudo a reflexão em torno do financiamento das políticas públicas deve integrar outras ações eficazes para alargar o espaço fiscal: a melhoria da gestão dos recursos públicos, a revisão dos subsídios orçamentais numa perspetiva de equidade, o aumento da capacidade do Estado a mobilizar os recursos internos e a controlar a evasão fiscal, designadamente.

³⁶ Financiado pelo PNUD/Fundo Global. Cada MILD dura 4 anos.

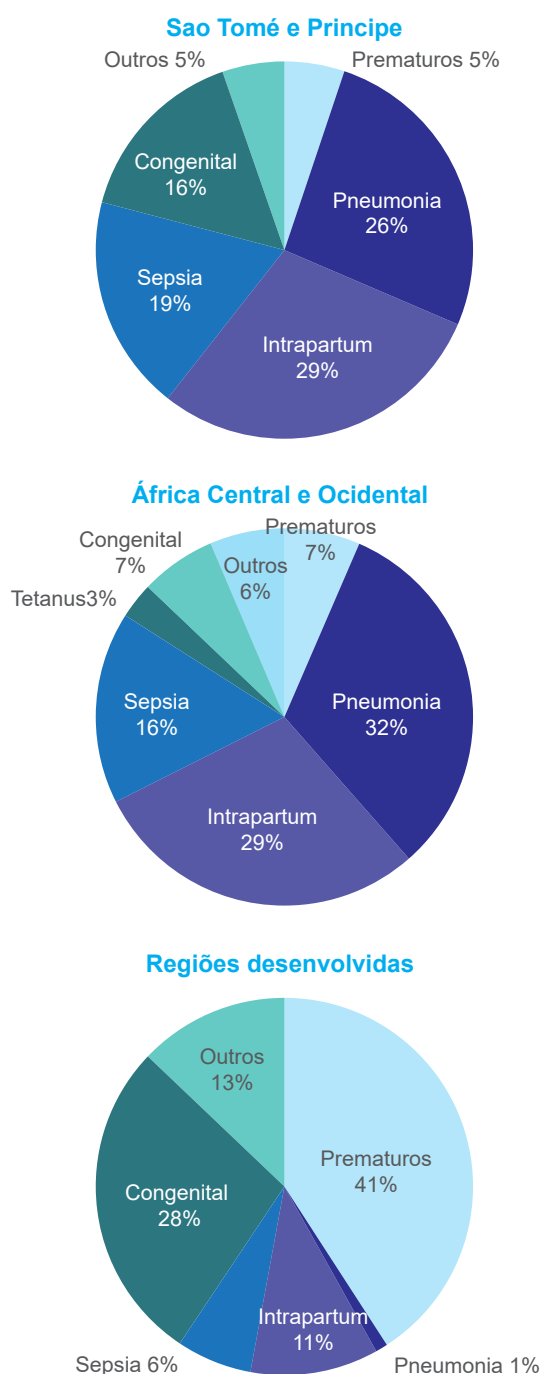
³⁷ Desde 2005, o Fundo Global aprovou um montante total de 16.729.075 USD para a luta contra o paludismo em São Tomé e Príncipe (3.059.430 USD para a luta contra o SIDA e 2.964.332 USD para a luta contra a tuberculose).

³⁸ Aleitamento das mulheres seropositivas é uma medida que preserva o aleitamento e que evita tornar visível o estatuto serológico das mulheres.

3.2.2. O desafio principal: a estagnação na redução da mortalidade neonatal

AS CAUSAS DIRETAS DA MORTALIDADE NEONATAL

Figura 3.2.5. As causas da mortalidade neonatal, 2013



Os gráficos a esquerda permitem apreciar que as causas de mortalidade neonatal em São Tomé e Príncipe são muito próximas das da África Central e Ocidental, ainda que o País parece melhor responder às infeções respiratórias e a ameaça de tétanos. São Tomé e Príncipe ainda enfrenta desafios importantes a nível da gestão das complicações durante o parto (o que implica também uma boa despistagem pré-natal dos riscos).

O primeiro dia de vida: ao nível internacional, mais de um terço da mortalidade neonatal produz-se no primeiro dia de vida (UNICEF, 2014b). Em São Tomé e Príncipe, os dados dos inquéritos IDS (INE, 2009) e do inquérito MICS 5 (INE, 2016) confirmam esta realidade (o número de casos é insuficiente para produzir estatísticas significativas).

TOMAR EM CONTA:

No período neonatal, a causa principal de mortalidade são as complicações durante o parto ou intraparto (29%)

Estas complicações devem-se normalmente à obstrução do parto ou a más apresentações fetais, que podem ser prevenidas com um controlo pré-natal dos sinais de risco (despistagem das complicações) e geridas com recursos humanos devidamente formados e com equipamentos adequados nas maternidades.

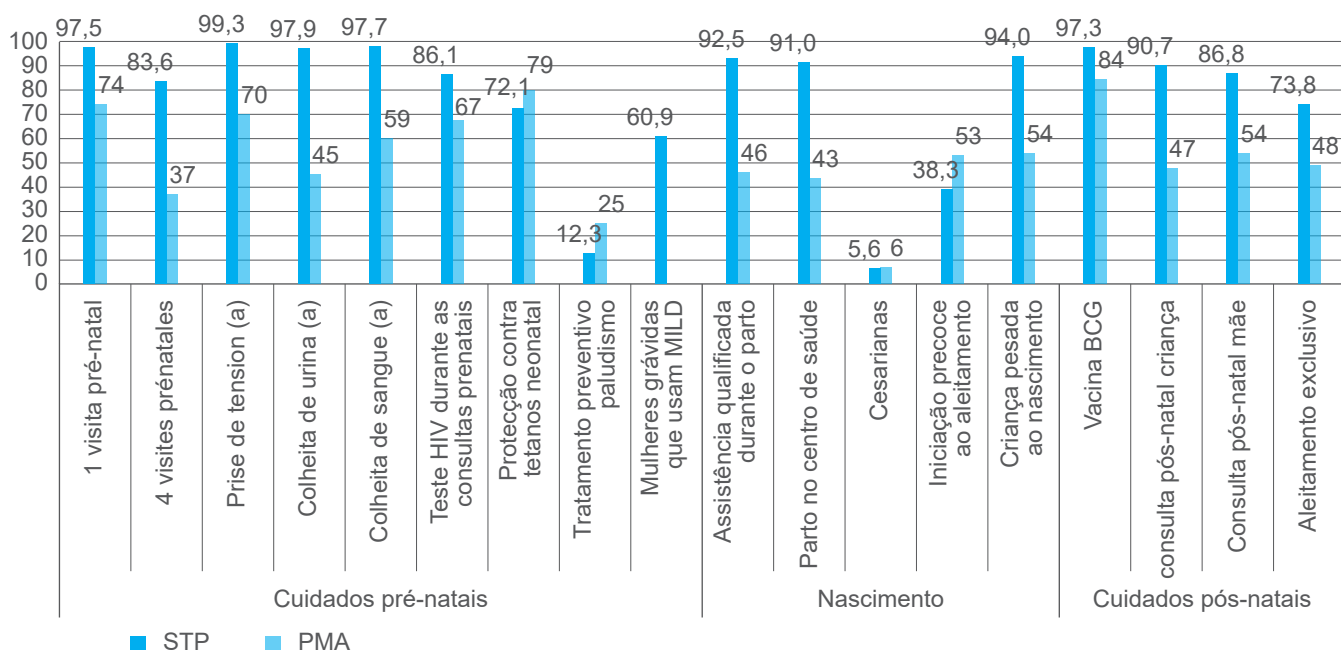
Fonte: Elaborados pelos autores a partir dos dados UNICEF, A promise Renewed Progres Advance, 2013

AS INTERVENÇÕES CRÍTICAS PARA COMBATER A MORTALIDADE NEONATAL: OS CUIDADOS CONTÍNUOS

A OMS e o UNICEF reconhecem certas intervenções comunitárias e serviços de saúde como críticas para a sobrevivência das crianças e das mulheres. Os cuidados pré-natais permitem antecipar e gerir complicações frequentes, como as infeções, a anemia, pré-eclampsia, ou a transmissão do VIH SIDA.

A assistência qualificada e o parto medicalizado (no centro de saúde) permitem enfrentar as hemorragias ou as complicações intraparto. Os cuidados pós-natais permitem detetar infeções perigosas para os recém-nascidos, como a pneumonia ou as sepsias neonatais.

Gráfico 3.2.13. As intervenções essenciais para a sobrevivência dos aleitantes, STP 2014 e países menos avançados (PMA) (2007-2013)



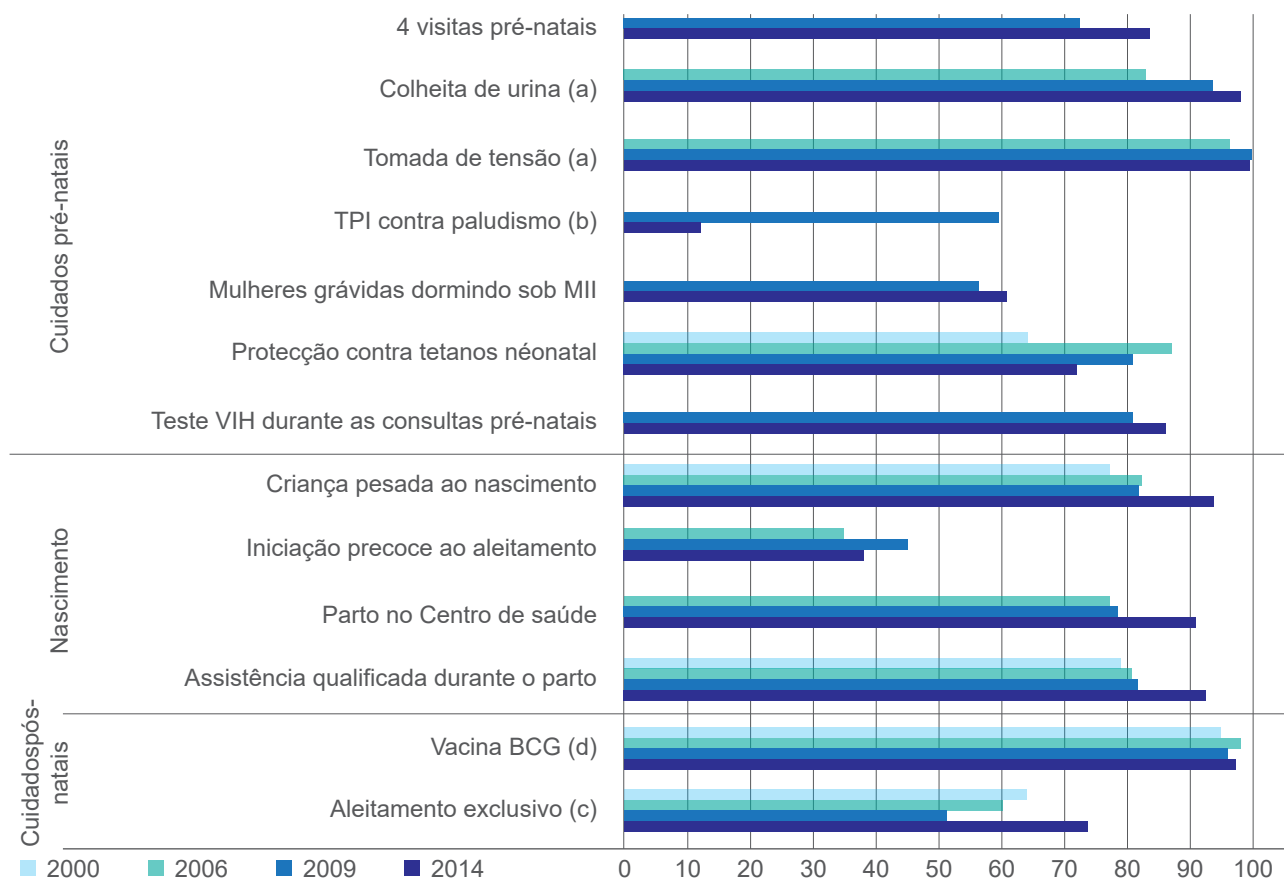
(a) cálculos dos consultores

(b) o valor de 2014 (MICS 5) considera 3 doses de Fansidar (e não 2)

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados MICS 5 (INE, 2016) para STP, e UNICEF (2014) para os PMA

Em 2009, 66% das mulheres eram informadas dos sinais de risco de gravidez (INE, 2009).

Gráfico 3.2.14. Evolução de certos indicadores chave dos cuidados essenciais desde 2000



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016), IDS (INE, 2009), MICS 3 (INE, 2006) e MICS 2 (INE, 2000)

Após a análise dos dois gráficos acima, pode-se concluir que para São Tomé e Príncipe, o valor da maior parte dos indicadores é globalmente positiva e claramente superior aos do grupo dos países menos avançados. No entanto, encontra-se algumas fraquezas que contribuem para explicar a estagnação da taxa de mortalidade neonatal.

A evolução da cobertura dos cuidados pré-natais é muito boa, com 83,6% das mulheres que vão as suas 4 visitas. Porém, há ainda 13,7% das mulheres e crianças que não recebem o número mínimo destes cuidados fundamentais. A qualidade dos cuidados pré-natais é difícil de avaliar porque o inquérito MICS não fornece informações sobre intervenções chave (como o suplemento de ferro ou a informação dada às mulheres grávidas sobre os sinais de risco de gravidez).

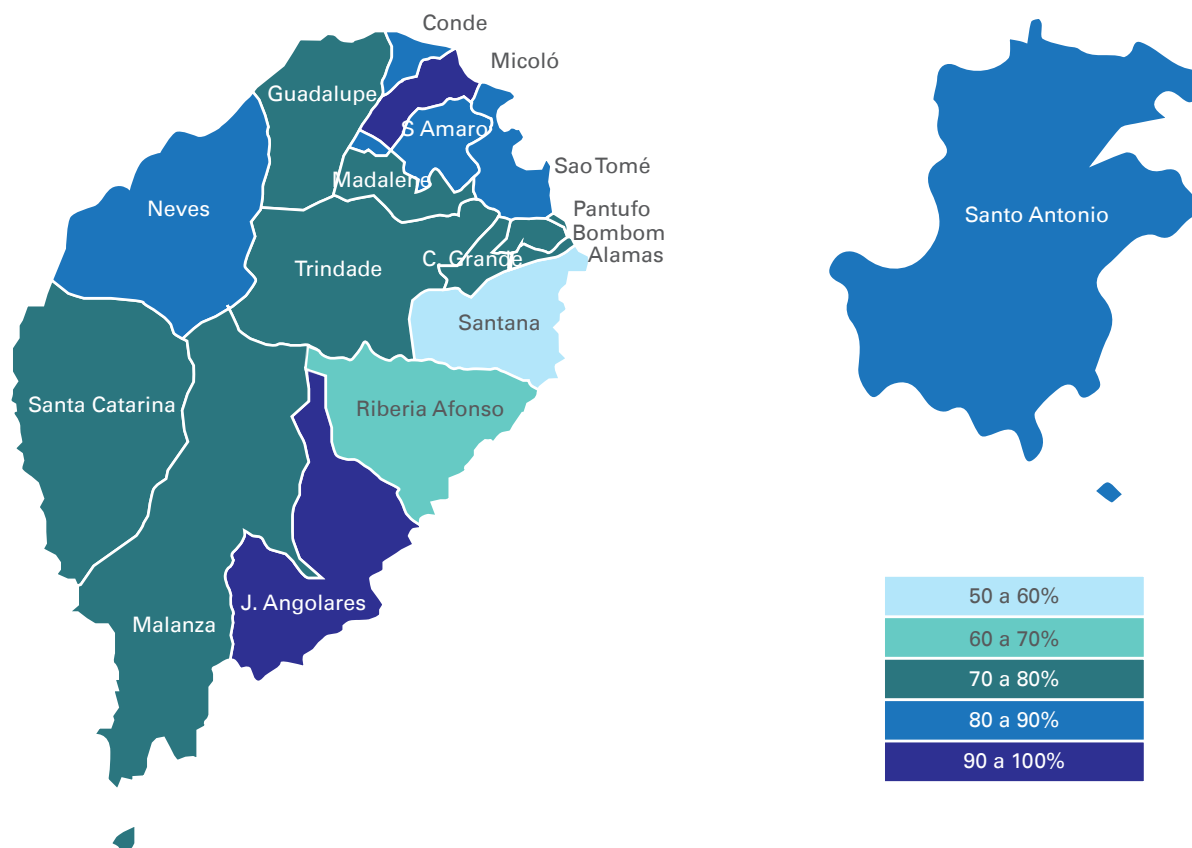
O paludismo durante a gravidez (que pode acompanhar-se de uma anemia) parece um desafio não resolvido do sistema santomense de saúde: o uso de MILD pelas mulheres grávidas parece evoluir lentamente e cerca de 40% das mulheres são privadas. A redução da taxa de mulheres que recebem um tratamento preventivo intermitente do paludismo (TPI) deve ser analisada com parcimónia, porque o inquérito MICS 5 (INE, 2016) toma em consideração 3 doses de Sulfadoxine-Pirimethamine (Fansidar) e não 2 como o IDS (INE, 2009).

Já que a maior parte dos óbitos produz-se no primeiro dia de vida, os cuidados pós-natais são essenciais para detetar infeções respiratórias (à origem de 10% dos óbitos) e os sepsias. 90,7% dos recém-nascidos

recebem estes cuidados (INE, 2016). Os problemas verificam-se do lado da qualidade dos cuidados (Bonfim, 2015).

AS INTERVENÇÕES CHAVE, A REALIDADE DAS MÉDIAS NACIONAIS

Mapa 3.2.1. Partos com assistência qualificada por subdistrito, em percentagem

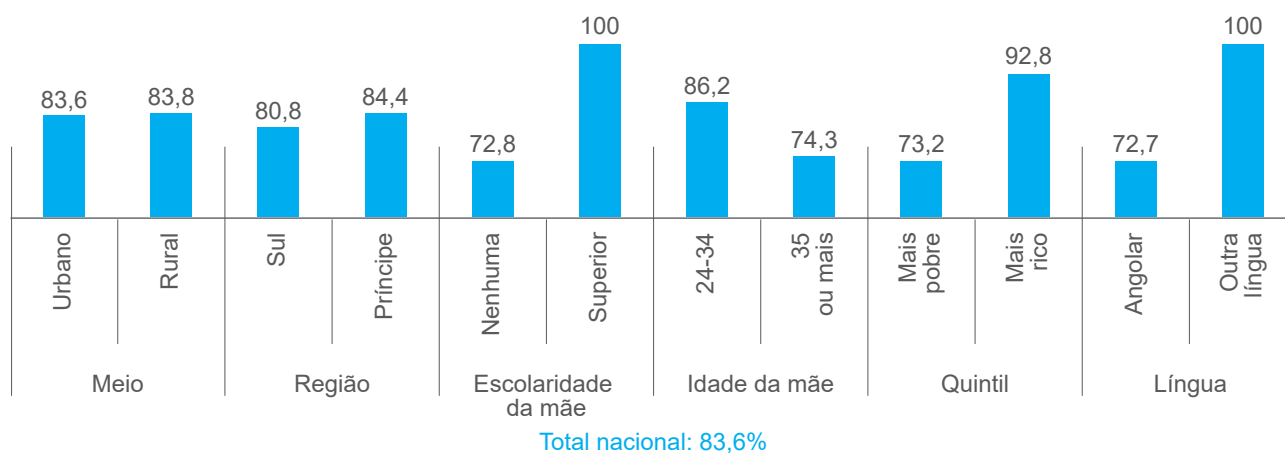


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IV RGPH (INE, 2012)

Mais de 9 em cada 10 partos têm lugar num centro de saúde, 91% dos partos segundo o mais recente Inquérito aos Indicadores Múltiplos MICS 5 (INE, 2016). Contudo, o IV RGPH (INE, 2012) revela disparidades importantes a nível dos cuidados qualificados: o distrito de Cantagalo agrupa dois subdistritos

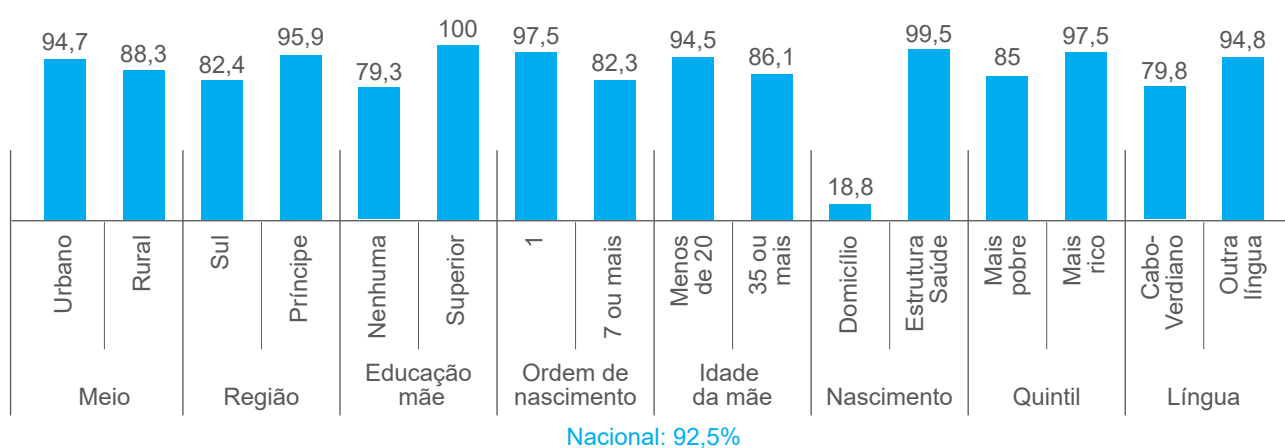
nos quais as taxas de parto assistido são mais baixas, menos de 70% dos nados-vivos têm lugar em centros de saúde: Santana (58,3%) e Ribeira Afonso (64,8%). Almas, no distrito de Mé-Zóchi, mostra também fraquezas importantes com uma taxa de 66,6%.

Gráfico 3.2.15. Mulheres que receberam cuidados pré-natais pelo menos 4 vezes durante a sua última gravidez, principais desvios para cada determinante socio-económico, 2014 (%)



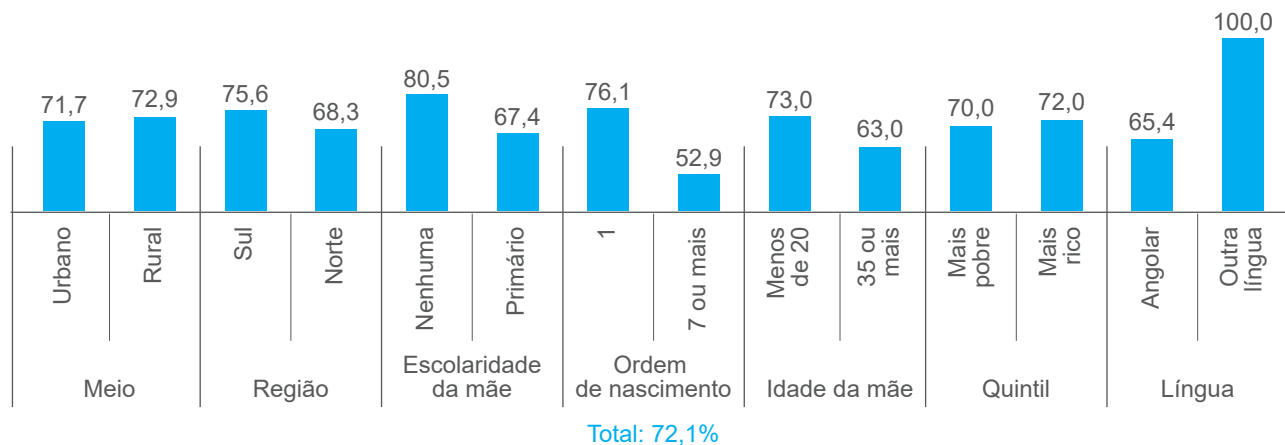
Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Gráfico 3.2.16. Assistência qualificada durante o parto, principais desvios para cada determinante socio-económico, 2014 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Gráfico 3.2.17. Mulheres protegidas contra tétanos neonatal, principais desvios para cada determinante socio-económico, 2014 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016).

Ordem de nascimento: cálculos dos consultores

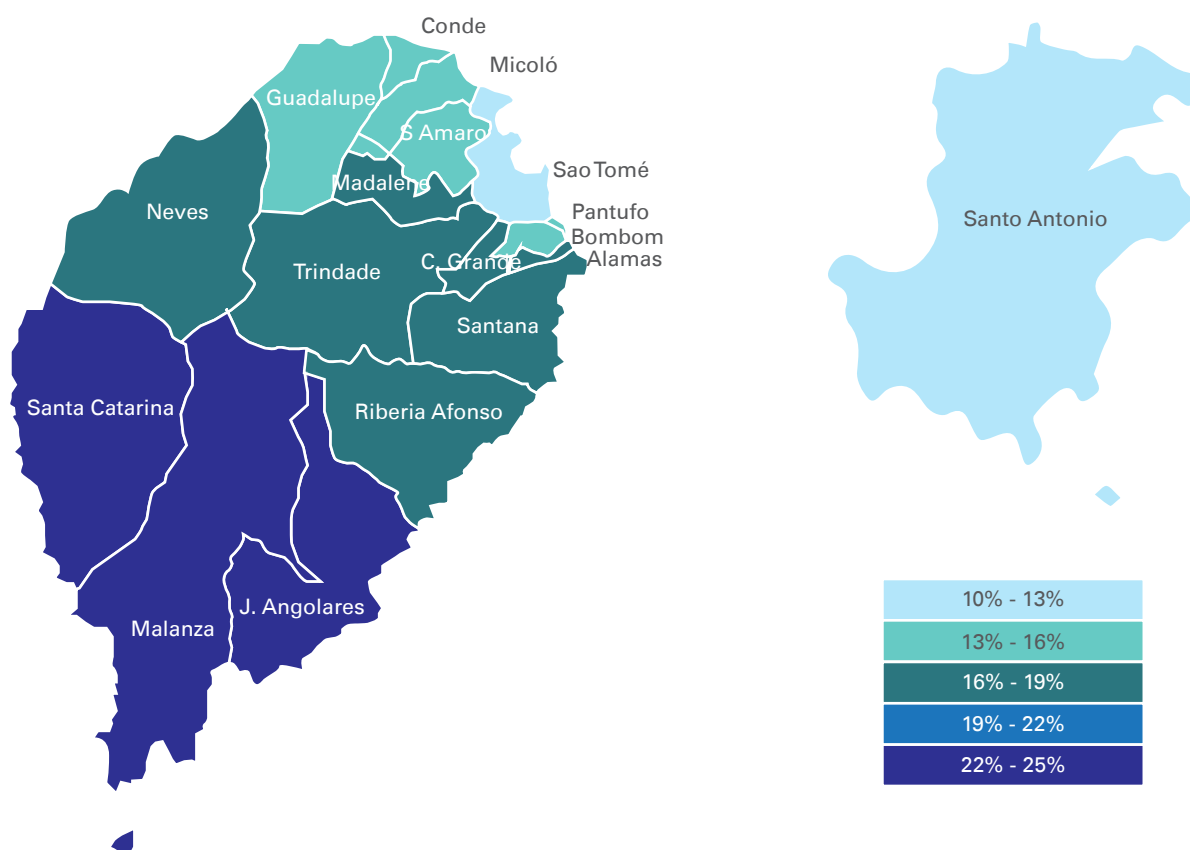
Em geral, as diferenças mais frequentes e mais sistemáticas encontram-se do lado da escolaridade da mãe, da idade da mãe, e da proximidade dos nascimentos. A influência do nível de rendimento sobre as disparidades: em certos indicadores encontra-se muito bons resultados a nível do quintil inferior, o que indica a existência de políticas sociais eficazes nos serviços sociais de base. As disparidades em relação à língua estão provavelmente mais ligadas às condições socioeconómicas das comunidades de origem, do que a barreiras de acesso ligadas à língua utilizada nos serviços públicos³⁹.

Em relação às regiões, geralmente, encontra-se muito bons indicadores na Região Autónoma de Príncipe, e das variações nas outras regiões o que torna difícil determinar uma região como privada face ao sistema de saúde.

QUESTÕES DE EQUIDADE: AS CRIANÇAS MAIS JOVENS NASCIDAS EM FAMÍLIAS NUMEROSAS

A análise do acesso aos cuidados críticos mostra a existência de um perfil de crianças que é mais exposto aos riscos sanitários: os que nasceram em famílias numerosas e que têm pelo menos 4 irmãos ou irmãs, mais velhos. As crianças que nasceram na 7ª posição estão em situação precária em relação aos seus irmãos e irmãs, nascidos em primeiro, na maioria dos indicadores.

Distribuição geográfica das famílias numerosas em São Tomé e Príncipe, 2012 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

³⁹ O pessoal dos postos de saúde fala a língua das comunidades da sua zona de responsabilidade.

AS CAUSAS SUBJACENTES DA MORTALIDADE NEONATAL

As barreiras na demanda: de acordo com o UNICEF a demanda dos serviços de saúde por parte das mulheres chega frequentemente demasiado atrasado, por ignorância dos sinais de risco (Bonfim, 2015). O exercício de “Monitoring for Results with Equity”⁴⁰, realizado pelo MS e pelo UNICEF no distrito de Caué, revelou a existência de diferentes barreiras culturais: vergonha de estar grávida (tabus sociais), sexo masculino do médico/enfermeiro, proibições por parte dos homens. Em relação às doenças da pequena infância, o inquérito das práticas parentais (UNICEF, 2013) revela, em geral, um bom nível de conhecimentos das reações adequadas face às doenças. Contudo, o nível de utilização dos serviços permanece relativamente fraco.

Disparidades na acessibilidade dos serviços de saúde: São Tomé e Príncipe realizou enormes progressos na expansão da rede de saúde primária, que é composta de dois hospitais (Dr. Ayres de Menezes em São Tomé e Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça na Região Autónoma de Príncipe), 6 centros de saúde, 27 postos de saúde (rurais) e 21 postos de saúde comunitários. Em geral a cobertura é aceitável, em 2012, entre 90 a 95% da população reside a menos de uma hora de marcha de uma estrutura de saúde (MSAS, 2012).

Contudo, em 2010, a distância do centro de saúde é a razão mais mencionada para não procurar conselho sanitário em Cantagalo e Lembá (INE, 2010). A Carta Sanitária (MSAS, 2012) revela que em Mé-Zóchi 12% da população habita a mais de uma hora de marcha de um posto de saúde.

BARREIRAS FINANCEIRAS DE ACESSO AOS TRATAMENTOS MÉDICOS

As consultas médicas e os tratamentos durante a hospitalização dos pacientes são gratuitos. O mesmo é válido para os tratamentos contra a tuberculose, paludismo e VIH/SIDA. Os medicamentos são em parte subvencionados nas farmácias públicas, mas sofrem frequentemente de rupturas de stock.

As consultas pré-natais são gratuitas, não obstante, os grupos de discussão revelaram que as mulheres pagam 150.000 dobras (mais ou menos 6,7 USD) para o conjunto completo das análises obrigatórias (sangue, urina, fezes, exames ginecológicos). Em São Tomé e Príncipe, 66,2% da população vive com

A DISTÂNCIA DO CENTRO DE SAÚDE CONTADA PELAS MÃES DE FAMÍLIA:

Quando as crianças ficam doentes, as mulheres da comunidade de Vista Alegre (Mé-Zóchi) andam uma hora e meia para chegar aos postos de saúde da cidade de Trindade ou Madalena. As crianças são demasiado pequenas para fazer este percurso, ou estão doentes, as mães devem por conseguinte levá-las. Quando os pequenos pesam mais de cinco quilos, o percurso é extenuante. Devem por conseguinte, poupar dinheiro sobre as despesas essenciais para pagar o transporte, ou ter recurso à automedicação ou a medicina tradicional. A distância representa uma verdadeira barreira de acesso ao serviço de saúde e aumenta a vulnerabilidade sanitária da população desta comunidade.

menos de 30.071 dobras (mais ou menos 1,40 USD) por dia (INE, 2010). As mulheres grávidas mais privadas têm tendência a espaçar as visitas para reunir o dinheiro.

A existência de barreiras financeiras é a razão principal de não ir ao centro de saúde em Mé-Zóchi e em Lobata, e a segunda em Lembá e na Região autónoma de Príncipe. É provavelmente uma causa subjacente de outras razões de não consulta (INE, 2010).

Ruptura de stock de materiais de saúde essenciais na maternidade do hospital de São Tomé. Os serviços de pediatria e maternidade do Hospital Dr. Ayres de Menezes são (no momento da realização deste estudo) desprovidos de certos materiais de cuidados essenciais. Nos serviços de pediatria o pessoal afirma não dispor de tensímetros, oxigénio, respiradores, luvas médicas. Nos serviços de maternidade, o pessoal afirma faltar de equipas de vigilância fetal, tensímetros, luvas, aspirador nasal para bebé, e queixam-se da falta de renovação das incubadoras dos prematuros.

Qualidade: Todos os grupos de discussão com as mães de família mencionaram que existe uma percepção generalizada de tratamentos negligentes por

⁴⁰ Sistema de acompanhamento de indicadores chave dos constrangimentos a nível dos serviços públicos.

parte de certos profissionais de saúde na maternidade do Hospital Dr. Ayres de Menezes⁴¹. Este tipo de problemas limita-se aos profissionais de enfermagem⁴², e não se alarga às maternidades dos distritos. Os maus tratamentos aos doentes nos sistemas de saúde é um problema frequente nos países em desenvolvimento. Em São Tomé, as pacientes não denunciavam estas más práticas devido à uma cultura que não é centrada na denúncia, e por medo das represálias do pessoal do hospital. O desenvolvimento de um sistema de queixas e de protocolos de resposta é um dos elementos indispensáveis para melhorar os cuidados médicos.

A política de manter as mulheres no centro de saúde durante 72 horas após o parto é geralmente respeitada. Mesmo assim, o pessoal de enfermagem do hospital afirma que as mulheres permanecem apenas 24 horas. É necessário mais investigação a nível das práticas médicas obstétricas no Hospital Dr. Ayres de Menezes. Podem existir dificuldades momentâneas para a implementação das políticas ao nível dos serviços (períodos de falta de camas na maternidade).

A qualidade dos cuidados sanitários, bem como a falta de profissionais, de médicos e de enfermeiros, é uma preocupação sentida pela maior parte dos profissionais de saúde. Em 2012, contava-se 32 médicos para 100.000 habitantes e 226 enfermeiros para 100.000 habitantes, o que é apenas suficiente para garantir cuidados de qualidade (o critério da OMS é de 23 profissionais de saúde para 10.000 habitantes). Os recursos humanos qualificados são repartidos de maneira injusta no plano geográfico, a maioria dos profissionais qualificados concentra-se na capital (PNS, 2012). O exercício de análise dos entraves no distrito de Caué (MSAS e UNICEF, 2013) revelou que uma grande parte dos partos não é seguida com a utilização do partograma porque os profissionais de saúde não sabem utilizá-lo.

AS NEGLIGÊNCIAS MÉDICAS CONTADAS PELAS MÃES DE FAMÍLIA

“Estava sozinha na cadeira de parto, o meu bebé estava a nascer. Gritava e chamava a enfermeira mas dizia-me que esperasse. Quando finalmente veio e viu a cabeça do bebé, disse-me que fosse para uma outra sala do hospital. Como podia andar com a cabeça do meu bebé entre as pernas?” “Dei à luz sozinha, a enfermeira não vinha, o meu bebé caiu no chão”.

A FRACA TAXA DE ALEITAMENTO NA HORA QUE SEGUE O NASCIMENTO

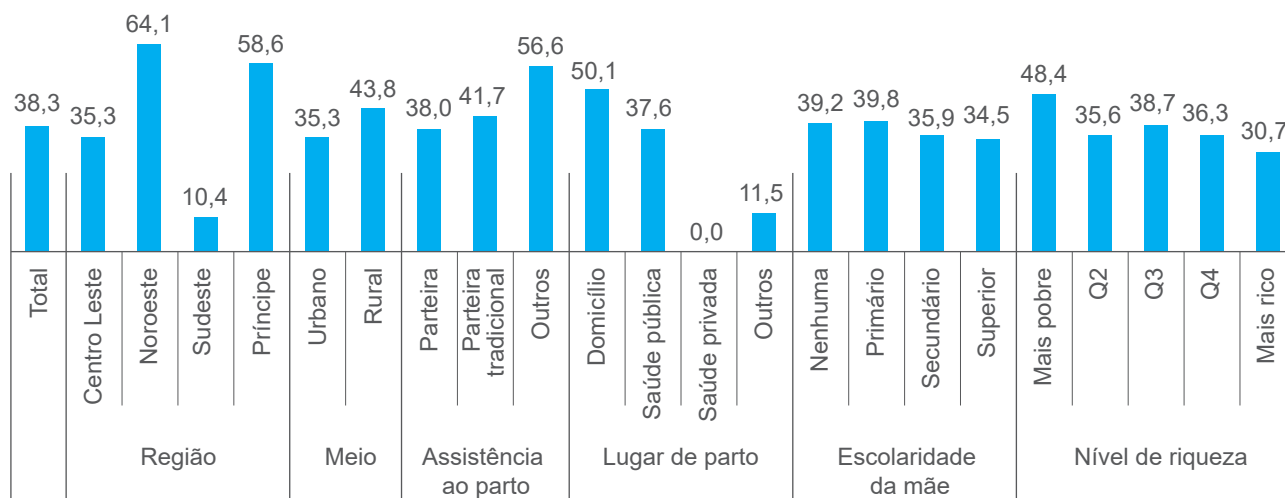
De acordo com o UNICEF (2015e) os resultados de um estudo realizado no Gana mostram que aleitamento dos bebés na hora que segue o nascimento pode impedir 22% dos óbitos neonatais. Em São Tomé e Príncipe, apenas 38,3% dos recém-nascidos são aleitados na hora que segue o seu nascimento, mesmo se a mãe permanece no serviço de maternidade três dias após o parto, o que poderia indicar que esta prática não é promovida suficientemente pelo sistema de saúde. Esta ideia é reforçada pelo fato que não há diferenças significativas entre o nascimento que tem lugar no domicílio ou num centro de saúde público. Não há também diferenças entre o parto assistido por uma parteira oficial ou por uma parteira tradicional. Contudo, há diferenças importantes na probabilidade de receber um alimento antes do aleitamento (o que não é desejável). Se o parto for assistido por uma parteira tradicional, 26% das crianças recebem tais alimentos, em relação a 6,5% no caso das parteiras oficiais (a média nacional é de 7,7%). De acordo com os responsáveis da direção dos cuidados de saúde, as parteiras tradicionais têm por hábito oferecer certas preparações alimentares aos recém-nascidos.

Ao nível regional, existe disparidades muito importantes: na região Noroeste 64,1% das crianças foram aleitadas na hora que segue o parto, enquanto na região Sul eram apenas de 10,4%.

⁴¹ Nos centros sanitários dos distritos e nos postos de saúde as mulheres indicam receber uma assistência médica correta.

⁴² Os grupos de discussão especificaram que a assistência recebida por parte dos médicos era adequada.

Gráfico 3.2.18. Crianças aleitadas na hora que segue o parto (*), 2014, %



(* Crianças nascidas nos 2 anos que precedem o inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Fonte: MICS 5 (INE, 2016)

AS CAUSAS ESTRUTURAIS

O setor da saúde dispõe de um quadro de políticas adequado e atualizado. Em 2012, o Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais pilotou a atualização da Carta Sanitária, que analisa as lacunas de cobertura a nível de cada instalação sanitária do País e a afetação dos recursos humanos e materiais. A Política Nacional de Saúde (2012) visa a reorientar o setor para uma abordagem de saúde integral, preventivo e promocional. Prevê uma reforma exaustiva do setor para aprofundar a descentralização, garantir os recursos humanos e financeiros, a reorganização do sistema em vários níveis (hospital de segundo e terceiro nível) e desenvolver os serviços nacionais (laboratório, radiodiagnóstico, etc.) O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012) é o plano operacional orçado em 36.714.346 de dólares para um período de cinco anos.

Além de uma política de desenvolvimento meso que descreve uma reforma ambiciosa e um plano operacional orçado, existe também políticas específicas que visam as crianças e as mulheres: O Plano Nacional de Saúde Reprodutiva (2012-2016), um Roteiro Nacional para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal (2008-2015). Os programas verticais abordam as problemáticas prioritárias: O Programa alargado de vacinação, o Programa Nacional de luta contra o Paludismo, o Programa de luta contra o VIH-SIDA.

Os desafios situam-se do lado da implementação das políticas. Avançar na descentralização requer reforçar as capacidades técnicas e administrativas a nível dos distritos.

FINANCIAMENTO PÚBLICO DO SETOR DA SAÚDE

Dos 22 países da África Central e Ocidental analisados pelo UNICEF e pelo ODI (2013), São Tomé e Príncipe é o País que tem políticas de financiamento mais equitativas: o Estado assume 85% das despesas de saúde (contra 45,7% em média). É também um dos 4 países que têm a taxa de despesas públicas por habitante mais elevada. Estas aumentam lentamente desde 2008, e em 2015 excedem os 53 USD por habitante, média da África Central e Ocidental⁴³ (sem a Guiné Equatorial)⁴⁴.

A análise das despesas do setor da saúde em relação ao PIB nestes três países (Gabão, Cabo Verde e Guiné Equatorial) demonstra que o esforço de financiamento de São Tomé e Príncipe é bem mais importante⁴⁵.

São Tomé e Príncipe ainda não atingiu o objectivo das Declarações de Abuja e de Maputo de atribuir ao setor pelo menos 15% das despesas orçamentais (nenhum país na África Central e Ocidental conseguiu). O montante atribuído ao setor da saúde em 2015 era de 314.803 milhões de dobras (cerca de 14 milhões de Dólares), ou seja, 10,21% do orçamento (Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2015).

O IMPACTO DA SAÚDE PÚBLICA NO CRESCIMENTO ECONÓMICO:

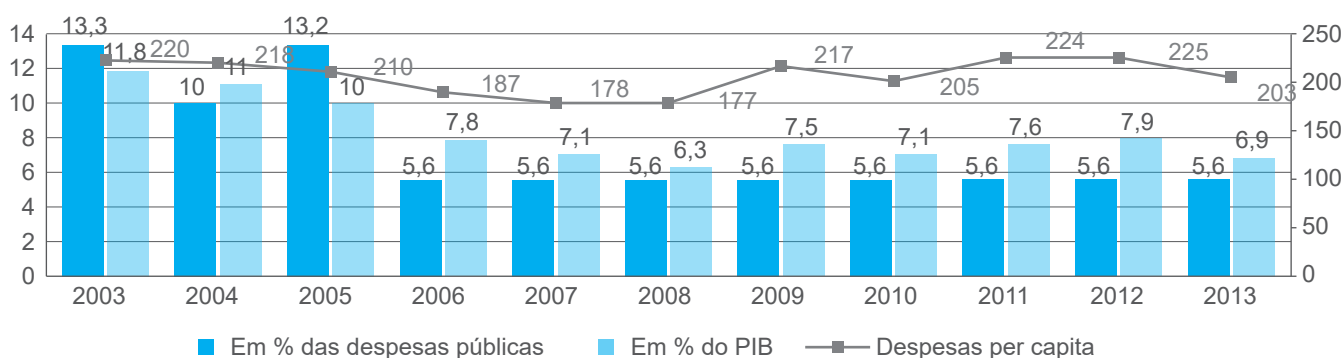
“A saúde pública tem um impacto significativo no Produto Interno Bruto - um ano extra de esperança de vida aumenta a renda per capita de cerca de 4 % “ (FMI, 2004, p 15)

A relação da Saúde Pública com o crescimento do PIB se apresenta em vários níveis:

- Os problemas de saúde da população reduzem a produtividade do trabalho
- O tamanho da força de trabalho é reduzido devido à mortalidade e à reforma antecipada
- A saúde pública reduz as perdas de produção causadas por doenças dos trabalhadores
- A saúde pública reduz o rácio de dependência das famílias

Fonte: Fondo Monetario Internacional, 2014

Gráfico 3.2.19. Despesas públicas de saúde por habitante, em relação ao PIB e em relação as despesas públicas totais (2003-2013)



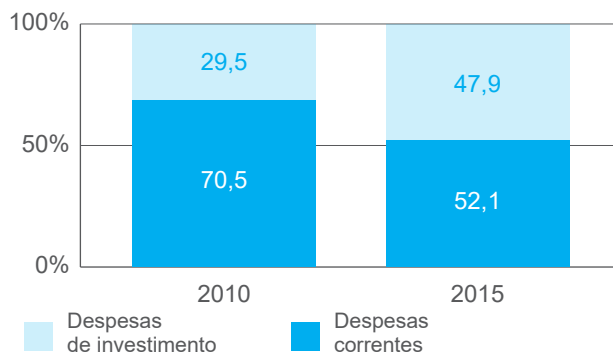
Fonte: World Bank, World Development Datasource

⁴³ Com exclusão da Guiné Equatorial

⁴⁴ Fonte: Banco Mundial, World Development Indicators. Em PPP 2011.

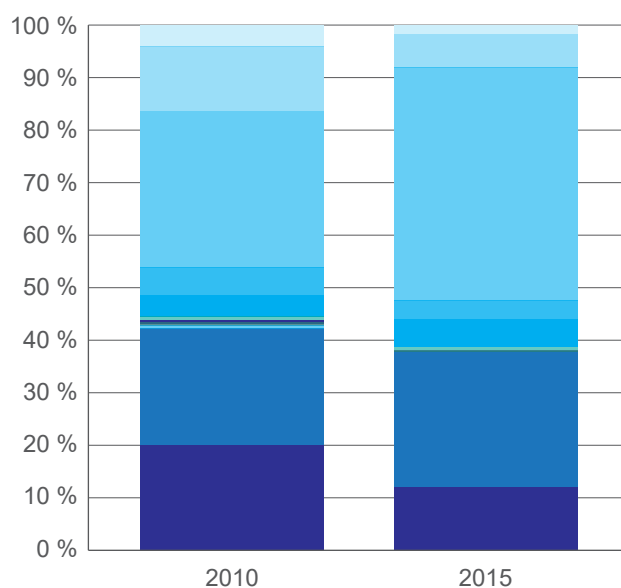
⁴⁵ Em 2013 de São Tomé e Príncipe investia o equivalente de 6,9% do seu PIB, Gabão 3,8%, Cabo Verde 4,4%, e Guiné Equatorial 3,5%.

Figura 3.2.6: Os subsídios orçamentais intrasectoriais



Proporção das despesas de investimento, orçamentos alocados, 2015

A parte das despesas correntes aumentou fortemente desde 2010. As despesas atribuídas à gestão da política da saúde aumentaram de quase 15 pontos de percentagem. Os programas verticais “saúde materna e infantil” e “saúde reprodutiva” representam 0,2% do Orçamento atribuído ao sector. Contudo, a assistência médica e a compra de medicamentos aumentaram a sua parte e isto vai beneficiar os serviços às crianças



Distribuição das despesas públicas, orçamentos alocados (2010 e 2015)

- Outros
- Luta contra paludismo
- Gestão da política de saúde
- Vigilância sanitária
- Medicamentos e equipamentos
- Educação e comunicação
- Saúde da mulher e da criança
- Assistência médica
- Infraestruturas de saúde

Fonte: Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2010 e 2015

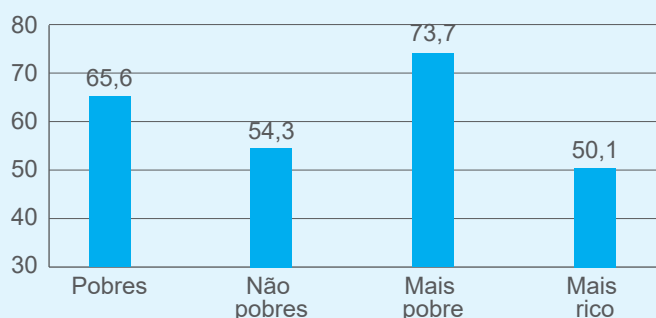
QUESTÕES DE EQUIDADE II

O COPAGAMENTO DOS MEDICAMENTOS DE ACORDO COM UMA PERSPETIVA DE EQUIDADE: UMA EVIDÊNCIA?

O copagamento dos serviços de saúde (consultas, medicamentos, materiais) é a forma de financiamento mais regressiva. Os doentes pagam em função das suas necessidades médicas, e não da sua capacidade económica de abordar as despesas (UNICEF e ODI, 2009)

Em São Tomé e Príncipe, as despesas em medicamentos representam 54,3% das despesas de saúde dos agregados ricos, contra 65,6% dos agregados pobres. A diferença alarga-se nos dois extremos dos níveis de riqueza: os medicamentos representam 50,1% das despesas de saúde dos mais ricos contra 73,7% dos mais pobres.

Parte dos medicamentos nas despesas de saúde, por nível de riqueza (%)



Fonte: IOF (INE, 2010)

As barreiras financeiras de acesso aos medicamentos têm impactos negativos sobre a saúde dos pacientes e na situação económica das famílias. Os copagamentos sanitários têm efeitos de empobrecimento a vários níveis: as pessoas vendem bens, realizam ajustamentos em outras despesas que são essenciais para a infância (nutrição, taxas escolares) (UNICEF, 2015). Na maioria dos casos, é para a medicina tradicional e para as farmácias ambulantes não controladas que vão os agregados para encontrar os melhores preços (UNICEF e ODI, 2009).

Saúde e estado nutricional da mãe: há uma conexão inegável entre a saúde da mãe e a do feto. Certos fatores durante a gravidez (desnutrição, anemia e hipertensão) e/ou um processo médico complicado são associados a um risco de mortalidade perinatal (Lawn e Al, 2009). As gravidezes precoces são igualmente causa subjacente de problemas obstétricos e do atraso da cuidados pré-natal.

Os pais e as mães das crianças são os primeiros a ter maiores responsabilidades e obrigações a nível dos seus direitos. A paternidade é uma instituição enfraquecida em São Tomé e Príncipe (com exceção das comunidades “angolares”). São as mães de família que gerem os recursos domésticos ligados à saúde, que tomam as decisões em relação às intervenções de saúde (automedicação, visitas médicas, despesas, seguimento dos tratamentos e acompanhamento dos pacientes, ensino das práticas de higiene e de saúde preventivas). As mães são os primeiros agentes de saúde para as crianças. **O nível educativo das mães é o principal determinante** (mais importante ainda que o nível de riqueza) dos cuidados de saúde a todos os níveis: práticas de higiene, predominância das doenças, acesso às consultas, aos cuidados e aos tratamentos médicos.

Figura 3.2.7 Análise causal da estagnação na redução da mortalidade neonatal

Causas diretas	
Intraparto (29%)	
Pneumonia (26%)	
Sepsias ou infeções pós-natal (19%)	
Congénitos (16%)	
Frac taxa de utilização dos serviços pré-natais no distrito Sul	
Taxa de parto assistida inferior a 60% em Santana, Almas e Ribeira Afonso ⁴⁶	
Gravidezes precoces	

Causas subjacentes	
Défices na qualidade dos cuidados médicos	Barreiras de demanda: percepção das populações da existência de maus tratamentos obstétricos por parte de certos profissionais enfermeiros no Hospital Dr. Ayres de Menezes.
8% da população faz face à barreiras de acesso geográficas (habitam mais de uma hora dos centros ou dos postos de saúde).	Barreiras de “supply”: Rupturas de existências periódicas de medicamentos e de materiais essenciais.
Barreiras financeiras de acesso às análises pré-natais e aos medicamentos fora do período de hospitalização.	Insuficiência em recursos humanos qualificados e distribuição geográfica desigual.
Existência de períodos de dificuldades momentâneos de aplicação das políticas a nível dos serviços (períodos de falta de camas na maternidade)	

Causas estruturais	
Frac taxa de aplicação da política nacional de desenvolvimento sanitário. Ausência de acompanhamento e avaliação do plano operacional.	Saúde da mãe: desnutrição, saneamento insuficiente, anemias. Nascimentos pouco espaçados (menos de dois anos) ou demasiado numerosos (4 crianças ou mais), idade avançada da mãe.
Não desenvolvimento do sistema de copagamento escalonado (com isenções para a população mais privada) previsto no Plano Nacional.	Barreiras culturais na utilização dos serviços de saúde pré-natais (devido ao género do profissional) (distrito de Caué)
Subfinanciamento do setor em relação ao PIB. Necessidade de desenvolvimento de políticas a nível do financiamento do setor.	Todo o peso da gestão sanitária familiar recai sobre as mulheres.
Inexistência de mecanismos operacionais de controlo da qualidade dos cuidados.	
Inexistência de meios por parte dos doentes de denúncia da violência ou de más práticas obstétricas.	

⁴⁶ As fontes são MICS 5 (INE, 2016) e IV RGPH (2012)

Quadro. 3.2.1 Determinantes da estagnação da redução da mortalidade neonatal

	Determinantes	Descrição
Ambiente adequado	Normas sociais	Em certas comunidades (Caué), as mulheres devem solicitar permissão aos homens para se deslocarem à consulta médica.
	Legislação/Políticas	Leis e políticas adequadas em teoria mas com uma implementação lenta e incompleta. Algumas dificuldades passageiras podem aparecer e impedir a implementação das políticas ao nível dos serviços (períodos de insuficiência de camas na maternidade poderiam impossibilitar a implementação da política das 72 horas).
	Orçamento/Despesas públicas	Investimento público equitativo. No entanto, o país ainda não atingiu o objectivo das declarações de Abuja e Maputo que consiste em atribuir 15% das despesas orçamentais para esse sector.
	Gestão/Coordenação	Fraca cultura de avaliação, de transparência e de responsabilidade mútua. Repartição desigual dos médicos e enfermeiros no plano geográfico. O desenvolvimento de um sistema de queixas e um protocolo de resposta é indispensável para melhorar a atenção médica.
Abastecimento	Disponibilidade dos insumos	Ruptura do armazenamento de materiais de saúde essenciais aos serviços de pediatria e de maternidade do hospital de São Tomé.
	Acesso ao serviço do pessoal, instalações e informação adequada	34% das mulheres não são informadas acerca dos sinais de risco durante a gravidez (INS, 2009). O pessoal enfermeiro do hospital confirma que as mulheres apenas permanecem 24 horas no hospital após o parto (apesar da política nacional das 72 horas. É requerida mais pesquisa) No distrito de Caué, grande parte dos partos não é acompanhada por um partograma porque os profissionais de saúde não o sabem utilizar. Insuficiência dos médicos e enfermeiros.

	Determinantes	Descrição
Demanda	Acesso financeiro	As consultas pré-natais são gratuitas, no entanto existem barreiras de acesso financeiro ao nível das análises obrigatórias (sangue, urina, fezes, exames ginecológicos). Os medicamentos são pagos fora dos períodos de hospitalização.
	Práticas e crenças socioculturais	Desconhecimento dos sinais de risco durante a gravidez. Algumas parteiras tradicionais encorajam o consumo de preparações alimentares antes da amamentação No distrito de Caué existem diversas barreiras culturais: Vergonha de estar grávida (tabus sociais), o facto de o médico/enfermeiro ser um homem, interdições por parte dos homens.
	Continuidade de utilização	Em Me-Zochi, 12% da população habita a uma distância equivalente a mais de uma hora de um posto de saúde. 13,7% das mulheres e das crianças não recebem o número mínimo de visitas pré-natais (INS, 2015). Há sub-distritos em que a taxa de parto assistido encontra-se abaixo dos 70% dos nascimentos de criança viva. Em Santana (58,3%), Ribeira Afonso (64,8%) e Almas (66,6%).
Qualidade	Qualidade	Existe uma percepção generalizada da existência de tratamentos negligentes por parte de alguns profissionais de enfermagem na maternidade do hospital de Ayres de Menezes.

AÇÕES-CHAVE

EQUIDADE HORIZONTAL

- Reforçar a formação de recursos humanos qualificados nos cuidados de saúde materno-infantil e distribuição geográfica proporcional à população alvo (aplicação da Política Nacional de Saúde (2012).
- Eliminação das barreiras de demanda ao serviço de maternidade: supervisão e controlo das práticas médicas dos partos para a redução da violência (negligência) obstétrica: desenvolvimento de sistemas de denúncia anónima e de protocolos de resposta.
- Continuar a implementação da estratégia de cuidados integrais às crianças até à idade de três anos (Programa dos 1000 primeiros dias).
- Assegurar a participação nacional no financiamento dos programas verticais chave para o controlo das epidemias (PAV, PNLP, PNLS, PNLT).

EQUIDADE VERTICAL

- Eliminação das barreiras financeiras de acesso aos medicamentos: Desenvolvimento de um sistema progressivo de recuperação de custos que inclui isenções para os doentes em situação de pobreza esboçado no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
- Eliminação das barreiras financeiras de acesso às análises pré-natais (que são regressivas e podem conduzir a um espaçamento das visitas das mulheres mais pobres): do mesmo modo, é necessário aprofundar o conhecimento destas práticas.
- Aprofundar a análise iniciada a partir da Carta Sanitário (2012) de acordo com a perspectiva de assegurar a integração dos doentes que moram nas comunidades afastadas dos serviços.

3.2.3. A nutrição da pequena infância

Geralmente utiliza-se três indicadores para medir o estado nutritivo das crianças de 0 a 5 anos: o seu peso em relação à sua idade (insuficiência ponderal), a sua altura em relação à sua idade (atraso de crescimento) e o seu peso em relação à sua altura (desnutrição aguda). Se uma criança apresentar um valor do indicador correspondente inferior a -2 da diferença tipo da mediana da amostra de referência (padrão OMS a partir de 2006), diz-se que é atingido de desnutrição. Se o valor for inferior a -3 em relação a diferença tipo, fala-se de desnutrição severa.

A desnutrição crónica é o resultado de períodos de carências repetidos ou a longo prazo, em quantidade ou qualidade dos alimentos, e frequentemente é acompanhada por outros fatores como a diarreia ou infeções respiratórias.

A desnutrição aguda é considerada como uma situação temporária causada por falta de disponibilidade em alimento, ou pela perda de peso causada por uma doença grave.

A desnutrição tem impactos negativos sobre as faculdades intelectuais, cognitivas e de aprendizagem das crianças, sobre a sua resistência às doenças e sobre o seu desenvolvimento físico.

O IMPACTO DA FOME NO CRESCIMENTO ECONÓMICO.

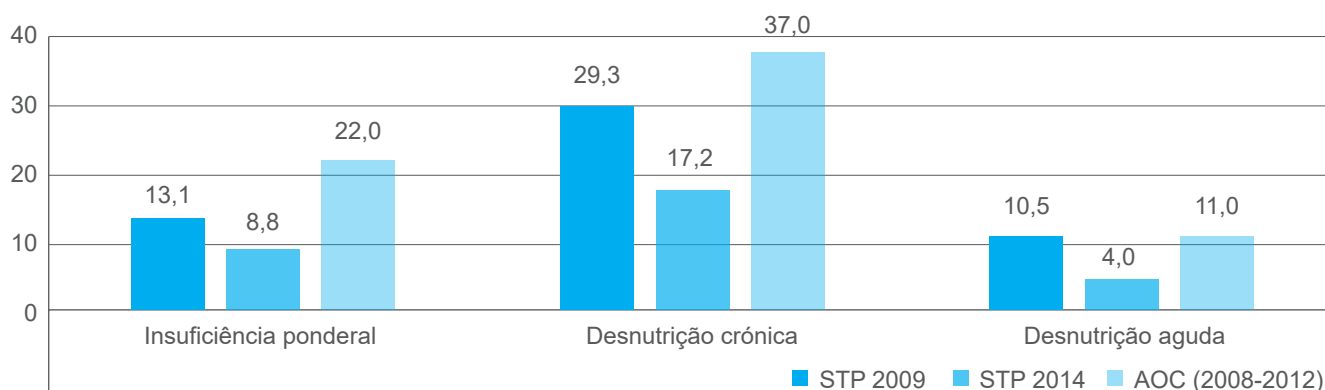
O projeto de pesquisa do estudo “O custo da fome em África” (www.costofhungerafrica.com), quantifica os enormes custos da desnutrição sobre o crescimento econômico em 12 países africanos. Dois países da África do Oeste e Central foram incluídos na segunda etapa da pesquisa. Os custos de desnutrição constituem perdas em Burkina Faso equivalentes a 7,7% do PIB (\$ 798.000.000), e no Gana a 6,3% do PIB (2,58 bilhões de dólares) por ano.

Fonte: Uniao Africana, Nova parceria para o desenvolvimento da Comissao Economica para Africa e do Programa de Alimentos Mundial (2014)

São Tomé e Príncipe fez progressos importantes no período 2009-2014 a nível dos três indicadores de desnutrição clássicos.

A comparação dos indicadores com a África Ocidental e Central (AOC) mostra resultados melhores em São Tomé e Príncipe para os três tipos de desnutrição.

Gráfico 3.2.20. Taxa de desnutrição (%) em São Tomé e Príncipe (2009 e 2014) e AOC (2008-2012).



Fonte: IDS (INE, 2009), MICS 5 (INE, 2016), E UNICEF (2014)

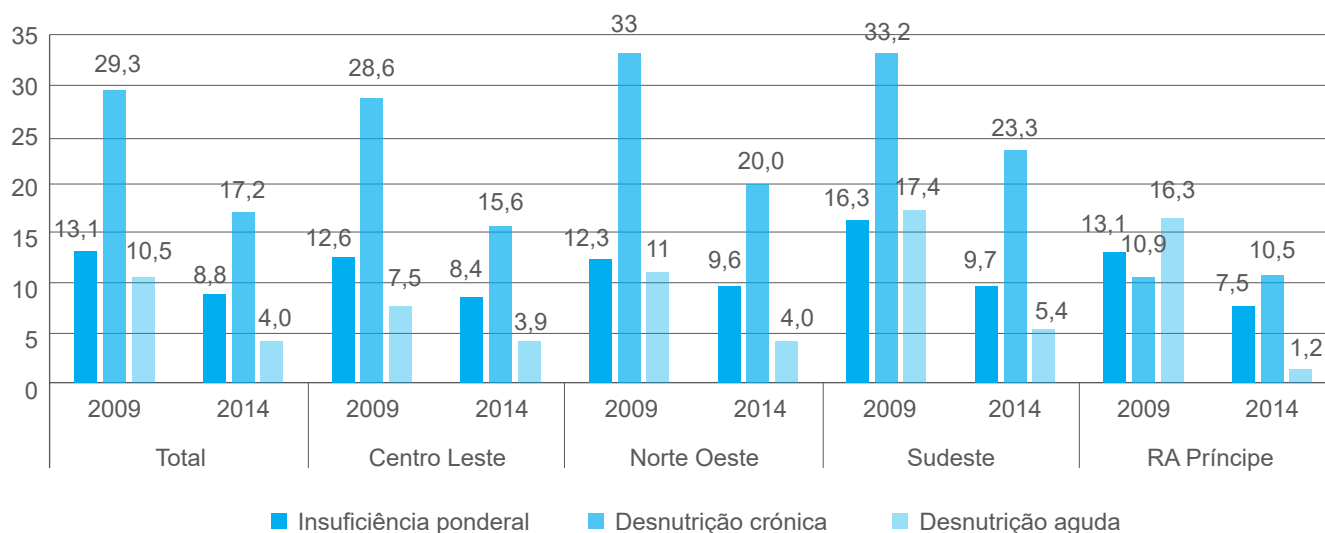
No que diz respeito ao excesso de peso, a situação em São Tomé e Príncipe agravou ligeiramente, passando de 1,6% em 2009 a 2,4% em 2014 (INE, 2009 e 2016). Contudo, estes números, são contudo melhores que os do AOC onde a percentagem de crianças obesas era de 6% em 2011 (UNICEF, 2014c).

ANÁLISE DOS GRUPOS VULNERÁVEIS

Por género, os rapazes apresentam taxas de desnutrição mais elevadas que as raparigas para os três indicadores: as causas deste fenómeno, observados noutras regiões do mundo (Kanamori and Pullum, 2013) não puderam ser determinadas.

As regiões que apresentam taxas de desnutrição crónica mais elevadas são o Noroeste (20%) e o Sudeste (23,3%). A região Centro-leste é a que apresenta reduções importantes em 2014 (15,6%), sobre valores já ligeiramente inferiores a média nacional em 2009 (28,6%). Por outro lado, as regiões Noroeste (33% em 2009) e Sudeste (33,2% em 2009), com taxas de desnutrição crónica acima da média nacional, os reduziram de 40% e 30%. Por último, Príncipe é a região que apresenta uma desnutrição crónica inferior à média (10,5% em 2014), mas reflecte um progresso quase nulo (10,9% em 2009).

Gráfico 3.2.21. Taxa de desnutrição por região (%)

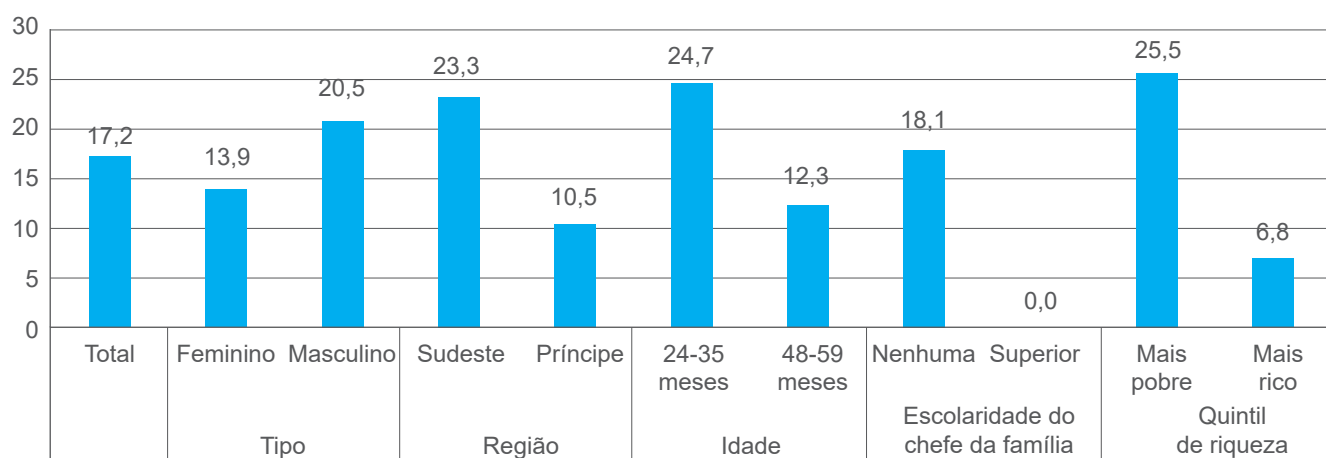


Fontes: IDS (INE, 2009) e inquérito MICS 5 (INE, 2016).

Não há nenhuma diferença significativa entre as zonas urbanas e rurais. Contudo, há diferenças em função da idade das crianças para a desnutrição crónica: as crianças de 18 a 35 meses são tocadas (mais de 24%). Não há crianças malnutridas nos agregados em que as mães têm um nível de escolaridade superior (INE, 2016).

A OMS declarou que a predominância da desnutrição crónica começa a aumentar a partir dos três meses da criança, e reduzir nos três anos. Por conseguinte, para as crianças de menos de 2-3 anos, a desnutrição crónica reflecte um processo contínuo de não “estar em condições de crescer”, enquanto para os mais velhos é “falhar no crescimento” (OMS, 2015).

Gráfico 3.2.22 Crianças de 0 a 5 anos que sofrem desnutrição crônica, principais desvios para cada determinante socio-econômico (%), 2014



Fonte: MICS 5 (INE, 2016).

No que diz respeito à desnutrição aguda, de acordo com a OMS (2015) a predominância aumenta no segundo ano de vida. Tal é visível nos Camarões, onde se encontra a taxa mais elevada para os 12 - 17 meses. Contudo, em São Tomé e Príncipe a desnutrição aguda atinge o seu máximo na faixa etária

dos 6 a 11 meses (11,4%). A partir de 11 meses, os valores começam a reduzir-se, o que indica uma situação mais favorável em São Tomé e Príncipe, onde as crianças recuperam mais rapidamente de eventuais choques nutritivos.

3.2.4. Desafio principal 2: A desnutrição na pequena infância

AS CAUSAS DIRETAS

O contributo alimentar inadequado e as doenças constituem dois factores das causas directas da desnutrição. Em relação ao primeiro fator “o abastecimento alimentar é insuficiente para responder às necessidades do consumo dos cidadãos”⁴⁷. Em primeiro lugar, o País deve importar alimentos, o que torna os produtos básicos caros. De mais, 84% dos produtos alimentares são comprados (o resto é autoproduzido ou oferecido) o que implica que provavelmente a camada mais pobre da população não pode aceder a esses produtos em quantidade e qualidade suficientes.

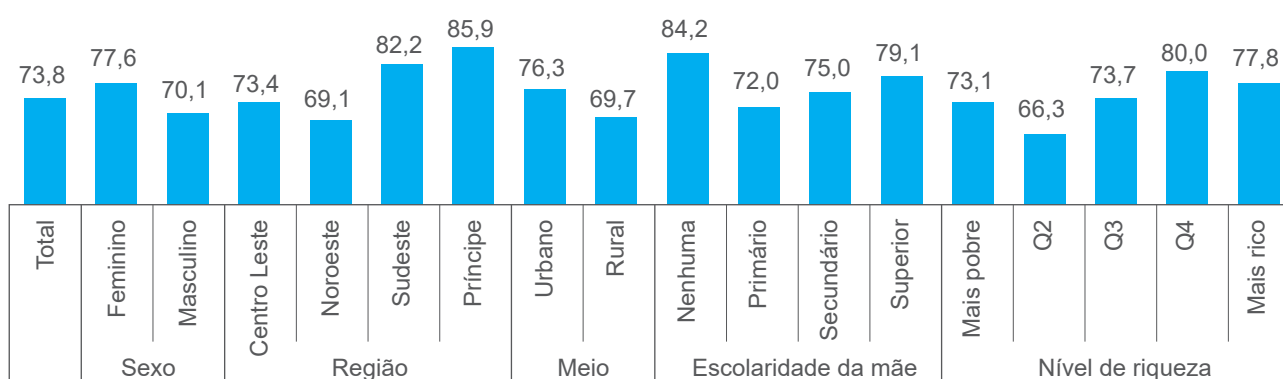
De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (2011), em São Tomé e Príncipe o consumo médio por habitante e por dia era de 2.676 kcal (num limiar mínimo de 2.400 kcal) em relação à 2.688 kcal na África Ocidental (FAOSTAT, 2011). Assim, o aporte calórico está ligeiramente acima do mínimo recomendado, mas inferior à média da região. No que diz respeito ao aporte em proteínas, a média por pessoa é de 60,39 gramas (2011), menos que na África Ocidental (64,54). O regime alimentar médio do País contribui

para o aporte energético similar à média da região, mas com uma composição fraca em proteínas, ou seja, não completamente adequada, o que foi confirmado por certos peritos interrogados durante a preparação do relatório.

A desnutrição crónica é claramente ligada à pobreza e ao nível de educação da mãe (cf. gráfico 3.2.22). Contudo, no quintil mais rico, há ainda 6,8% das crianças malnutridas, o que poderia indicar que uma parte do problema da desnutrição não é ligada à possibilidade de acesso ao alimento, mas a outros factores como o regime alimentar (citados acima). Não há desnutrição nas crianças das mães que têm um nível de educação superior: quanto mais o seu nível educativo é elevado, mais conhecem a composição de um regime alimentar equilibrado.

Para as crianças de menos de seis meses, o aleitamento exclusivo é um fator determinante do seu estado nutritivo. Em São Tomé e Príncipe, 73,8% das crianças de 0 a 5 meses são aleitadas exclusivamente, em relação a 51% em 2009. Não há correlações claras com o nível de riqueza nem com o nível de educação da mãe.

Gráfico 3.2.23. Crianças de 0 a 5 meses aleitadas exclusivamente, por determinante socioeconómico, 2014 (%)



Nota: Os dados referem-se ao dia que precede à realização do inquérito (MICS 5)

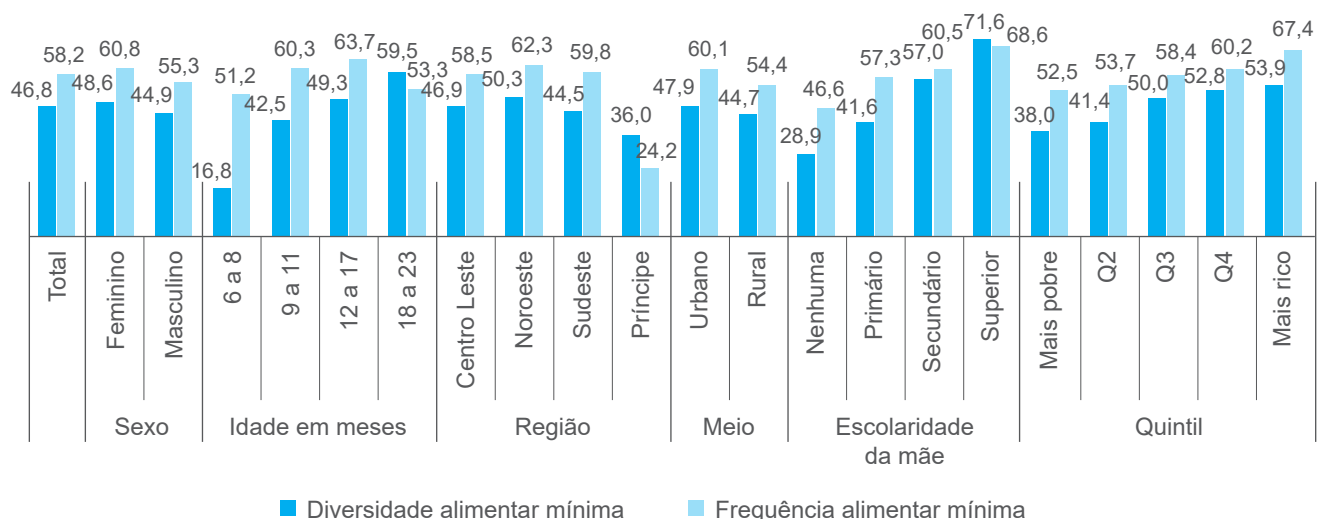
Fonte: MICS 5 (INE, 2016)

⁴⁷ Governo de São Tomé e Príncipe (2012), pág. 78.

Por outro lado, apenas 74,1% das crianças de 6 a 8 meses recebem alimentos de complemento. Globalmente, apenas 62,3% das crianças de 0 a 23 meses são aleitadas de maneira adequada. Contudo, para este indicador há diferenças significativas entre quintis de riqueza, que jogam contra os mais ricos: assim, 70,5% das crianças mais pobres são aleitadas corretamente, em relação a 58% dos mais ricos (INE, 2016). A diferença não está na prática do aleitamento materno mas na introdução de outros alimentos.

Finalmente, menos da metade (46,8%) das crianças de 6 a 23 meses recebem uma diversidade alimentar mínima e 58,2% uma frequência mínima de alimentação (INE, 2016). Há diferenças significativas concernentes ao nível de riqueza e ao nível de escolaridade da mãe.

Gráfico 3.2.24. Crianças que recebem uma diversidade e uma frequência alimentar mínima, por determinante socioeconómico (2014)

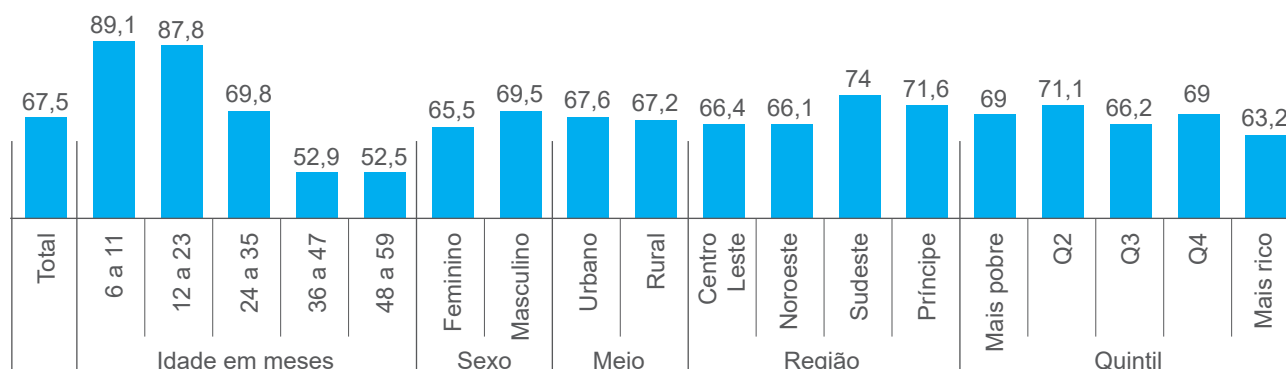


Fonte: MICS 5 (INE, 2016)

Em conclusão, enquanto a desnutrição crónica é ligada à pobreza das famílias, há também fatores ligados às práticas alimentares que aparecem a partir dos seis meses. A prática do aleitamento materno exclusivo até à idade de seis meses mostra progressos notáveis graças aos esforços alargados para a sua promoção. Atualmente, é necessário influenciar outros aspetos, como a introdução de outros alimentos a partir do sexto mês de vida, a diversidade ou a frequência da alimentação. Estes fatores são mais ligados a nível de educação da mãe que à riqueza, o que indica que a desnutrição é causada por más práticas devidas à ignorância.

A falta de micronutrientes é um fator que afeta a saúde e o estado nutricional da mãe e da criança. Os dados disponíveis indicam que 62,2% das crianças entre 6 e 59 meses sofrem de anemia (32,7% de maneira ligeira). 55,8% das mulheres grávidas são anémicas (34,6% de maneira ligeira) (INE, 2016). 52% das mulheres grávidas tomaram complementos de ferro durante mais de 90 dias (INE, 2009).

Gráfico 3.2.25. Crianças de 6 a 59 meses que sofrem de anemia, por determinante socioeconômico (%)



Fonte: MICS 5 (INE, 2016)

No que diz respeito às carências em vitamina A, houve uma evolução muito positiva nestes últimos anos: em 1999, mais da metade das crianças de 12 a 59 meses (59,1%) tinham carências em vitamina A (moderados), contra 14,5% em 2010, talvez graças aos programas de suplemento em vitamina A e o aumento da taxa de aleitamento materno exclusiva.

As carências em iodo, que são responsáveis do cretinismo e de outros atrasos do desenvolvimento cognitivo com um impacto mais ou menos importante sobre a aprendizagem na jovem criança, são facilmente evitáveis com a utilização do sal iodado. 90,8% das famílias utilizam o sal iodado, com diferenças entre as regiões (com 94,8% na RAP e 84,1% na região Sudeste) e quintis de riqueza (83,2% dos mais pobres e 96,2% dos mais ricos).

A diarreia e a desidratação que as carências provocam é uma das causas essenciais da mortalidade infantojuvenil. Em São Tomé e Príncipe, 17,7% das crianças de menos de cinco anos tiveram um episódio de diarreia nas duas semanas que precedem o inquérito MICS 5. A diarreia pode ser causada pela água insalubre e as práticas de higiene insuficientes, e pela falta de saneamento em geral que provoca a profusão de bactérias no ambiente das crianças (cf. rubrica sobre a água e o saneamento).

O estado nutritivo da mãe afeta o desenvolvimento do feto e influencia o peso da criança ao nascimento, condicionando assim o seu desenvolvimento ulterior. Em São Tomé e Príncipe, 8,4% das crianças nasceram com um peso inferior a 2500 gramas (15,1% no ano 2000). Os números são próximos da situação nos países desenvolvidos (7%) por conseguinte o peso fraco ao nascimento não parece ser um problema particularmente grave em São Tomé e Príncipe. Não há diferenças significativas imputáveis à

idade da mãe, ao seu nível de escolaridade, à região de nascimento ou ao nível de riqueza.

No que se refere, ao atendimento terapêutico da desnutrição, as mães não sabem em geral detetar os sinais de desnutrição nas suas crianças. Para as que sabem, não têm o reflexo conduzi-las ao centro de saúde. Têm recurso aos centros de saúde apenas quando a criança está doente: ali, os médicos tratam a doença mas não a desnutrição, e ainda menos as causas, por falta de preparação neste domínio. Apenas o Hospital Central possui serviços de nutrição.

AS CAUSAS SUBJACENTES

A análise do quadro político e institucional permite identificar um conjunto de causas subjacentes. A intervenção pública contra a desnutrição situa-se hoje principalmente nos domínios da saúde e na proteção social.

O Programa Nacional de Nutrição (PRONANUT), era o programa de referência antes de 2013, mas hoje já não está operacional porque foi integrado na Política de nutrição e de alimentação (cf. abaixo). O Programa de Saúde Reprodutiva oferece micronutrientes às mães e às crianças e dá conselhos sobre as práticas de aleitamento, etc. Em terceiro lugar, o Programa Nacional da Alimentação e Saúde Escolar (PNASE), é responsável pelo fornecimento das refeições escolares e formação de sensibilização da comunidade educativa. Em termos de proteção social, os serviços sociais implementam alguns programas de apoio económico e alimentar às populações em situações mais graves, mas têm lacunas de cobertura importantes e não são orientados especificamente para a desnutrição.

Embora a política de nutrição incorpore elementos de prevenção importantes, o PRONANUT não consegue incorporá-los: este programa apresenta graves lacunas, como a falta de pessoal: isto significa que 4 distritos não têm nutricionista e outros recursos.

A Política de Nutrição e de Alimentação (PNA) recentemente aprovada pode tornar-se num instrumento essencial na luta contra a desnutrição. Esta política implica desenvolvimentos importantes ao nível político-institucional, e visa atingir maior durabilidade e coordenação intersectorial.

Passar de um conjunto de programas e projetos isolados a uma política geral de nutrição é um passo estratégico para atrair o apoio dos diferentes doadores de fundos. Os principais pontos fortes do PNA são de carácter transversal com a sua abordagem integral ao problema, incluindo o objetivo de reforçar a resiliência das comunidades; a focalização sobre a prevenção da desnutrição e a sua visão a longo prazo. Contudo, a sua implementação deve fazer face a alguns obstáculos:

Em primeiro lugar, a dependência da ajuda externa faz com que o financiamento da política dependa da vontade dos doadores de fundos. Por outro lado, de acordo com certos especialistas da nutrição interrogados, terminar com a desnutrição não parece ser uma prioridade para o Governo. No Orçamento Geral do Estado 2015, a parte alimentação e nutrição no detalhe das despesas não recebeu uma dotação orçamental.

A coordenação interinstitucional, responsabilidade do MEAS, não é garantida: não é fácil para os diferentes ministérios implicados na política fornecer um esforço coordenado. Além disso, em termos gerais, a implementação das políticas no país depende largamente da vontade do Ministro de tutela. Neste caso, a implementação não depende de um só um ministério, o que aumenta a potencial instabilidade do PNA.

AS CAUSAS ESTRUTURAIS

Outro fator chave é a fraqueza institucional do País, com pouco pessoal técnico formado de maneira adequada e uma redução dos efetivos ao nível central que trabalha no domínio da nutrição.

Num quadro político geral do país que favorece a descentralização, o PNA visa promover maior participação dos distritos. Todavia, a fraqueza institucional e financeira é mais severa a nível dos distritos. Ao nível comunitário, a situação não é a melhor: não parece ter vigilância nutritiva organizada ao nível comunitário, embora os agentes de saúde sejam responsáveis pela sinalização e pelo encaminhamento dos casos de desnutrição. Certas responsabilidades são transferidas às ONG que trabalham nas comunidades.

Finalmente, a cultura de avaliação, de transparência e de responsabilidade (que permitem supervisionar a implementação e os resultados das iniciativas políticas) são embrionárias no país. O PNA consagra um curto parágrafo à avaliação, mas de maneira muito vaga e sem mencionar mecanismos específicos.

Em São Tomé e Príncipe, 66,2% das pessoas são consideradas como pobres em 2010 (INE, 2010) e 13,6% estavam no desemprego. Num contexto de falta de proteção social, a pobreza e o desemprego vão influenciar largamente o estado nutritivo das crianças.

A PROPÓSITO DO PNASE

O Programa nacional de alimentação e de saúde escolar (PNASE) nasceu em 2010 e entrou em vigor em 2012. O financiamento do programa é assegurado pelo PAM, mas deve transferir progressivamente a responsabilidade do programa ao Governo, ao horizonte 2016.

Os beneficiários são todas as crianças de jardins de infância, de infantários e de escolas do ensino básico da rede pública do país (cerca de 40.000 crianças). O objectivo do programa é duplo: melhorar o estado nutricional das crianças e incentivar a frequência escolar.

O PNASE sofre de fraquezas similares às do PNA. O processo de transferência do PAM ao Governo não avança a um bom ritmo, principalmente devido à dificuldade para obter compromissos estáveis e a longo prazo dos doadores, o que faz com que os recursos atribuídos não são suficientes para as compras relevantes⁴⁸. Há também um nível fraco em recursos humanos qualificados para a gestão.

A sua articulação com os outros setores (proteção social, Saúde, agricultura, pesca, os distritos e as comunidades locais) não é clara. A participação das comunidades na gestão do programa é muito limitada e concentrada exclusivamente quase em colaborações muito específicas, como o acompanhamento à recepção, o controlo e a preparação dos alimentos e sua distribuição aos alunos⁴⁹.

Por outro lado, o PNASE faz contratos com os produtores locais mas os pagamentos chegam com muito atraso, o que fragiliza as capacidades financeiras dos pequenos produtores.

Por último, o PNASE não tem um sistema nem um plano de vigilância, o que torna difíceis a responsabilização e transparência na sua implementação.

Uma iniciativa que merece ser sublinhada devido à sua pertinência é o Programa dos 1000 primeiros dias mais críticos, que será gerido pela direção dos cuidados médicos do Ministério da Saúde. Nesta fase da proposta (realizada pelo UNICEF), e na sequência do movimento SUN (Scaling Up Nutrition), é

provado cientificamente que os esforços de estimulação e de suplementos nutritivos nos mil primeiros dias da vida das crianças (incluindo a gravidez) são muito rentáveis.

O grupo alvo dos programas são as mulheres grávidas, as mães e as crianças de menos de dois anos, em especial os mais pobres e privados. Os dois objectivos principais são a redução da desnutrição crónica nas crianças e a promoção do acesso ao serviço de saúde do grupo alvo. O programa é dividido em três componentes: a saúde materna, neonatal e para as crianças; a nutrição, e por último o apoio, a informação, a educação e a comunicação.

Na vertente nutrição, propõe-se introduzir sistematicamente ao nível comunitário a promoção e o controlo do crescimento e a educação nutritiva. Visa igualmente a reforçar o Programa nacional de nutrição. A maior parte das intervenções propostas já são implementadas em São Tomé e Príncipe, mas algumas devem ser reforçadas, alargadas. É eventualmente necessário adoptar novos métodos de entrega para torná-las mais rentáveis. A novidade é o programa de nutrição nas comunidades que compreende a promoção do controlo do peso e a educação nutritiva, que poderia cobrir 25% das crianças (0-23 meses) que mostram sinais de desnutrição crónica.

Uma vez mais, o desafio deste programa é obter a participação dos doadores de fundos e a implicação das comunidades para assegurar a sua durabilidade.

Em resumo, as iniciativas analisadas sofrem de problemas comuns. O Ministério de Saúde têm capacidades de gestão limitadas (em termos de planificação, de implementação, de acompanhamento e avaliação). As capacidades do pessoal são fracas devido à falta de formação. As numerosas iniciativas do setor público, das organizações internacionais e das ONG que trabalham no País que visam directamente ou indirectamente a desnutrição das crianças não terão os impactos esperados se não houver uma melhoria exaustiva das capacidades, das práticas e dos procedimentos do setor público.

⁴⁸ A fonte é um relatório interno do PAM STP "Relatório de missão de apoio ao escritório de STP no âmbito da avaliação do processo de transição do projeto de alimentação Escolar em São Tomé e Príncipe de 26 a 30 de Abril de 2015" existe uma linha orçamental no Ministério da Educação atribuída à alimentação escolar. Contudo, há 2 problemas; por um lado, os montantes atribuídos estão longe de poder satisfazer as necessidades e, por outro lado, outras atividades extraem também nesta mesma linha orçamental.

⁴⁹ PNASE (2014), pág.7.

Quadro 3.2.2. Causas determinantes da desnutrição nas crianças de 0 à 5 anos

	Determinantes	Descrição
Ambiente adequado	Normas sociais	<p>Composição não adequada da alimentação.</p> <p>Certas desconfianças nas recomendações do sistema de saúde pública.</p> <p>Más práticas de higiene e de saneamento.</p> <p>Nenhuma cultura de parceria e participação da sociedade civil na gestão das políticas em especial no nível comunitário.</p>
	Legislação/Políticas	<p>Leis e políticas relativamente adequadas na sua concepção, mas com uma fraca taxa de aplicação.</p> <p>Fraca cultura de avaliação, de transparência e de responsabilidade mútua.</p> <p>Fraco papel da sociedade civil no nível comunitário na concepção e a gestão das políticas.</p>
	Orçamento/Despesas públicas	<p>Dependência da ajuda externa para as políticas.</p> <p>Não há linha orçamental atribuída à nutrição.</p>
	Gestão/Coordenação	<p>Ausência de cultura de avaliação, de transparência e de responsabilidade mútua.</p> <p>Fraqueza das instituições a todos os níveis da Administração do Estado, na dotação e a formação do pessoal e outros recursos.</p> <p>Capacidades limitadas do Ministério da Saúde para coordenar as políticas em matéria de nutrição</p> <p>Falta de coordenação dos numerosos atores públicos e da sociedade civil que trabalham em matéria de nutrição, sobretudo a nível das comunidades.</p>
Provisões	Disponibilidade dos fatores de produção	<p>Fraca dotação dos recursos nos serviços de saúde descentralizados e no Hospital Central.</p> <p>Falta de oferta suficiente de pacotes suplementares nutritivos.</p> <p>Falta de oferta suficiente de alimentos a nível do PNASE.</p>

	Determinantes	Descrição
Provisões	Acesso ao serviço do pessoal, de instalações e de informação adequadas	Insuficiência de especialistas em matéria de nutrição a nível dos distritos. Pessoal de saúde não formado em matéria de nutrição. Encontra-se serviços de nutrição apenas no Hospital Central.
Demanda	Acesso financeiro	A dependência das importações aumenta o custo dos alimentos. Percentagem elevada de famílias que vivem debaixo do limiar de pobreza. Serviços de nutrição apenas no Hospital Central, aumento o custo de acesso devido à deslocação.
	Práticas e crenças sociais e culturais	As mães não sabem sempre como identificar a desnutrição das crianças. Resistência na utilização das latrinas ou casas de banho públicas. Utilização de fórmulas para substituir o leite materno em quintis superiores.
	Continuidade de utilização	O afastamento dos Centros de Saúde e do Hospital Central complica a frequência regular dos serviços de nutrição.
Qualidade	Qualidade	Adesão aos padrões internacionais (pacote mínimo, etc.), mas na prática, falta de capacidade para a sua implementação em grande escala.

AÇÕES-CHAVE

Obtenção de compromissos de financiamento para a implementação da Política Nacional de Nutrição.

Reforçar a educação nutritiva das famílias e a utilização dos alimentos locais na alimentação de complemento das latentes.

Reforçar a vigilância do crescimento das crianças a nível comunitário nomeadamente para às localidades afastadas ou mais tocadas pela desnutrição.

Desenvolvimento das capacidades de gestão ao nível central e local, para o reforço das capacidades de planificação, de acompanhamento e avaliação

Sensibilização dos atores políticos chave da importância da nutrição das crianças para o desenvolvimento económico e social nacional

Implementação da Política de Proteção Social (transferências monetárias e alimentares).

3.2.5. A água e o saneamento

O acesso a fontes de água adequadas e as condições de saneamento dos agregados são dois fatores que têm uma grande influência na saúde e no bem-estar geral das crianças. A diarreia é a segunda causa de mortalidade das crianças de 0 a 5 anos, e é uma doença directamente ligada à água potável e ao saneamento do meio. A predominância da diarreia em São Tomé e Príncipe é mais elevada do que na África Ocidental e Central (cf. acima).

A maioria da população santomense tem acesso a fontes de água melhoradas (93,9%). Uma fonte de água é melhorada se esta se encontra no alojamento ou num jardim residencial, num vizinho, se trata-se de uma fonte pública, um poço com tubagem ou protegido, de uma fonte protegida, da água de chuva ou da água engarrafada. Convém precisar que o fato que uma fonte de água seja melhorada não significa que seja potável. No inquérito MICS, não há informação sobre a potabilidade das fontes de água. De acordo com os responsáveis da Direção-geral dos Recursos Naturais e Energia, a grande maioria da água disponível em São Tomé e Príncipe é contaminada por coliformes fecais.

No que diz respeito à origem da água nos agregados familiares, mais da metade (52,9%) se abastecem

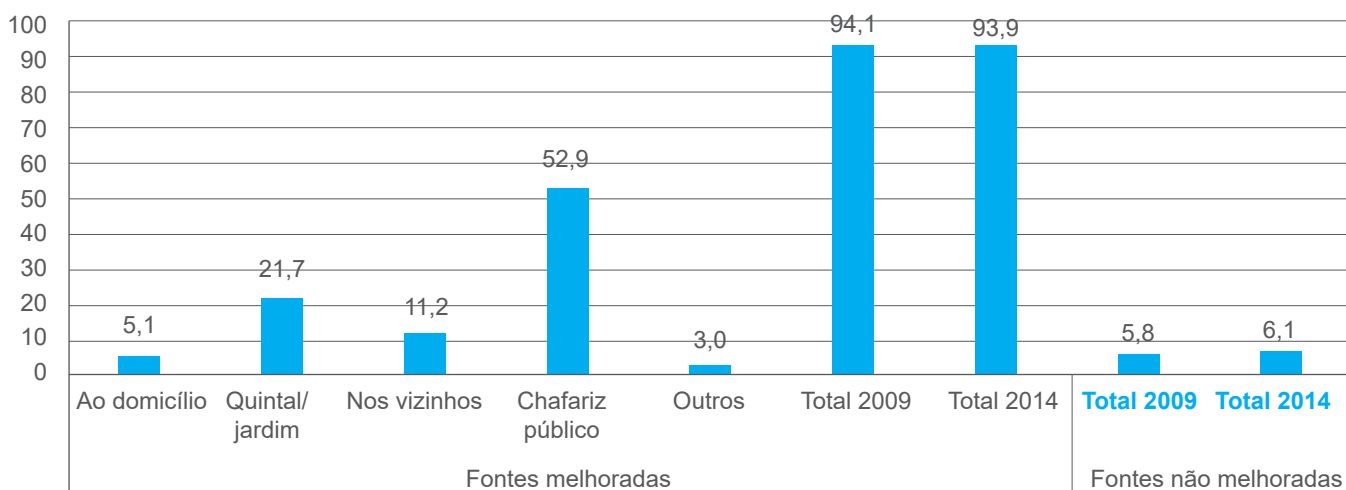
A FALTA DE SANEAMENTO: UMA PROBLEMÁTICA GRAVE E MUITO SENTIDA PELA POPULAÇÃO

Nos grupos de discussão organizados nas comunidades, foi pedido às mães que identificassem as três problemáticas principais na sua comunidade. A ausência de saneamento ou de água potável foi a primeira ou segunda identificada pelas mães de família em todos os casos.

A análise de pobreza multidimensional das crianças revela que o saneamento é uma das duas principais privações das crianças em São Tomé e Príncipe. O saneamento (como se verá) é um dos indicadores que apresenta disparidades extremas em função do nível de rendimento, e uma causa subjacente das doenças diarreicas, que são a segunda causa de mortalidade das crianças.

nos chafarizes públicos, o que implica que o acesso a este recurso não é fácil para a população (INE, 2016).

Gráfico 3.2.26. Habitantes que utilizam fontes de água melhoradas, por tipo de fonte (%), 2009 e 2014



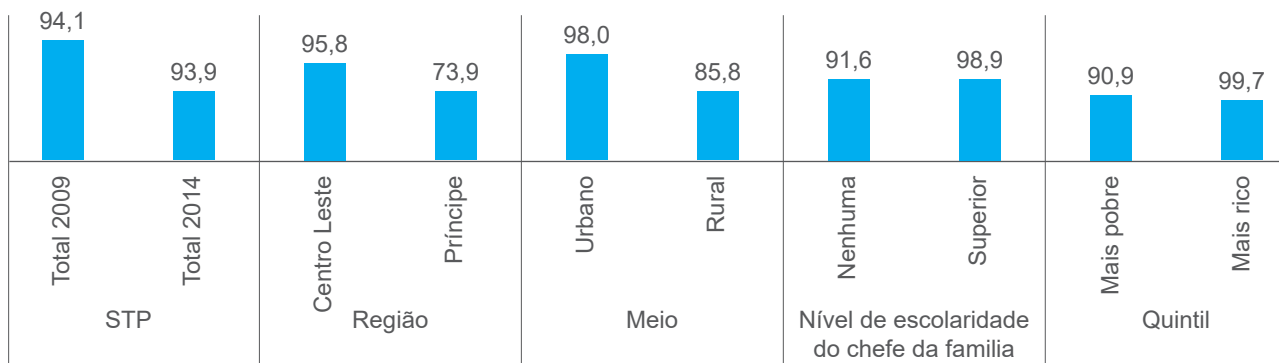
Fonte: inquérito MICS 5 (INE, 2016) e IDS (INE, 2009).

O gráfico 3.2.27 revela que as disparidades mais importantes estão do lado das regiões seguintes: no Príncipe menos de 3 em cada 4 pessoas (73,9%) utilizam fontes de água melhoradas, enquanto na região Centro-Este o acesso é quase universal (95,8%).

As fontes urbanas são geridas pela Empresa de Água e Eletricidade (EMAE) e estão em melhores

condições que as fontes rurais, que estão sob a responsabilidade das câmaras municipais de distrito, e das quais o financiamento depende da existência de projetos de cooperação⁵⁰. No caso de Príncipe, há apenas uma cidade (Santo António) de modo que a proporção de fontes rurais seja mais elevada, o que explica a dotação inferior de fontes melhoradas.

Gráfico 3.2.27. População que tem acesso a fontes de água melhoradas, principais desvios para cada determinante socio-económico (%), 2014



Fonte: inquérito MICS 5 (INE, 2016) e IDS 2008-2009 (INE, 2009)

93% da população não trata a água para beber, e a situação parece pior que em 2009 (88,8%). Contudo convém ser cuidadoso com esta informação porque tal poderia ser devido as melhorias no nível de purificação (esta informação não está disponível). Ao nível comunitário, os grupos de discussão revelaram que as mães não tratam a água porque isto toma-lhes tempo, porque não gostam do gosto da água fervida, e porque o cloro é dispendioso. Mencionaram igualmente que muitas mães de família ignoram que é necessário tratar a água.

Como indicado acima, o acesso à água é um fator que condiciona o bem-estar da família e determina as práticas de higiene. Um indicador para medir o acesso à água é o tempo que é necessário para ir e regressar da fonte de água. 22,9% da população vive em agregados que levam mais de uma meia hora para obter a água (INE, 2016).

O trabalho penoso de ir a procura da água para o agregado é reservado às mulheres. Em 69,3% dos agregados, são as mulheres de mais de 15 anos que são responsáveis. Em 18,5% dos agregados, são os homens. As raparigas de menos de 15 em 8,3% das famílias são responsáveis desta tarefa, e os rapazes em 3,2%. Por conseguinte, as mulheres são responsáveis da água em 77,6% dos agregados familiares (INE, 2016).

⁵⁰ Hydro conseil (2010), p. 37

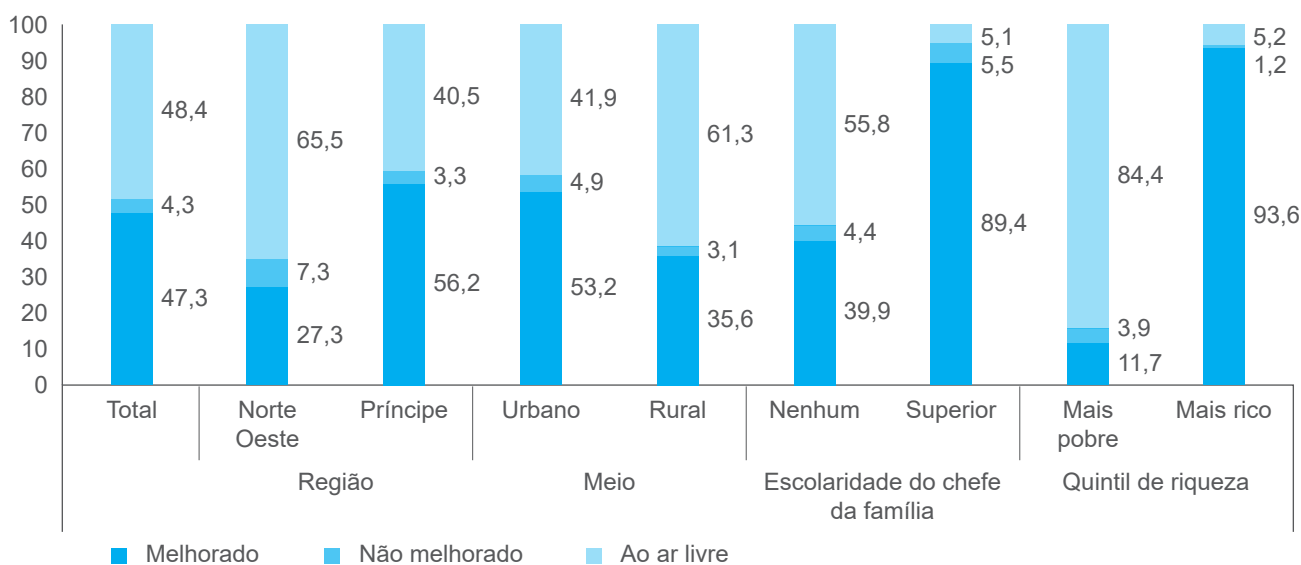
SANEAMENTO

A situação em São Tomé e Príncipe relativa ao saneamento revela progressos muito lentos ao longo do tempo e graves escassezes generalizadas.

O gráfico 3.2.28 apresenta o tipo de saneamento em função dos determinantes socioeconômicos. 48,4% da população defeca ao ar livre, um fato que se melhorou em relação a 2009 (57,7%). Apenas 4,3%

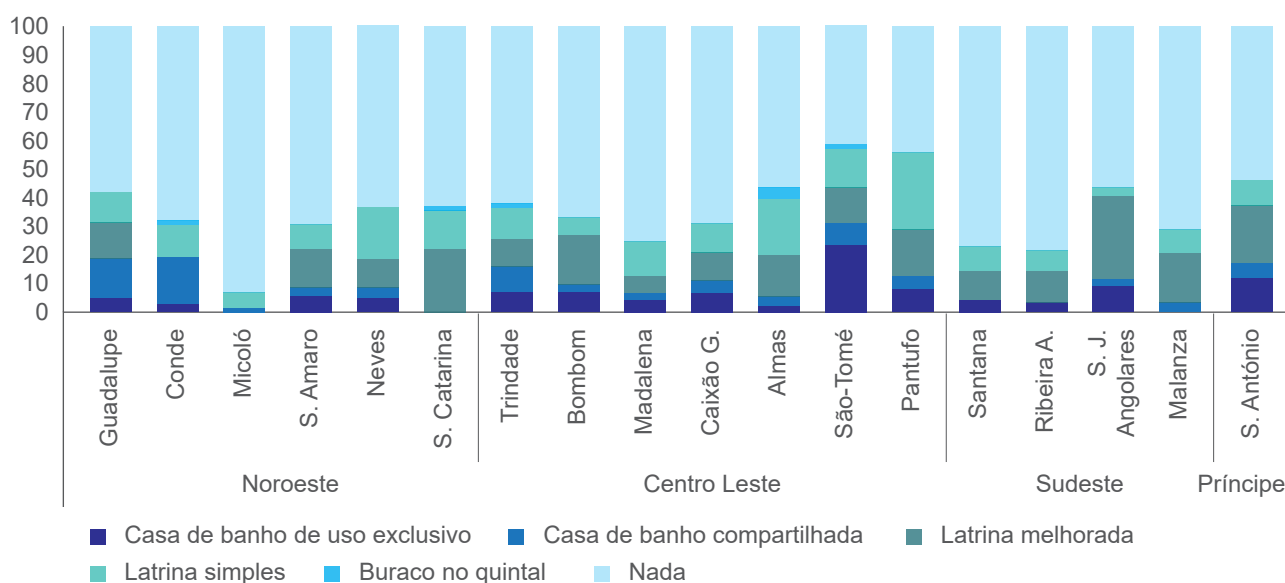
utilizam as instalações não melhoradas. O determinante mais importante é o nível de rendimento: o acesso a instalações de saneamento melhoradas mostra disparidades graves em função do rendimento. No quintil mais rico, 93,6% das pessoas têm acesso a instalações melhoradas, contra 11,7% no quintil mais pobre.

Gráfico 3.2.28. Percentagem da população por tipo de instalação de saneamento, principais desvios para cada determinante socio-econômico, 2014



Fonte: inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Gráfico 3.2.29: Tipos de sistema de saneamento em cada subdistrito, 2012



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

A nível das regiões, na região Noroeste, no subdistrito de Micoló, 93,5% dos agregados não têm instalações sanitárias. Na região Sudeste, os subdistritos de Ribeira-Afonso (78,5%) e de Santana (77,2%), apresentam as lacunas mais importantes.

Uma das práticas mais recomendadas para a prevenção das doenças transmissíveis (como a diarreia) é a lavagem das mãos com água e sabão. A percentagem de famílias nas quais há água e sabão para lavar as mãos é de 40,5% (INE, 2016), o que é relativamente fraco, mas tal não deveria surpreender, tendo em conta as dificuldades para aceder às fontes de água descritas acima.

O nível de riqueza e o nível de educação do chefe do agregado são os dois determinantes mais importantes das práticas de higiene. Assim, se em apenas 24,6% dos agregados familiares, cujo chefe não tem nenhuma educação, há sabão e água, o número sobe à 66,9% para o caso dos chefes de família com um nível de escolaridade superior (INE, 2016).

A ELIMINAÇÃO DOS RESÍDUOS DAS FAMÍLIAS

Apenas 1 em cada 5 famílias dispõe de um sistema adequado de eliminação dos resíduos (recolha pelos serviços públicos ou privados). A maior parte das famílias elimina os resíduos de maneira inadequada (80,4%), principalmente “são lançados nos terrenos baldios”, em 63,4% das famílias⁵¹ (INE, 2016).

A eliminação inadequada dos resíduos das crianças pode provocar uma propagação das doenças, a contaminação das fontes de água, etc. A eliminação adequada dos desperdícios pratica-se apenas para 28,9% das crianças de 0 a 2 anos, sem nenhum progresso desde 2009 (INE, 2009 e 2016). Ter uma instalação sanitária melhorada favorece o tratamento adequado dos resíduos, não obstante, para quase 40% das crianças que moram em famílias com instalações sanitárias melhoradas, os resíduos não eram eliminados de maneira adequada, o que parece indicar um hábito enraizado na população. Apenas 38,2% das mães com um nível de escolaridade superior eliminam os resíduos de maneira adequada, e 63,1% no quintil de riqueza superior (INE, 2016). Em conclusão, a maneira de eliminar os excrementos das crianças pode indicar certos hábitos e práticas inadequadas aceites pela população.

⁵¹ E dos 17% restantes, 6,7% queimam os lixos e 3,5% lançam-no num rio ou ao mar, 5,8% enterram-no, e 1,1% utilizam um outro método de eliminação.

3.2.6. Desafio principal 3: as disparidades no acesso à água potável e ao saneamento

CAUSAS DIRETAS

O acesso à água potável e às instalações melhoradas de saneamento apresenta graves lacunas que têm efeitos negativos sobre a saúde das crianças. No caso do saneamento, os determinantes socioeconômicos são muito influentes, especialmente o nível de riqueza, a região e o meio de residência. Contudo, a nível comunitário, existe um conjunto de práticas não higiénicas que reflectem hábitos socialmente aceites que deveriam desaparecer, como a defecação ao ar livre ou como a não lavagem das mãos com sabão.

CAUSAS SUBJACENTES

A Empresa de Água e Eletricidade (EMAE) gere 16 sistemas de água, que são os maiores sistemas de abastecimento e cobrem cerca de 100.000 pessoas. Apenas 8 têm um sistema de tratamento de água. Por outro lado, existem numerosos pequenos sistemas rurais construídos na época colonial e que estão fortemente degradados. Em certos casos não funcionam mais, de modo que a população deve fornecer-se directamente nas fontes. Como indicado, a manutenção destes sistemas rurais cabe aos distritos, que faltam frequentemente de fundos. A EMAE apresenta lacunas em capacidades técnicas e financeiras que fazem obstáculo à gestão e a manutenção adequada das infraestruturas.

Não há controlo efetivo da qualidade de água (é uma responsabilidade da direção dos cuidados de saúde do MS) por falta de capacidades e de recursos. Contudo, o responsável da Direção da Água na Direção dos Recursos Naturais e Energia (DRNE) afirma que a maioria das águas rurais está contaminada por coliformes fecais e não é potável.

As principais causas da má qualidade da água são (além dos sistemas inadequados) a falta de apoio do Governo por falta de recursos, investimentos insuficientes, vandalismo e falta de sensibilização. Há também problemas de escassez (as fontes públicas funcionam às vezes apenas algumas horas por dia), devido principalmente às insuficiências do sistema de alimentação e a falta de manutenção. A participação das comunidades na gestão da água é rara e não é estruturada.

No plano do saneamento, a situação é ainda mais difícil. As competências políticas não são claras: os textos legais sobre a DRNE não definem as suas atribuições na matéria. Além disso, a Direção dos Cuidados de Saúde é responsável pela promoção do saneamento básico, mesmo se não dispõe de recursos e deve contar com a contribuição da cooperação internacional. A nível dos distritos, as responsabilidades das câmaras municipais não estão legalmente claramente definidas. Devido a falta de recursos limitam-se a supervisionar as atividades das ONG. Em certos casos, intervêm na planificação para dirigir os investimentos nas diferentes comunidades.

Para a grande maioria das comunidades, a construção de uma casa de banho pública adequada (que não contamina a água por filtração) é demasiado cara, por conseguinte no melhor dos casos, constroem instalações inadequadas que acabam por não ser mais utilizadas. Além disso, como indicado previamente, há um fator cultural de resistência a utilizar as instalações sanitárias.

CAUSAS ESTRUTURAIS

No setor da água e do saneamento observa-se uma delegação implícita dos trabalhos de instalação e de melhoria (em especial do saneamento, das latrinas, das casas de banho públicas...) à cooperação internacional, impedindo qualquer trabalho sistemático, coordenado e sustentável, principalmente nas zonas rurais. Por exemplo, um projeto da Agência espanhola de cooperação internacional ao desenvolvimento (AECID) recolheu informações sobre a qualidade dos pontos de água no país e reabilitou 12 dos 50 pontos analisados em 2012. Contudo, este trabalho foi interrompido quando o AECID terminou o seu apoio.

O projeto "Improving access to clean water in primary schools", desenvolvido de 2011 à 2012 pelo UNICEF e o PAM, para melhorar o acesso à água e as condições de higiene e de saneamento nas escolas dos distritos do país, é outro exemplo de intervenção da cooperação que tem um grande potencial de impacto mas que necessita de maior durabilidade para obter os resultados desejados.

Hoje, o Banco Africano de Desenvolvimento prometeu fundos para elaborar um programa nacional de água e de saneamento que intervirá nas zonas rurais em duas etapas. A primeira vai realizar um inventário das instalações e a segunda vai elaborar um programa para reabilitá-las. O financiamento das medidas será confiado à mesa dos doadores de fundos. Está previsto que as duas etapas sejam terminadas em Dezembro de 2016.

Uma das principais fraquezas do setor é que não há ainda uma política nacional de água e saneamento. Consequentemente, não há definições claras dos poderes e competências dos atores implicados, o que cria uma sobreposição das tarefas e das funções. Por exemplo, a coordenação entre o nível central e os distritos é baseada mais na boa vontade das partes que em relações formais. A ausência de objectivos claros a longo prazo e a dependência da ajuda externa criam uma grande instabilidade no orçamento atribuído ao setor e impedem a

continuação dos trabalhos. Neste momento, o País trabalha numa lei que será o instrumento político para definir o trabalho no setor.

Além disso, as instituições nacionais implicadas (Direção dos Recursos Naturais e Energia, Direção dos Cuidados de Saúde) apresentam fraquezas importantes em termos de dotação em recursos: faltam de quadros com especialização técnica no domínio e de financiamento.

A Estratégia Participativa para a Água e o Saneamento de São Tomé e Príncipe 2030 visa lançar as bases para uma intervenção a longo prazo. Elaborado em 2010, não há ainda avaliação sobre a sua aplicação, mas os dados disponíveis indicam que não houve progressos significativos (por exemplo, estava previsto que daqui até 2015, 53% da população rural teria acesso à água potável e 55,1% a um saneamento adequado. Estes objectivos não foram atingidos).

Figura 3.2.8. Análise causal da persistência de disparidades no acesso à água e saneamento

Causas diretas

Ausência de instalações sanitárias melhoradas para 88,3% da população mais pobre.
22,9% da população deve investir mais de uma meia hora para obter água potável.

Existência de práticas não higiénicas socialmente aceites (como não se lavar as mãos com sabão ou não eliminar os resíduos correctamente)

Causas subjacentes

Degradação dos sistemas rurais de água

Insuficiências do sistema de alimentação e falta de manutenção das fontes urbanas

Ausência de controlo efetivo da qualidade da água

Apenas 8 sistemas urbanos de água (dos 16 que existe) têm um sistema de tratamento da água.

Lacunas em capacidades técnicas e financeiras da Empresa de Água e Eletricidade obstrui a gestão e manutenção adequada das infraestruturas

Causas estruturais

Problemas sérios na governação do setor: ausência de definições claras dos poderes e competências dos atores implicados na governação do setor

Ausência de uma política nacional de água e saneamento

Delegação implícita dos trabalhos de instalação e de melhoria (em especial do saneamento, das latrinas, das casas de banho públicas...) à cooperação internacional.

Forte dependência da contribuição financeira e técnica da cooperação internacional

Quadro 3.2.3: Determinantes das disparidades no acesso à água e ao saneamento

	Determinantes	Descrição
Ambiente adequado	Normas sociais	Não se verificou a existência de normais sociais que possam constituir barreiras de acesso à água e ao saneamento (em contrapartida existem práticas sociais, ver adiante)
	Legislação/Políticas	Ausência de política nacional de recursos hídricos e saneamento. Quadro legislativo em desenvolvimento no momento da realização deste estudo. Em termos de saneamento, as competências políticas não são claras: os textos legais sobre a Direcção dos Recursos Naturais e do Ambiente não definem quais as atribuições nessa área.
	Orçamento/Despesas públicas	Investimentos públicos insuficientes. Dependência da cooperação internacional para o financiamento e manutenção das fontes rurais de água.
	Gestão/Coordenação	Metade dos 16 sistemas de água geridos pela Companhia de Água e Electricidade (EMAE) mostram falhas no sistema de tratamento de água A participação das comunidades na gestão de água é rara e não é estruturada. As fontes rurais estão sob a responsabilidade das câmaras de distrito: Delegação implícita das obras de instalação e melhoria do saneamento para a cooperação internacional.
Abastecimento	Disponibilidade dos insumos	A abordagem programática representa um obstáculo à cadeia de abastecimento dos insumos para a construção de sistemas de saneamento
	Acesso ao serviço do pessoal, instalações e informação adequada	As fontes urbanas são geridas pela Companhia de Água e Electricidade (EMAE) e as suas condições são melhores do que as das fontes rurais que, por sua vez, encontram-se sob a responsabilidade das câmaras de distrito. Em relação aos distritos, as câmaras não têm responsabilidades legais e limitam-se a vigiar as actividades das ONG. Em certos casos, intervêm na planificação afim de dirigir os investimentos feitos às diversas comunidades. A EMEA apresenta lacunas em matéria de capacidades técnicas e financeiras que impedem a gestão e a manutenção adequadas das infraestruturas.

	Determinantes	Descrição
Demanda	Acesso financeiro	O custo das instalações de água e saneamento no domicílio faz com que sejam inacessíveis para a maior parte da população
	Práticas e crenças socioculturais	A maioria dos agregados eliminam os resíduos de forma inadequada (80,4%).
	Continuidade de utilização	52,7% da população não tem acesso a instalações de saneamento optimizadas. 22,9% da população deve investir mais de meia hora para obter água potável. Ausência de instalações sanitárias optimizadas para 88,3% da população mais pobre. Em termos de água potável, existe um problema de penúria (por vezes, as fontes públicas apenas funcionam algumas horas por dia)
Qualidade	Qualidade	Contaminação por coliformes fecais da água potável (má qualidade bacteriológica da água) Não há controlo sistemático da qualidade da água

AÇÕES-CHAVE

É necessário promover a discussão nacional em torno da prioridade política que deve atribuir-se a este setor, que deveria ser paralelo àquela atribuída pelas comunidades e ao seu impacto sobre a pobreza e a mortalidade infantil.

Apoiar o desenvolvimento do quadro político do setor (em curso) para integrar uma abordagem sensível às crianças na planificação do setor, e assegurar definições claras dos objetivos e dos poderes e competências dos atores implicados.

Priorizar as instalações de água e de saneamento que são mais próximas das crianças (por exemplo nas escolas), e as intervenções mais efetivas para reduzir a contaminação das fontes de água, na origem das doenças diarreicas.

Atribuir a prioridade à purificação de fontes de água existentes. A informação às famílias para o tratamento doméstico da água não é uma opção efetiva.

3.3. Direito à educação primária gratuita e universal. Obrigação dos Estados de promover o acesso universal à educação secundária e superior

DIREITOS

CONVENÇÃO RELATIVA AOS DIREITOS DA CRIANÇA

Artigo 28: Os Estados Membros reconhecem o direito da criança à educação e tendo, nomeadamente, em vista assegurar progressivamente o exercício desse direito na base da igualdade de oportunidades: a) Tornam o ensino primário obrigatório e gratuito para todos; b) Encorajam a organização de diferentes sistemas de ensino secundário, geral e profissional, tornam estes públicos e acessíveis a todas as crianças e tomam medidas adequadas, tais como a introdução da gratuidade do ensino e a oferta de auxílio financeiro em caso de necessidade; c) Tornam o ensino superior acessível a todos, em função das capacidades de cada um, por todos os meios adequados; d) Tornam a informação e a orientação escolar e profissional públicas e acessíveis a todas as crianças; e) Tomam medidas para encorajar a frequência escolar regular e a redução das taxas de abandono escolar.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Artigo 55 a: 1. Educação, como direito reconhecido a todos os cidadãos, visa à formação integral das pessoas e a sua participação ativa na comunidade. 2. O Estado deve promover a eliminação do analfabetismo e a educação permanente, de acordo com o sistema da educação nacional. 3. O Estado garante a educação de base gratuita e obrigatória. 4. O Estado favorece progressivamente a igualdade das possibilidades no acesso aos outros níveis de ensino.

POLÍTICAS PRINCIPAIS

A política Educativa de São Tomé e Príncipe visão 2022 (2012-2022)

Estratégia para o Desenvolvimento do Ensino Especial (2010)

DESENVOLVIMENTOS LEGISLATIVOS NACIONAIS

Lei nº2/2003 - Lei que rege os princípios fundamentais do sistema educativo. Esta lei estabelece o enquadramento geral do sistema educativo. Determina os seus princípios gerais (universalidade, liberdade de aprendizagem e ensino, promoção da democracia designadamente), os modelos educativos (pré-escolar, escolar e extraescolar) e os níveis

da educação escolar. A Lei que rege os princípios fundamentais do sistema educativo aborda igualmente a questão das qualificações necessárias para fazer parte dos recursos humanos do setor e determina igualmente as necessidades materiais, as competências para a administração e os princípios de avaliação do sistema.

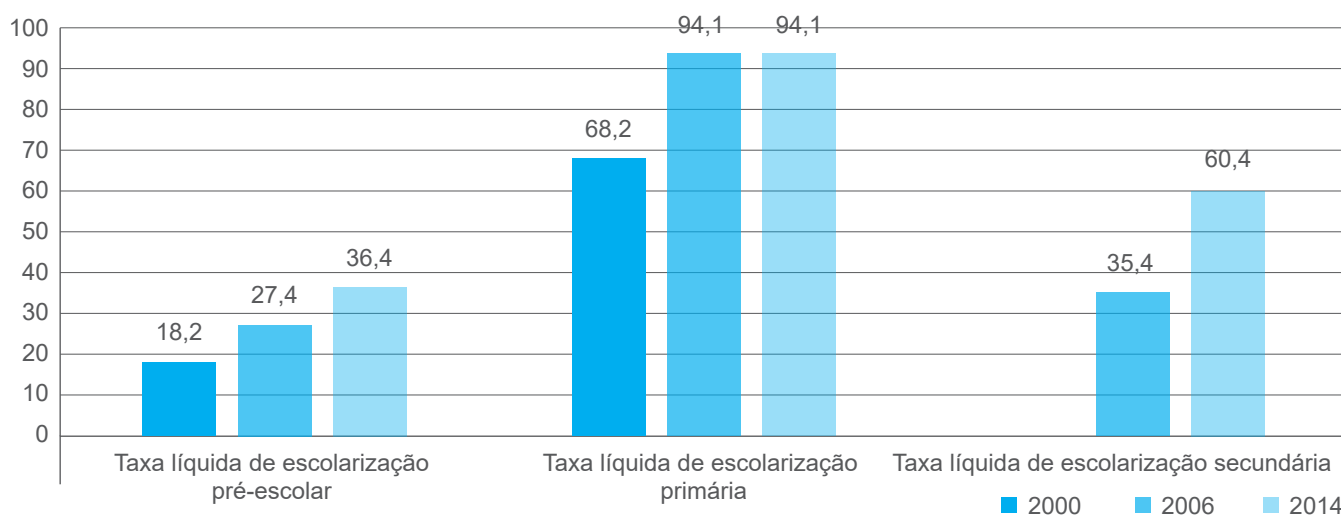
3.3.1. Levantamento, evoluções e disparidades

OS NÚMEROS

A última década viu a realização de importantes progressos na realização dos direitos da criança à educação. De 2001 a 2014, o número de crianças escolarizadas aumentou de maneira substancial em todos os níveis de ensino. No pré-escolar, o número de crianças quase duplicou (de 4.699 para o ano escolar 2001/2002 a 7.989 para o ano escolar 2013/2014), no primário, durante este mesmo

período, ele quase atingiu a totalidade das crianças (passando de 27.806 a 34.353) e para o secundário, aumentou mais do dobro (passando de 7.347 a 17.772)⁵². Tal testemunha esforços do sistema escolar para desenvolver a sua capacidade de acolhimento e a eficácia das políticas de supressão dos custos para integrar e reter as crianças na escola⁵³.

Gráfico 3.3.1. Evolução (2000 a 2014) taxas líquidas de escolarização pré-escolar, primária e secundária



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016), MICS 3 (INE, 2006) e MICS 2 (INE, 2000)

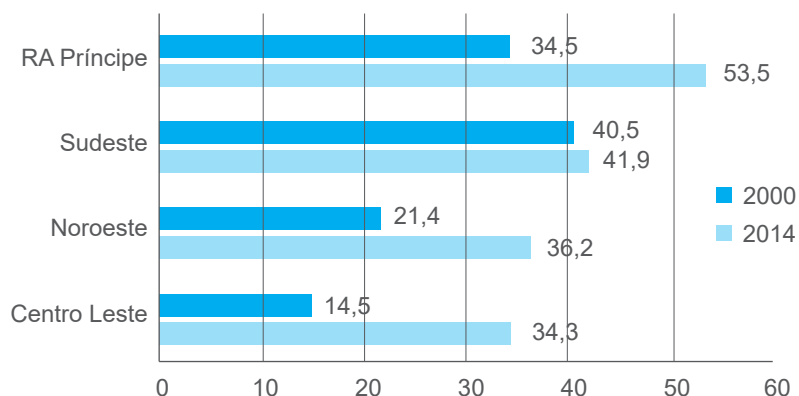
As taxas líquidas de escolarização indicam em que medida o sistema educativo consegue integrar todas as crianças em idade de escolarização (nas idades teóricas que correspondem à cada nível). A evolução de 2000 a 2015 é positiva para os três níveis. Para os níveis pré-escolar e secundário, a taxa líquida de escolarização quase que duplicou (cf. gráficos 3.3.1). Apesar dos progressos, em 2014 mais de uma em

cada três crianças (36,4%) em idade de frequentar o pré-escolar e duas em cada três crianças (60,4%) em idade de frequentar o secundário frequentam estes níveis (INE, 2016). A nível das regiões, o aumento das taxas de escolarização pré-escolar parece ter abandonado a Região Sul (de 2000 a 2014, a taxa de escolarização aumentou apenas de 1,4 ponto de percentagem).

⁵² As fontes provêm do MECC e do Pólo de Dacar (2012) para os números 2001/2002 e do MECC (2015) para os de 2013/2014

⁵³ Em São Tomé e Príncipe o ensino básico (primário) é gratuito desde 2005-2006

Gráfico 3.3.2. Evolução das taxas líquidas de escolarização pré-escolar, por região, de 2000 a 2014 (%)

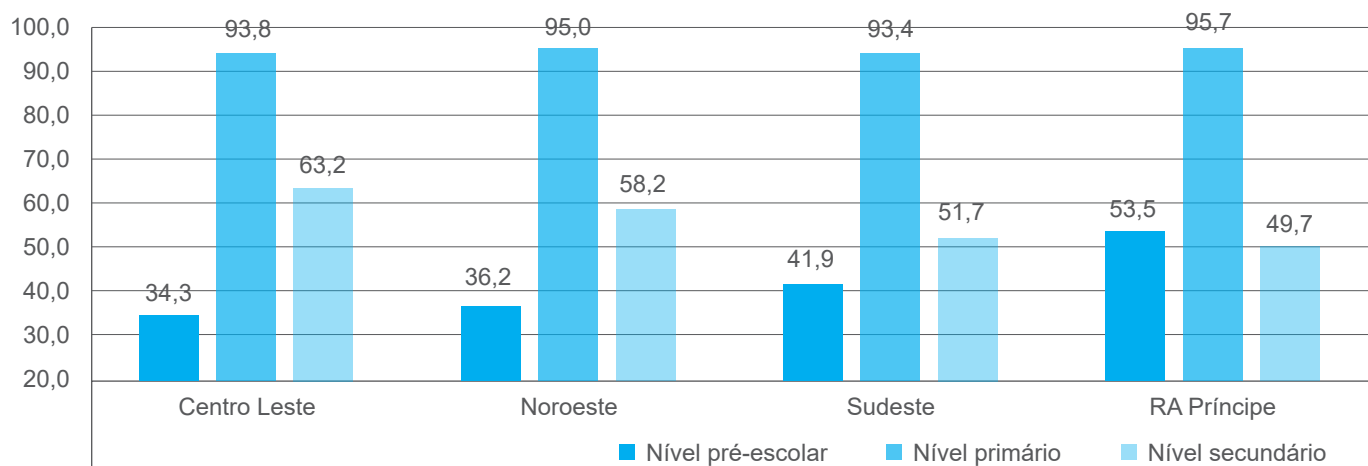


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016) e MICS 2 (2000)

Ao nível inter-regional, constata-se uma expansão assimétrica do acesso aos serviços. Com exceção da RAP, o acesso ao secundário é mais vasto que no pré-escolar. A região Centro-leste apresenta a taxa mais elevada de escolarização secundária (63,2%)

e mais baixa do pré-escolar (34,3%), ao contrário da RAP, que apresenta a taxa de escolaridade secundária mais baixa (49,7%) e mais elevada no pré-escolar (53,5%).

Gráfico 3.3.3: Taxa líquida de escolarização pré-escolar, primária e secundária, 2014



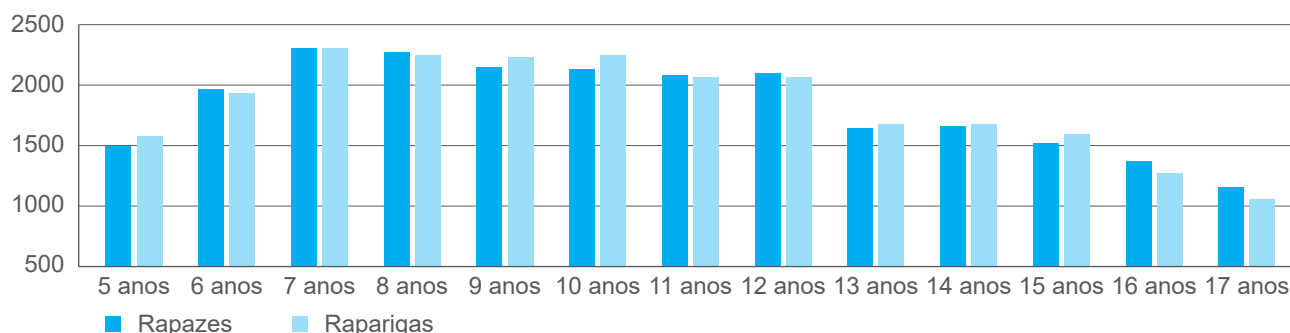
Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

A PARIDADE DE GÉNERO

A paridade de género é outro sucesso do sistema educativo santomense. O índice de paridade de género é igual a um para o ensino primário, e a 1,18 para o ensino secundário (INE, 2016). Todavia, a paridade reduz-se para a idade de 16 a 17 anos (cf.

gráficos 3.3.4), principalmente devido às limitações da oferta formativa pública que faz com que os estudantes devam deslocar-se longe da sua família (UNICEF e Instituto do Género, 2009a).

Gráfico 3.3.4: Crianças escolarizadas, por idade e sexo, 2012 (Número)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IV RGPH (INE, 2012)

As problemáticas específicas, como o casamento, as uniões⁵⁴ e as gravidezes precoces⁵⁵, representam esta perda sociocultural em relação principalmente às raparigas. É no entanto importante notar que a relação entre este fenómeno e o abandono dos estudos é bidiretiva, com efeito, em certas regiões, as raparigas começam a sua vida fértil e doméstica devido à falta de possibilidades para estudar.

OS INDICADORES DOS PROGRESSOS ESCOLARES DAS CRIANÇAS: AS TAXAS DE SOBREVIVÊNCIA ESCOLAR, TRANSIÇÃO PARA O SECUNDÁRIO E REALIZAÇÃO DO PRIMÁRIO

De acordo com o inquérito MICS 5 (INE, 2016), a taxa de realização do primário (da 1ª a 6ª classe) é de 111,9%, mas este resultado deve ser relativizado porque a realização pode ser objecto de efeitos cumulativos: 91,6% das crianças que começam o ciclo primário atingem a 6ª classe (taxas de sobrevivência).

53,7% das crianças que terminam a escola primária entram no primeiro ciclo do secundário (INE, 2016). A realização do primeiro ciclo do secundário (da 7ª a 9ª classe) evoluiu de 19,8% a 45,2% de 2005/2006 a 2010/2011 (MECC e Pólo de Dacar, 2012).

Em relação às disparidades na sobrevivência no ciclo primário e na transição para o secundário, os dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016) revelam uma influência importante do nível de riqueza, mas menos determinante que o nível educativo da mãe. Em relação à transição para o secundário, as disparidades determinadas pelo nível de riqueza reduzem-se e as diferenças significativas a nível das regiões

A ESTREITA RELAÇÃO ENTRE AS UNIÕES PRECOÇES E A FALTA DE ACESSO À EDUCAÇÃO SECUNDÁRIA:

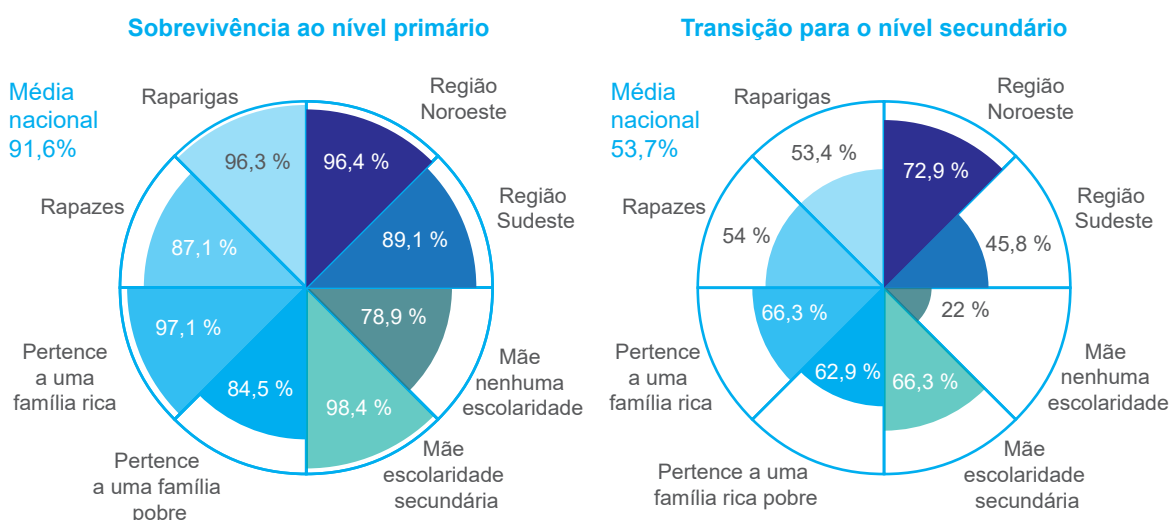
As discussões de grupo ao nível comunitário revelaram que a vida doméstica não é a primeira opção das raparigas nem das suas famílias: por exemplo, as crianças da comunidade de Malanza não têm acesso à escola de segundo ciclo do secundário. Apenas as famílias que têm recursos e família (ou conhecidos da sua confiança) na cidade de São Tomé ou de São João dos Angolares podem apoiar a continuidade do percurso escolar das suas crianças. Face à falta de possibilidades de continuar os seus estudos (a porta de entrada à vida profissional) muitas raparigas da comunidade escolhem a vida de casal e de família (“arranjar homem”).

quase igualizam, sobretudo entre a região Noroeste (72,9%) e as outras (Sudeste 45,8%, Centro-Leste 50,1% e a Região Autónoma de Príncipe 47,7%). Isto pode ser devido aos diferentes graus de extensão da oferta pública dos estabelecimentos do secundário. A influência do nível de escolaridade da mãe é determinante para os dois indicadores.

⁵⁴ Em São Tomé e Príncipe, 78% das crianças em união/casamento precoce antes da idade de 18 anos são raparigas (INE, 2016).

⁵⁵ O sistema educativo santomense dirige as raparigas grávidas para o ensino noturno. Estas terminam por abandonar os seus estudos em 85,7% dos casos (INE, 2012).

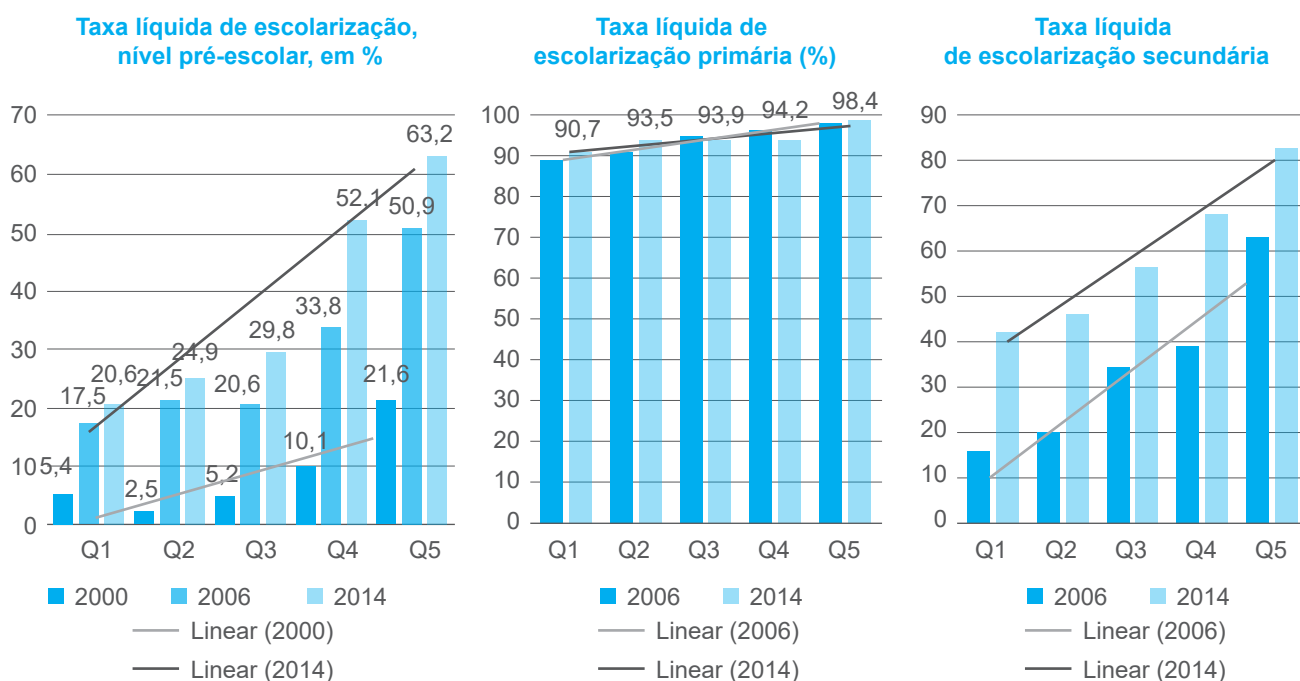
Figura 3.3.1: As disparidades a nível da taxa de sobrevivência até a última classe do primário e a nível da transição para o secundário

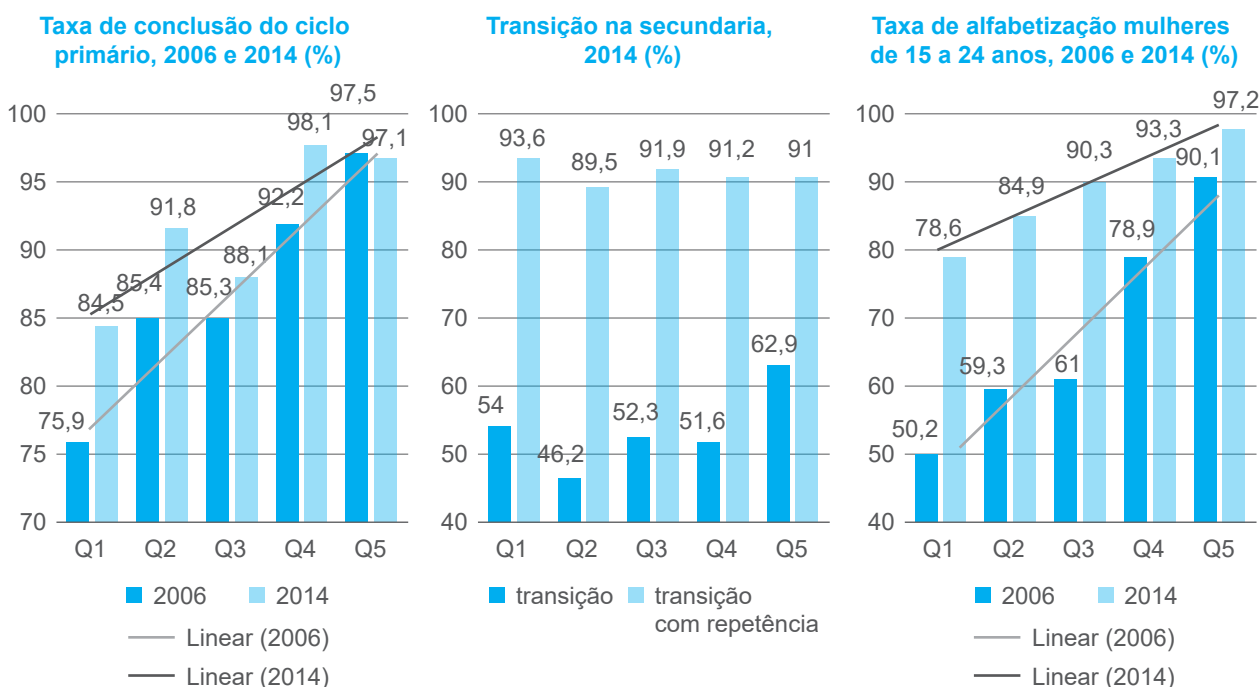


Fonte: Elaborados pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

OS IMPACTOS DA SITUAÇÃO ECONÓMICA DAS FAMÍLIAS NAS DISPARIDADES EDUCATIVAS

Figura 3.3.2: Disparidades na utilização dos serviços de educação, por quintil de riqueza, 2014





Fonte: Elaborados pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

A influência da situação económica das famílias sobre os indicadores educativos apresenta em geral uma evolução positiva no tempo, ou seja uma ligeira tendência à redução das disparidades (tendência visível para a taxa de escolarização primária, secundária, para a taxa de realização do primário ou de alfabetização dos adultos). Apesar desta consideração, as disparidades são claramente visíveis a nível do pré-escolar e do secundário, dois serviços

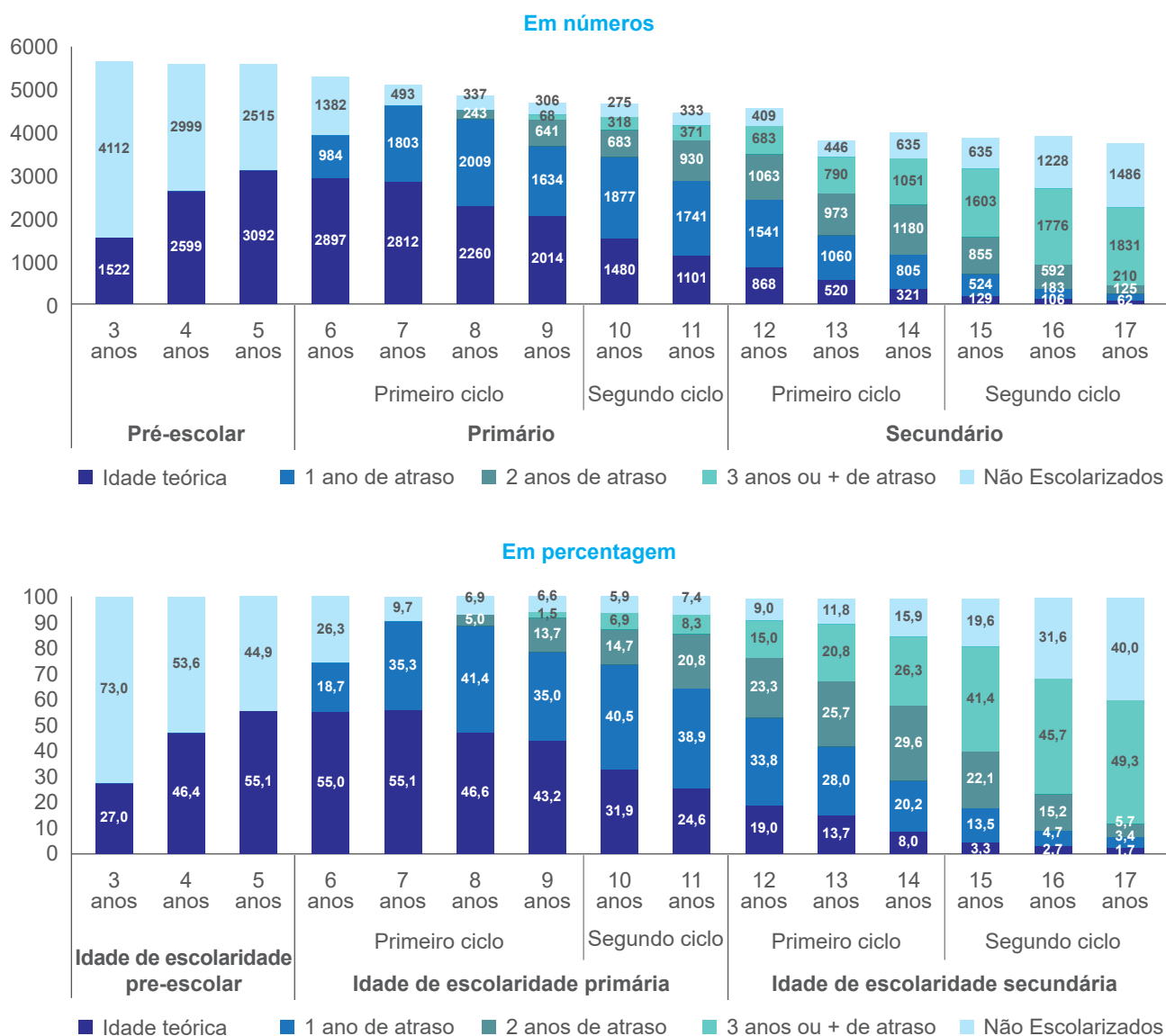
que o Estado ainda não conseguiu universalizar. Para além das dificuldades ao acesso físico, estes dois níveis implicam despesas de utilização mais elevadas que o primário, o que obstrui o acesso das crianças das famílias mais pobres. A nível do pré-escolar, que é mais dispendioso que o secundário (MECC e Pólo de Dacar, 2012) assiste-se a um aumento das disparidades (cf. figura 3.3.2).

A LUTA CONTRA A EXCLUSÃO, UM DESAFIO ESSENCIAL DO SISTEMA EDUCATIVO

Os gráficos abaixo são “fotografias” da situação escolar das crianças de São Tomé e Príncipe em 2012, e ilustram as problemáticas principais do sistema educativo santomense: a exclusão do sistema

educativo (real e potencial), repetência escolar crescente, e a “descolarização” a partir do primeiro ciclo do secundário.

Figura 3.3.3: Situação escolar das crianças em São Tomé e Príncipe



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IV RGPH (INE, 2012)

A SITUAÇÃO ESCOLAR DAS CRIANÇAS: ALGUNS FATOS RESUMIDAMENTE

Entrada tardia

26,3% das crianças de 6 anos não são escolarizadas. 18,7% integram o sistema educativo com um ano de atraso.

Atraso em primário

Uma em cada três crianças no primário está em idade teórica (34,6%) e uma em cada três crianças tem um ano de atraso (34,4%).

30% das crianças de 15 anos frequentam a escola primária (Inquérito MICS 2014)

Atraso em secundário

51,8% dos alunos em secundário são crianças que têm três anos de atraso em relação à idade teórica.

Exclusão do sistema:

Em 2012, 26 464 crianças de 5 a 17 anos (ou seja 45,3 % do total desta faixa etária) estavam em situação de exclusão escolar real (não escolarizados) ou potencial (2 anos ou mais de atraso).

Exclusão do sistema:

44,9% das crianças em idade de frequentar o pré-escolar não estão escolarizadas, assim como para 5% das de 6 a 11 anos, e 10,4% para as de 12 a 17 anos.

Riscos educativos dos adolescentes

Os 16 a 17 anos concentram 42,5% das crianças que têm mais de três anos de atraso e 25,6% das crianças “Out of School” de 5 a 17 anos (idades teóricas do pré-escolar, do primário e do secundário)⁵⁶.

Fonte: IV RGPH (INE, 2012), MICS 5 (INE, 2016)

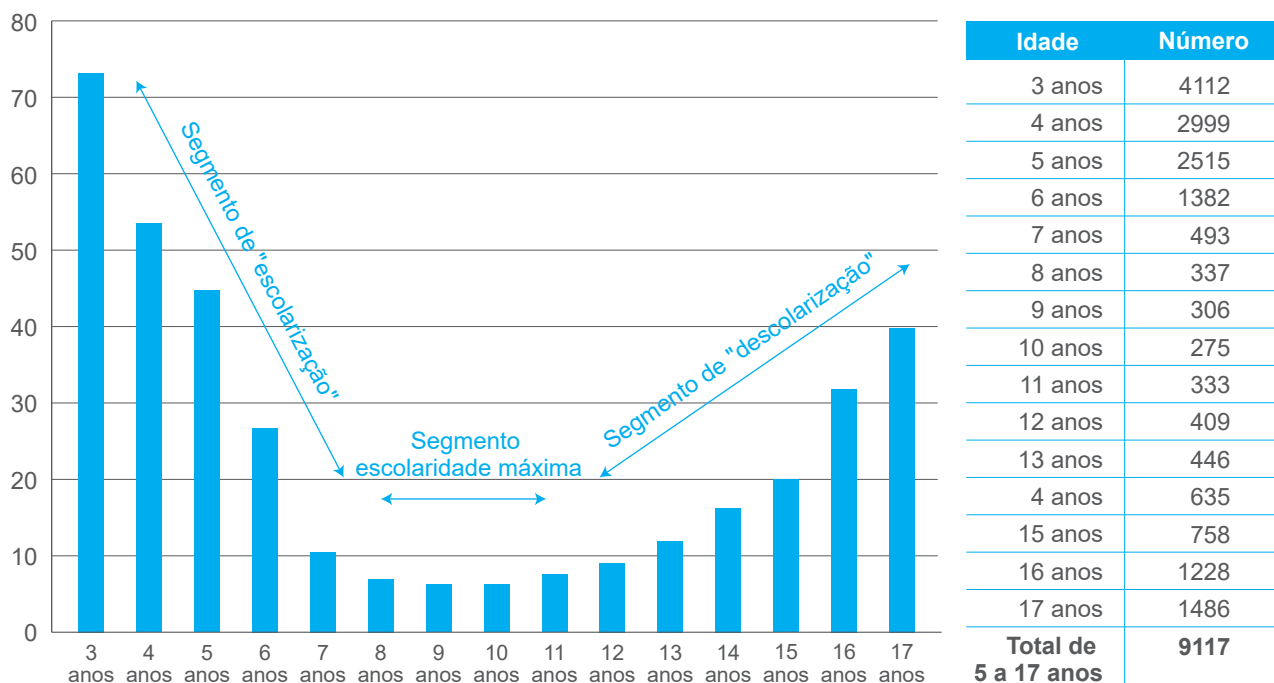
O dado mais impressionante e mais representativo da exclusão educativa é sem dúvida o número de 10 603 crianças de 5 a 17 anos que não estão escolarizadas (os “*Out of School*”) para o ano de 2012. Um outro dado representativo é o número de crianças integradas no sistema escolar mas em situação

precária e vulnerável que têm dois anos ou mais de atraso (15 861 em 2012). Estas crianças, frequentemente em insucesso escolar, requerem uma intervenção pública eficaz para que não tornem-se crianças “*out of school*” no futuro.

⁵⁶ Os 16 a 17 anos concentram 15,2% de “Out of School” dos 6 a 17 anos (idades teóricas dos níveis primários e secundários).

AS CRIANÇAS NÃO ESCOLARIZADAS (“OUT OF SCHOOL”) EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Gráfico 3.3.5. Crianças que não frequentam a escola, 2012 (em %)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IV RGPH (INE, 2012)

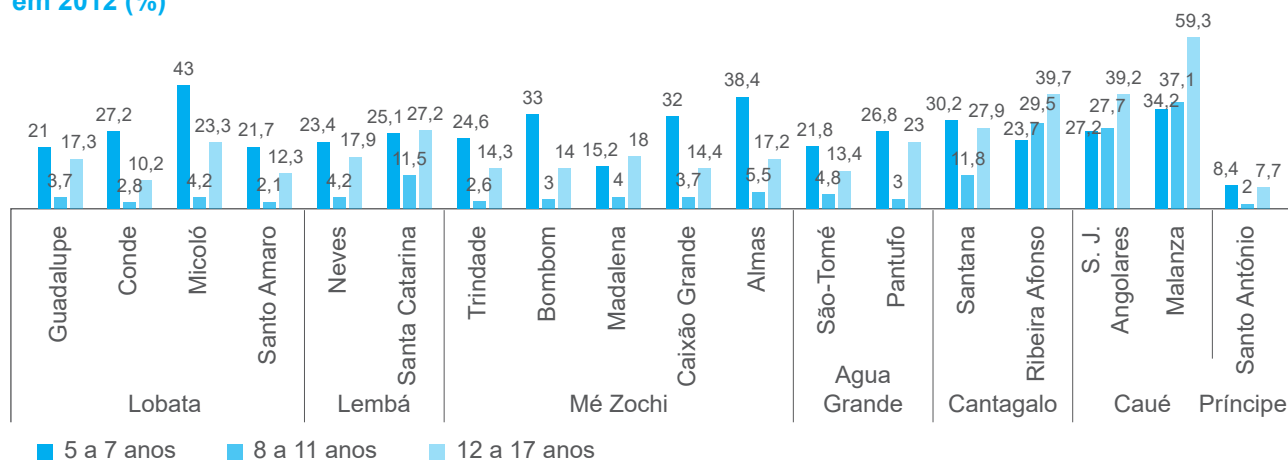
O gráfico 3.3.5 permite identificar os três grandes segmentos de escolarização em São Tomé e Príncipe (Kitt, 2011):

- **primeiro segmento, de “escolarização iminente (ou em espera)”**, está ligado ao processo de incorporação no sistema educativo: de 5 a 7 anos.
- **O segundo segmento é o “nível máximo de escolarização”**: onde a taxa de escolarização atinge o seu nível máximo, o número de crianças escolarizadas é então quase igual ao número total de crianças (para uma mesma faixa etária). Em São Tomé e Príncipe, este segmento corresponde aos de 8-11 anos.

- **O terceiro segmento, de “descolarização”**: corresponde ao processo de abandono escolar como tal. Em São Tomé e Príncipe, começa para a idade de 12 anos (primeiro ciclo do secundário) e aumenta-se gradualmente até à idade de 17 anos, onde 40% das crianças são excluídas do sistema escolar.

Sabe-se quantas crianças estão “descolarizadas”, mas onde estão? O gráfico 3.3.6 apresenta a localização geográfica das crianças “out of school”, por segmento de escolarização.

Gráfico 3.3.6. Crianças “out of school” em cada subdistrito, por segmento de escolarização em 2012 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

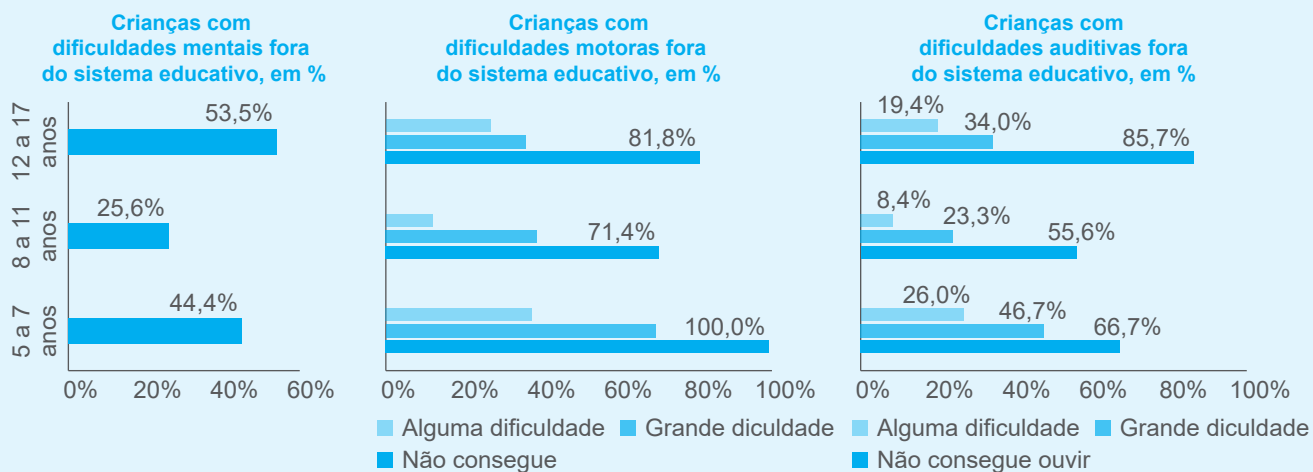
O gráfico acima permite-nos tirar várias conclusões:

- Na maior parte dos subdistritos, a exclusão no segmento “escolarização iminente” é importante, superior à 20%. No subdistrito de Micoló, a exclusão quase atinge a metade das crianças (43%). Mé-Zóchi apresenta taxas de exclusão mais elevadas do país neste segmento, situação que desaparece no nível primário.
- Para o segmento “nível máximo de escolarização”, o sistema educativo conseguiu incorporar a maior parte dos estudantes: a exclusão escolar concentra-se sobretudo em quatro subdistritos de Caué e Cantagalo e num subdistrito de Lembá (Santana, Ribeira Afonso, São João dos Angolares, Malanza e Santa Catarina).
- Os subdistritos de Ribeira Peixe em Cantagalo, São João dos Angolares e Malanza em Caué, apresentam défices graves para incorporar e reter as crianças na escola.

QUESTÕES DE EQUIDADE VERTICAL I: As crianças vulneráveis à exclusão do sistema educativo, um resumo dos determinantes sociais

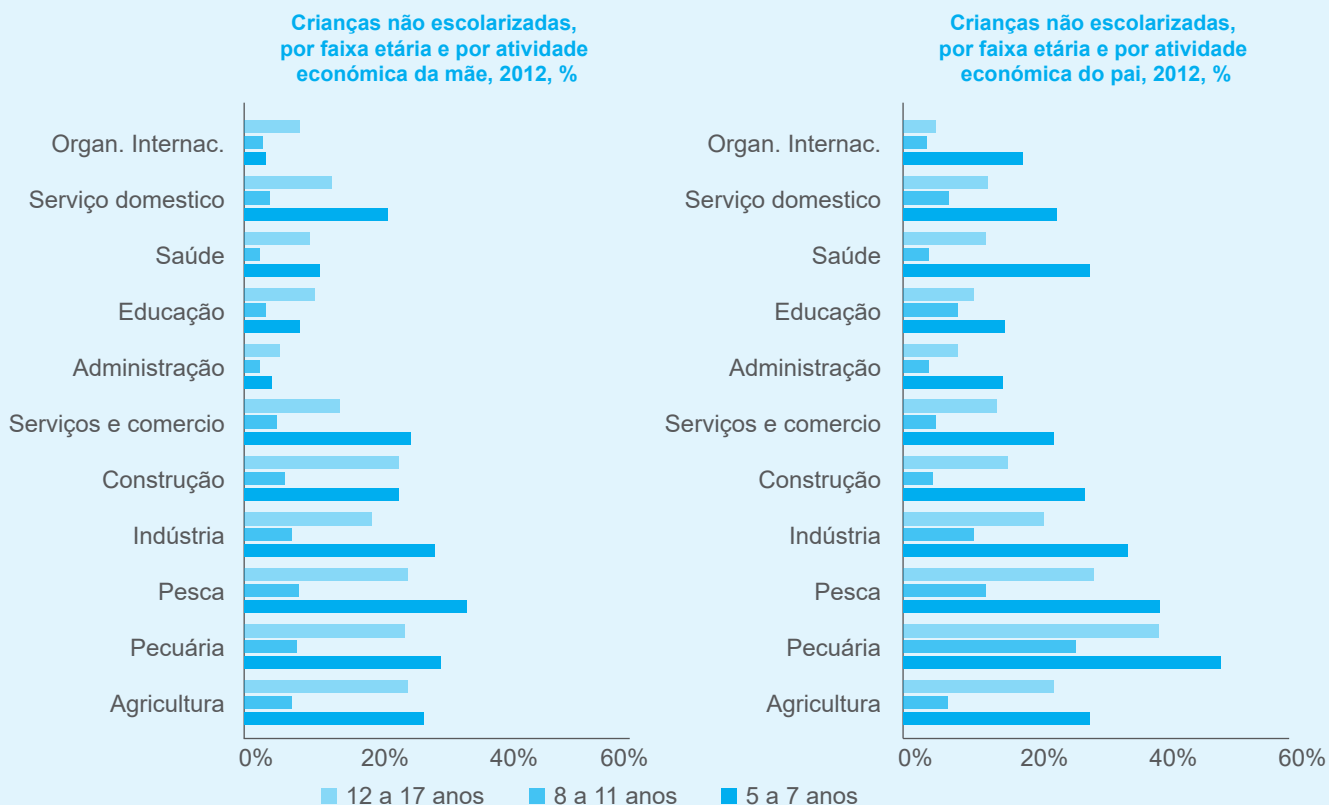
Os dados do IV Recenseamento Geral da População (INE, 2012) permitem dimensionar alguns determinantes sociais da vulnerabilidade ao risco de exclusão educativa.

As crianças com necessidades especiais: Em especial as crianças com dificuldades motoras parecem mais vulneráveis à exclusão



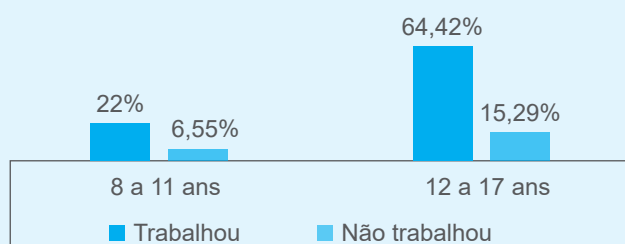
As atividades económicas familiares: As comunidades em que as atividades económicas principais são

a pesca e a criação são mais suscetíveis de ter taxas elevadas de exclusão escolar.



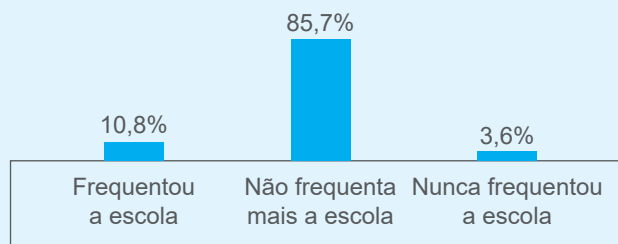
A partir de 8 anos, as crianças que trabalham

Crianças não escolarizadas, em função do trabalho na semana precedente, 2012, em %



As gravidezes ou maternidade precoces

Frequência escolar das meninas grávidas ou mães, 2012, em %



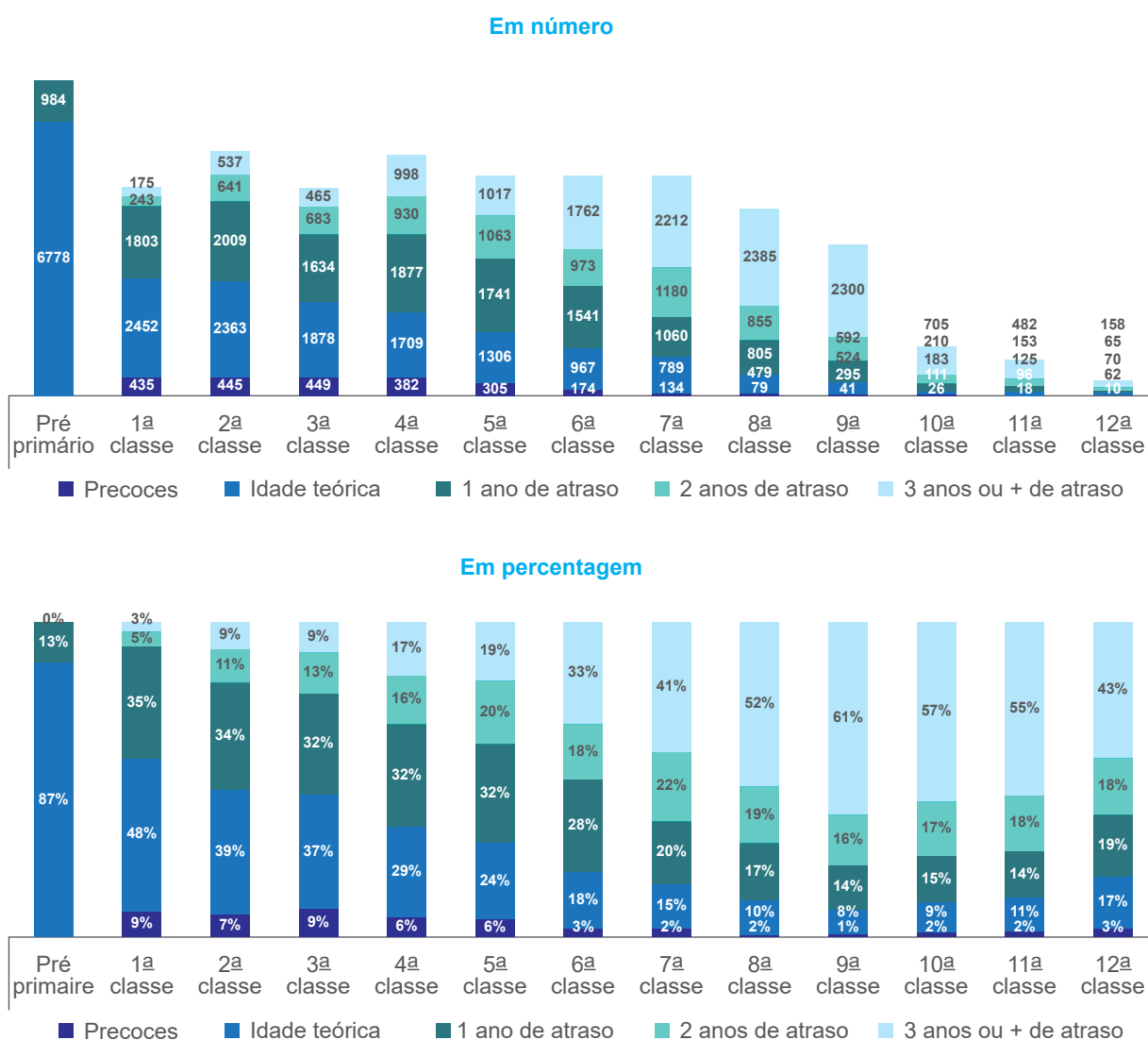
Fonte: Elaborados pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

A EXCLUSÃO POTENCIAL OU SILENCIOSA: AS CRIANÇAS QUE TÊM MAIS DE DOIS ANOS DE ATRASO

O atraso escolar é outra dimensão chave da vulnerabilidade educativa. Trata-se das crianças que são inseridas no sistema escolar, mas que pela sua situação precária e instável, estão em forte risco de abandono. Trata-se das crianças que têm 2 anos ou mais de atraso em relação à idade teórica.

De acordo com o inquérito IOF (INE, 2010), a causa mais frequentemente mencionada de não frequentar a escola é “ter atingido o limite de idade”. O atraso é uma barreira de acesso aos serviços educativos muito importante em São Tomé e Príncipe.

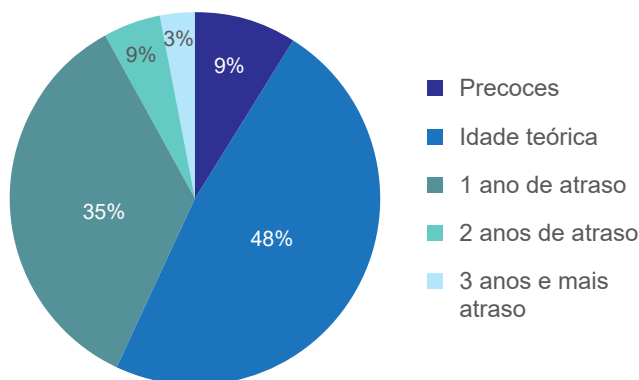
Figura 3.3.4: Composição das classes, por situação escolar dos alunos, 2012



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

O atraso congestionava o sistema escolar, as crianças que têm dois anos ou mais de atraso representam a metade dos alunos na última classe do primário (6ª classe). Na primeira classe do secundário (7ª classe), são 63%. A partir da 9ª classe, a redução do número de crianças que apresentam mais de dois anos de atraso explica-se pelo abandono escolar. Os dados do IV RGPH (INE, 2012) confirmam que o atraso explica-se, designadamente, por uma incorporação tardia no sistema educativo (cf. gráficos 3.3.7).

Gráfico 3.3.7. Crianças na primeira classe do ciclo básico, por correspondência ou não com a idade teórica, 2012 (%)

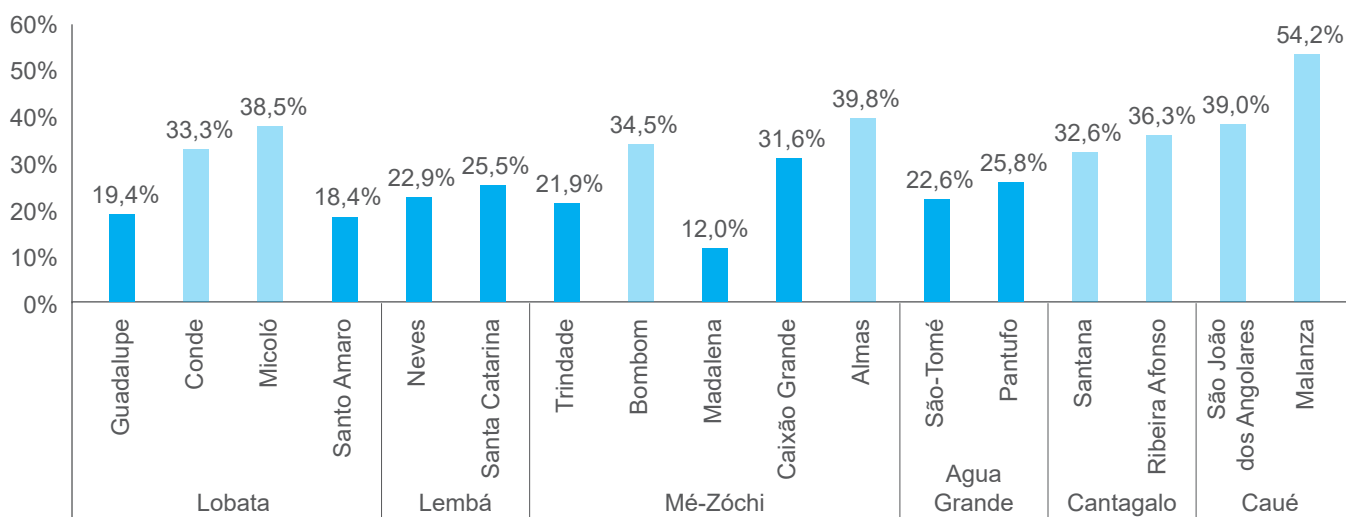


Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

A incorporação tardia no sistema vai manifestar-se ao longo de todo o percurso educativo sob forma de atraso escolar. Acumulada com repetências, vai contribuir para a vulnerabilidade escolar das crianças e o abandono na etapa da “descolarização”.

A incorporação tardia apresenta grandes variações a nível dos subdistritos (de 12% em Madalena até 54,2% em Malanza), e está provavelmente ligada às dificuldades de aplicação da política de incorporação aos 6 anos. A Lei que rege os princípios fundamentais do sistema educativo (Lei nº2/2003) não foi atualizada⁵⁷.

Gráfico 3.3.8. Crianças de 6 anos que não frequentam a escola, por subdistrito, 2012 (%)



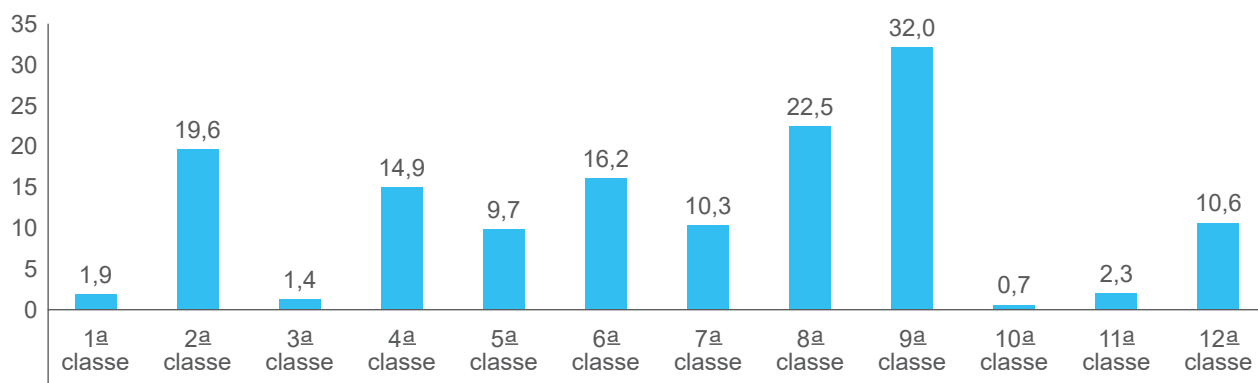
Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

⁵⁷ Artigo 5.3 da Lei que rege os princípios fundamentais do sistema educativo (nº2/2003) prevê que o nível pré-escolar é destinado às crianças de menos de 7 anos.

A eficiência interna do sistema educativo é prejudicada por uma taxa importante de repetências. São Tomé e Príncipe melhorou a sua taxa de repetência nestes últimos anos (em especial graças à introdução de medidas como a passagem automática de 1ª

a 2ª classe em 2007-2008 e da 3ª a 4ª classe em 2008-2009). Mas São Tomé e Príncipe faz parte dos oito países africanos que têm a taxa de repetência mais elevada⁵⁸ (Pólo de Dacar, 2012).

Gráfico 3.3.9. Repetência em São Tomé e Príncipe %, por classe (ano escolar 2013-2014)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir das estatísticas do Ministério da Educação, Cultura e Ciência

O gráfico 3.3.9 foi elaborado com as estatísticas administrativas do ano escolar 2013-2014, antes da eliminação das passagens automáticas 1ª e 3ª classe por Despacho Ministerial em 2014 (circular

nº01/DEB2014 ponto 9). As estatísticas do ano escolar 2014-2015 vão certamente revelar taxas de repetência mais elevadas.

A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ENSINO

Em São Tomé e Príncipe, não há sistema de avaliação da aprendizagem e o País não participa em nenhuma avaliação internacional. O estudo sobre a qualidade das aprendizagens efetuado em 2012 pelo Pólo de Dacar para o Relatório de Estado do Sistema Educativo mostra níveis aceitáveis de aprendizagem em português e matemática. Contudo, a percepção generalizada é que a qualidade é fraca (MECC e Pólo de Dacar 2012), e as taxas de repetência elevadas e de atraso testemunham esta realidade.

A qualidade do ensino é uma preocupação essencial do Ministério da Educação e dos principais parceiros do setor (UNICEF, BM, Cooperação Portuguesa, etc....) que trabalham em diferentes projetos orientados pela melhoria dos padrões de qualidade (Leal, 2015).

De acordo com o Unicef (2015), a qualidade da educação tem cinco componentes:

Figura 3.3.5. Componente da qualidade da educação



⁵⁸ De acordo com o estudo RESEN (MECC e Pólo de Dacar, 2012), São Tomé e Príncipe é o 8º país numa lista de 38 que apresenta as taxas de repetência mais elevadas.

O BACKGROUND PESSOAL DOS ALUNOS, A SUA PREPARAÇÃO: O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA PEQUENA INFÂNCIA

O pré-escolar é fundamental para estimular as capacidades cognitivas, motoras, psicossociais das crianças, e para prepará-las igualmente às dinâmicas de aprendizagem da escola primária. O pré-escolar em dois anos é um elemento de sucesso escolar (UNICEF, 2013). A taxa líquida de escolarização pré-escolar em São Tomé e Príncipe é ainda relativamente fraca (36,4%) (INE, 2016), e mais de um terço das crianças que o frequentam já não estão na pequena infância (36,4%). As infraestruturas são insuficientes e a formação dos educadores deixa a desejar. De acordo com o Unicef, “nas condições atuais, a formação dos educadores não faz diferenças significativas no nível de aprendizagem dos alunos” (UNICEF, 2015d, p 69). É indispensável assegurar uma formação relevante aos educadores e aos auxiliares, o que implica uma análise e uma reformulação das formações atuais (UNICEF, 2015d).

As crianças em São Tomé e Príncipe têm lacunas graves em cálculo e escrita, ligados à falta de assistência pré-escolar (cf. seção 3.3.3).

As competências dos professores - a formação pedagógica dos professores é uma outra componente chave da qualidade do ensino: o número dos professores qualificados aumenta lentamente em todos os níveis. A abertura da Escola de Formação de Professores (EFOPE) em 2006, e a sua integração no domínio da universidade nacional em 2014 é outro elemento que vai facilitar a disponibilidade em recursos humanos. É fundamental continuar a reforçar os mecanismos de supervisão pedagógica e de apoio aos professores do MECC.

Os métodos de ensino e os sistemas de avaliação “child friendly”. O modelo de ensino falta de inovação ainda é demasiado centrado na dimensão dos conhecimentos (“aprender de cor”) e não na aquisição de capacidades. A falta de competências pedagógicas de uma parte do corpo docente projeta-se nas avaliações, demasiadas centradas na capacidade de memorização dos alunos e não nas aptidões e competências adquiridas. O sistema de avaliação é ainda demasiado rígido (pouco diversificado ou progressivo) e é uma das causas das taxas elevadas de repetência (Leal, 2015).

A cultura escolar de consideração e respeito para com os alunos, promoção da aprendizagem e apoio (e de não discriminação dos alunos em dificuldades) é um dos aspetos chave da qualidade que falta ao sistema santomense (Leal, 2015). O sistema falta de mecanismos de acompanhamento e de recuperação das crianças que desejam abandonar a escola.

UM ASPETO ESSENCIAL DA QUALIDADE DO ENSINO: A PERSPETIVA DO GÉNERO

São Tomé e Príncipe dispõe de uma estratégia nacional para a igualdade e a equidade do género desde 2005. O sistema educativo é uma instituição chave na realização da equidade de género, que tem a capacidade de influenciar a perspetiva de género dominante na sociedade do futuro. O sistema influencia a perspetiva de género das crianças pelos meios seguintes:

- As políticas de paridade de género a nível dos alunos, do corpo docente e do pessoal de gestão e de direção.
- Os papéis de género transmitidos aos alunos pelo conteúdo dos programas escolares e dos manuais.
- Os papéis de género transmitidos aos alunos pelas atitudes do corpo docente.
- A prioridade concedida à criação de um ambiente favorável aos dois sexos (infraestruturas sanitárias diferenciadas, etc.)
- A tomada em conta e aplicação de ações de prevenção ou de proteção
- As atitudes para com as problemáticas específicas de género que afetam as raparigas e os rapazes de maneira diferenciada (gravidezes precoces, violências, drogas, etc.) através do desenvolvimento de protocolos de deteção, de proteção, de denúncia, de sanções face aos abusos.

Em São Tomé e Príncipe, os principais desafios de género no sistema educativo são os seguintes:

- A expansão da educação do segundo ciclo do secundário, que afeta mais as raparigas (devido à distância entre a sua zona de residência e os centros de ensino).
- Os manuais do primário e do secundário em geral refletem estereótipos de género e o uso do masculino como genérico. As problemáticas de género estão ausentes dos manuais escolares.
- Os programas de formação dos professores carecem de módulos para desenvolver as capacidades dos professores em matéria de educação inclusiva e gestão das classes de maneira não sexista e participativa.
- A parte das mulheres no corpo docente é limitada a partir do secundário. O mesmo é válido para o pessoal de direção das escolas.
- A abordagem do MECC em relação às gravidezes é reprovar as raparigas grávidas proibindo a sua participação nas classes diurnas, o que constitui uma discriminação e, na prática, uma verdadeira violação do seu direito à educação.
- O MECC tem pontos focais de género desde 2008. O desenvolvimento das suas capacidades é fundamental para continuar a avançar na equidade de género no sistema educativo

3.3.2. O desenvolvimento da pequena infância (DPE)

Os primeiros anos da vida são cruciais para o desenvolvimento das capacidades cognitivas, físicas, sociais e afetivas das pessoas. Durante os primeiros três ou quatro anos, o cérebro é fortemente maleável: cria milhares de circuitos neuronais por interação com a herança genética, as experiências e as aprendizagens conscientes. Em outros termos, os cuidados e as estimulações que as crianças recebem durante a pequena infância vão marcar fortemente o desenvolvimento das suas capacidades humanas. O que aprende-se à esta idade constitui a base de um processo de construção de capacidades ordenado, que é difícil substituir ou reaprender de maneira diferente mais tarde (UNICEF, 2012).

O UNICEF e o inquérito MICS criaram um módulo específico⁵⁹, estruturado em torno de indicadores chave de desenvolvimento da pequena infância. Este módulo compreende um índice baseado em quatro critérios: o desenvolvimento físico, social e emocional, as capacidades de cálculo e de leitura, e a aprendizagem. O valor do índice mostra a percentagem de crianças dos 36-59 meses que estão em boa via de desenvolvimento.

A comparação internacional mostra que São Tomé e Príncipe não faz parte dos países que têm os melhores valores do índice de desenvolvimento da pequena infância. 54,5% das crianças santomeneses estão no bom eixo de desenvolvimento (INE, 2016). A maior parte está no bom sentido a nível do

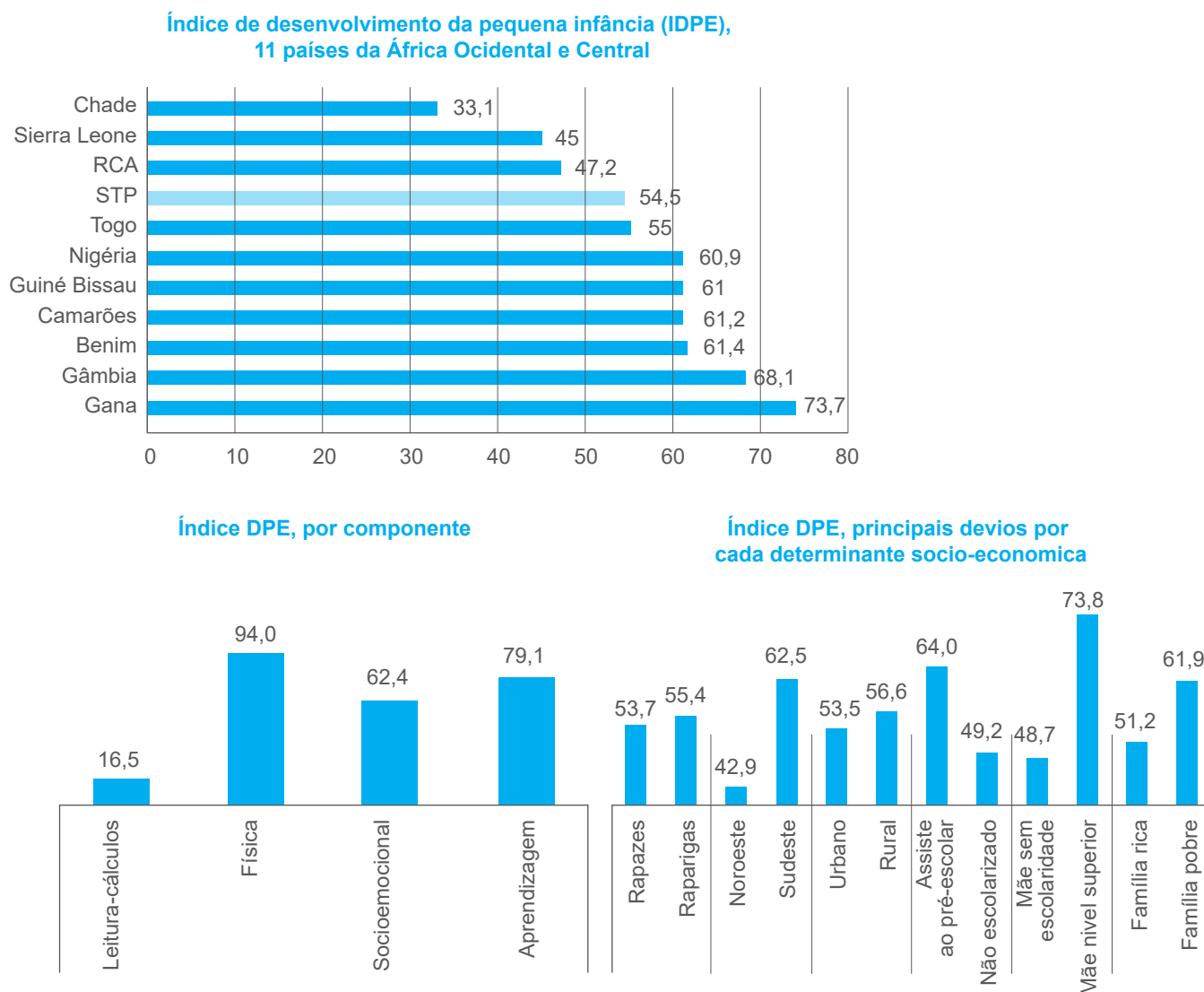
desenvolvimento físico (94%), social e emocional (62,4%), e a nível das capacidades de aprendizagem (79,1%), mas não no que diz respeito às capacidades de leitura e de cálculo matemático (16,5%) (INE, 2016) (cf. figura 3.3.6 abaixo).

Ao analisar alguns indicadores de cuidados e estimulação às crianças (educação pré-escolar, atividades domésticas de apoio à aprendizagem, coabitação com o pai, guarda adequada, disponibilidade de livros e de brinquedos), pode-se concluir que São Tomé e Príncipe e o Gana obtêm os melhores resultados, no entanto as diferenças mais importantes situam-se a nível da assistência no pré-escolar, da coabitação com o pai e a nível das atividades de estimulação e acompanhamento à aprendizagem realizadas com o pai.

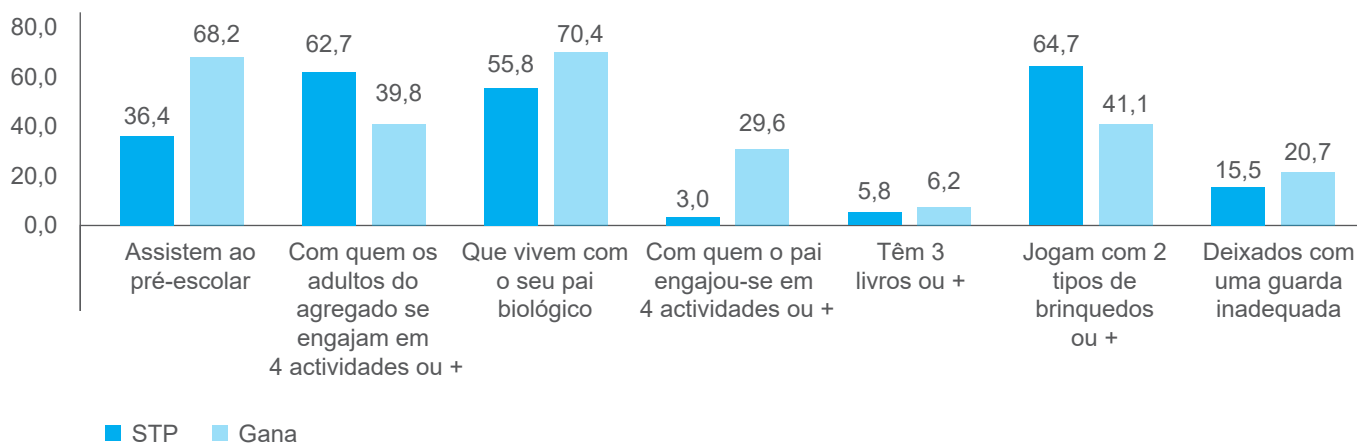
São Tomé e Príncipe carece de uma política nacional de atenção integrada para a pequena infância. Os desenvolvimentos em matéria de harmonização das ações para a pequena infância articulam-se em torno do “Programa dos primeiros 1000 dias mais críticos”, desenvolvido em 2014 pelo Unicef, pelo MEAS e pelo Comité de pilotagem da proteção social. O programa é dirigido para as mulheres grávidas e para as crianças de 0 a 3 anos, e deseja garantir uma intervenção pública integrada para a melhoria da nutrição, dos cuidados de saúde essenciais e para a sensibilização das famílias sobre as boas práticas de nutrição e de saúde.

⁵⁹ Certos países conseguiram introduzir este módulo no inquérito demográfico e de saúde, por exemplo o Honduras em 2012

Figura 3.3.6 O índice de desenvolvimento da pequena infância (IDPE) em São Tomé e Príncipe, 2014



**Acompanhamento e atividades realizadas pelas crianças,
São Tomé e Príncipe (2014) e Gana (2011)**



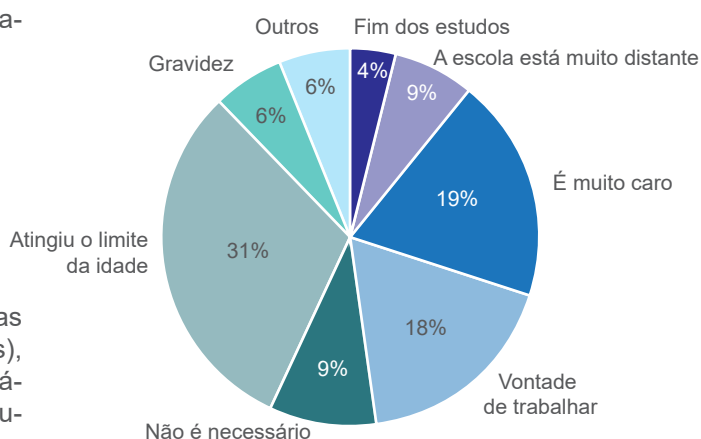
Fontes: Benim inquérito MICS 5 (2014), Camarões inquérito MICS 5 (2014), Guiné Bissau inquérito MICS 5 (2014), Gana inquérito MICS 4 (2011), Nigéria inquérito MICS 4 (2011), Chade inquérito MICS 4 (2010), Serra Leoa inquérito MICS 4 (2010), República Centro Africana inquérito MICS 4 (2010), São Tomé e Príncipe inquérito MICS 5 (2014), Gâmbia inquérito MICS 4 (2010), Togo inquérito MICS 4 (2010)

3.3.3. Desafio principal: acesso insuficiente a uma educação de qualidade nos níveis pré-escolar e secundário, persistência de crianças não escolarizadas no nível primário.

AS CAUSAS DIRETAS DA EXCLUSÃO

Em relação ao abandono escolar no nível primário, as causas diretas avançadas pelas famílias são principalmente o atraso escolar (“ter atingido o limite de idade”), os custos excessivos e a vontade de trabalhar (INE, 2010).

Gráfico 3.3.10. Causas dadas para o abandono escolar no nível primário, 2010 (%)



O quadro seguinte apresenta as razões específicas do segmento de “descolarização”, (os 12-17 anos), por distrito. Não se trata apenas do nível secundário⁶⁰. Os dados devem ser tomados com precaução⁶¹. Nos distritos mais tocados pelo abandono (Caué, Cantagalo) as razões mais representativas são o afastamento da escola, o atraso e os custos da educação.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito sobre os orçamentos das famílias (INE, 2010)

Quadro 3.3.1: Razões dadas para o abandono escolar, crianças de 12 a 17 anos, por distritos.

	Água Grande	Mé-Zóchi	Cantagalo	Caué	Lembá	Lobata	Pagué (*)
Fim dos estudos	1,4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Não há nível seguinte	2,8%	2,2%	15,1%	9,7%	2,4%	5,6%	0%
Não lugar	1,4%	2,2%	1,9%	0%	0%	0%	0%
A escola está muito distante	1,4%	6,5%	20,8%	16,7%	7,1%	0%	13,8%
É muito caro	23,6%	19,6%	17%	31,9%	38,1%	25,9%	0%
Vontade de trabalhar	19,4%	13%	17%	6,9%	8,3%	9,3%	27,6%
Não é necessário	5,6%	10,9%	11,3%	15,3%	13,1%	11,1%	17,2%
Atingiu o limite da idade	37,5%	41,3%	17%	16,7%	21,4%	42,6%	13,8%
Gravidez	6,9%	4,3%	0%	2,8%	9,5%	5,6%	27,6%

(*) o distrito da Região Autónoma de Príncipe

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito sobre os orçamentos das famílias (INE, 2010)

⁶⁰ Em São Tomé e Príncipe, isto pode corresponder ao nível primário, dado a taxa elevada de repetência

⁶¹ No inquérito IOF (INE, 2010), não há casos suficientes para agregar os dados por distrito

AS CAUSAS SUBJACENTES

Os custos da educação, elemento fundamental das políticas de equidade - A equidade no acesso à educação implica em primeiro lugar a eliminação das barreiras financeiras. A educação primária é gratuita em São Tomé e Príncipe, mas há mesmo assim alguns custos diretos que são financiados pelas famílias (despesas de escolaridade “propinas”). O Estado assume a maior parte dos custos⁶². Em 2012, a educação primária por criança e por ano custa às famílias cerca de 116.468 Dobras (cerca de 5 USD), o secundário custa 295.656 Dobras (cerca de 13,5 USD) e o pré-escolar 322.862 (cerca de 14,5 USD) (MECC e Pólo de Dacar, 2012).

Convém recordar que de acordo com a Lei nº2/2003 que rege os princípios fundamentais do sistema educativo, “a gratuidade do ensino cobre as despesas de escolaridade “propinas”, impostos, taxas e certificação” (art.º 6.3).

Os custos diretos da educação representam 49% das despesas anuais per capita das famílias mais pobres no nível pré-escolar, 46% para a escola primária, e 80% para a escola secundária (MSAS, 2013).

OS CUSTOS “INFORMAIS” DA EDUCAÇÃO:

Em São Tomé e Príncipe, os grupos de discussão não detetaram a existência de pedidos de contribuições financeiras às famílias por parte dos professores para o financiamento de custos acessórios (reparar a aula, excursões etc.). Contudo, existe escolas onde os professores pedem pequenas contribuições periódicas para fazer fotocópias dos manuais escolares, ou para garantir a conexão à Internet para as buscas pedidas na turma. O sistema educativo deve supervisionar a existência destas práticas que são contrárias à gratuidade e podem, com a acumulação, aumentar a carga económica da educação para às famílias mais privadas (e as outras), e resultar na exclusão educativa das crianças.

A LENTA EXPANSÃO DA OFERTA DO SECUNDÁRIO E DO PRÉ-ESCOLAR

As infraestruturas e os recursos humanos qualificados - o exercício de análise dos congestionamentos efetuado pelo ministério da Educação e pela UNICEF em 2013 revelou que no nível pré-escolar 20% das crianças podiam beneficiar de uma sala de classe de uma dimensão considerada como adequada. No primeiro ciclo do secundário, a insuficiência da oferta pública levanta problemas para a continuação dos estudos de numerosas crianças, em especial das raparigas. Em relação ao ciclo do secundário, em 2011-2012, havia apenas três centros públicos (e um privado) que ofereciam o segundo ciclo, dois dentre eles num só distrito (Agua-Grande)⁶³, mas actualmente existe 7 centros⁶⁴ (MECC, 2014).

A Política educativa (2012-2022) tem por objectivo aumentar o número dos professores qualificados (com ou em formação pedagógica) e melhorar a sua distribuição geográfica. Vários parceiros (BM, UNICEF) apoiam as atividades de formação dos

professores e o seu número aumenta gradualmente. De acordo com o exercício de análise dos congestionamentos no sistema educativo, realizado pelo MECC e pelo UNICEF em 2013, os recursos humanos qualificados (com formação pedagógica) cobriam 31% das necessidades do primeiro ciclo do ensino secundário, com disparidades importantes a nível dos distritos (Mé-Zóchi 17%, Agua Grande 38%). No pré-escolar, o sistema cobria 39% das necessidades (15,8% em Mé-Zóchi, 69%no Príncipe).

O estatuto social e o nível salarial dos professores são fracos. De acordo com o MECC e o Pólo de Dacar (2012), o poder de compra dos professores de São Tomé e Príncipe representa apenas um terço dos professores nos outros países comparáveis⁶⁵.

⁶² As famílias cobrem 13,1% dos custos no nível pré-escolar, 6,4% para o primário e 7,6% para o secundário (Pólo de Dacar, 2012).

⁶³ Agua Grande: Liceu nacional e IDF (privado); “Maria Manuela Margarido” em Mé-Zóchi, e “Secundaria Príncipe” no Príncipe.

⁶⁴ Liceu nacional e IDF (privado); “Maria Manuela Margarido” em Mé-Zóchi, e “Secundária Príncipe” no Príncipe, São João costas Angolares, Santana e Neves.

⁶⁵ Para o primário: Benim, Camarões, Comores, Costa de Marfim, Jibuti, Gana, Quênia, Lesoto, Mauritània, Senegal, Sudão e Zâmbia. Para o secundário, estes países são considerados, com excepção dos Comores, do Sudão e da Zâmbia para os dados não disponíveis” (Pólo de Dacar, 2012, p123).

A OFERTA EMBRIONÁRIA DO ENSINO INCLUSIVO

QUESTÕES DE EQUIDADE VERTICAL II: O ensino inclusivo.

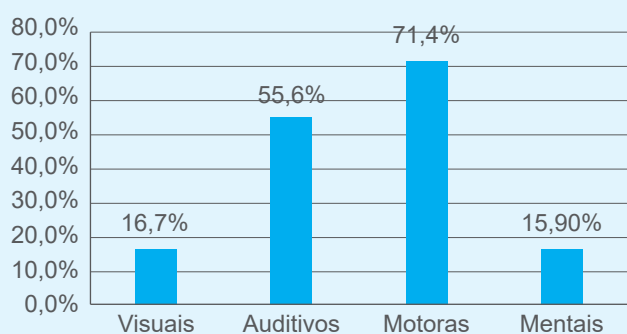
De acordo com o recenseamento das crianças que têm necessidades especiais (MECC e UNICEF, 2015), há 709 crianças de 0 a 11 anos que têm necessidades especiais de diferente tipo e grau. Em 2010, o Governo aprovou a Estratégia para o Desenvolvimento do Ensino especial. A estratégia implica a identificação das crianças que apresentam dificuldades visuais, auditivas, motoras ou mentais, a qualificação dos professores e a organização dos serviços escolares para a gestão destas crianças, que é a abordagem mais favorável para a integração e desenvolvimento social das crianças.

O IV RGPH (INE, 2012) revela que as barreiras de acesso mais graves situam-se do lado das crianças que têm dificuldades motoras e auditivas.

A integração das crianças no sistema escolar é um indicador muito positivo, mas não fornece informações sobre a qualidade dos ensinamentos recebidos pelas crianças com necessidades especiais.

A implementação da estratégia continua embrionária em 2015 devido à insuficiência de recursos financeiros e humanos. A Direção do Ensino Inclusivo (DPIE) do MECC com o apoio de diversos parceiros conseguiu todavia pilotar (com o UNICEF) a produção de um recenseamento das crianças que têm necessidades especiais e criar um módulo específico (de uma duração de seis meses) na escola de formação dos professores. A direção pilotou igualmente a produção de um dicionário da língua dos sinais santomense, e conduziu uma experiência piloto de turmas em língua dos sinais na escola “D.^a Maria de Jesus” em São Tomé.

Taxa de exclusão, por tipo de necessidade (incapacidade total)



UM SETOR COM FRAQUEZAS DE GESTÃO

57,5% dos professores do primário e 70% do secundário trabalham menos de 14 horas por semana (BM, 2015). A gestão num contexto de dispersão geográfico das escolas é complicada (BM, 2015). O

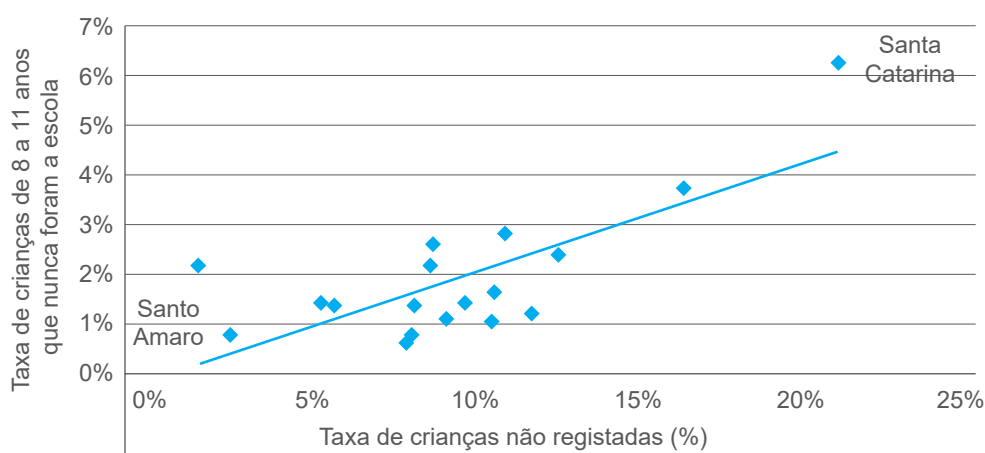
MECC e o BM trabalham sobre o desenvolvimento de um sistema de informação “*Education Management Information System*” (EMIS), que vai permitir articular a informação ao nível central e dos distritos.

AS CAUSAS ESTRUTURAIS

A análise das taxas de crianças que não foram registadas no nascimento e as taxas relativas à exclusão educativa em cada subdistrito parece indicar a existência de uma correlação positiva entre estas duas variáveis. O gráfico 3.3.11 posiciona os subdistritos

do país de acordo com dois eixos que pode-se caracterizar como segue: o nível de exclusão educativa, através da taxa de crianças de 8 a 11 anos que nunca foram a escola, e da taxa de crianças de menos de cinco anos que não foram registadas.

Gráfico 3.3.11: Crianças não registadas e em exclusão educativa, por subdistrito, 2012 (*)



(*) Nota: Os pontos representam os 18 subdistritos de São Tomé e Príncipe

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do IV RGPH (INE, 2012)

Os custos de oportunidade do trabalho das crianças:

No contexto santomense, onde 66,2% da população vive abaixo do limiar de pobreza (INE, 2010) e onde as mulheres assumem a responsabilidade das

crianças de maneira quase exclusiva, o trabalho das crianças é omnipresente porque é infelizmente uma fonte essencial de rendimento para as famílias.

O ABANDONO CAUSADO PELAS GRAVIDEZES PRECOSES

QUESTÕES DE EQUIDADE VERTICAL III

A RESPOSTA DO SISTEMA EDUCATIVO À PROBLEMÁTICA DAS GRAVIDEZES PRECOSES

Os dados do 4.º do RGPH (2012) confirmam que **85,7% das raparigas mães de 12 a 17 anos abandonaram a escola.**

Em 2012, as gravidezes eram a primeira causa de abandono escolar a nível dos liceus do país (ANGOP, 2012).

A sociedade santomense tem tendência a rejeitar as raparigas grávidas⁶⁶, e o sistema escolar reproduz esta rejeição social tentando esconder as raparigas grávidas “para evitar de dar um mau exemplo” às outras raparigas.

Desde 2006, o regulamento disciplinar para o 2.º ciclo do ensino básico, para o ensino secundário e profissional (art.º 36º) proíbe a presença no ensino diurno das raparigas grávidas de mais de três meses.

⁶⁶ Esta atitude negativa para com as raparigas grávidas não é exclusiva em São Tomé e Príncipe, é aliás muito comum nos países afetados por este problema.

POLÍTICAS QUE LIMITAM O ACESSO À EDUCAÇÃO: A IDADE NO PRIMÁRIO E AS REPETÊNCIAS NO SECUNDÁRIO

O MECC, com o apoio dos parceiros do Pólo de Dacar, desenvolveu uma nova Carta de Política Educativa (2012) que tem por objectivo universalizar os três principais níveis educativos, e garantir doze anos de educação no horizonte 2022. É igualmente uma prioridade, desenvolver a oferta do ensino superior no país. A primeira avaliação da política terá lugar em 2017.

O ciclo primário exclui as crianças de mais de 14 anos (Leal, 2015). Neste contexto, a entrada tardia no primeiro ano é um fator de vulnerabilidade que afeta a metade das crianças: em 2012, apenas a metade das crianças de seis anos foram escolarizadas no primeiro ano (18,7% frequentavam o pré-escolar, e 26,3% ainda não foram escolarizados). Isto provavelmente é devido à fraca taxa de aplicação das novas políticas educativas, que aboliram recentemente a necessidade de um ano de pré-escolar para ser admitida no primário (Leal, 2015).

A nível do secundário, duas repetências marcam o limite da expulsão do sistema. Estes tipos de limites, num contexto de fraca eficiência interna e em que a repetência é um instrumento educativo sobre-explorado, constituem uma barreira importante de acesso à educação.

Em 2007-2008 e 2008-2009, duas passagens automáticas foram introduzidas com o objectivo de reduzir a repetência (da primeira à segunda classe e da terceira à quarta classe). Os efeitos destas passagens podem ser observados no gráfico 3.3.9. A lógica das passagens automáticas é melhorar a transição dos fluxos entre os anos de estudos indicados. Ao nível internacional, nota-se que “os países que praticam a passagem automática ou que têm uma fraca taxa de alunos em atraso apresentam, globalmente, bons resultados - em termos de desempenho e de equidade - em comparação com os países que têm recurso à repetência de maneira considerável” (Rocher, 2008). Porém, as duas passagens automáticas foram suprimidas em 2014 por decisão ministerial. A supressão das passagens automáticas vai ter efeitos imediatos no aumento das taxas de repetência a partir do ano escolar 2014-2015.

Articulação insuficiente com os programas de proteção social. Os mecanismos clássicos de proteção social utilizados no setor da educação (transferências sociais monetárias ou em espécie) são

essenciais para a universalização dos serviços. Neste momento, existe um programa de transferências sociais monetárias (“mães carenciadas”), mas é embrionário e não conduz a um mínimo de segurança para as famílias beneficiárias (cf. seção 3.1.4, capítulo 3.1). O programa de nutrição escolar e a rede de transporte escolar gratuita, em contrapartida, são instrumentos chave para a retenção dos alunos na escola muito valorizados nos grupos de discussão.

FINANCIAMENTO INJUSTO DO SETOR

Universalização, um objectivo ambicioso sem recursos? A Educação é o setor social que absorve mais recursos do orçamento geral do Estado. O orçamento do MECC é de 386 653 milhões de dobra em 2015, que representa 12% do total do orçamento geral do Estado.

Entre as despesas do setor social que o Ministério das Finanças qualifica de “pro-poor”, a educação é o setor mais representado (30,9% das despesas “pro-poor” e 12,54% do total do orçamento atribuído em 2015). Em percentagem do PIB, os orçamentos atribuídos e executados apresentam números em torno de 4,5% para estes últimos cinco anos. O orçamento “pro-poor” reflecte a importância decrescente do financiamento externo do setor (37,8% em 2012 contra 22,4% em 2015), o que vai contribuir para a estabilidade financeira do setor, porque a taxa de aplicação do financiamento externo é em geral inferior à interior (Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2012 e 2015).

Apesar de números globalmente positivos, uma análise da distribuição intrasectorial do financiamento revela grandes desequilíbrios em prol das bolsas para o ensino superior (no estrangeiro). Em 2015, o desenvolvimento do ensino pré-escolar equivale a 1,64% do orçamento do setor, 8,7% para o primário e 9,96% para o secundário enquanto as bolsas para o ensino superior recebem 14,8%. “10% dos jovens que acedem aos níveis mais elevados da pirâmide educativa consomem 57,5% dos recursos públicos da educação” (MECC e Pólo de Dacar, 2012).

Neste contexto, os ensinos básico e secundário são subfinanciados. De acordo com o Pólo de Dacar (2012), o ensino superior é o subsector privilegiado na afetação dos recursos, com 47% das despesas correntes de educação (contra 19% em média nos outros países da sub-região).

O IMPACTO DA EDUCAÇÃO SOBRE O CRESCIMENTO ECONÓMICO, ALGUNS DADOS :

De acordo com a UNICEF:

- “Em média, um ano adicional de educação representa um aumento de 10% nos rendimentos de um indivíduo.
- Cada ano adicional de educação está associada a um aumento do produto interno bruto (PIB) per capita (Psacharopoulos e Patrinos, 2013, UNICEF 2015b)
- A taxa de rentabilidade macro da educação é estimada em entre 9% e 12,3% (Cohen e Soto, 2007, UNICEF 2015b)

Fonte: UNICEF (2015b)

Instabilidade institucional e falta de cultura de tomada de decisão na base de avaliações das políticas - Os quadros do MECC são frequentemente o objecto de rotações, e tal afeta a implementação das políticas em vigor (Leal, 2015), que são interrompidas ou alteradas em função de decisões políticas e não em função dos resultados obtidos determinados nos exercícios de avaliação.

Falta de atualização do quadro legislativo - A Lei que rege os princípios fundamentais do sistema educativo não integra as medidas políticas chave tomadas nestes últimos anos: a entrada no primário a 6 anos, o carácter obrigatório do ensino pré-escolar e secundário. No momento da realização deste estudo, o MECC trabalhava com o UNICEF sobre esta atualização legislativa.

Figura 3.3.7. Análise causal do acesso insuficiente à uma educação de qualidade nos níveis pré-escolar e secundário, persistência de crianças não escolarizadas no nível primário.

Causas diretas

Custos da educação pré-escolar e secundária
 Repetência e atraso (atingir o limite de idade no nível primário e reprovar mais de duas vezes no secundário)
 Limites ao ensino inclusivo
 Gravidezes precoces
 Custos de oportunidade do trabalho infantil

Causas subjacentes

<p>Entrada tardia no primário</p> <p>Existência de limites de idade no primário e os limites ao número de repetências autorizadas no secundário</p> <p>Existência de regulamentos/normas discriminatórias contra as raparigas grávidas</p> <p>Ambiente escolar pouco animador para os alunos menos eficientes</p> <p>Desenvolvimento insuficiente da educação pré-escolar, que é um elemento de sucesso no nível primário</p>	<p>Fraquezas na qualidade do ensino</p> <p>Abordagens excedidas no processo de aprendizagem (de cor)</p> <p>Avaliações rígidas centradas na aprendizagem de cor.</p> <p>Insuficiência de recursos humanos qualificados.</p> <p>Rede escolar insuficiente nos níveis pré-escolar e secundário (especialmente no 2º ciclo)</p> <p>Falta de sistemas de acompanhamento e de recuperação das crianças que abandonam a escola</p> <p>Liberdade a nível de algumas famílias em relação ao abandono dos estudos</p>
---	--

Causas estruturais

Aplicação insuficiente das políticas de idade de entrada (aos 6 anos no nível primário).

Lei 2/2003 que rege os princípios fundamentais do sistema educativo não foi atualizada.

Mecanismos de gestão dos recursos humanos em desenvolvimento.

Implementação embrionária da Estratégia de educação inclusiva (2010) por falta de recursos financeiros.

Distribuição pouco equitativa dos recursos públicos que resultam em um subfinanciamento dos níveis pré-escolar, primário e secundário

Fraco estatuto e nível salarial fraco do corpo docente

Insuficiência dos mecanismos de proteção social para apoiar a escolaridade das crianças das famílias numerosas

Gravidezes precoces

Todo o peso da gestão da educação das crianças recai sobre as mulheres

Não registo dos nascimentos

Quadro 3.3.2: Determinantes do acesso insuficiente a uma educação de qualidade nos níveis pré-escolar e secundário e da persistência de crianças não escolarizadas no primeiro ciclo.

	Determinantes	Descrição
Ambiente adequado	Normas sociais	As jovens grávidas são socialmente consideradas como mau exemplo pelos colegas de turma. Por conseguinte, o sistema escolar reproduz essa concepção. Baixo estatuto social dos professores (que pode estar ligado ao baixo nível salarial deles)
	Legislação/Políticas	A Lei dos Fundamentos do Sistema Educativo N°2/2003 não está actualizada e não integra as reformas políticas importantes (idade de chegada à primária 6 anos, o factor obrigatório do ensino pré-escolar e secundário) O regulamento interno proíbe a presença nas escolas de alunas grávidas a partir do 3º mês de gravidez. No ensino secundário, se um aluno perder o ano duas vezes, é expulso do sistema e o primeiro ciclo exclui alunos com mais de 14 anos. Em 2015, passar de ano automaticamente no ensino primário foi retirado. Implantação embrionária da Estratégia para o Desenvolvimento do Ensino Especial (2010).
	Orçamento/Despesas públicas	Valores do investimento orçamental globalmente positivos (4,5% do PIB), mas marcado por grandes desequilíbrios em prol das bolsas para o ensino superior no estrangeiro.

	Determinantes	Descrição
Ambiente adequado	Gestão/Coordenação	<p>Lacunas nas inspecções, acompanhamento e apoio aos professores,</p> <p>Lacunas na análise das estatísticas que o sector produz na tomada de decisões que relevam da gestão</p> <p>Instabilidade institucional</p> <p>Falta de cultura em termos de tomada de decisões com o objectivo de avaliar</p> <p>Articulação insuficiente com programas de protecção social</p>
Abastecimento	Disponibilidade dos insumos	Manuais escolares disponíveis e gratuitos
	Acesso ao serviço do pessoal, instalações e informação adequada	<p>A taxa líquida de escolarização pré-escolar em São Tomé e Príncipe ainda está baixa (36,4%)</p> <p>Oferta pública insuficiente em termos de sala de aula e recursos humanos qualificados nos níveis pré-escolares e secundários (principalmente no segundo ciclo)</p> <p>Persistência da taxa baixa de registos de nascimento nos distritos.</p>
Demanda	Acesso financeiro	Existência de barreiras financeiras nos níveis pré-escolar e secundário
	Práticas e crenças socioculturais	<p>Unões precoces (principalmente 1/5 das jovens mais pobres)</p> <p>Trabalho infantil</p> <p>Entrada tardia no ensino primário</p>
	Continuidade de utilização	Abandono escolar importante a partir do primeiro ciclo da escola secundária
Qualidade	Qualidade	<p>Relativamente à bagagem pessoal dos alunos: A taxa líquida de escolarização pré-escolar em São Tomé e Príncipe ainda está baixa (36,4%) (INE, 2016).</p> <p>O modelo de ensino requer mais inovação e ainda se centra demais na dimensão de conhecimentos e não na aquisição das capacidades.</p> <p>Persistência de desafios de igualdade de género no sistema educativo, nomeadamente na adaptação de manuais.</p> <p>Os programas de formação dos professores apresenta uma falta de módulos para desenvolver as capacidades dos docentes ao nível da educação inclusiva e da gestão de turmas (neutro em termo de género e participação dos alunos). O número de mulheres no corpo docente é limitado a partir do ensino secundário e entre o pessoal de direcção das escolas.</p>

AÇÕES ESTRATÉGICAS

Equidade horizontal

- É indispensável redistribuir as afetações financeiras do setor para uma maior equidade entre os níveis pré-escolar, primário e secundário e o nível superior
- Continuar a alargar a rede do 2.o ciclo do secundário e o pré-escolar. É indispensável reduzir a barreira financeira para estes dois níveis.
- É fundamental desenvolver políticas ativas para a redução da repetência e reduzir a entrada tardia. O que suporá uma redução substantiva dos custos.
- Reconsiderar a reintrodução das passagens automáticas no primário.
- Atualização da Lei que rege os princípios fundamentais do sistema educativo n.º 2/2003
- Continuar a reforçar as capacidades pedagógicas do corpo docente melhorando nomeadamente a sua situação profissional e salarial

Equidade vertical

- Suprimir os textos regulamentares ou de lei que proibem às raparigas grávidas de mais de 3 meses de frequentar o ensino diurno.
- Investir na implementação da Estratégia de educação Inclusiva (2010).

3. 4. O Direito à proteção

DIREITOS

CONVENÇÃO RELATIVA AOS DIREITOS DA CRIANÇA

Artigo 7.º: A criança é registada imediatamente após o nascimento e tem desde o nascimento o direito a um nome, o direito a adquirir uma nacionalidade e, sempre que possível, o direito de conhecer os seus pais e de ser educada por eles.

Artigo 19.º: 1. Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada.

Artigo 20.º: 1. A criança temporária ou definitivamente privada do seu ambiente familiar ou que, no seu interesse superior, não possa ser deixada em tal ambiente tem direito à protecção e assistência especiais do Estado.

Artigo 32.º: 1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito de ser protegida contra a exploração económica ou a sujeição a trabalhos perigosos ou capazes de comprometer a sua educação, prejudicar a sua saúde ou o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social.

Artigo 34.º: Os Estados Partes comprometem-se a proteger a criança contra todas as formas de exploração e de violência sexuais. Para esse efeito, os Estados Partes devem, nomeadamente, tomar todas as medidas adequadas, nos planos nacional, bilateral e multilateral para impedir: a) Que a criança seja incitada ou coagida a dedicar-se a uma actividade sexual ilícita; b) Que a criança seja explorada para fins de prostituição ou de outras práticas sexuais ilícitas; c) Que a criança seja explorada na produção de espectáculos ou de material de natureza pornográfica.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Artigos 2º e 3º: “A República Democrática de São Tomé e Príncipe assegura a identidade santomense...” e “todas as pessoas nascidas no território nacional são cidadãos santomenses...”

Artigo 52.º: As crianças têm direito ao respeito e a protecção da sociedade e do Estado, para favorecer o seu desenvolvimento integral

Artigo 23.º: A integridade moral ou física das pessoas é inviolável

DESENVOLVIMENTOS LEGISLATIVOS NACIONAIS

Novo Código penal (lei nº 6/2012) - alarga as qualificações penais em relação aos abusos sexuais contra as crianças e os adolescentes.

Lei nº6/92 sobre o regime jurídico das condições individuais de trabalho

Lei nº11/2008 contra a violência doméstica e familiar, transforma a violência intrafamiliar num crime de natureza pública. Estabelece uma tipologia de ações que requerem a ação pública contra os agressores, os mecanismos de ação institucional, os mecanismos em matéria de proteção das vítimas e os mecanismos de prevenção.

Lei nº12/2008, sobre o reforço dos mecanismos de proteção legal das vítimas

Propostas de leis:

Proposta de lei sobre a adoção (finalizada em 2014)

Proposta de lei sobre a proteção das crianças e de jovens em risco (finalizada em 2014)

Proposta de lei sobre o acolhimento institucional (finalizada em 2014)

Proposta de lei sobre as famílias de acolhimento (finalizada em 2014)

Proposta de lei sobre a organização da tutela dos menores⁶⁷ (finalizada em 2014)

Outro

Lista das piores formas de trabalho infantil, à inserir no Código de Trabalho (2013), adapta a convenção 182 do BIT no contexto nacional

POLÍTICAS E PROGRAMAS PRINCIPAIS

Política de Proteção da Criança (2013)

Plano Nacional de ação contra o trabalho infantil (2013)

Criação do centro de conselho contra a violência doméstica

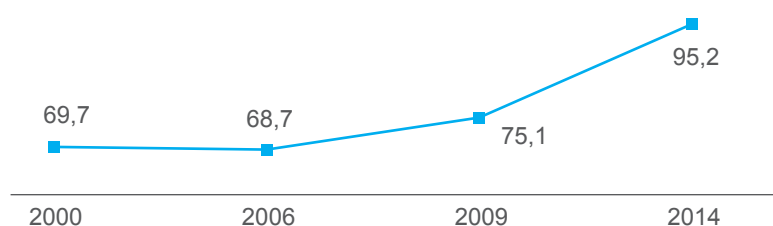
⁶⁷ O UNICEF não aceita o termo "menores" para referir-se às crianças, mas é o termo que corresponde melhor à tradução literal do português.

3.4.1. O direito a ser registado ao nascimento

O registo dos nascimentos em São Tomé e Príncipe apresenta uma evolução muito positiva nesta última década (cf. gráficos 3.4.1). Em 2014, 95,2% das crianças de menos de um ano são registadas (inquérito MICS, 2014), o que equivale a aproximar-se de uma universalidade rara na África Ocidental

e Central (47%⁶⁸). Pode-se considerar isto como um outro sucesso das políticas sociais santomenses com certas reservas: 4,8% das crianças, e 12,5% das crianças procedentes das famílias mais pobres ainda não exerceram o seu direito.

Gráfico 3.4.1: Evolução da taxa de registo dos nascimentos, de 2000-2014 (%)

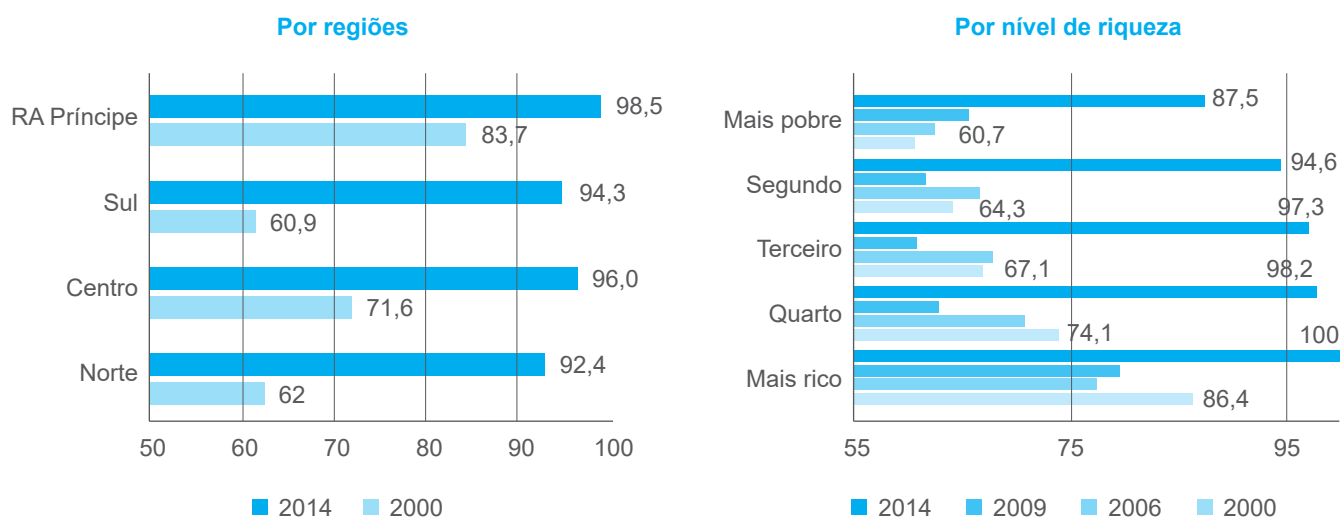


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016), IDS (INE, 2009), inquérito MICS 3 (INE, 2006) e inquérito MICS 2 (INE, 2000)

As disparidades intra-regionais estão consideravelmente reduzidas. A Região Autónoma de Príncipe continua a ser a região com a taxa de registo mais

elevada, mas as diferenças com as outras regiões são hoje em dia muito fracas.

Figura 3.4.1. Evolução da taxa de registo dos nascimentos, 2000-2014, por regiões (%)



Fonte: Elaborados pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016), IDS (INE, 2009), inquir MICS 3 (INE, 2006) e inquérito MICS 2 (INE, 2000)

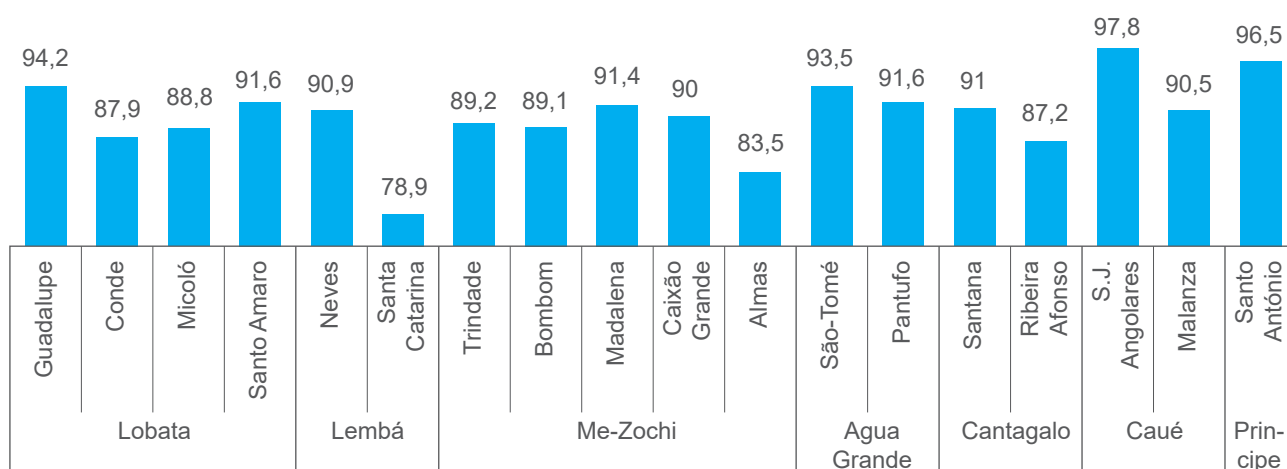
⁶⁸ Para o período 2005 a 2012 (UNICEF, 2014c)

São Tomé e Príncipe realizou igualmente progressos importantes na redução das disparidades por nível de riqueza. Em 2000, a diferença entre o quintil mais pobre e mais rico era de 26 pontos de percentagem. Em 2014, a diferença é de apenas mais 12,5 pontos.

É importante notar que 12,5% das crianças procedentes das famílias mais pobres não são registadas no primeiro ano. Mas onde estão estas crianças exactamente?

Os subdistritos com as taxas de registo mais fracas (Conde, Santa Catarina, Almas, Ribeira Afonso, Malanza) coincidem exactamente com os subdistritos com as taxas mais fracas de partos assistidos (que é um proxy do parto no centro de saúde), com excepção de Conde.

Gráfico 3.4.2. Taxa de registo dos nascimentos, por subdistrito, 2012 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do IV RGPH (INE, 2012)

Em relação às causas desta situação, o inquérito sobre as práticas parentais mostra que 50% das mulheres que não registaram as suas crianças dizem que não sabem a causa, o que subentende uma situação de falta de educação e de conhecimentos básicos sobre a organização social. 20% dizem que estão em atraso e 16% que é demasiado caro.

Os dados do IV RGPH (INE, 2012) confirmam a forte correlação positiva entre os partos assistidos e o registo dos nascimentos. A política de coordenação desde 2010 entre o Ministério da Justiça, e o Ministério da Saúde (com o apoio do UNICEF e do FNUAP) para introduzir serviços de registo nas maternidades do país, bem como a gratuidade e a possibilidade de registar a criança sem a presença do pai⁶⁹ revelou-se muito eficaz. Os desafios persistem especialmente do lado das mulheres que não dão à luz nos centros de saúde, e as que moram nas zonas mais isoladas e menos povoadas, que são mais difícil de gerir através das políticas públicas.

AÇÕES-CHAVE

Campanhas periódicas de registo nas regiões que têm a taxa mais baixa de parto nos centros de saúde são uma maneira eficaz de aproximar os serviços das regiões menos acessíveis.

⁶⁹ Em São Tomé e Príncipe, as entrevistas e os grupos de discussão revelaram que numerosos pais põem em questão a sua paternidade enquanto não virem os traços físicos da criança.

3.4.2. O trabalho infantil

3.4.2.1. Caracterização e amplitude do problema

O trabalho infantil emperra o processo educativo das crianças, expõe-nas à riscos sociais e atividades que não são adequadas com a sua idade (por exemplo, a manipulação de produtos químicos ou longos dias de trabalho agrícola) e toma o tempo que teriam consagrado a outras atividades positivas para o seu desenvolvimento (como o jogo, fazer os seus deveres ou o desporto). Para o UNICEF, as crianças podem realizar pequenas atividades económicas ou domésticas sem que tal seja forçosamente negativa. O trabalho infantil como tal começa quando excedem um número máximo de horas semanais, ou quando as tarefas são consideradas como perigosas.

Os limites são estabelecidos da maneira seguinte (UNICEF, 2015):

- As crianças de 5 a 11 anos trabalham e realizam uma hora semanal de trabalho remunerado ou 28 horas de trabalho doméstico.
- As crianças de 12 a 14 anos trabalham e realizam 14 horas de trabalho remunerado, ou 28 horas de trabalho doméstico.
- As crianças de 15 a 17 anos trabalham e realizam pelo menos 43 horas semanais de trabalho remunerado ou doméstico.

1 em cada 4 crianças (26%) trabalha para além do limite horário estabelecido pelo UNICEF.

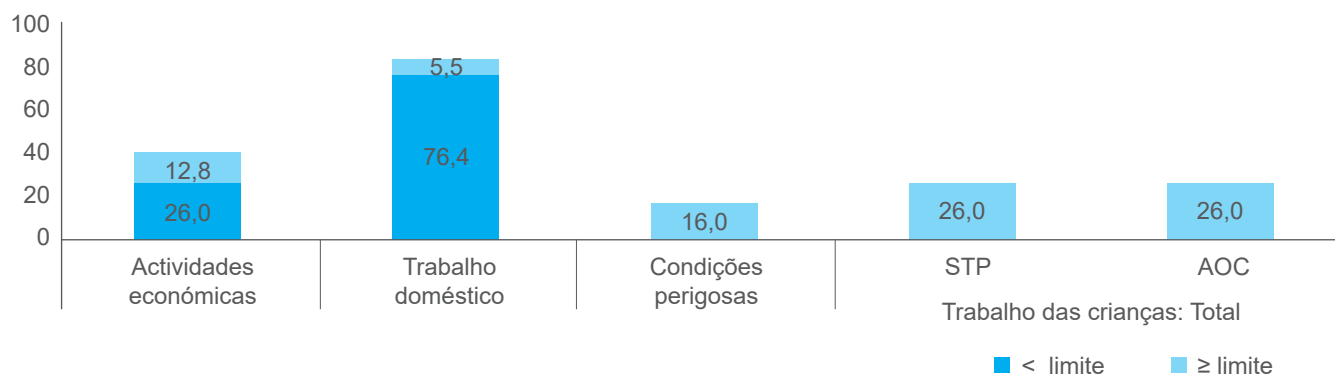
80% das crianças participam nos trabalhos penosos do agregado.

Quase 1 em cada 6 crianças (16%) realiza um trabalho em condições perigosas.

40% das crianças são empregadas em atividades económicas para ajudar a sua família.

Fonte: inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Figura 3.4.2. Percentagem de crianças de 5 a 17 anos que trabalham, 2014 (%)



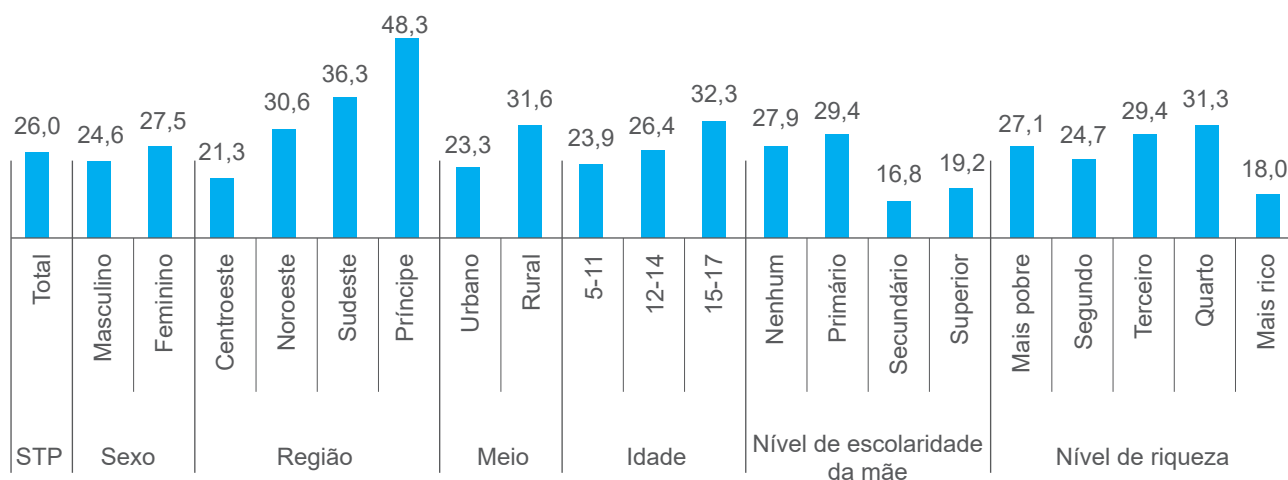
O número da AOC (UNICEF, 2014c) foi calculado com base nos dados mais recentes de cada país para o período 2005-2012. A faixa etária de 5-14 anos e as condições perigosas não são tomadas em conta.

Fonte: inquérito MICS 5 (INE, 2016) e UNICEF (2014).

Em São Tomé e Príncipe, 26% das crianças trabalham (excedem os limites horários definidos pelo UNICEF), das quais 16% que trabalham em condições perigosas (INE, 2016). Debaixo dos limites horários do UNICEF, 40% das crianças realizam pequenas atividades económicas e 80% participam nas tarefas domésticas (INE, 2016).

Em relação à evolução no tempo do trabalho infantil, os dados do inquérito MICS3 (INE, 2006) referem-se unicamente às crianças de 5 a 14 anos e não tratam explicitamente dos trabalhos realizados em condições perigosas. No entanto, a percentagem de crianças de 5 a 14 anos que trabalham era, em 2006, de 7,5%. Se forem utilizados os mesmos critérios que em 2014, os números apontam para 20,8%.

Gráfico 3.4.3. Crianças de 5 a 17 anos que trabalham, 2014, por determinante social (%)



Fonte: inquérito MICS 5 (INE, 2016)

No que diz respeito às atividades económicas mais frequentes realizadas pelas crianças, encontra-se: vendedores de produtos variados, trabalhadores domésticos, assistentes, mecânicos, trabalhadores agrícolas, carpinteiras/os, carroçaria (bate-chapas) e pescadores (BIT, 2012).

As raparigas são mais susceptíveis de trabalhar (27,5%) que os rapazes (24,6%). No que diz respeito ao meio de residência, há mais trabalho infantil nas zonas rurais (31,6% trabalham) que nas zonas urbanas (23,3%). Porém, o determinante mais importante é a região de residência: no Príncipe, 48,3% das crianças, contra 21,3% para a região Centro-Leste (INE, 2016).

O nível de riqueza mostra um comportamento anormal. Assim, a probabilidade de trabalhar é 27,1% para o quintil mais pobre, 24,7% para o segundo, 29,4% para o terceiro e 31,3% para o quarto, seguidamente cai à 18% para mais rico. Convém recordar que a classificação por quintil é relativa e não indica qual estão acima do limiar de pobreza absoluta. Em São Tomé e Príncipe, mais de 66% da população é pobre (INE, 2010) por conseguinte muito provavelmente que terceiro quintil é igualmente pobre. Uma outra hipótese (não testado) é que a participação económica das crianças aumenta o nível de riqueza das famílias.

Qual é o contexto mais habitual de trabalho infantil? 90% das crianças (de 10 a 17 anos) trabalharam sem remuneração para ajudar um membro da sua família, ou na produção para o consumo da família

(INE, 2012). Os restantes 10% produziram, venderam ou forneceram um serviço remunerado. Isto indica que a maior parte das crianças que trabalham fazem-no para a sua família, mas também pode ser que as rubricas do inquérito dissimulem fenómenos como “Miná Quiá”, o que poderia estar dissimulado na rubrica “tarefas domésticas”.

O fenómeno “Miná Quiá” - os pais (ou a mãe) de uma criança confiam-na a uma outra família para realizar as tarefas domésticas no seu lar. Em troca, a família educa a criança e provê às suas necessidades. As principais razões invocadas pelas famílias para enviar as suas crianças para os outros agregados são para ajudar outra família (47,8% dos casos) e por razões económicas (26,9%) (BIT, 2012). De acordo com o IV RGPH (INE, 2012), a percentagem de raparigas classificadas como “outra categoria familiar”, “empregada doméstica” ou “sem relação de parentesco” (das categorias que podem esconder o fenómeno “Miná Quiá”) é de 12,4% comparativamente a 10,2% dos rapazes.

Apenas o quintil de riqueza mais elevado é associado à uma mais fraca probabilidade de trabalho infantil.

Em relação ao trabalho em condições perigosas, é surpreendente encontrar 43,2% das crianças de Príncipe implicadas neste tipo de atividades (inquérito MICS 5) (INE, 2016). Mais a criança cresce, mais ela é vulnerável à este risco. O comportamento dos quintis de riqueza e o nível educativo da mãe é paralelo ao que foi assinalado previamente.

3.4.3. Desafio principal, a persistência do trabalho das crianças em São Tomé e Príncipe

CAUSAS DIRETAS

As causas diretas são a necessidade económica da mão-de-obra infantil e a aceitação social do trabalho das crianças. A falta de recursos económicos é uma causa direta da necessidade de trabalho infantil (Galeano, 2014) ainda que, como anteriormente referido, a probabilidade de trabalhar não tem uma relação clara com o quintil de riqueza. Já que a classificação por quintil é relativa e não absoluta, e que mais de 66% da população vive debaixo do limiar de pobreza, a opinião que as crianças devem contribuir para a economia familiar parece muito generalizada.

CAUSAS SUBJACENTES

Do ponto de vista dos serviços, há um conjunto de organizações governamentais e não-governamentais no país (organizações de desenvolvimento internacional, ONG...), que têm a finalidade de proteger as crianças contra qualquer forma de exploração ou abuso. Um dos principais entraves é a difícil articulação da ação multissetorial, dado a necessidade de uma resposta institucional integrada no domínio social, jurídico, educativo, etc. Falta até agora um órgão que assume eficazmente as tarefas de coordenação em certos domínios importantes como o trabalho infantil.

No que diz respeito à destruturação familiar, apenas 46,2% das crianças moram com os seus dois pais. 12,7% não vivem com nenhum dos dois, embora

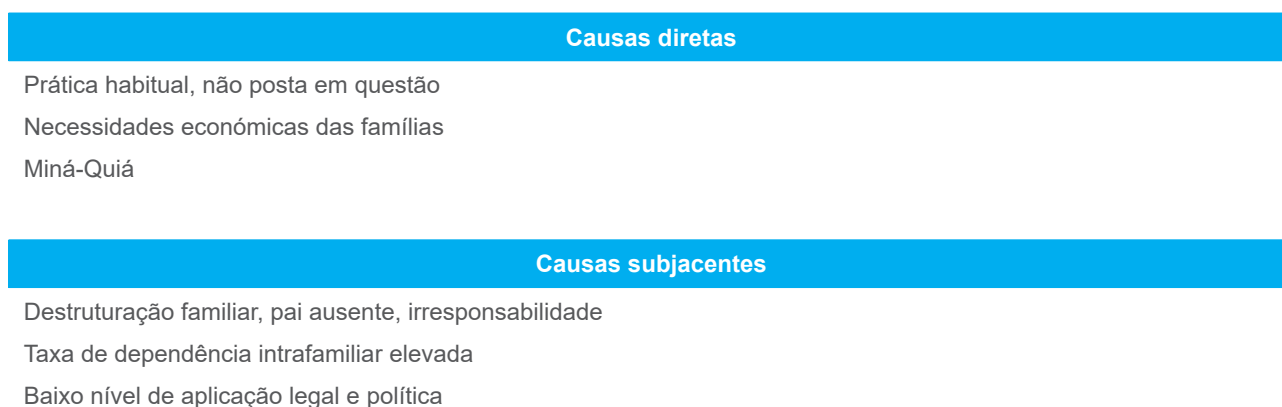
estes estejam vivos (INE, 2016). É provável que as famílias monoparentais sejam mais requerentes de mão-de-obra infantil. Por outro lado, é possível que uma parte destas 12,7% crianças que não vivem com os seus pais (INE, 2012), trabalhem para outra família (“Miná-Quia”).

CAUSAS ESTRUTURAIS

São Tomé e Príncipe é signatário dos principais tratados e convenções internacionais que proíbem o trabalho infantil, como as convenções da OIT nº138 (idade mínima de admissão ao trabalho), nº182 (proibição das piores formas de trabalho infantil). Para além disso, o país é dotado da sua própria legislação que previne tais abusos. Neste sentido, o que falta é um texto único que regulamente o conjunto dos direitos da criança (que facilita a sua interpretação e a sua aplicação) e um Tribunal especial de menores (Galeano, 2014).

A intervenção pública no combate ao trabalho infantil é recente. Em 2013, o Ministério do Emprego e dos Assuntos Sociais (MEAS), com o apoio dos parceiros do Escritório Internacional do Trabalho (BIT) e da federação das ONG (FONG) produziu uma lista das piores formas de trabalho infantil que deve ser integrada no Código do Trabalho, e um Plano Nacional contra o trabalho infantil. O poder executivo ainda não aprovou estas políticas.

Figura 3.4.3. Análise causal da persistência do trabalho infantil em São Tomé e Príncipe.



Causas estruturais

Percentagem elevada de famílias pobres

Tolerância social

A figura da criança não é especialmente valorizada nem protegida

Fraqueza institucional nas instâncias administrativas e judiciais para proteger as crianças

Desenvolvimentos políticos recentes e ainda não aprovados pelo poder executivo

Quadro 3.4: Constrangimentos e barreiras impedindo a luta contra o trabalho infantil

	Determinantes	Descrição
Ambiente adequado	Normas sociais	A pobreza leva os adultos a considerar que as crianças devem contribuir para a economia da família.
	Legislação/Políticas	<p>Iniciativas legislativas e políticas demasiado recentes relativamente à dimensão do problema: Em 2013, o país estabeleceu uma lista das piores formas de trabalho infantil que será integrada no Código do Trabalho. Também criou um Plano Nacional contra o trabalho infantil.</p> <p>A Direcção de Protecção Social e os parceiros da cooperação internacional (Banco Mundial, UNICEF) pretendem reforçar os mecanismos de protecção social. O país dispõe de uma Política de Protecção Social aprovada em 2015 e de uma Política de Protecção das Crianças criada em 2013. No entanto, a concretização dessas políticas depende da ajuda internacional.</p> <p>O ensino de base é obrigatório e gratuito</p>
	Orçamento/Despesas públicas	Em 2015, o programa “mães carentiadas” é integralmente financiado pelo orçamento nacional, porém, os recursos são limitados. A implementação das Políticas de Protecção Social e de protecção das Crianças é altamente dependente do financiamento internacional.
	Gestão/Coordenação	Necessidade de reforço das capacidades da Direcção de Protecção Social. Múltiplos actores e dificuldades de coordenação intersectorial.

	Determinantes	Descrição
Abastecimento	Disponibilidade dos insumos	Não aplicável
	Acesso ao serviço do pessoal, instalações e informação adequada	A Direcção de Protecção Social e os parceiros da cooperação internacional (Banco Mundial) pretendem reforçar o programa de transferência monetária “mães carenciadas” (relativamente às lacunas de cobertura do programa e ao montante da transferência) Ensino de base universal
Demanda	Acesso financeiro	O ensino de base é obrigatório e gratuito Não haver barreiras financeiras ao programa “mães carenciadas”
	Práticas e crenças socioculturais	Tolerância social para com o trabalho infantil. A figura da criança não é especialmente valorizada ou protegida Fenómeno Minha Quiá A participação das crianças no trabalho agrícola é um costume em certas comunidades A vontade de trabalhar é uma das principais causas de abandono escolar (ver capítulo 3.2)
	Continuidade de utilização	A cobertura do programa de transferências condicionadas “mães carenciadas” é limitada em comparação com as necessidades.
Qualidade	Qualidade	Ausência de avaliação da eficácia do programa “mães carenciadas” para assegurar a permanência das crianças no sistema educativo.

AÇÕES-CHAVE

Aprovação, inscrição orçamental e implementação do Plano Nacional de luta contra o trabalho infantil.

Integração das dez piores formas de trabalho infantil no Código do Trabalho, a fim de proibir o trabalho perigoso das crianças.

Aprovação e implementação da política de protecção das Crianças.

Implementação da política de protecção social (2013), a fim de fornecer às famílias desfavorecidas que têm crianças fontes de rendimentos alternativas ao trabalho infantil.

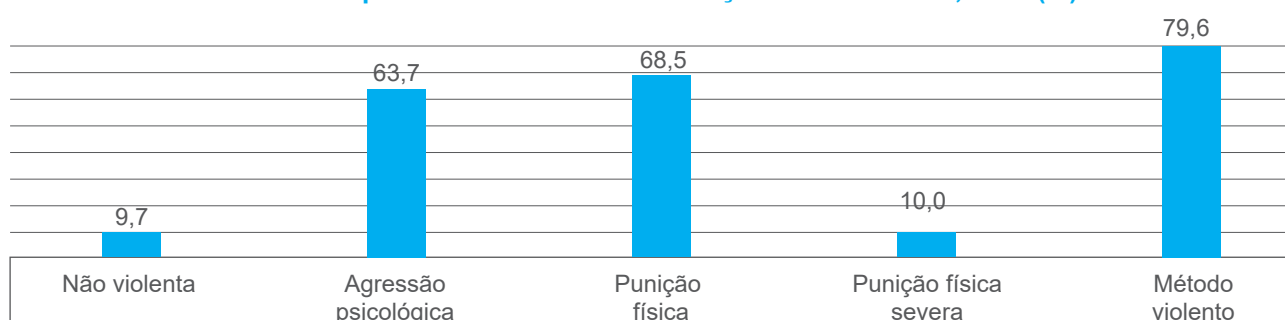
3.4.4. A violência doméstica contra as crianças e as mulheres

CARACTERIZAÇÃO E AMPLITUDE DO PROBLEMA

A **violência doméstica** contra as crianças é uma violação do seu direito à proteção contra qualquer forma de violências (artigo 19º do CDC) que provem precisamente do pedestal de proteção mais fundamental da criança. A violência exercida pela mãe ou o pai tem consequências muito negativas sobre o desenvolvimento psicológico, social e às vezes físico da criança.

O gráfico 3.4.4 mostra os diferentes métodos de disciplina utilizados pelos adultos do lar: so 9,7% entre eles escolhem métodos não violentos (INE, 2016). Em 79,6% dos casos, utilizam a violência psicológica (gritar ou insultar) ou física. Em 10% dos casos, escolhem métodos de punição física severos (INE, 2016).

Gráfico 3.4.4. Métodos disciplinares destinados às crianças de 1 à 14 anos, 2014 (%)

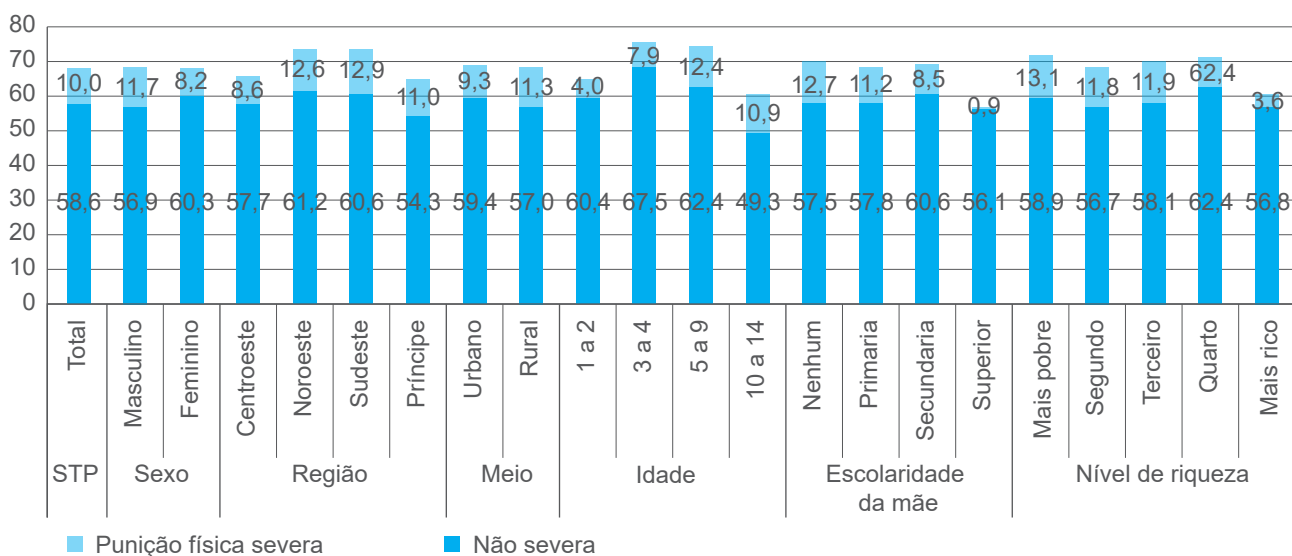


Fonte: inquérito MICS 5 (INE, 2016).

A punição física severa merece uma atenção específica. O gráfico 3.4.5 mostra a situação em função das causas determinantes socioeconómicas.

Reencontra-se diferenças significativas em relação ao tipo, os rapazes são punidos mais violentamente que as raparigas (INE, 2016).

Gráfico 3.4.5. Crianças de 1 à 14 anos que recebem punições físicas, por causa determinante socioeconómica, 2014 (%)



Fonte: inquérito MICS 5 (INE, 2016).

A pequena infância (3 a 4 anos) é mais vulnerável à violência física (75,4% das crianças a sofrem). A punição física severa é mais frequente nos 5-9 anos. O nível de agressão psicológico aumenta em paralelo à idade da criança: Os 69,8% das crianças de 10 a 14 anos sofrem este tipo de violência contra 40,1% das crianças de 1 a 2 anos (INE, 2016).

O nível de riqueza e o nível de educação do chefe de família são as duas causas determinantes mais influentes na utilização dos métodos disciplinares não violentos (cf. gráficos 3.4.5). Quase nenhuma criança que habita numa família cujo chefe possui um nível de ensino superior é punida de maneira severa (0,9%). Contudo, mesmo nestas famílias 56,1% das crianças são punidas fisicamente.

O inquérito MICS 5 (INE, 2016) recolheu informações sobre as opiniões dos adultos a propósito das punições corporais, so 6,2% dos respondentes consideram-o como um método disciplinar adequado. Esta percentagem é muito inferior ao das crianças que sofrem de violência física.

Nos grupos de discussão, as mulheres indicaram que é a mãe que realiza o trabalho disciplinar em casa, principalmente porque o pai é “ausente”. As crianças sofrem também das consequências da violência contra as mulheres (Galeano, 2015), um fenómeno que é difícil de estudar nos inquéritos devido às suas implicações para os respondentes.

O IDS (INE, 2009) compreende perguntas diretas para medir a extensão real desta prática. 33,4% das mulheres sofreram pelo menos uma vez violência doméstica (desde a idade de 15 anos), e 21,1% nos 12 últimos meses (às vezes ou frequentemente). A probabilidade de tornar-se uma vítima desta forma de agressão é mais elevada no Norte e o Sul, e diminui com o nível de escolaridade das mulheres e a riqueza das famílias.

86,1% dos homens de 15 à 65 anos em união trabalharam na semana que precede o inquérito 4.o do RGPH (INE, 2012).

O salário mensal médio das mulheres é 32,4% inferior ao dos homens.

42% das mulheres de 15 à 65 anos em união trabalharam na semana que precede o inquérito 4.o do RGPH (INE, 2012).

Fonte: IV RGPH (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012)

Os dados indicam igualmente que o autor mais comum dos atos de agressão contra as mulheres é o atual marido ou parceiro (56,1% dos casos), seguido o exmarido ou parceiro (17,8%), da sogra (17,3%) e o pai ou o sogro (10,7%) (INE, 2009).

As queixas registadas no centro de conselho contra a violência doméstica (CACVD) passaram de 903 em 2010 à 628 em 2012 (Galeano, 2012). No grupo de discussão de Madalena, as mulheres conheciam a existência do centro e pensam que funciona bem, ainda que o seu domínio de atividade é limitado ao distrito de Agua Grande e aquilo torna difícil para as mulheres de outros distritos beneficiar da sua ação (Cinzento, 2010). As mulheres de Malanza não conheciam o centro. Príncipe acolhe um gabinete de conselho e de acompanhamento com objetivos similares.

No caso de denúncia, parece que as atitudes e as reações da polícia são adequadas. Contudo, de modo que as mulheres possam deixar o seu agressor e afastar-se da situação de violência, é necessário que sejam independentes sobre o plano económico, o que é não é fácil em São Tomé e Príncipe, ainda que as mulheres trabalhem, o seu rendimento mensal é 32,4% inferior ao dos homens.

3.4.5 Desafio principal, a persistência da violência doméstica contra as mulheres e as crianças

CAUSAS DIRETAS

As causas imediatas da violência intrafamiliar são múltiplas, é um método disciplinar, mas também um hábito, nomeadamente, uma forma de comportamento socialmente aceite e transmitida de geração em geração. O consumo de álcool é igualmente uma causa direta (Galeano, 2014). A violência de género é considerada como uma das causas diretas da violência contra as crianças (Galeano, 2015).

CAUSAS SUBJACENTES

São Tomé e Príncipe está a finalizar uma política nacional de proteção das crianças com uma abordagem integral, cujo objectivo geral é “definir um quadro para aplicar ações organizadas, orientadas à prevenção de todas as formas de violência contra as crianças e a redução considerável de todas as manifestações” (MEAS, 2015).

O país não falta de leis ou instituições para proteger a criança. Bem pelo contrário, as instituições existentes não agem apropriadamente para aplicar a lei. A proteção das crianças descansa sobre dois pilares: as famílias e as comunidades de um lado e o Estado do outro (incluindo os órgãos administrativos correspondentes, os serviços sociais e o poder judicial). As famílias e as comunidades assumiram certos valores que colocam as crianças em situações de risco. Por exemplo, é assumido geralmente que a guarda das crianças retorna à mulher, enquanto que poligamia informal é um fenómeno frequente nos homens que conduz-o manter várias famílias simultaneamente (que reduz o nível de rendimentos que traz à cada família).

Reencontra-se nesta problemática os mesmos obstáculos para articular a ação intersectorial já mencionados para o trabalho das crianças. Falta até agora um órgão que assume eficazmente as tarefas de coordenação.

A proteção judicial da criança supõe que a população tem acesso à justiça e que os tribunais realizam o seu trabalho correctamente. Contudo, estão na situação de fraqueza institucional mencionada acima (Política de proteção das crianças, 2014).

CAUSAS ESTRUTURAIS

As relações de género são assimétricas, o que é a causa de numerosa violação do direito à proteção das crianças e das mulheres. Ainda que nenhuma das pessoas interrogadas reconheceu a existência de diferenças de género no tratamento das crianças, os dados disponíveis parecem indicar o contrário (por exemplo, o trabalho doméstico é uma mancha reservada às raparigas).

O grau de dependência económica das mulheres em relação ao seu parceiro é muito elevado. Nos casos de violência, a mulher deveria ser apoiada pelos serviços sociais, mas não há nenhum sistema de acolhimento prolongado mulheres vítimas de violência conjugal. O CACVD não tem recursos suficientes para fornecer este tipo de apoio (Cinzento, 2010).

A política nacional de proteção das crianças ainda não tem sido aprovada pelo poder executivo. É um instrumento que aborda os principais os problemas e os constrangimentos descritos acima. A sua implementação eficaz seria um progresso essencial para a situação da proteção das crianças. De novo, o seu sucesso dependerá do compromisso claro do governo que manifestar-se-á pelos recursos humanos e financeiros atribuídos à sua implementação.

Figura 3.4.4. Análise causal da persistência da violência doméstica contra as mulheres e as crianças.

Causas diretas

Prática pouco contestada socialmente
A violência de gênero é causa de violência contra as crianças
Consumo de álcool

Causas subjacentes

Destrução familiar, poligamia
Taxa de dependência intrafamiliar elevada
Baixo nível de aplicação legal e política
A insuficiência da rede de proteção não oferece às mulheres a possibilidade de sair da situação de violência
Ausência de lei integral sobre a infância e de tribunais especializados

Causas estruturais

A figura da criança não é valorizada especialmente nem protegida
Tolerância social
Relações de tipo assimétricas
Dependência econômica das mulheres
Fraqueza institucional nas instâncias administrativas e judiciais para proteger as crianças e as mulheres
Falta de recursos financeiros do Estado
Falta de medidas preventivas políticas
Desenvolvimentos políticos recentes e não ainda aprovados pelo poder executivo

AÇÕES-CHAVE

Aprovação, inscrição orçamental e aposta em obra da política nacional de proteção das crianças.

3.4.6. As uniões e os casamentos precoces

... violações de direitos quase exclusivos das raparigas, estreitamente ligadas à pobreza e a falta de educação

O casamento e a união das crianças são infelizmente frequentes na África e tocam principalmente as raparigas. Na África Ocidental e central, 41% das raparigas⁷⁰ são casadas ou em união antes da idade de 18 anos. A iniciação precoce à vida de casal e de família predispõe as raparigas ao contexto doméstico e a maternidade, e é frequentemente a causa das gravidezes precoces. Obstrui o seu percurso escolar e impede-o desenvolver-se sobre o plano social e profissional. Assim como a maternidade precoce, o casamento precoce é um canal de transmissão intergeracional de pobreza e privações. Os indicadores internacionais de saúde materna, educação, segurança alimentar, o VIH SIDA, pobreza e equidade de género têm uma correlação negativa com as taxas de casamentos das crianças (ICRW, 2014).

São Tomé e Príncipe não é aleio à esta problemática. O perfil das disparidades revela que a união precoce ou o casamento (o inquérito MICS não faz a distinção entre os dois, mas trata-se muito provavelmente mais de uniões não formais, “arranjar homem”) que se referem principalmente às raparigas nascidas nas famílias mais pobres do país (39,6%) e as/a mãe de família que não pôde estudar ou que têm apenas o nível primário (44,2%) (INE, 2016).

Uma rapariga sobre 3 com 15 à 19 anos do quintil mais pobre (39,6%) vive em união ou é casada.

Entre as raparigas em união ou casadas, uma sobre 4 (23%) está com um homem 10 anos mais velho. 38% está com um homem de 5 a 9 anos mais velho.

Cerca de uma rapariga sobre 5 (18,5%) de 15 a 19 anos é casada ou em união contra cerca de 1 rapaz sobre 50 (1,8%).

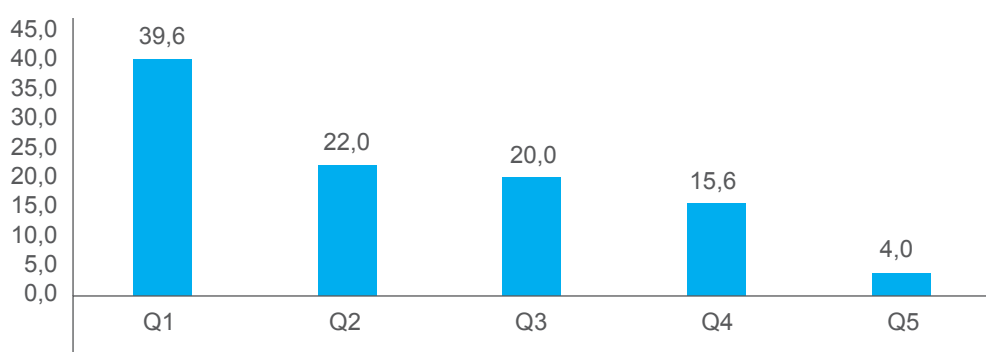
78% das crianças e os jovens de 15 a 19 anos em união ou casados antes da idade de 15 anos são raparigas

Santa Catarina e Micoló são os sobdistritos onde esta problemática é mais prevalente (14,1% e 11,1%)⁷¹.

62,5% das gravidezes precoces referem-se a raparigas casadas ou em união.

Fonte: INQUÉRITO MICS 5 (INE, 2016) E IV RGPH (INE, 2012)

Gráfico 3.4.6. Crianças em situação de união (ou casamento) precoce, por quintil, 2014 (%)

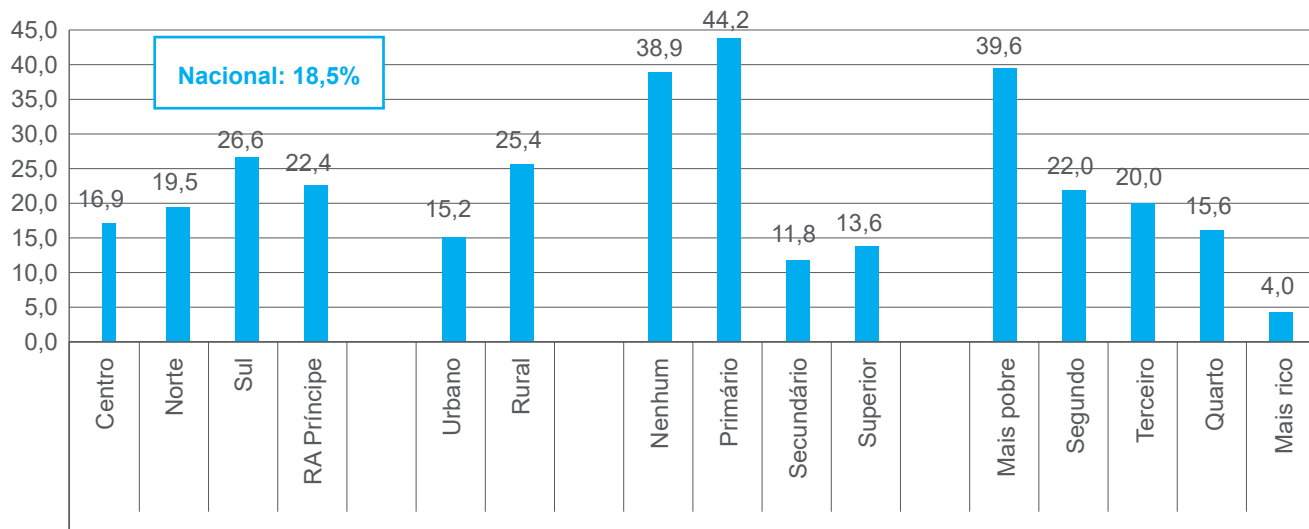


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

⁷⁰ De 20 à 24 ans (UNICEF, 2014c)

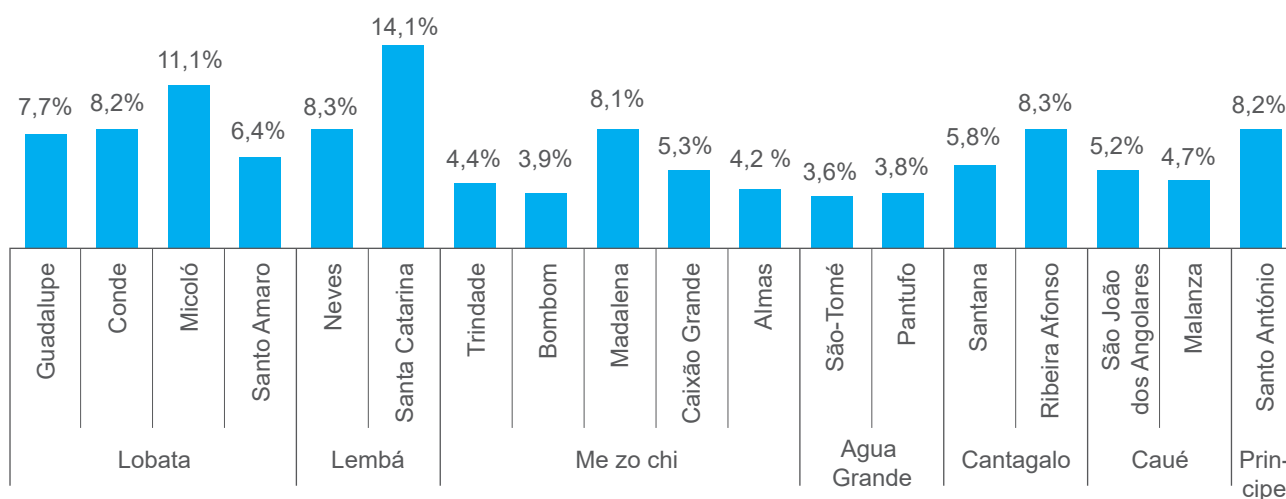
⁷¹ Os dados dos IV RGPH (INE, 2012) são ligeiramente diferentes das do inquérito MICS 5 (INE, 2016) porque trata-se de um universo diferente (as raparigas de 15 a 17 anos).

Gráfico 3.4.7. Raparigas 15 a 19 anos casadas ou em união, 2014 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

Gráfico 3.4.8. Raparigas de 12 a 17 anos casadas ou em união, por subdistrito, 2014 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos IV RGPH (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012)

3,8% das raparigas de 15 à 19 anos estariam em situação de **união ou casamento poligâmico**, a média nacional (das mulheres de 15 à 49 anos) de 22,4% (INE, 2016)⁷².

O casamento e as uniões precoces são problemas complexos que mergulham as suas raízes nas desigualdades de género e a pobreza. As discussões de grupo com as mães de família e adolescentes (em Malanza) revelaram que a interrupção do percurso

escolar (por falta de acesso ao segundo ciclo do secundário) é um catalisador importante das uniões precoces. A educação é a única possibilidade para muitas crianças de encontrar um lugar na sociedade e inserir-se no mundo profissional, o abandono da escola reorienta-o para a vida doméstica.

O Estado santomense ainda não tem desenvolvido políticas contra o casamento ou as uniões das crianças. A Política nacional de proteção das crianças

⁷² É interessante constatar que as tendências da união poligâmica não respondem aos estandartes socioeconómicos “clássicos”: a percentagem cresce em paralelo ao nível educativo ou ao nível de riqueza das mulheres, o que dissocia a união polígama das circunstâncias de privação ou de pobreza para o ligar em contrapartida às características socioculturais de São Tomé e Príncipe.

(2015) não integra intervenções a esse respeito. Assim sendo, a expansão da rede secundária e a implementação da Política de proteção social (2013) vai certamente ter efeitos positivos nestes fenómenos ancorados na pobreza e a falta de oportunidades.

A Lei da família n.º 2/77 proíbe o casamento das crianças mas autoriza exceções com o único consentimento dos pais (artigo 3). Na prática, a lei autoriza o casamento dos rapazes de mais de 16 anos e as

raparigas mais de 14 anos. A lei n.º 2/77 está sendo actualizada, para limitar estas exceções (Mondlane, 2015). Contudo, o grande número de uniões informais torna o difícil o controlo destas práticas por meio das restrições ao casamento das crianças. O novo código penal oferece possibilidades de denúncia, mas os mecanismos de denúncia penal não são eficientes para lutar contra um problema aceite pelas raparigas e pela sua família.

5 ESTRATÉGIAS CHAVE PARA A PREVENÇÃO DO CASAMENTO DAS RAPARIGAS

- Dar autonomia às raparigas com informações, competências e redes de apoio
- A educação e a mobilização dos pais e os membros da comunidade
- A melhoria da acessibilidade e a qualidade da educação formal para as raparigas
- A oferta de apoio económico ou outros para as raparigas e a sua família
- Favorecer um quadro jurídico e político adequado

Os melhores resultados aparecem num subconjunto de programas que favorecem a informação, as competências e as redes para as raparigas em combinação com a mobilização da comunidade.

Fonte: Malhotra e Al (2011) "Solutions to end child marriage, what the evidence show"

AÇÕES-CHAVE

- Promover a reflexão nacional em redor da problemática das uniões precoces das raparigas, e as suas consequências sobre a vulnerabilidade socioeconómica das raparigas, e a relação com falta de acessos à educação.
- Atualização da lei n.º 2/77 da família (em curso) para limitar as exceções à proibição do casamento das crianças.
- Integração da problemática das uniões precoces nos planos operacionais para a implementação da política de proteção das crianças

3.4.7. As gravidezes precoces

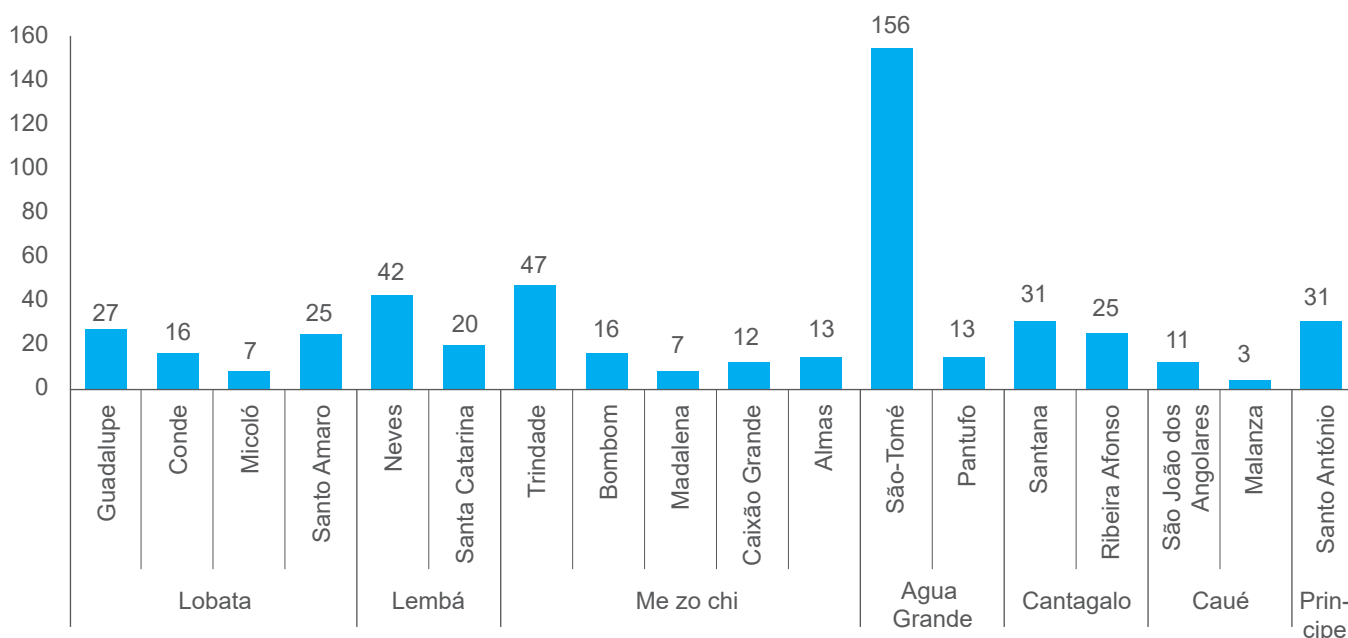
De acordo com o inquérito MICS 5 (INE, 2016), a vulnerabilidade socioeconómica das raparigas tem uma influência importante na sua exposição ao risco de tornar-se mães-precoces. Outros estudos em matéria de vulnerabilidade das crianças assinalaram a importância da proteção contra os diferentes tipos de abusos sexuais, o amor próprio das raparigas, as perspetivas vitais e o diálogo intrafamiliar para evitar as gravidezes.

As gravidezes precoces (antes da idade de 18 anos) implicam riscos importantes para a saúde das raparigas e as suas crianças, para o estado nutritivo dos

aleitantes (Azarri, 2011) e têm impactos negativos sobre o nível educativo das futuras mães (cf. gráfico 3.4.11). A maternidade precoce implica a criação de células familiares frequentemente monoparentais, frágeis e muito vulneráveis sobre o plano socioeconómico, de novas formas de transmissão intergeracional de pobreza (UNICEF, 2009).

De acordo com IV RGPH, em 2012 havia em São Tomé e Príncipe 502 raparigas de menos de 18 anos (de 12 a 17 anos) que tiveram pelo menos uma vez crianças vivas. São distribuídas sobre o território nacional como demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 3.4.9. Número e distribuição das mães precoces, 2012

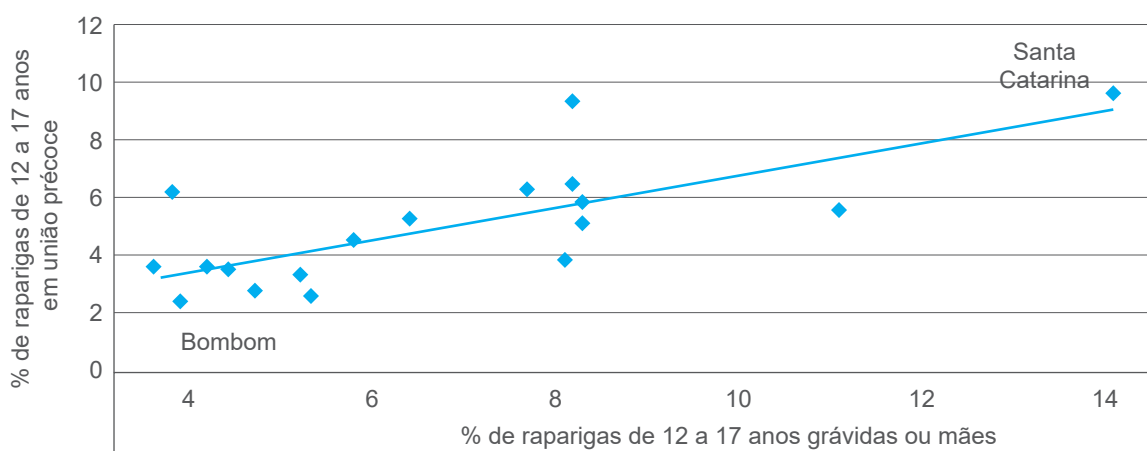


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados dos IV RGPH (INE, 2012)

62,5% das raparigas de menos de 18 anos que tiveram crianças estão em união precoce ou casadas, duas situações que supõem violações dos direitos das raparigas.

Fonte: IV RGPH (INE, 2012)

Gráfico 3.4.10. Uniões precoces e gravidezes precoces em cada subdistrito, 2012 (*)



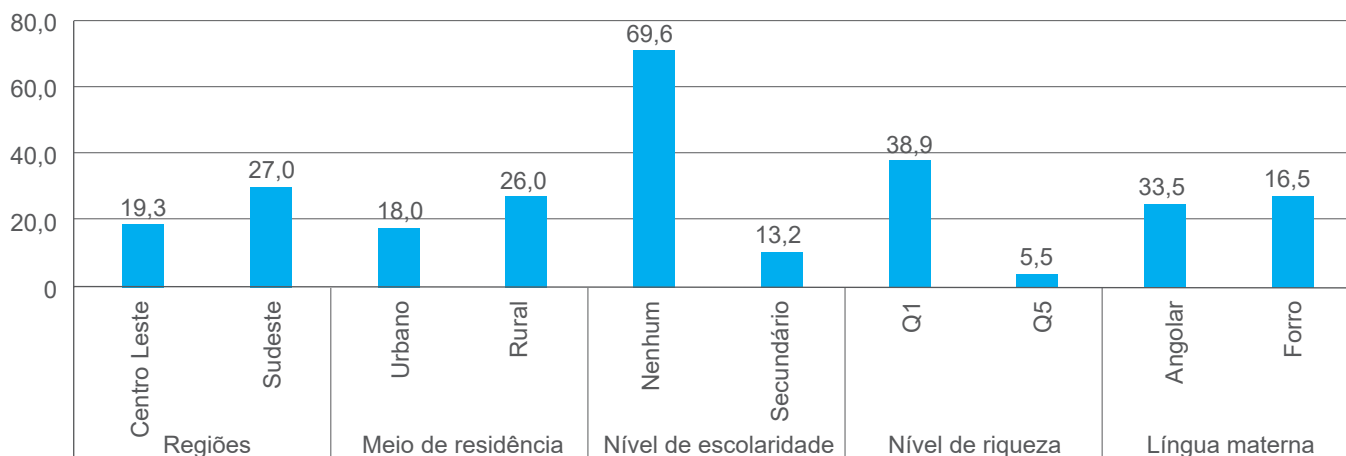
Nota: O gráfico apresenta os 18 subdistritos de São Tomé e Príncipe

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados dos IV RGPH (INE, 2012)

É importante sublinhar que em São Tomé e Príncipe (assim como ao nível internacional) uma grande parte dos casos de gravidezes precoces é ligada a situações de “concubinage” ou de uniões precoces com parceiros mais velhos e frequentemente maiores de idade (INE, 2016), que de acordo com o código penal santomense constitui um delito em certos casos (se a rapariga tiver menos de 14 anos). Estas situações são uma violação dos direitos das raparigas, e expõem-o mais ao risco de gravidez. O gráfico 3.4.10 acima posiciona os 18 subdistritos do país de acordo com dois eixos: a percentagem de raparigas de 12 a 17 anos em união precoce, e a percentagem de raparigas da mesma idade grávidas ou mães.

Em relação ao desenvolvimento educativo das raparigas, o reprocessamento dos dados dos IV RGPH (INE, 2012) revela que 85,7% das raparigas mães de 12 a 17 anos deixaram a escola. Em 2012, as gravidezes eram a primeira causa de abandono escolar a nível dos liceus da capital (ANGOP, 2012). A sociedade tem tendência a rejeitar as crianças grávidas, e o sistema escolar reproduz esta rejeição social tentando esconder as raparigas grávidas para evitar que mostrem o mau exemplo às outras raparigas (cf. capítulo 3.3). Isto é um exemplo de políticas contrárias à equidade e não baseadas na evidência, nada prova que as gravidezes são desejadas, nem a consequência do exemplo das camaradas grávidas.

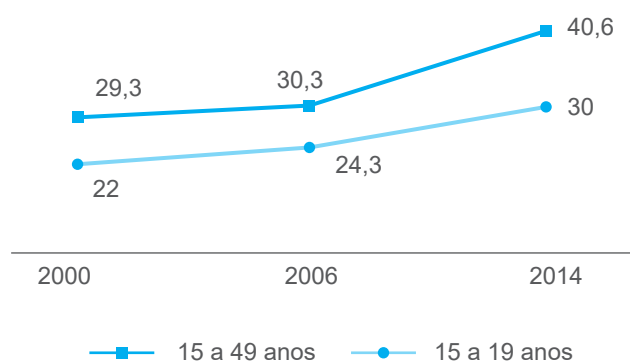
Gráfico 3.4.11. Raparigas de 15 a 19 anos que começaram a sua vida reprodutiva, principais desvios para cada determinante socio-economico, 2014 (%)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016)

De acordo com o inquérito MICS 5 (INE, 2016), o uso de métodos de contraceção é limitado mais entre adolescentes (30% em 2014) que entre o total das mulheres casadas ou em união de 15 à 49 anos (40,6%). Isto pode ser pelo fato que as raparigas casadas são geralmente mais vulneráveis ao nível socioeconómico.

Gráfico 3.4.12. Evolução da taxa de utilização dos métodos de contraceção, 2000 a 2014



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do inquérito MICS 5 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2015)

A luta contra as gravidezes precoces em São Tomé e Príncipe ainda não é abordada de maneira eficaz pelo Estado. Os programas contra as gravidezes precoces abordaram unicamente a dimensão da sensibilização e o acesso aos meios de contraceção. É necessário abordar as normas sociais e a falta de oportunidades nos meios vulneráveis (sobre o plano socioeconómico) que incitam as mães de famílias a considerar que o casamento e a união precoce, que são formas de abusos contra as crianças, boas opções para as suas raparigas.

A implementação da Política de proteção das crianças (que ainda não tem sido aprovada pelo poder executivo) oferece um grande espaço à promoção da mudança das normas sociais, especialmente o seu primeiro eixo estratégico tendente a promover mudanças na conceptualização da infância. A extensão da rede de educação secundária e a proteção social vai provavelmente ter efeitos positivos sobre as gravidezes precoces.

AÇÕES-CHAVE

- É necessário promover a reflexão nacional em redor das causas profundas das gravidezes precoces
- Desenvolver uma estratégia nacional específica que identifica a abordagem mais adequada, de acordo com o contexto nacional, da problemática pelas políticas públicas (conjuntamente com a das uniões precoces e/ou os abusos sexuais transacionais).

3.4.8. Os abusos sexuais contra as crianças

De acordo com as estatísticas do ministério público, os crimes sexuais contra as crianças são a forma de criminalidade mais importante do país após os crimes contra a propriedade (Galeano, 2014). As denúncias dos crimes sexuais contra as crianças junto do ministério público mostram uma tendência a aumento desde 2012 (Galeano, 2014) que pode ser positivo, porque em 2010, 47,1% dos casos não eram denunciados (ministério do Trabalho, a Solidariedade e da Família e UNICEF, 2010).

O estudo sobre os abusos sexuais contra as crianças, realizado pelo ministério do Trabalho, da solidariedade e a família e o UNICEF em 2010 revela que em 18,5% dos lares, os adultos conhecem um caso de abusos sexuais. Os principais autores dos abusos são vizinhos (ou pessoas fora do lar em 63% dos casos).

Em relação as respostas institucionais às violências sexuais contra as crianças, o novo código penal (lei nº6/2012) reforça o quadro penal contra os abusos sexuais introduzindo novos tipos penais e alargando a tipologia dos delitos sexuais contra as crianças e os adolescentes. Contudo, em 2010 quase a metade dos casos não eram denunciados (MT e UNICEF, 2010) e esta realidade pede a implementação de medidas de sensibilização e de serviços de atenção e jurídicos de proximidade.

A Política de proteção das crianças (não ainda aprovado pelo poder executivo) visa a prevenir e reduzir toda a manifestação de violência nas crianças, pelo desenvolvimento de um quadro de ação intersectorial de proteção das crianças: “um sistema nacional de proteção das crianças”. O desenvolvimento dos três pilares do sistema: a) a prevenção da violência melhorando a posição das crianças na sociedade, reforçando capacidades de proteção das famílias e autoproteção das crianças, e pondo em lugar a prevenção da violência nos meios escolares. b) melhorar a atenção às vítimas c) reforçar a proteção judicial das crianças vai contribuir fortemente para a redução da vulnerabilidade aos abusos sexuais das raparigas.

97,2% das vítimas de violência sexual são raparigas.

Quase 1 criança atacada sobre 5 (19%) corria o risco de ser ainda vítima.

A metade dos casos de violência sexual (47,1%) não é denunciada⁷³.

As práticas concubinação ou o casamento precoce das raparigas menos de 18 anos podem conduzir à abusos sexuais. 23% dos parceiros são 10 anos mais velhos.

77,1% dos casos denunciados obtêm o apoio das autoridades policiais e judiciais.

4,2% das crianças atacadas casaram-se com o seu agressor.

Os adolescentes dos 13-18 anos são mais vulneráveis aos abusos. É nesta idade que têm lugar 60% das agressões.

Agua Grande e Mé-Zochi são os distritos onde nenhuma denúncia foi seguida pelas autoridades.

Fonte: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Família e UNICEF, 2010

⁷³ As causas mais citadas para não denunciar: “Não é importante” (25%) “para preservar a reputação da família» (25%).

ABUSOS SEXUAIS TRANSACIONAIS

Jones e Trotman (2009), no seu estudo sobre os abusos sexuais contra as crianças nas Caraíbas realizado pela UNICEF forjaram o termo “abuso sexual transacional” para descrever as situações de abusos sexuais para as quais existem uma troca de relações íntimas contra bens, favores ou dinheiro.

Amplitude e características do problema em São Tomé e Príncipe - em ausência de dados quantitativos e de estudos específicos, é difícil delimitar a amplitude exata deste fenómeno no país. As percepções das pessoas interrogadas descrevem um problema social sério com os traços seguintes:

- A existência deste tipo de abuso é reconhecida plenamente, sob forma do fenómeno “de catorzinhas”, “papoite”⁷⁴.
- Problema crescente nos estabelecimentos do ensino secundário da cidade de São Tomé: (Liceu nacional, Instituto Diocesano de Formação João Paulo II IDF)
- Praticados por adultos que provêm do exterior dos estabelecimentos escolares, mas igualmente do interior, em troca de melhores resultados escolares (necessários para obter bolsas no estrangeiro).
- Poderiam ser vinculados à problemática das gravidezes precoces entre os alunos do secundário.
- A existência deste tipo de abusos não levanta sentimentos de indignação coletiva que existem para outros tipos de abusos (por exemplo, as violações). Em São Tomé e Príncipe, a percepção do que constitui um abuso sexual parece ainda limitado à violação (UNICEF, 2010).

Assim como em outros países atingidos por esta problemática, as pessoas interrogadas indicam com indignação o silêncio e mesmo a cumplicidade de certas mães de família. Existe mesmo uma tendência “a repreender as vítimas” porque trata-se de um tipo de abuso que implica o seu “consentimento”. É importante ter em conta que os adolescentes não são jovens adultos, eles estão ainda na fase de desenvolvimento físico, cognitivo e físico-social.

ABUSOS SEXUAIS TRANSACIONAIS (JONES ET TROTMAN, 2009)

Caraterísticas

- Implicam principalmente homens de idade avançada e raparigas adolescentes.
- Os rapazes são atingidos cada vez mais.
- Existem casos isolados de mulheres que tentam aproximar rapazes.
- Existiria taxas elevadas de relações transacionais entre os jovens, que torna-o mais vulnerável aos abusos transacionais pelos adultos.
- Estabelecimento dos contatos frequentemente é realizado de maneira aberta.
- A existência deste fenómeno é conhecida largamente.
- É aprovado socialmente em certas circunstâncias.

Fatores que influenciam a ocorrência deste tipo de abusos

- A pobreza e as necessidades nos lares de origem das crianças
- A aceitação das relações íntimas no conjunto da sociedade
- A maneira de conceptualizar a infância: adolescentes não são considerados como crianças, são por conseguinte “alvos sexuais legítimos”
- Os valores patriarcais e as disparidades de género fazem que as raparigas sentem-se postas em valor se atraírem a atenção dos homens
- Os abusos cíclicos na família (as mães que foram vítimas não sabem como orientar as suas filhas para sair do ciclo dos abusos)
- Comportamento depredador de alguns homens que visam raparigas que provêm de famílias vulneráveis.

⁷⁴ Nos países da África lusófona chama-se “catorzinhas” (tradução literal: raparigas de catorze anos) as raparigas que são vítimas de abusos sexuais transacionais. O termo “papoite” faz alusão aos homens adultos que cometem os abusos.

A AÇÃO PÚBLICA CONTRA OS ABUSOS SEXUAIS TRANSACIONAIS

As disposições do capítulo V do novo código penal (lei nº6/2012), que trata dos crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual, reprovam de modo penal os adultos que abusam das crianças nas circunstâncias seguintes:

- Relações sexuais com crianças menos de 14 anos (art.175).
- Relações sexuais com crianças de 14 à 16 anos (arte 177)
- Relações sexuais com crianças de 14 à 18 anos por parte de adultos à quem foram confiados para educação ou assistência (artigo 176 a) e b))

Para poder aplicar a lei penal de maneira efetiva, é necessário instaurar uma cultura de denúncia e de processos judiciais ágeis e adaptados à sensibilidade específica das crianças “child friendly”.

Ainda que os abusos sexuais transacionais não foram mencionados explicitamente na Política de proteção das crianças, assim como para os abusos sexuais, o desenvolvimento dos três pilares do sistema de proteção (a) a prevenção da violência através da melhoria da posição das crianças na sociedade, o reforço das capacidades de proteção das famílias e autoproteção das crianças, e prevenção da violência nos meios escolares b) Melhoria da atenção às vítimas c) o reforço da proteção judicial das crianças vai contribuir fortemente para a redução da ocorrência deste tipo de abuso sexual na sociedade santomense.

Após ter obtido a aprovação governamental da Política de proteção da criança, a etapa de desenvolvimento dos planos operacionais intersectoriels deve integrar intervenções específicas para dirigir, prevenir e reduzir o problema dos abusos sexuais transacionais, cada um dos três eixos estratégicos (prevenção, atenção às vítimas e proteção judicial).

3.4.9. As crianças em situação de rua

Na cidade de São Tomé, existe cerca de trinta crianças que passam a maior parte do seu dia na rua sem supervisão parental. Estas crianças mantêm em geral a relação com a sua família e retornam dormir neles durante a noite, por conseguinte a qualificação julgada mais adequada é “crianças em situação de rua” e não “crianças na rua” (Bandeira, 2010). São crianças muito visíveis e a cidade sendo pequena, a maior parte são conhecidas pela população do centro da cidade.

São crianças que carecem da estrutura mais elementar para a realização dos seus direitos: uma família capaz de responder às suas obrigações para com eles. A maior parte das crianças começou a frequentar as ruas em idade de escolaridade primária (entre os 8 e os 10 anos). Provêm de famílias desestruturadas pela marginalidade, o alcoolismo e em situação socioeconómica muito precária. Foram ou são inseridos no sistema escolar, mas dados a falta de eficiência interna e os seus constrangimentos pessoais, eles acumulam anos de atraso e risco de abandono escolar ou já o tem abandonado. Exercem pequenos trabalhos não qualificados, pedem dinheiro à saída das lojas ou dos supermercados da cidade para cobrir as suas necessidades básicas de alimento ou de medicamentos. A grande maioria das crianças estão em situação de rua, porque são objectos de violências e a sua família não consegue satisfazer as suas necessidades essenciais (alimentação). Algumas dessas crianças fogem dos abusos que foram vítimas nas instituições de protecção⁷⁵.

Vulnerabilidades - as crianças em situação de rua são muito vulneráveis à desnutrição, o abandono escolar, ao uso de drogas e os abusos. A falta de apoio e afeição familiar, a superficialidade e a instabilidade das suas relações com os adultos e os abusos dos quais podem ser o objecto (eles ou os seus parentes) bem como a sua participação diferenciada na sociedade da qual fazem parte, configuram crianças com um perfil psicológico e emocional muito frágil.

O número reduzido destas crianças torna mais fácil intervir que em outros países africanos. Várias instituições da sociedade civil ocupam das crianças em situação de rua ou em risco, em regime de internato ou externato (Fundação Novo Futuro, Associação de Reinserção das Crianças Abandonadas e em Situações de Risco ARCAR, congregações religiosas...). O programa de alimentação escolar contribui fortemente para a retenção destas crianças no sistema escolar.

O ministério da Justiça e a Reforma do Estado em colaboração com a ONG portuguesa Meninos do Mundo vem desenvolvendo um pacote de propostas de leis para a protecção das crianças e dos jovens em situação de risco, que vai desenvolver uma regulação específica para o acolhimento destas crianças, e lançar as bases para a tomada pela administração pública da provisão de serviços adequados às crianças em risco. A sua aprovação parlamentar permitirá uma forte melhoria da protecção legal e institucional das crianças em situação de rua.

⁷⁵ Em 2010, um estudo de avaliação financiado pela UNICEF demonstrou a existência de práticas de abusos praticados pelas crianças mais velhas em crianças mais pequenas durante a noite em ARCAR (as crianças dormiam sozinhas sem supervisão). A situação foi abordada correctamente pelo governo com o apoio da UNICEF.

Figura 3.4.5. Análise causal, as crianças em situação de rua

Causas diretas

Maus tratamentos, violências ou abusos graves
Incapacidade das famílias de garantir as necessidades essenciais (alimentação, medicamentos) das crianças
Necessidade dos rendimentos do trabalho das crianças na sua família

Causas subjacentes

Disfuncionamento das famílias de origem (marginalidade, problemas mentais, alcoolismo) e de vulnerabilidade socioeconómica
Abandono escolar
Problemas de abusos institucionais (por parte de outras crianças)

Causas estruturais

Falta de eficiência interna do sistema educativo, insuficiência de alternativas formativas de orientação profissional.
Falta de mecanismos efetivos de proteção social e políticas nacionais de proteção das crianças em risco.
Insuficiência de programas de apoio físico-social das famílias de origem para evitar a institucionalização.
Domínio das crianças em risco reservado às ONG nacionais e internacionais.
Lentidão na reforma da legislação da família obsoleta (lei nº6/1977) em matéria de adoção, tutela/responsabilidades dos pais que não responde às necessidades das crianças mais vulneráveis
Legislação para a proteção das crianças em risco elaborado mas ainda não aprovado pelo Parlamento.

AÇÕES-CHAVE

Acumeração da reforma da lei nº2/77 da família (em curso) para atualizar e desenvolver a segurança nos mecanismos de adoção nacionais e internacionais, de tutela e responsabilidades dos pais.

Aprovação parlamentar da lei das crianças e dos jovens em risco

Desenvolvimento e reforço dos mecanismos de proteção social (transferências monetárias ou programas de assistência físico-social) orientados para as famílias com crianças em risco.

3.5. O direito à participação e à informação

DIREITOS

CONVENÇÃO RELATIVA AOS DIREITOS DA CRIANÇA

Artigo 12.º: 1. Os Estados Membros garantem à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade. 2. Para este fim, é assegurada à criança a oportunidade de ser ouvida nos processos judiciais e administrativos que lhe respeitem, seja directamente, seja através de representantes ou de organismos adequados, segundo as modalidades previstas pelas regras de processo da legislação nacional.

Artigo 13.º: 1. A criança tem direito à liberdade de expressão. Este direito compreende a liberdade de procurar, receber e expandir informações e ideias de toda a espécie, sem considerações de fronteiras, sob forma oral, escrita, impressa ou artística ou por qualquer outro meio à escolha da criança.

Artigo 14.º: 1 Os Estados Membros respeitam o direito da criança à liberdade de pensamento, de consciência e de religião.

Artigo 17.º: Os Estados Membros reconhecem a importância da função exercida pelos órgãos de comunicação social e asseguram o acesso da criança à informação e a documentos provenientes de fontes nacionais e internacionais diversas, nomeadamente aquelas que visem promover o seu bem-estar social, espiritual e moral, assim como a sua saúde física e mental...

CONSTITUIÇÃO DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Artigo 24.º: O direito à identidade pessoal e o direito ao respeito da sua vida privada e da sua vida familiar são invioláveis.

Artigo 29.º: 1 cada um tem o direito de se exprimir livremente e de fazer conhecer as suas ideias por palavras, imagens ou qualquer outro meio.

Artigo 30.º: 1. A liberdade de imprensa é garantida. 2. O Estado garante um serviço público de imprensa independente dos poderes económicos e políticos.

Artigos 34.º e 35.º: Direito à liberdade de associação e à liberdade de reunião pacífica

DECLARAÇÕES INTERNACIONAIS

Um mundo digno das crianças⁷⁶

9.º ponto da declaração - ouvir as crianças e assegurar a sua participação. As crianças e os adolescentes são cidadãos plenos de recursos, capazes de contribuir para o advento de um futuro melhor para todos. Também, devem respeitar o seu direito de expressão e de participação em todas as questões que lhes respeitem, de acordo com a sua idade e maturidade de espírito.

DESENVOLVIMENTOS LEGISLATIVOS

Lei n.º 2/77 sobre a regulação jurídica da instituição familiar (lei da família) que regula a adopção e prevê a possibilidade de escuta das crianças de mais de 7 anos.

Lei n.º 2/2003 que rege os princípios fundamentais do sistema educativo que reconhece a participação das crianças como um princípio organizacional do sistema educativo.

Lei n.º 2/1993, sobre a liberdade de imprensa.

Decreto-lei n.º 86/1996 que rege a concessão de licença para a criação e a exploração das rádios e televisões privadas.

⁷⁶ Declaração da 27ª sessão extraordinária da Assembleia-geral das Nações Unidas, consagrada às crianças (Maio 2002)

Ouvir as crianças e assegurar a sua participação:

“As crianças e os adolescentes são cidadãos plenos de recursos, capazes de contribuir para o advento de um futuro melhor para todos. Também, devem respeitar o seu direito de expressão e participação em todas as questões que lhes respeitem, tendo em conta a sua idade e maturidade de espírito.” (Um mundo digno das crianças, 2002). A Assembleia-geral das Nações Unidas, aquando da sua 27ª sessão extraordinária em Maio de 2002 consagrada às crianças, fez da escuta das crianças e da garantia da sua participação na sociedade, um dos 10 objectivos da declaração “um mundo digno das crianças”.

A realização do direito à participação das crianças na sociedade implica: a sua inclusão nas instituições mais próximas (escola, infantários, associações, vida comunitária); a garantia da sua participação na análise ou no desenvolvimento das políticas que lhes são dirigidas (por exemplo as políticas escolares); o desenvolvimento de uma rede adequada de meios de comunicação para que estes possam receber e dar informações; e a garantia legal que sejam entendidos em matérias que lhes dizem respeito.

A PARTICIPAÇÃO NA ESCOLA

A participação das crianças na sociedade começa pela instituição social que lhes é mais próxima: a escola. A lei nº2/2003 que rege os princípios fundamentais do sistema educativo reconhece a importância da participação das crianças na gestão das escolas e a definição das políticas educativas, e reconhece que o sistema desempenha um papel importante no desenvolvimento do espírito democrático dos alunos (art.º 3.º Princípios de organização).

A escola é um centro de aprendizagem e de socialização: deve garantir aos alunos um ambiente protetor e reduzir no máximo a replicação dos riscos sociais que ameaçam as crianças no exterior (violência, abusos sexuais, etc.). Isto não é praticável sem ouvir e integrar a voz dos alunos nos órgãos de gestão. O nível de participação das crianças não é analisado nos excelentes diagnósticos do setor da educação produzido pelo MECC e seus parceiros. Mas a avaliação do modelo das Escolas amigas das crianças (UNICEF, 2013) revelou que mesmo neste modelo, a participação das crianças não era clara nem bem controlada, o que indica que a situação nas escolas do País não é ideal.

A PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE

As ONG desempenham um papel importante no desenvolvimento social das crianças. As ONG: Fundação da Criança, Fundação Novo Futuro, Cruz Vermelha, Alisei, organizam atividades formativas ou de lazeres, cursos de férias, competições desportivas etc. os espaços públicos de divertimento, de lazer ou de desporto em geral são limitados à capital do País, (como em toda a África Ocidental) mas a ausência de fenómenos de violência urbana faz com que as crianças podem circular e utilizar os espaços disponíveis sem restrição.

O DIREITO À INFORMAÇÃO

O acesso à informação é uma preocupação crescente da sociedade civil santomense, que concebe a informação como um instrumento fundamental para o controlo e o acompanhamento da ação do poder executivo. Em São Tomé e Príncipe a liberdade de imprensa é um direito constitucional e o Estado garante o financiamento da televisão nacional (TVS), da agência de imprensa nacional (STP press), da rádio nacional (e da regional de Príncipe) e dois jornais da imprensa escrita. Existe numerosos meios de comunicação social independentes (sete jornais semanais ou mensais, imprensa “em linha”) que não têm restrições políticas para publicar os seus pontos de vista. Várias estações de rádios internacionais são radiodifundidas no País.

Apesar da existência da liberdade da imprensa e da informação, certos agentes da sociedade civil exprimiram recentemente⁷⁷ certas preocupações a propósito do direito à informação e à participação cívica. A Federação das ONG (FONG) e a Associação para a cooperação entre os povos, ACEP, estão a comprometer diferentes agentes da sociedade santomense (cidadãos, governos locais, ONG, meios de comunicação social) num processo de reflexão nacional em torno do direito à informação (campanha “mas informação, mas participação, melhor desenvolvimento”). As preocupações focalizam-se sobre o desenvolvimento insuficiente do setor, sobre a descontinuidade das emissões das rádios comunitárias, sobre os problemas no fornecimento e no acesso à eletricidade e sobre a fraqueza do sinal rádio em certos distritos (por exemplo em Caué) (FONG ACEP, 2015).

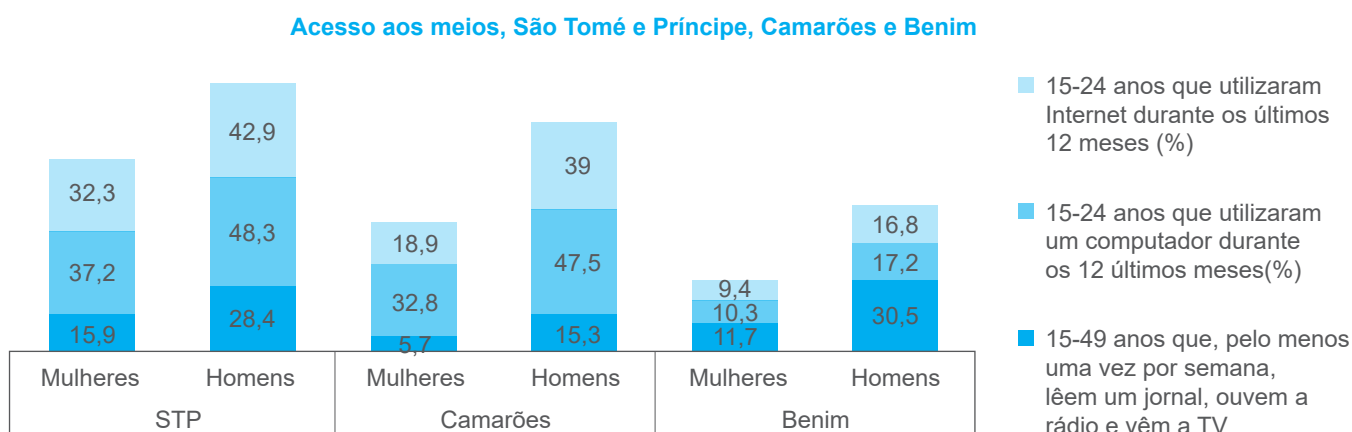
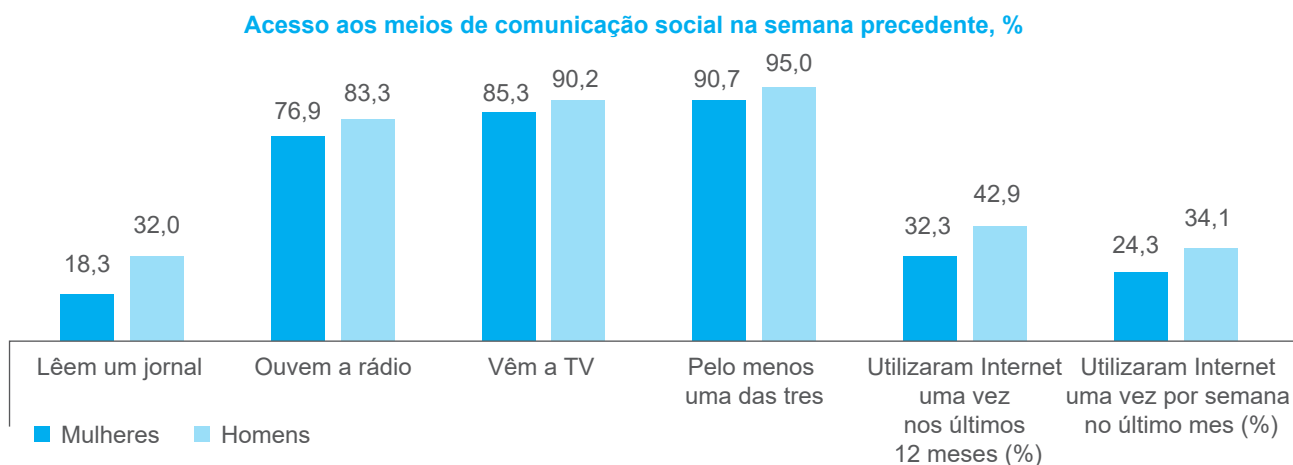
⁷⁷ A campanha “Mais Informação, mais participação, melhor desenvolvimento” desenrolou-se em Maio de 2015.

As rádios comunitárias - devem funcionar de maneira autogerida e são um instrumento essencial para a comunicação local e as campanhas de comunicação para o desenvolvimento (C4D). Existem 3 rádios no País: a rádio Neves (“Tlacha”) funciona desde 2006, e utiliza principalmente a energia solar. A rádio Yogo, em Porto Alegre⁷⁸ desde Agosto de 2015 (Caué). Há uma outra rádio em Lembá, e iniciativas similares em outros distritos como Guadalupe ou Lobata (da Costa, 2015).

A comunicação para o desenvolvimento - além das rádios comunitárias, existe um programa de agentes de saúde comunitários a nível dos distritos fortemente apoiado pelo UNICEF e pelo MS, tendente a promover as práticas parentais essenciais: aleitamento materno exclusivo, lavagem das mãos com a água e sabão, utilização de tratamentos de reidratação oral, dormir sob os MILD (Da Costa, 2015).

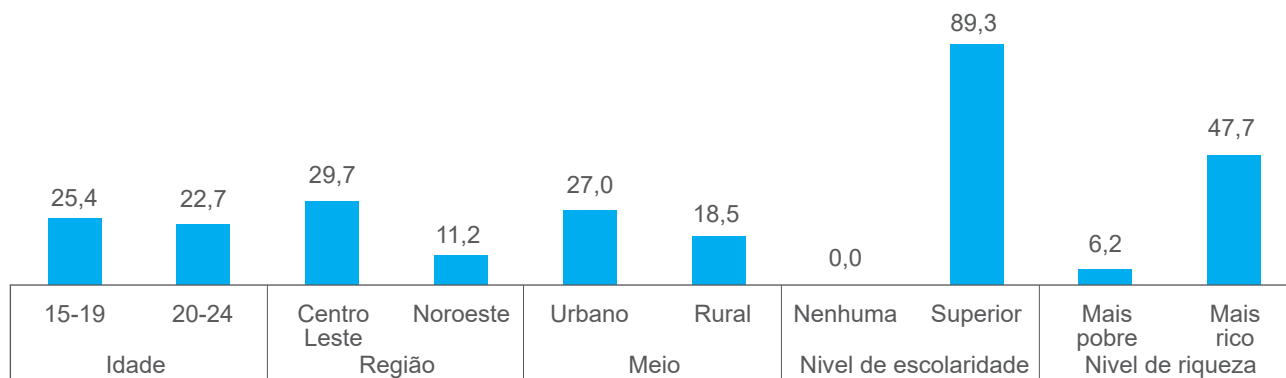
A figura 3.5.1 apresenta o que o inquérito MICS 5 (INE, 2016) revela a propósito do acesso à informação em São Tomé e Príncipe.

Figura 3.5.1. Acesso à Informação e Internet em São Tomé e Príncipe, 2014



⁷⁸ Para Porto Alegre, Malanza, Ponta Baleia e Ilhéu das Rolas

Acesso à Internet, principais desvios por cada determinante socio-economico



Fonte: Elaborado pelos autores a partir da base de dados do inquérito MICS 5 (INE, 2016), o MICS Key Findings Reprt do Camarões (2014) e do Benim (2014)

Após a análise da figura 3.5.1 pode-se tirar as conclusões seguintes:

- A televisão é o meio de comunicação que atinge a maioria da população (85,3% das mulheres e 90,2% dos homens), seguida de perto pela rádio.
- O acesso à informação mostra as disparidades de género substanciais: é o que se chama de “fratura numérica” do género. Contudo, em São Tomé e Príncipe a diferença de género para o uso de Internet é de 28,7%, inferior à média da África Ocidental e Central (43%) e mais perto da média global (23%).
- O acesso aos meios de comunicação social alarga-se. Os dados parecem indicar que a população mais jovem tem mais acesso. A população dos 15-19 anos acede mais à Internet (25,4%) que a dos 20-24 anos (22,7%).
- O acesso das crianças à Internet ainda é limitado: apenas uma em cada quatro crianças utilizou Internet a semana precedente do inquérito MICS 5.
- As disparidades em função do nível educativo e do nível de riqueza são muito importantes (0% das pessoas sem nenhum nível de instrução utilizaram Internet, contra 89,3% das pessoas com um nível superior, e 6,2% do quintil mais pobre contra 47,7% do quintil mais rico) o que revela a falta de políticas efetivas de promoção do acesso às novas tecnologias.

DIREITO A SER OUIDO NOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS OU JUDICIAIS

O artigo 107º da Lei nº2/77 sobre a família prevê a escuta das crianças (de mais de 7 anos) nos casos de adoção, mas não no caso de separação dos pais. O Decreto nº417/71 relativo à aplicação destas medidas não prevê a audição prévia da criança como um processo contraditório ou necessitando da produção de provas (UNICEF, 2009).

Figura 3.5.2. Análise causal das limitações à participação e ao acesso à informação das crianças

Causas diretas

Limitações dos meios de comunicação em certas zonas do País.
Insuficiente promoção da participação das crianças nas escolas e nos meios de comunicação social
O direito da criança a ser ouvido nos processos judiciais que afetam-no é reconhecido de maneira parcial

Causas subjacentes

Fornecimento descontínuo da eletricidade
Falta de critérios homogêneos para a institucionalização da participação das crianças no meio escolar
Legislação civil obsoleta (em reforma), integra o direito da criança a ser ouvido de maneira muito limitada

Causas estruturais

Métodos de ensino demasiado centrados na dimensão mecânica da aprendizagem e não nas capacidades críticas e analíticas
A violência familiar como método de ensino e de disciplina. Métodos autoritários que não convidam à reflexão ou ao desenvolvimento das capacidades de negociação, de reflexão ou de crítica construtiva
O trabalho infantil arrebatava tempo nos lazeres ou na participação nas atividades comunitárias
Conceptualização limitada do potencial pessoal e social das crianças
Lentidão na reforma da legislação civil

AÇÕES-CHAVE

De equidade horizontal:

- A reforma da lei n.º 2/77 sobre a família deve integrar claramente o direito das crianças a serem ouvidas nas decisões que lhes respeitem: guarda parental, adoção, tutela etc.
- Desenvolver as normas e regulamentos da participação das crianças no meio escolar, e especialmente a definição de políticas de resposta aos riscos sociais.
- Investir no desenvolvimento das rádios comunitárias, no desenvolvimento de programas educativos e nos valores democráticos para as crianças.

De equidade vertical:

- Os ordenamentos dos espaços públicos para suprimir as barreiras físicas são importantes para permitir a participação das crianças que têm necessidades especiais (de tipo motoras).
- A conexão à Internet melhora-se gradualmente, o investimento no meio escolar é uma maneira eficaz de facilitar o acesso das crianças às novas tecnologias.

4

Conclusões e recomendações

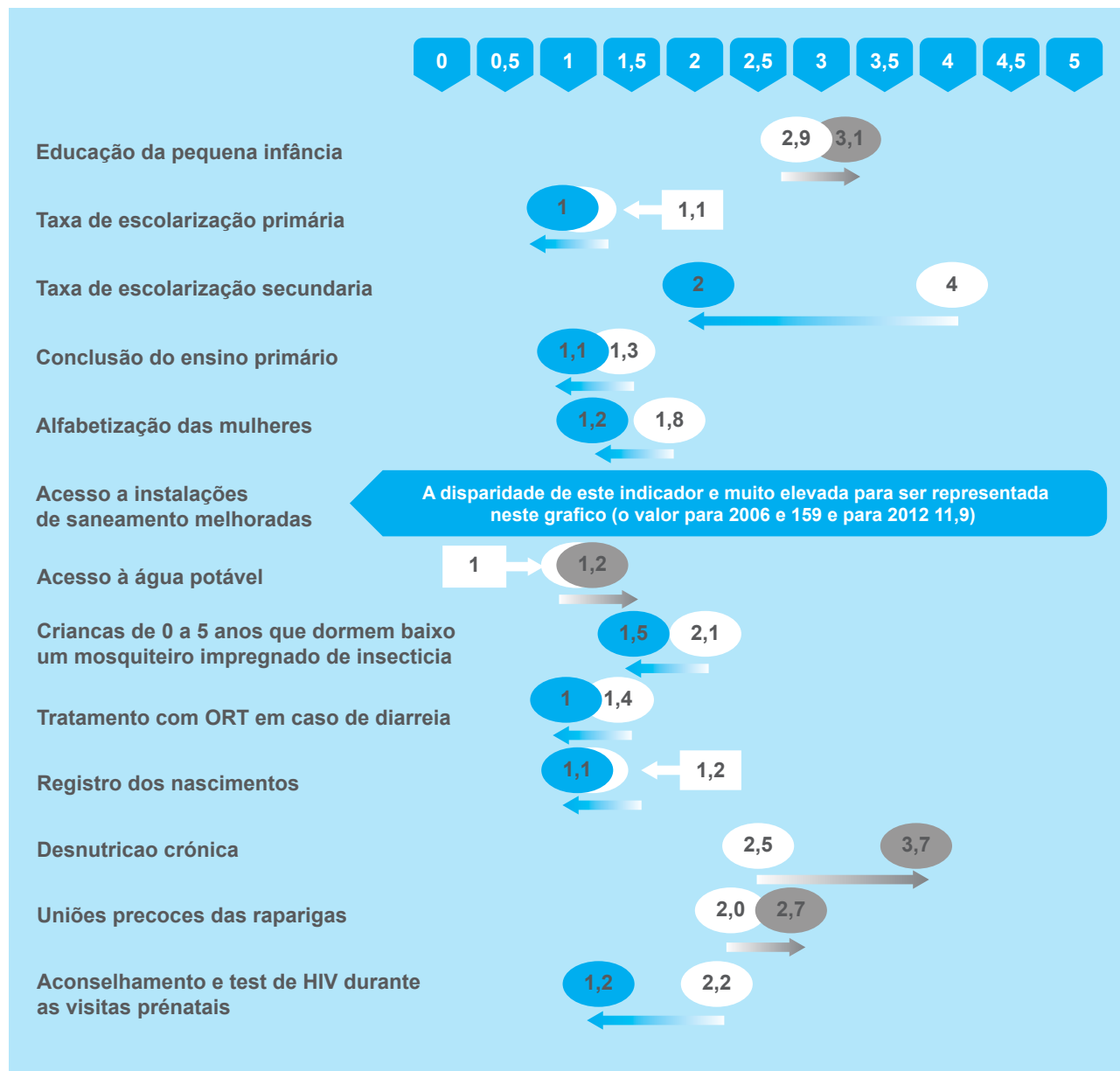


Os dados estatísticos demonstram que em São Tomé e Príncipe as políticas sociais aplicadas de acordo com uma abordagem universal (não focalizadas) e de supressão das despesas de utilização são mais eficazes para aumentar a utilização dos serviços, mas também para reduzir as disparidades socioeconómicas (em função do nível de riqueza, da escolaridade do chefe da família etc.) e de género. Isto é nomeadamente visível nos bons resultados obtidos na escolarização primária graças à supressão ou a limitação das despesas de utilização (quase gratuidade de fato) e à extensão da oferta e dos programas universais de alimentação escolar.

A imunização, o registo dos nascimentos, a luta contra o paludismo e contra a transmissão vertical do VIH SIDA são outros sucessos notáveis, obtidos sob esta abordagem de universalidade e supressão das despesas de utilização. A figura 4.1 apresenta a evolução das disparidades em função do rendimento para o período 2006-2014 de acordo com

13 indicadores chave (0 é o valor mais equitativo e 5 o menos equitativo). As disparidades agravaram-se para o acesso à educação pré-escolar e à água potável, para a desnutrição crónica e para as uniões precoces, dos domínios onde a ação pública é embrionária ou pouco eficaz.

Figura 4.1: São Tomé e Príncipe, evolução das disparidades em função do rendimento, 2006 a 2014



Fontes: Cálculos dos consultores a partir do inquérito MICS 5 (INE, 2016) e o inquérito MICS 3 (INE, 2006)

As vulnerabilidades socioeconómicas das crianças devem ser abordadas de acordo com uma abordagem multissetorial. É importante tomar em conta que ainda que uma criança seja escolarizada em idade teórica, o seu percurso escolar ver-se-á influenciado pelas doenças frequentes se o seu ambiente imediato for poluído pela falta de saneamento, ou pela insegurança alimentar se pertencer à uma família numerosa ou alargada que tem uma taxa de dependência elevada. É importante desenvolver abordagens integrais nas políticas públicas para a infância. De acordo com esta abordagem, a primeira conclusão é que em São Tomé e Príncipe falta uma política para a atenção integral à infância, articulada de acordo com as vulnerabilidades potenciais, permitindo garantir bases mínimas de bem-estar a todas as crianças.

As crianças representam 44,9% da população de São Tomé, são portadoras de direitos específicos e sofrem da pobreza e de privações de uma maneira claramente diferenciada da dos adultos. As crianças constituem um investimento estratégico para o desenvolvimento do País, mais importante ainda num início de transição demográfica. A despeito desta consideração, neste momento, o País não dispõe de um instituto ou de uma direção especializada em políticas públicas para as crianças, com a capacidade de intervir na produção das políticas sociais para assegurar a integração da abordagem de ciclo de vida. Para a elaboração da Política de proteção das crianças, é a direção da proteção social do MEAS que coordenou o processo, enquanto a direção não tem especialização técnica em matéria de infância. Do mesmo modo, existem lacunas de especialização a nível do poder legislativo (o Parlamento não tem comissão específica) e do poder judicial.

Recomenda-se fortemente de impulsionar um processo de reflexão em torno da necessidade de progredir no desenvolvimento institucional em matéria de infância. A criação de um instituto ou de uma direção especializada em políticas públicas para a infância, com o mandato de coordenar a produção de políticas sociais específicas para as crianças, de analisar os impactos sobre as crianças das políticas sociais, económicas e fiscais, de fazer o acompanhamento dos orçamentos públicos, de assegurar a integração da abordagem de ciclo de vida nas políticas sociais e de fazer face aos desafios existentes a nível das políticas, da legislação e dos orçamentos, parece uma necessidade urgente e incontornável.

COMPROMISSOS INTERNACIONAIS DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE EM MATÉRIA DE DIREITOS DA CRIANÇA

São Tomé e Príncipe ratificou apenas dois tratados internacionais de Direitos Humanos: a Convenção relativa aos Direitos da Criança e a Convenção contra qualquer forma de discriminação contra as mulheres. É um dos 15 Países do mundo que ratificou menos tratados de Direitos Humanos (Escritório do Alto-Comissariado dos Direitos Humanos, 2015). As últimas assinaturas (que precedem a ratificação) datam de 2000. É possível que a instabilidade política crónica teve uma certa influência sobre o nível de prioridade política atribuído aos compromissos internacionais do País.

RECOMENDAÇÃO

É fortemente recomendado ao governo e ao Parlamento que trabalhem conjuntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância e com outras organizações implicadas na defesa dos direitos da criança na assinatura e na ratificação dos três protocolos facultativos da Convenção dos Direitos da Criança:

- O protocolo relativo à tráfico de crianças, à prostituição infantil e à utilização das crianças para a pornografia (25 de Maio de 2000),
- O protocolo relativo à participação das crianças em conflitos armados (25 de Maio de 2000),
- O protocolo relativo ao procedimento apresentação de comunicações (14 de Abril de 2014).

COERÊNCIA DAS POLÍTICAS ECONÓMICAS E SOCIAIS

As políticas sociais na redução da pobreza serão efetivas se forem coerentes com as políticas económicas e fiscais, porque estas influenciam o preço dos produtos básicos, a determinação dos salários e a dinâmica do emprego (Badiillo, 2013). O financiamento do programa de investimentos públicos em 2015 depende à 91,8% da ajuda externa e tal implica que é necessário alargar a capacidade do Estado a financiar-se. Contudo, a crise orçamental do País é também a expressão dos desequilíbrios sociais por resolver, que não permitiram ao País de desenvolver um mercado do trabalho estável com salários adequados que contribuam certamente para o financiamento do País. Neste contexto, é necessário garantir

que as fontes de financiamento do Estado articulem com os objectivos de redução da pobreza e com as políticas sociais. As previsões do Governo de introduzir um novo imposto de consumo em 2017 (imposto sobre o valor acrescentado) suscitam algumas questões. Os impostos sobre o consumo constituem uma fonte imediata de rendimentos para o Estado e limitam a fraude fiscal, mas em certos casos podem ter consequências não desejadas sobre os Direitos da Criança porque aumentam o preço dos produtos básicos, o que pode por um lado, impedir o acesso a estes produtos e por outro lado, ter efeitos depreciativos sobre a economia a nível micro.

É fortemente recomendado que as considerações sobre a introdução de novos impostos indiretos (ao consumo) compreendem uma análise rigorosa dos seus possíveis efeitos regressivos sobre a população pobre e em especial sobre a infância, que a mais atingida pela pobreza.

É recomendado que o Governo, a cooperação internacional e as ONG nacionais que trabalham nos setores sociais cooperem na análise dos meios equitativos do financiamento do Estado.

OS EFEITOS DA IRRESPONSABILIDADE PARENTAL SOBRE O BEM-ESTAR DAS CRIANÇAS

Em São Tomé e Príncipe, a irresponsabilidade parental masculina é socialmente aceite (com excepção da comunidade “angolar”, que têm uma noção de família mais tradicional), e toma formas diversas (abandono da companheira e das crianças, a concubinação com várias mulheres, poligamia, conformação das várias bases familiares, etc....). Estas atitudes masculinas de superficialidade nas relações de casal e familiares são o primeiro fator de vulnerabilidade socioeconómica das crianças. Do ponto de vista económico, aumenta a taxa de dependência nos agregados e coloca sob a liderança económica mulheres, que sofrem de discriminação no mercado do trabalho e cuja capacidade de gerar rendimentos é inferior (cf. capítulo 3.4). Do ponto de vista social, as crianças que não habitam com os dois pais são mais susceptíveis de ser deixadas à uma guarda inadequada ou expostos a riscos sociais. De mais, estes comportamentos que violam os direitos da criança transmitem-se de geração em geração como exemplo, é então difícil impedi-los com a educação ou com atividades de sensibilização.

É necessário combinar medidas a longo prazo de promoção da parentalidade como uma responsabilidade não somente das mulheres mas também dos homens (através de programas de educação aos jovens, de campanhas de comunicação) com medidas legais e para reforçar o pedido dos serviços jurídicos de queixa de pensões. Isto é uma medida de proteção social de primeira importância que garante rendimentos para as crianças. O Ministério da Justiça trabalha sobre uma reforma da lei nº2/77 da família que vai reforçar a proteção das mulheres que pertencem a células familiares não unidas pelo casamento. É necessário garantir a celeridade dos processos de queixa de pensões alimentares ou monetárias junto dos pais das crianças.

OS EFEITOS DAS DISPARIDADES DE GÉNERO SOBRE O BEM-ESTAR DAS CRIANÇAS

Em São Tomé e Príncipe, as [mulheres são os primeiros agentes de proteção social e desenvolvimento a nível micro](#). Geralmente, a decisão de ter crianças vem delas e a sociedade santomense tem tendência a ver as crianças como mais ligada à sua mãe que ao seu pai. As mulheres são os apoios financeiros mais estáveis do lar e gerem em solitário os recursos destinados à educação, alimentação, aos vestuários e à higiene das crianças. São as únicas responsáveis do estado de saúde e nutritivo dos membros da família (e do percurso educativo das crianças), e fazem a gestão dos riscos: tomam as decisões sobre as medidas a adoptar no caso de choques económicos (insuficiência de recursos), sociais (violência, abusos) ou sanitários (doença) na família. São igualmente elas que se informam e que pedem os apoios governamentais. [Tal é a realidade que se esconde detrás da influência muito marcada pelo nível de educação da mãe em todos os indicadores de bem-estar das crianças](#).

[Existe um contraste muito marcado entre o papel indispensável das mulheres na sociedade santomense e o seu estatuto social](#) - A sua imagem é ainda muito ligada ao contexto doméstico, são vítimas de discriminação no mercado do trabalho, e realizam os trabalhos menos remunerados, geralmente a venda de produtos ligados ao domínio doméstico. A discriminação começa cedo, a partir da idade dos 16 anos, elas abandonam a escola mais que os rapazes, fazem mais trabalhos domésticos e devem fazer face a problemáticas específicas como as uniões precoces e as gravidezes. Assumem a

responsabilidade das gravidezes precoces e abandonam a escola para ocupar-se das suas crianças. São frequentemente objecto de violência doméstica e de abusos.

- As políticas públicas têm um potencial importante de transformação: é essencial que o trabalho das instâncias de decisão política parta do conhecimento desta realidade de género no País e seja orientado a promover as capacidades e os recursos (financeiros, de capital humano, educativos) das mulheres.
- O desenvolvimento do ensino pré-escolar e jardins-de-infância é um exemplo de política chave de apoio à capacidade produtiva e geração de rendimentos das mulheres. É fundamental trabalhar na supressão das barreiras sociais e culturais que impedem as mulheres de se desenvolverem no plano profissional.
- É urgente tomar medidas legislativas e políticas para erradicar a discriminação das mulheres no mercado do trabalho e no acesso aos postos de responsabilidade no setor público e privado.
- É igualmente importante reforçar os mecanismos de proteção social orientados para as mães chefes de família tendentes a complementar os recursos financeiros da família, a apoiar a sua integração no mercado do trabalho, pela criação de empregos decentes⁷⁹ (infantários, programas públicos de empregos, jardins, programas de ações sociais produtivas, microcrédito). Estes mecanismos já existem em São Tomé e Príncipe mas apresentam lacunas de cobertura e a nível das prestações que não são suficientes.

O DIREITO À EDUCAÇÃO

A universalização da escolaridade primária com equidade de género é uma realidade e um exemplo da eficácia das políticas de supressão dos custos para reduzir disparidades. Actualmente, as diferenças de escolarização do primário em função do rendimento são quase inexistentes. Contudo, pareceria ter nichos de exclusão localizados na região sul do País (Malanza, Ribeira Afonso, São João dos Angolares), e existe uma correlação com a falta de registo dos nascimentos.

Ao nível pré-escolar e secundário, as razões de não escolarização são divergentes. Ao nível pré-escolar há vários fatores: i) o fraco conhecimento da política

de entrada à idade de 6 anos ii) a Insuficiência da rede pré-escolar; iii) barreiras financeiras: os custos do pré-escolar são mais elevados (mais que o secundário).

Em contrapartida no secundário, as razões do abandono escolar são: i) a insuficiência da rede (sobretudo do 2.º ciclo); ii) o atraso (omnipresente em secundário) e iii) recurso excessivo à repetência como instrumento pedagógico (em vez de supervisionar e apoiar a qualidade do ensino e das avaliações). Estes problemas congestionam os sistemas e dão prejuízo à uma qualidade dos ensinamentos que já é frágil. As passagens automáticas em primário foram suprimidas. Os custos e as gravidezes precoces são igualmente causa de abandono escolar no nível secundário.

As barreiras de acesso para as crianças que têm necessidades especiais ainda estão muito presentes. As barreiras apresentam-se geralmente para as crianças com dificuldades auditivas ou motoras. O sistema educativo tem capacidade de acolher a maior parte destas crianças, mas não tem os meios para fornecer-lhes um ensino adaptado.

A Política Educativa (MECC, 2012) é progressista e favorável à universalização e à inclusão: as dificuldades apresentam-se do lado da implementação e do financiamento.

Equidade horizontal

- É indispensável redistribuir os subsídios financeiros do setor com maior equidade entre os níveis pré-escolares, primários e secundários e o nível superior.
- É indispensável continuar a implementação da Política de Educação (2012) o alargamento da rede do 2.º ciclo do secundário e do pré-escolar.
- É fundamental desenvolver políticas ativas para a redução da repetência e da entrada tardia. Tal suporá uma liberação de recursos que podem ser dedicados à extensão da oferta pré-escolar ou secundária, ou a redução das barreiras financeiras.
- É indispensável reduzir a barreira financeira nos níveis pré-escolar e secundário. Os indicadores mostram enormes disparidades em função do nível de riqueza da família das crianças.
- Reintroduzir as duas passagens automáticas 2.ª e 4.ª classe do nível primário para reduzir a obstrução, o atraso e o abandono.

⁷⁹ Trabalho decente “ poder exercer um trabalho produtivo e com um rendimento justo , juntamente com umas condições de segurança no local de trabalho e de proteção social para a família “ (OIT , 2016)

- A atualização da Lei que rege os princípios fundamentais do sistema educativo vai certamente ter um impacto na entrada tardia.
- Melhorar a situação profissional e salarial do corpo docente, “dar dignidade à profissão” é fundamental numa estratégia de reforço das suas capacidades pedagógicas.

Equidade vertical

- Suprimir os regulamentos, leis, etc. que proíbem as raparigas grávidas de mais de 3 meses frequentar a escola de dia.
- Investir na implementação da Estratégia de educação inclusiva e no reforço dos recursos humanos da Direção do Ensino Inclusivo (2010).
- Aprofundar a investigação sobre os fatores de exclusão das crianças nas regiões mais tocadas por esta violação dos direitos da criança à educação.

O DIREITO À SOBREVIVÊNCIA

A mortalidade neonatal não seguiu o padrão de redução da mortalidade infantil e infantojuvenil. Isto indica a existência de entraves a nível dos serviços públicos de controlos pré-natais, dos partos e dos controlos pós-natais. As causas da mortalidade são principalmente as complicações durante o parto e as infeções (respiratórias ou sepsias). Estes resultados são causados pelas ausências de mecanismos de gestão dos recursos humanos qualificados, pela existência de negligências graves a nível do pessoal de enfermaria (violência obstétrica) e pelas dificuldades para assegurar um abastecimento constante em medicamentos e equipamentos necessários para cuidados de qualidade. Em certos casos, existem barreiras financeiras, a Carta Sanitária e a Política de Saúde são atualizados e integrados nas perspetivas de equidade, os desafios estão a nível da implementação.

Em matéria de nutrição, São Tomé e Príncipe fez progressos significativos na luta contra a desnutrição. Todavia, há sempre uma percentagem elevada de crianças que sofrem de desnutrição, esta questão merece por conseguinte sempre a atenção nacional, em especial nas regiões mais pobres: Noroeste e Sudeste.

Existe dois grandes grupos de causas da desnutrição, conduzindo a dois domínios de intervenção

necessários: por um lado, há a pobreza das famílias, que exige medidas ligadas ao desenvolvimento económico, em especial nas zonas rurais. Por outro lado, o segundo grupo de causas está ligado às práticas de alimentação e uma má higiene, o subfinanciamento dos serviços públicos de água, de saneamento e de saúde, etc.

De equidade horizontal

- Reforçar a formação dos recursos humanos qualificados nos cuidados de saúde materno-infantil e a distribuição geográfica proporcional à população alvo (aplicação da Política Nacional de Saúde (2012).
- Eliminação das barreiras de demanda nos serviços de maternidade: supervisão e controlo das práticas médicas nos partos, desenvolver sistemas de denúncia e protocolos de resposta no Hospital Dr. Ayres de Menezes para combater os maus tratamentos ou negligências obstétricas.
- Continuar a implementação da estratégia de cuidados integrais às crianças até à idade de três anos (Programa dos 1000 dias críticos).
- Assegurar a participação nacional no financiamento dos programas verticais chave para o controlo das epidemias (PAV, PNLP, PNLS, PNLT).
- O sistema de saúde deve promover o aleitamento na hora que segue o parto, nas maternidades e nas parteiras tradicionais.

Equidade vertical

- Eliminação das barreiras financeiras de acesso aos medicamentos: desenvolvimento de um sistema progressivo de recuperação dos custos que inclui isenções para os doentes em situação de pobreza esboçado no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
- Eliminação das barreiras financeiras de acesso às análises pré-natais (que podem conduzir a um espaçamento das visitas das mulheres mais pobres): é necessário aprofundar o conhecimento destas práticas.
- Aprofundar a análise da Carta Sanitária (2012) para assegurar a integração dos doentes que vivem nas comunidades afastadas dos serviços.

O DIREITO AO SANEAMENTO

A falta de saneamento é uma **problemática muito sentida pela população**, uma das duas privações principais das crianças de São Tomé e Príncipe, causa subjacente da segunda causa de mortalidade das crianças de 0 a 5 anos (diarreia), e um dos indicadores que apresenta grandes disparidades em função do nível de rendimento. A situação de fraqueza institucional e da dependência da ajuda externa no setor provoca uma disposição inadequada das infraestruturas e um abastecimento de água insuficiente. Apesar dos esforços da cooperação internacional nos diferentes domínios ligados à água e ao saneamento, a descontinuidade das intervenções e a falta de uma política que organiza claramente o setor faz com que o País apresente ainda graves lacunas.

- É necessário promover a discussão nacional em torno da prioridade política que deve atribuir-se a este setor, que deveria ser paralelo àquela atribuída pelas comunidades e ao seu impacto sobre a pobreza e sobre a mortalidade infantil.
- Apoiar o desenvolvimento do quadro político do setor (em curso) para integrar uma abordagem sensível às crianças na planificação do setor, e assegurar definições claras dos objectivos e dos poderes e competências dos atores implicados.
- Priorizar as instalações de água e de saneamento que são mais próximas das crianças (por exemplo nas escolas), e as intervenções mais efetivas para reduzir a contaminação das fontes de água, à origem das doenças diarreicas.
- Atribuir prioridade à purificação das fontes de água existentes. A informação às famílias para o tratamento doméstico da água não é uma opção efetiva.

O DIREITO À PROTEÇÃO

A proteção é o domínio que apresenta mais dificuldades para a realização dos direitos da criança. A medida da pobreza multidimensional revelou que a proteção é a dimensão na qual as crianças apresentam mais privações nas três faixas etárias. O trabalho das crianças e a violência intrafamiliar são violações dos direitos muito generalizados em São Tomé e Príncipe. A direção da proteção social no antigo MSAS (agora MEAS) com o apoio do UNICEF elaborou uma política de proteção das crianças (2013) com uma visão integral e preventiva, que tem um grande potencial para alterar a conceptualização que a sociedade santomense tem das crianças,

para melhorar os cuidados às vítimas e para punir os agressores. A política ainda não foi aprovada pelo poder executivo.

União, casamentos e gravidezes precoces: são violações dos direitos específicos das raparigas muito frequentes entre as que provêm do quintil mais pobre e das famílias sem nenhum nível de instrução. Além da implementação da Política de proteção das crianças, a extensão da rede de educação secundária e a proteção social (após a aprovação da Política de proteção em setembro de 2015) vai provavelmente contribuir para reduzir estes problemas. Contudo, é necessário promover a reflexão nacional em torno das causas profundas das gravidezes precoces, e desenvolver uma estratégia nacional específica que identifica a abordagem mais adequada da problemática pelas políticas públicas.

O registo dos nascimentos em São Tomé e Príncipe mostra uma evolução muito positiva nesta última década: 95,2% das crianças são registadas antes da idade de um ano (INE, 2016) e assiste-se à uma redução das disparidades em função do rendimento. Contudo, 12,5% das crianças nascidas nas famílias do quintil mais pobre não são registadas e há ainda regiões em que a taxa de registo está debaixo de 80%: trata-se dos distritos com a taxa mais fraca de partos assistidos (que é um proxy do parto no centro de saúde), que ilustra a importância das políticas de coordenação entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde para assegurar o registo nas maternidades.

- Aprovação, inscrição orçamental e implementação do Plano Nacional contra o trabalho infantil. Integração das dez piores formas de trabalho infantil no código do trabalho, a fim de proibir o trabalho perigoso das crianças;
- Aprovação e implementação da Política de proteção das crianças;
- Implementação da política de proteção social (2013), a fim de fornecer às famílias privadas com crianças fontes de rendimentos alternativas ao trabalho infantil.
- Promover a reflexão nacional em torno da problemática das uniões precoces das raparigas, as suas consequências sobre a vulnerabilidade socioeconómica das raparigas, e a relação com a falta de perspectivas educativas.
- Atualização da lei n.º 2/77 da família (em curso) para limitar as exceções à proibição do casamento das crianças.

- Após ter obtido a aprovação governamental da Política de proteção das crianças, a etapa de desenvolvimento dos planos operacionais intersectoriais deve integrar intervenções específicas para prevenir as uniões precoces (no eixo estratégico de prevenção) e para dirigir, prevenir e reduzir o problema dos abusos sexuais transacionais, cada um dos três eixos estratégicos (prevenção, atenção às vítimas e proteção judicial).
- Promover a reflexão nacional em torno das causas estruturais das gravidezes precoces e desenvolver uma estratégia específica que identifica a abordagem mais adequada da problemática pelas políticas públicas.
- Em relação ao registo dos nascimentos, é recomendado visar os subdistritos com maior taxa de partos no centro de saúde: campanhas periódicas de registo é uma maneira eficaz de aproximar os serviços às regiões menos acessíveis.

OS DIREITOS À PARTICIPAÇÃO E À INFORMAÇÃO

O direito à participação das crianças nas escolas é reconhecido pela lei n°2/2003 que rege os princípios fundamentais do sistema educativo mas não é implementado de maneira homogénea. O direito a ser ouvido nos processos que lhe respeitem é reconhecido parcialmente. Um eixo importante para a possibilidade de participar na sociedade é o acesso à informação: embora seja um direito constitucional e que a liberdade da imprensa não sofre de restrições políticas, certas organizações da sociedade civil consideram que é necessário reforçar as infraestruturas de radiodifusão. Certamente, as disparidades em função do nível educativo e nível de riqueza são muito importantes, o que revela a falta de políticas efetivas de promoção do acesso às novas tecnologias.

O acesso à informação é um dos indicadores que mostra maiores disparidades em relação ao género. Conhecido por “fratura numérica” do género. Contudo, em São Tomé e Príncipe a diferença de género para o uso de Internet é de 28,7%, inferior à média da África Ocidental e Central (43%). O acesso dos adolescentes à Internet ainda é limitado: somente um quarto dos adolescentes utiliza-no habitualmente.

Em relação ao direito à participação e ao acesso à informação:

- Desenvolvimento normativo da participação das crianças no meio escolar, e especialmente lá onde

ouvir a sua voz é mais necessária: na definição das políticas de resposta aos riscos sociais que ameaçam as crianças (abusos sexuais transacionais, bullying, violência no meio escolar ou deteção de casos de violência doméstica);

- A reforma da lei n°2/77 da família em curso deve integrar claramente o direito das crianças a serem ouvidas nas decisões que lhes respeitem: guarda parental, adopção, tutela etc.;
- Investir no desenvolvimento das rádios comunitárias, de programas educativos e em valores democráticos para as crianças.

De equidade vertical

- Os ordenamentos dos espaços públicos para suprimir as barreiras físicas são importantes para a participação das crianças que têm necessidades especiais (de tipo motor) nas atividades sociais e comunitárias.
- A qualidade da conexão à Internet melhora-se rapidamente no País: o investimento no meio escolar é uma maneira eficaz de facilitar o acesso das crianças às novas tecnologias.

O DIREITO À NÍVEIS DE VIDA ADEQUADOS

A pobreza monetária das crianças

O rosto da pobreza monetária em São Tomé e Príncipe é o das crianças nascidas nas famílias sem educação, nas regiões Noroeste e Sudeste.

A incidência da pobreza monetária é mais elevada nas crianças que nos adultos. Em relação aos determinantes sociais desta situação, o nível de escolaridade dos chefes da família é o determinante mais importante, seguido de longe pelo meio e pela região de residência. O sexo do chefe de família e o número de membros são determinantes influentes mas de menor medida. Não há nenhuma diferença imputável ao sexo da criança. Os dados sugerem que a médio prazo seja necessário aplicar medidas de proteção social efetivas para garantir um padrão de vida adequado para as crianças (que são as principais vítimas da pobreza monetária), como investimento a longo prazo, a educação seja um setor chave de grande impacto no nível de riqueza no País. Os dados estatísticos são muito claros sobre este assunto.

A pobreza das crianças de acordo com a abordagem multidimensional

Em São Tomé e Príncipe, uma percentagem elevada de crianças pode ser considerada como pobre (70,4%), em especial o grupo dos 0-4 anos (80,9%). A incidência da pobreza nas crianças de 5-11 anos é de 67,8% e nos adolescentes (12-17 anos) de 69,6%

Contudo, a intensidade da pobreza é relativamente fraca: excede 50% apenas nas crianças de 0-4 anos (é de cerca de 30% nas duas outras faixas etárias).

As dimensões de proteção e de saneamento são as que apresentam mais crianças em situação de privação. Entre as pequenas crianças (0-4 anos), a maioria (22,6%) sofre de três privações: nutrição, proteção e saneamento, ou os dois últimos (22,6% igualmente). Em relação às crianças de 5-11 anos, a grande parte (25,6%) apresenta três privações: educação, proteção e saneamento ou apenas os dois últimos (24,1%), e para o grupo dos adolescentes (12-17 anos), a grande maioria apresenta duas privações acumuladas: saneamento e proteção (26,7%) ou apenas a segundo (20,7%).

A equidade horizontal entre os subdistritos do País

O subdistrito menos equitativo é Santa Catarina (81,9%) no distrito de Lembá. O seguinte é Malanza (67,4%) em Caué. O oposto, o mais equitativo é a capital de São Tomé (18,4%), em Agua Grande, seguido de Conde (23,7%) em Lobata. Entre os 14 indicadores analisados, o País atinge os maiores níveis de equidade na dimensão escolaridade primária, e as disparidades mais importantes a nível da taxa da desigualdade dos rendimentos.

A proteção social

São Tomé e Príncipe identificou efectivamente nas problemáticas do setor da proteção social. A Política e a Estratégia (2013) abordam as questões essenciais da expansão progressiva de programas essenciais, melhoria das prestações, da articulação intersectorial, do desenvolvimento de sistemas de gestão, informação e acompanhamento e de reforço das capacidades dos recursos humanos da Direção da Proteção Social. Aspectos como a condicionalidade das transferências às famílias são discutíveis.

Após a aprovação da política em setembro de 2015, os desafios advêm do lado da garantia dos financiamentos necessários, e do reforço das capacidades da Direção da Proteção Social. Se o País optar pela condicionalidade nos benefícios para as crianças (as

transferências monetárias) seria importante garantir que a condicionalidade articula-se com a expansão da oferta e a qualidade dos serviços, em especial em matéria de educação pré-escolar, que mostra graves barreiras de acesso (de oferta e financeiras).

CRIANÇAS EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE VULNERABILIDADE SOCIAL

As raparigas grávidas e mães

A grande maioria das raparigas nesta situação são raparigas “em união” ou “casadas” (o que é menos frequente em São Tomé e Príncipe). O regulamento disciplinar proíbe o seu acesso ao ensino diurno, o que reforça a vulnerabilidade socioeconómica destas raparigas e das suas crianças. A maioria das gravidezes precoces é um problema das raparigas pobres e de mães sem educação. O sistema educativo não pode punir as raparigas nesta situação.

O fenómeno no meio urbano poderia ser vinculado aos abusos sexuais transacionais. A investigação específica qualitativa na matéria (com uma abordagem de género) é necessária.

Em São Tomé e Príncipe os meios de contracepção são muito acessíveis. Para a prevenção efetiva das gravidezes precoces as ações devem articular-se em torno dos eixos estratégicos seguintes: 1) é necessário combater as uniões precoces e os abusos sexuais transacionais: a política de proteção da criança não considera este aspeto mas a implementação da política oferece um espaço à inclusão desta problemática no eixo da prevenção; 2) a expansão da oferta a nível do secundário é igualmente importante para oferecer às raparigas alternativas à vida doméstica; 3) a educação e a autovalorização das raparigas, para oferecer-lhes perspectivas de crescimento pessoal diferentes à vida familiar.

As crianças que têm necessidades especiais

As raparigas

De acordo com o recenseamento específico feito pelo MECC e pelo UNICEF (2014), em São Tomé e Príncipe, há 709 crianças de 0 a 11 anos que têm necessidades especiais de diferentes tipo e intensidade. Em países onde a pobreza é omnipresente, as crianças que têm necessidades especiais são particularmente expostas aos riscos sociais, devido à sua incapacidade de defender-se ou denunciar as agressões. Em contextos de proteção social pouco desenvolvida onde as famílias contam com os recursos futuros das crianças, a situação das crianças e dos

jovens que têm necessidades especiais permanece incerta. Realizam pequenos trabalhos sem qualificação ou são mais expostos aos riscos. Dado a sua natureza intrinsecamente dependente, é importante garantir-lhes um nível de educação mínima, para exercer o seu direito, reduzir no máximo o rácio de dependência da família e facilitar a sua integração social. É igualmente importante alargar os mecanismos de protecção social existentes orientados às pessoas que têm necessidades especiais.

São Tomé e Príncipe conta com uma Estratégia de Educação Inclusiva desde 2010. A implementação é lenta devido às restrições orçamentais e em recursos humanos na Direção. Seria necessário acelerar os progressos na implementação desta estratégia.

As crianças vítimas de agressões físicas severas

A violência intradoméstica é um risco social com consequências muito graves para as crianças que sofrem desta. As crianças que são vítimas de violências severas sofrem de problemas psicológicos ou mesmo físicos, e são igualmente propensas a sofrer ou a reproduzir os abusos na sua vida futura. Têm tendência a isolar-se socialmente e a desenvolver uma fraca autoconsideração. A violência intradoméstica é também uma das causas mais importantes de abandono do agregado e de integração do grupo de crianças em situação de rua.

A violência intrafamiliar está muito presente em São Tomé e Príncipe. É fundamental desenvolver protocolos de deteção e de resposta nos centros educativos e de saúde. A aprovação e a aplicação da Política de Protecção das Crianças vai certamente contribuir para reduzir a violência.

As crianças de famílias alargadas

O rácio de dependência nos agregados familiares é um fator de empobrecimento económico, e ainda mais nas situações de insuficiência do apoio financeiro do pai, frequentes em São Tomé e Príncipe devido à irresponsabilidade parental. Os grupos de discussão com as mulheres confirmaram que as crianças que não vão a escola são as últimas nascidos de famílias monoparentais com mais de 3 ou 4 crianças.

De acordo com esta abordagem, as políticas públicas de saúde reprodutiva, e a disponibilização das mulheres de meios de contracepção desempenham um papel fundamental. Em São Tomé e Príncipe, 40,6% das mulheres em união ou casadas têm necessidades de contracepção não satisfeitas.

É requerida mais pesquisa...

- O país não produz pesquisa quantitativa acerca da protecção social dos agregados familiares (apenas dados administrativos). O INE (2012) introduziu a questão das pensões e ajudas sociais que recebem os agregados na última publicação do RGPH (nº 51). No entanto, esta questão inclui os rendimentos provenientes dos agregados e não faz distinção entre protecção social contributiva e não contributiva, o que torna complicado a exploração destes dados. Recomenda-se então a introdução de uma secção sobre a protecção social, a pobreza ou o nível de vida dos agregados nos futuros inquéritos realizados no país.
- Requer-se uma pesquisa qualitativa que deve incidir nos factores de exclusão das crianças vindas das regiões mais afectadas pela exclusão do sistema educativo.
- A abordagem de género também é requerida para medir a dimensão e as características do problema dos abusos sexuais transaccionais no meio urbano e a sua ligação com as gravidezes precoces.
- É igualmente requerida uma abordagem de género incidindo no fenómeno das uniões precoces no meio rural.
- Por fim, uma pesquisa qualitativa é necessária a nível das práticas médicas obstétricas no hospital de Ayres de Menezes.



Bibliografia

ANGOP (2012), Gravidez precoce na origem do abandono escolar de jovens [em linha] http://www.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias/africa/2012/10/45/Gravidez-precoce-origem-abandono-escolar-jovens,788b0721-bf15-40e8-87b9-126fc4272fd0.html [último acesso 14 de Outubro de 2015]

African Development Bank, Organisation for Economic Development and Cooperation and United Nations Development Program (2015) São Tomé and Príncipe African Economic Outlook

Assembleia Nacional da República Democrática de São Tomé e Príncipe (1977) Lei nº 2/77 que regulamenta juridicamente as instituições da Família

Assembleia Nacional da República Democrática de São Tomé e Príncipe (2012), Lei n.º4/2012 de Base do Programa Nacional de Alimentação e Saúde Escolar (PNASE).

Assembleia Nacional da República Democrática de São Tomé e Príncipe (2014), Lei n.º 1 /2015 do Orçamento Geral do Estado fez face o Ano Económico de 2015.

Banco Mundial (2015), os dados abertos do Banco Mundial: um acesso gratuito e livre às estatísticas sobre o desenvolvimento no mundo [em linha] <http://data.worldbank.org/> [último acesso 15 de Outubro de 2015]

Banco Mundial (2015) Sao Tome - Adaptation to Climate Change, Implementation Status Results Report [Online] <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/2015/12/25666335/sao-tome-principe-sao-tome-adaptation-climate-change-p111669-implementation-status-results-report-sequence-08> [último acesso 20 Janeiro 2016]

Bonfim, L. (2015), Entrevista para a Análise da Situação das Crianças e das Mulheres em São Tomé e Príncipe. Julho 2015 (ver Anexo 4)

Bureau du Haut-Commissariat aux Droits Humains, 2015, Status of ratification Interactive dashboard [en ligne] <http://indicators.ohchr.org/> [último acesso 12 de Outubro de 2015]

Comité dos Direitos da Criança (2015), Reporting status for São Tomé and Príncipe [em linha] http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Countries.aspx?CountryCode=STP&Lang=EN [último acesso 15 de Outubro de 2015]

Da Costa, A. (2015), Entrevista para a Análise da Situação das Crianças e as Mulheres em São Tomé e Príncipe. Julho de 2015 (ver Anexo 4)

Da Costa e Sousa, B. (2015), Entrevista para a Análise da Situação das Crianças e as Mulheres em São Tomé e Príncipe. Julho 2015 (ver Anexo 4)

De Milliano M., Plavgo I. (2014), CC-MODA. Cross Country Multiple Overlapping Deprivation Analysis: Analysing Child Poverty and Deprivation in sub-Saharan Africa. UNICEF. Office of Research Working Paper WP-2014-19. November.

De Neubourg C., Chai J., De Milliano M., Plavgo I., Wei Z. (2012a), Cross-Country MODA Study Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA). Technical Note. UNICEF. Office of Research Working Paper WP-2012-05. November.

De Neubourg C., Chai J., De Milliano M., Plavgo I., Wei Z. (2012b), Step-by-Step Guidelines to the Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA). UNICEF. Office of Research Working Paper WP-2012-10. December.

Direção de Recursos Naturais e Energia (DRNE) do Ministério dos Recursos Naturais, Energia e Ambiente (2010), Estratégia Participativa para a Água e Saneamento de São Tomé e Príncipe para 2030. (não publicado).

FAO STATS (2015) [em linha] <http://faostat.fao.org/> [último acesso 15 de Outubro de 2015]

Federação das ONG- FONG e Associação para a Cooperação entre os Povos ACEP (2015) Boletim Sociedade Civil STP, Especial campanha [em linha] <https://drive.google.com/file/d/0B5P5g0NZE4ZJZ-VJqTTBtRFk4aGc/view?pli=1> [último acesso 12 de Outubro de 2015]

Fundo das Nações Unidas para a Infância (2015d), avaliar as competências à entrada no primário em São Tomé e Príncipe; compreender a sua variabilidade para um pré-escolar que prepara melhor as crianças à sua escolaridade primária (não publicado)

Fundo das Nações Unidas para a infância (2015e), "Allaitement, Impact sur la survie de l'enfant et situation mondiale", [em linha] http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html [último acesso 8 de Outubro de 2015]

Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2009), Situation Analysis of Children and Women in Burundi. (não publicado).

Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2009b) Child Sexual Abuse in the Eastern Caribbean

Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2010) A problemática da gravidez e paternidade precoces em São Tomé e Príncipe: Diagnóstico da Situação

- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2011) Estudo sobre o trabalho infantil na República Democrática de São Tomé e Príncipe (não publicado)
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2011), Estudo sobre o impacto da criação do Centro de Conselho contra a Violência Doméstica (CCCVD) em São Tomé e Príncipe (não publicado)
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2012) Social Protection Strategic Framework, UNICEF, New York
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2013c) Estudo sobre as práticas parentais das crianças de menos de 6 anos em São Tomé e Príncipe (não publicado)
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2013a), Améliorer la nutrition de l'enfant. Un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial. http://www.unicef.org/french/publications/index_68661.html
- Fundo das Nações Unidas para a infância UNICEF (2013b), Relatório de visita ao projeto conjunto WFP-UNICEF sobre WASH nas escolas 08/04 tem 14/05/2013. (não publicado).
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2014a), Multidimensional Child Deprivation and Monetary Poverty in sub-Saharan Africa. MODA In Brief 7. Innocenti Working Paper No. 2014-19.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2014b), Committing to Child Survival: Promise Renewed, UNICEF, Nova Iorque
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2014c) A Situação das Crianças no mundo 2014 em números, Cada criança conta, Revelar as disparidades, Promover os Direitos da Criança, UNICEF, New York
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2015), O trabalho infantil [em linha] sobre http://www.unicef.org/spanish/protection/index_childlabour.html [último acesso 2 de Outubro de 2015]
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2015b) The investment case for education and equity, UNICEF, New York, NY
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF e Instituto de Género (2009a) Auditoria de género no setor da educação em São Tomé e Príncipe (não publicado)
- Fundos das Nações Unidas para a Infância, UNICEF e Ministério da Saúde e Assuntos Sociais (2011) Análise da Situação dos programas de Proteção Social na República Democrática de São Tomé e Príncipe (não publicado)
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF e Ministério do Trabalho (2010) Estudo sobre os abusos e a exploração sexual das crianças em São Tomé e Príncipe
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF e ODI (2009), Maternal and Child Health, the social protection dividend, UNICEF Regional Office for West and Central Africa
- Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF Guatemala (2011) A equidade, o grande desafio das crianças e os adolescentes no Guatemala (não publicado)
- Galeano, L. (2015), A proteção das crianças em São Tomé e Príncipe, diagnóstico da situação (não publicado)
- Galeano, L., Germain, G. (2014), A proteção da criança em São Tomé e Príncipe. Diagnóstico da situação. (não publicado).
- Germanwatch (2015), Global Climate Risk Index 2016, Germanwatch e.V., Berlin
- Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe (2014), Política Nacional de Nutrição e Alimentação de São Tomé e Príncipe (2013 - 2025). (não publicado).
- Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe (2012), Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza em São Tomé e Príncipe II 2012-2016. (não publicado).
- Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe (2015), Política Nacional de Proteção da Criança. Draft 1 v3 3 Abril 2015. (não publicado).
- Gray, B., Nicolau, P. (2011), Estudo sobre o impacto da criação do Centro de Aconselhamento contra a Violência Doméstica (CACVD). São Tomé e Príncipe. UNICEF. (não publicado).
- Hernández, A., Cuevas, E. (2012), Equidad. El gran desafío de la niñez y la adolescencia de Guatemala. UNICEF. (não publicado).
- Hydroconseil (2010), Atualização do Plano Diretor de Água e Saneamento do País elaborado em 1996. Entragável 1: Caracterização e análise da situação atual do País. (não publicado).
- IMF, World Economic Outlook Database. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/01/weodata/index.aspx>

- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International (2012), Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA: INS et ICF International.
- Instituto Nacional das Estatísticas (2009), Inquérito Demográfico e de Saúde 2008-2009, Calverton, Maryland, EUA: INATO.
- Instituto Nacional das Estatísticas (2000) Inquérito aos de Indicadores Múltiplos MICS 2
- Instituto Nacional das Estatísticas (2006) Inquérito aos de Indicadores Múltiplos MICS 3
- Instituto Nacional das Estatísticas (2009) Inquérito aos de Indicadores Múltiplos 2008-2009
- Instituto Nacional das Estatísticas (2010) Inquérito sobre o Orçamento das Famílias
- Instituto Nacional das Estatísticas (2012), IV Recenseamento Geral da População e Habitação (base de dados), não publicados
- Instituto Nacional das Estatísticas (2016) Inquérito aos de Indicadores Múltiplos MICS 5 (não publicado)
- Instituto Nacional das Estatísticas dos Camarões e ICF Internacional (2012), Inquérito aos de Indicadores Múltiplos MICS 4
- Kanamori, J. and Pullum, T. (2013) Indicators of Child Deprivation in Sub-Saharan Africa: Levels and Trends from the Demographic and Health Surveys. DHS Comparative Reports No. 32. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Kitt, I (2011) Relatório Nacional, a situação de inclusão e de exclusão educativa na República do Honduras 2010 - 2011 (não publicado)
- Leal, R. (2015), Entrevista para a Análise da Situação das Crianças e Mulheres em São Tomé e Príncipe. Agosto de 2015 (ver Anexo 4)
- Malhotra et all (2011), Solutions to end child marriage, what the evidence shows, International Center for Research on Women
- Marcas J.S. (2014), São Tomé e Príncipe. Programa dos primeiros 1.000 Dias mais Críticos. Proposta Final. (não publicado).
- Ministério a Educação, Cultura e Formação e Pólo de Dacar (2013) Relatório de estado do sistema educativo, uma análise setorial para uma melhoria da eficácia do sistema, Pólo de Dacar, UNESCO Breda, Senegal
- Ministério da Educação, Cultura e Ciência (2015) Boletim Estatístico 2013/2014
- Ministério a Educação, Cultura e Ciência e UNICEF (2014) Relatório do programa de sinalização de crianças portadoras de deficiência ou em risco de desenvolvimento em São Tomé e Príncipe (versão preliminar)
- Ministério da Saúde e Assuntos Sociais e Fundos das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2011) Análise da Situação dos programas de Proteção Social na República Democrática de São Tomé e Príncipe (não publicado)
- Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais (2012), Política Nacional de Saúde
- Ministério das Finanças de São Tomé e Príncipe e Fundos das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2011) Estudo sobre as Crianças da Rua em São Tomé e Príncipe (não publicado)
- Ministério das Finanças e da Administração Publica de São Tomé e Príncipe (2010), Orçamento Geral do Estado
- Ministério das Finanças e da Administração Publica de São Tomé e Príncipe (2011), Orçamento Geral do Estado
- Ministério das Finanças e da Administração Publica de São Tomé e Príncipe (2012), Orçamento Geral do Estado
- Ministério das Finanças e da Administração Publica de São Tomé e Príncipe (2013), Orçamento Geral do Estado
- Ministério das Finanças e da Administração Publica de São Tomé e Príncipe (2014), Orçamento Geral do Estado
- Ministério das Finanças e da Administração Publica de São Tomé e Príncipe (2015), Orçamento Geral do Estado
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Família e Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (2010), Estudo sobre os abusos e a exploração sexual das crianças em São Tomé e Príncipe (não publicado)
- Ministério da Educação, Cultura e Formação (MECF) da República Democrática de São Tomé e Príncipe (2011), Programa Nacional de Água, Saneamento e Higiene nas escolas do ensino de base (jardins, creches, escolas primárias e secundárias). (não publicado).
- Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais (MSAS) da República Democrática de São Tomé e Príncipe (2014), Política e Estratégia Nacional de Proteção Social. (não publicado).

- Escritório Internacional do Trabalho (2012), Estudo sobre a aplicação das Convenções n.º 138 e n.º 182 do BIT e as suas recomendações na legislação nacional dos Países da CPLP, BIT,
- Organização Internacional do Trabalho (2016), [online] <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--fr/index.htm> [último acesso 25 janeiro 2016]
- OIT (2012), Estudo sobre a aplicação das Convenções n.º 138 e n.º 182 da OIT e suas recomendações na legislação nacional dos Países da CPLP. São Tomé e Príncipe. (não publicado).
- Organização Mundial da Saúde OMS (2015), Aleitamento materno exclusivo [em linha] http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/ [último acesso 2 de Outubro de 2015]
- PNUD (2014) Terceiro relatório Nacional dos Objetivos do Milénio
- PNUD (2015), São Tomé e Príncipe em vias de eliminar o paludismo [em linha] sobre <http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/ourstories/sao-tome-et-principe-en-passe-delimiter-le--paludisme.html> [último acesso 2 de Outubro de 2015]
- Programa Nacional de Alimentação e Saúde Escolar (PNASE) (2014), Relatório de avaliação do Programa de Alimentação e Saúde Escolar. (não publicado).
- Programa Alimentario Mundial (2007), Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité, République Démocratique de Sao Tomé et Principe
- Programa Nacional de Luta contra Paludismo (2011), Revista de desempenho do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (não publicado)
- Relatório de missão de apoio ao escritório de STP no âmbito da avaliação do processo de transição do projeto de alimentação Escolar em São Tomé & Príncipe de 26 a 30 de abril de 2015.
- Republica Democratica de Sao Tomé e Principe (2015a), Plano de reassentamento para as comunidades de Malanza e santa Catarina, Sao Tomé [En ligne] <http://documents.worldbank.org/curated/en/2015/08/24870581> [dernier accès 20 Janvier 2016]
- Republica Democratica de Sao Tomé e Principe (2015b), Rapport d'évaluation des capacités nationales pour la réduction des risques de catastrophes, Sao Tomé (non publié)
- Republica Democratica de Sao Tomé e Principe (2015c), Contribution Décidée à l'Échelle Nationale pour la conférence Paris 2015 [en ligne] <http://www4.unfccc.int/submissions/indc/Submission%20Pages/submissions.aspx> [dernier accès 20 Janvier 2016]
- Rocher, T. (2008), "Que nous apprennent les évaluations internationales sur le fonctionnement des systèmes éducatifs ? Une illustration avec la question du redoublement", Comparaisons internationales, Éducation & formations n.º 78, Novembre 2008
- UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (2014), Levels & Trends in Child Mortality, UNICEF, WHO, UNFPA, The World Bank
- UNICEF, WHO, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division (2014) Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, World Health Organization
- Uniao Africana, Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique Commission Économique pour l'Afrique et Programme alimentaire mondial (2014) [em linea] www.costofhungerafrica.com/10-findings-of-coha [ultimo acesso 20 janeiro 2016]
- Victora C. G., Adair L., Fall C., Hallal P. C., Martorell R., Richter L., Sachdev H. P. S. (2008), Maternal and Child Undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*; 371:340–57.
- WHO (2015) Child growth indicators and their interpretation. <http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index2.html>
- WHO/UNICEF (2004), Low Birthweight. Country, Regional and Global Estimates. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43184/1/9280638327.pdf>



Anexo 1

Mapping de riscos e vulnerabilidades das crianças à São Tomé e Príncipe, por ciclo de vida

Mapping de riscos e vulnerabilidades das crianças à São Tomé e Príncipe, por ciclo de vida

	Tipo de Vulnerabilidade	Riscos e fatos	Ligações com outros riscos e vulnerabilidades
In utero e ao nascimento	Sanitário	<p>Carências nutritivas das mulheres grávidas: 61,4% das mulheres grávidas são anémicas (32,6% anemia moderada) 26,8% das mulheres quintil mais pobre não receberam o número mínimo de consultas pré-natais (4) 27,3% das mulheres da comunidade angolar não receberam o número mínimo de consultas pré-natais 26,4% das mulheres da comunidade cabo-verdiana não receberam o número mínimo de consultas pré-natais</p> <p>Partos não institucionalizados: 21,3% das crianças da região Sudeste nascem no seu domicílio 20% entre as crianças das comunidades cabo-verdianas sem assistência qualificada 41,7% das crianças em Santana e 35,2% na Ribeira-Peixe nasceram sem assistência qualificada (IV RGPH, 2012) 18/1000 das crianças morrem no primeiro mês de vida.</p>	<p>Riscos de prematuridade, baixo peso ao nascimento, anemia do aleitante</p> <p>Exposição aos riscos de infeções intrauterinas, de anemias, de baixo peso, complicações ao nascimento</p> <p>Exposição a riscos sanitários graves: mortalidade neonatal e materna.</p> <p>Complicações de saúde não mortais</p> <p>Não registo dos nascimentos</p> <p>Partos não institucionalizados, barreiras de acesso aos serviços de saúde de qualidade</p>
0 a 4 anos Incidência da pobreza multidimensional 80,9%	Sanitário	<p>Desnutrição crónica: 25,5% das crianças quintil mais pobre têm do atraso de crescimento. 24,7% das crianças na faixa etária de 2 a 3 anos.</p> <p>Anemia: 67% das crianças de 6 meses a 5 anos sofrem de anemia (33,3% anemia moderada). 74% na região do Sudeste e 71% no Príncipe</p> <p>26,9% das crianças de 0 à 5 anos não receberam ORT no caso de diarreia 52,4% das crianças com sintomas IRÁ não receberam antibióticos Falta de aleitamento materno exclusivo e de um regime alimentar adequado 26,2% das crianças não é aleitada exclusivamente 53,4% das crianças que falam angolar não são aleitadas exclusivamente 46% das crianças de 0 à 4 anos não têm um regime alimentar adequado Mortalidade infantil 32/1000 Mortalidade infantojuvenil 43/1000</p>	<p>Vulnerabilidade sanitária: Doenças comuns da infância mais frequentes/intensas</p> <p>De desenvolvimento: (físico, cognitivo e psicossocial)</p> <p>Situação económica familiar (pobreza, desemprego)</p> <p>A anemia pode obstruir o desenvolvimento motor e cognitivo das crianças</p> <p>Vulnerabilidade sanitária acrescida das crianças</p> <p>Esses indicadores não estão ligados à vulnerabilidade económica</p> <p>Instalações: Regime nutritivo inadequado, desnutrição, anemia, atraso de crescimento</p> <p>Efeitos irreversíveis no desenvolvimento físico e cognitivo das crianças</p>

Mapping de riscos e vulnerabilidades das crianças à São Tomé e Príncipe, por ciclo de vida

	Tipo de Vulnerabilidade	Riscos e fatos	Ligações com outros riscos e vulnerabilidades
0 a 4 anos Incidência da pobreza multidimensional 80,9%	Social (de desenvolvimento da jovem criança)	Exclusão educativa: 63,6% das crianças de 3 à 5 anos não assistem à programas de educação pré-escolar. 79,4% das crianças do quintil mais pobre não está escolarizada 87,4% das crianças do quintil inferior não adquiriram as capacidades esperadas para a sua idade nos domínios do cálculo e da leitura	Vulnerabilidade educativa: Falta de preparação para o nível primário, atraso escolar. Sanitárias:
	Ambiental	Falta de instalações de saneamento adequadas: 62,7% das crianças de 0 à 4 anos não têm acesso à instalações de saneamento melhoradas	Poluição do ambiente próximo às crianças, proliferação de micro-organismos patogénicos Indicadores muito ligados à vulnerabilidade económica Vulnerabilidade económica do agregado familiar
	Social (intra empregado)	Ausência do pai 44,2% das crianças não vivem com o seu pai biológico Guarda inadequada 27,7% das crianças de Príncipe e 26,1% das crianças no quintil mais pobre são deixados na guarda inadequada (sozinhos ou com crianças de menos de 10 anos) 71,9% das crianças de 0 a 4 anos vivem em agregados familiares em que os adultos utilizam métodos disciplinares violentos 7,9% das crianças de 3 a 4 anos recebem punições físicas severas	Vulnerabilidade social: Falta de acompanhamento adulto Exposição aos riscos de acidentes domésticos. Consequências irreversíveis no desenvolvimento psicológico e emocional das crianças Risco ligado aos partos não institucionalizados e no domicílio Risco ligado ao baixo nível educativo da mãe e à exclusão social da família de origem Exclusão educativa Não reconhecimento da cidadania e dos direitos das crianças Exposição acrescida aos riscos sociais
	Social	Não registo dos nascimentos: 12,5% das crianças de 0 a 5 anos no quintil mais pobre 21,1% em Santa Catarina, 16,5% em Alma, 12,8% em Ribeira Afonso não são registados	
	Concorrência das privações	Privações concomitantes: 22,6% das crianças de 0 a 4 anos sofre de 3 privações concorrentes: violência doméstica, falta de saneamento e défices nutritivos. 22,6% sofre de duas privações concorrentes: violência doméstica e falta de instalações adequadas de saneamento	
6 a 11 anos Incidência da pobreza multidimensional 67,8%	Social	23,9% das crianças de 5 a 11 anos trabalham 10,9% das crianças de 5 a 11 anos trabalham em condições perigosas	Exposição aos riscos de atraso ou ao abandono escolar Exposição aos riscos sociais no caso das atividades que se desenrolam fora do domicílio
	Social (intra empregado)	Violência doméstica 75,9% das crianças de 5 a 11 anos vivem em agregados familiares em que os adultos utilizam métodos disciplinares violentos 12,5% das crianças de 5 a 9 anos são objecto de punições físicas severas	“Consequências irreversíveis no desenvolvimento psicológico e emocional das crianças podem conduzir ao abandono do lar “ A persistência no tempo da violência doméstica severa é ligada à vulnerabilidade económica das mulheres

Mapping de riscos e vulnerabilidades das crianças à São Tomé e Príncipe, por ciclo de vida

	Tipo de Vulnerabilidade	Riscos e fatos	Ligações com outros riscos e vulnerabilidades
6 a 11 anos Incidência da pobreza multidimensional 67,8%	Social (educativo)	<p>Exclusão educativa:</p> <p>27% das crianças de 5 a 7 anos não vai a escola (50% em Malanza)</p> <p>6,3% das crianças de 8 a 11 anos em Santa Catarina nunca foram à escola</p> <p>6,6% das crianças de 8 a 11 anos não vão à escola (11,8% em Santana,</p> <p>29,5% em Ribeira Afonso, 27,7% em São João costas Angolares, 37,1% em Malanza)</p> <p>Exclusão silenciosa: 18,3% das crianças de 8 a 11 anos têm 2 anos ou mais de atraso.</p>	<p>Orientação para a vida familiar no caso das raparigas: Uniões e maternidade precoces</p> <p>Fraca capacidade de geração de rendimentos</p> <p>Vulnerabilidade económica</p> <p>Exclusão do mercado de trabalho decente formal e bem remunerado Exclusão social</p>
	Ambiental	<p>Falta de instalações de saneamento adequadas:</p> <p>60% das crianças de 5 a 11 anos não têm acesso às instalações de saneamento melhoradas</p>	<p>Sanitárias:</p> <p>Poluição do ambiente próximo às crianças, proliferação de micróbios patogénicos infecciosos</p> <p>Indicador muito ligado à vulnerabilidade económica</p>
	De Habitação	<p>33,7% das crianças de 5 a 11 anos não têm eletricidade em suas casas</p>	
	Concorrência de privações	<p>Privações concomitantes: 25,6% das crianças de 5 a 11 anos sofrem de 3 privações concorrentes: Proteção (violência doméstica e trabalho infantil), falta de saneamento e Habitação (falta de eletricidade, superlotação dos quartos). 24,1% sofre de duas privações concorrentes: Proteção e falta de instalações adequadas de saneamento</p>	
12 a 17 anos Incidência da pobreza multidimensional 69,6%	Social	<p>Uniões precoces:</p> <p>43,7% das raparigas do quintil mais pobre estão em situação de união (ou casamento) antes da idade do 18 anos.</p> <p>14,1% das raparigas de 12 a 17 anos em Santa Catarina e 11,1% em Micoló (IV RGPH, 2012)</p> <p>Gravidezes e maternidade precoces:</p> <p>38,9% das raparigas do quintil mais pobre começaram a sua vida reprodutiva antes da idade dos 18 anos. 33% das raparigas da comunidade angolares.</p> <p>20,6% das raparigas começam a sua vida reprodutiva antes dos 18 anos.</p> <p>Abusos sexuais:</p> <p>Em 18,5% dos agregados familiares os adultos conhecem um caso de abuso sexual.</p> <p>Em 60% dos casos, as vítimas são crianças de 13 a 18 anos.</p> <p>Abusos sexuais transacionais (dados não estatísticos)</p> <p>Trabalho infantil: 21,2% das crianças de 12 a 17 anos trabalham</p> <p>26,4 das crianças de 12 a 14 anos trabalham</p> <p>32,3% das crianças de 15 a 17 anos trabalham</p> <p>29,6% das crianças de 15 a 17 anos trabalham em condições perigosas</p> <p>18,1% das crianças de 12 a 15 anos trabalham em condições perigosas</p>	<p>Gravidezes precoces</p> <p>Atraso e abandono dos estudos</p> <p>Indicador muito ligado à vulnerabilidade económica (como causa e consequência)</p> <p>Atraso e abandono do dos estudos</p> <p>Indicador muito ligado à vulnerabilidade económica e a falta de educação da mãe da família</p> <p>Consequências irreversíveis no desenvolvimento psicológico e emocional das crianças</p> <p>Consequências irreversíveis no desenvolvimento psicológico e emocional das crianças</p> <p>Exposição aos riscos de atraso ou abandono escolar</p> <p>Exposição aos riscos sociais no caso das atividades que se desenrolam fora do domicílio</p>

Mapping de riscos e vulnerabilidades das crianças à São Tomé e Príncipe, por ciclo de vida

	Tipo de Vulnerabilidade	Riscos e fatos	Ligações com outros riscos e vulnerabilidades
<p>12 a 17 anos</p> <p>Incidência da pobreza multidimensional 69,6%</p>	Social (educativo)	<p>Exclusão educativa:</p> <p>Crianças fora da escola: Santana 27,9%, Ribeira Afonso 39,7%, São João dos Angolares 39,2%, Malanza 59,3%.</p> <p>Exclusão silenciosa: 65,9% das crianças que frequentam a escola têm 2 anos ou mais de atraso.</p> <p>85,7% das raparigas grávidas ou mães abandonam os estudos</p>	<p>Fraco desenvolvimento das capacidades humanas, vulnerabilidade social acrescida</p> <p>Orientação para a vida familiar no caso das raparigas: Uniões e maternidade precoces</p> <p>Fraca capacidade de geração de rendimentos no futuro</p> <p>Exclusão do mercado do trabalho decente formal e bem remunerado</p> <p>Exclusão social</p> <p>Fraco desenvolvimento das capacidades humanas, vulnerabilidade social acrescida da rapariga e da criança.</p> <p>Vulnerabilidade económica da nova base familiar (mãe e aleitante)</p> <p>Vulnerabilidade social acrescida da nova base familiar</p> <p>Exclusão do mercado do trabalho decente formal e bem remunerado</p>
	Social (intra-doméstico)	<p>Violência doméstica</p> <p>67,9% das crianças de 12 a 17 anos vive em agregados familiares em que os adultos utilizam métodos disciplinares violentos</p>	<p>Consequências irreversíveis no desenvolvimento psicológico e emocional das crianças</p> <p>Pode conduzir ao abandono do lar</p> <p>A persistência no tempo da violência doméstica severa é ligado à vulnerabilidade económica das mulheres</p>
	Ambiental	<p>Falta de instalações de saneamento adequadas:</p> <p>58% das crianças não têm acesso às instalações melhoradas</p>	<p>Sanitárias:</p> <p>Poluição do ambiente próximo às crianças, proliferação de micro-organismos patogénicos</p> <p>Indicador muito ligado à vulnerabilidade económica</p>
	Concorrência das privações	<p>Privações concomitantes: 26,7% das crianças de 12 a 17 anos sofre de 2 privações concorrentes: Proteção (violência doméstica e trabalho infantil), e Saneamento. 17,8% sofre de três privações concorrentes: Proteção, Saneamento e Educação.</p>	



Anexo 2

Fórmulas estatísticas de cálculo do índice de equidade entre os subdistritos

FÓRMULAS ESTATÍSTICAS DE CÁLCULO DO ÍNDICE DE EQUIDADE ENTRE OS SUBDISTRITOS

Existe dois tipos de indicadores originais: aqueles para os quais um valor mais elevado significa uma situação negativa (por exemplo, a superlotação dos alojamentos) e ao contrário (por exemplo a taxa de escolaridade primária). Isto necessita de duas fórmulas diferentes para a normalização, porque finalmente todos os indicadores vão ser referidos à mesma escala. A fórmula para normalizar os indicadores “positivos” é a seguinte:

$$N_{ij} = \frac{Y_{ij} - \min(Y_i)}{\max(Y_i) - \min(Y_i)}$$

Onde

N_{ij} : valor normalizado do indicador i no subdistrito j

Y_{ij} : Valor original do indicador i no subdistrito j .

Máximo (Y_i): valor máximo dentre todos os subdistritos para o indicador i .

min (Y_i): valor mínimo entre todos os subdistritos para o indicador i .

A fórmula para o cálculo dos indicadores “negativo” normalizados é similar ao precedente, salvo que o resultado final subtrai-se de 1:

$$N_{ij} = 1 - \frac{Y_{ij} - \min(Y_i)}{\max(Y_i) - \min(Y_i)}$$

Calcula-se o índice de equidade a partir dos valores normalizados de cada indicador para cada subdistrito, como uma média ponderada dos valores normalizados do indicador correspondentes, de acordo com a fórmula seguinte:

$$IE_j = \sum_{i=1}^n P_i N_{ij}$$

Onde

IE_j : índice de equidade para o subdistrito j

P_i : peso de cada indicador normalizado N_i .

Os pesos para o cálculo são definidos atribuindo um peso igual à cada dimensão e a cada indicador, como indicado na fórmula seguinte:

$$P_i = \frac{1}{L} \times \frac{1}{M_k}$$

Onde

L : de números dimensões, 8 neste caso.

M_k : números de indicadores em cada dimensão k .

O quadro 3.2.13 mostra os valores normalizados e o dos índices para cada subdistrito.

Quadro 3.2.13. Ponderação de cada dimensão e indicador

Dimensão	Indicador	P_i	$1/L$	$1/M_k$
Bem-Estar Económico	Rendimento por habitante (IPC)	0,048	0,143	0,333
	Desigualdade de rendimento (DI)	0,048	0,143	0,333
	Desemprego (CHO)	0,048	0,143	0,333
Proteção	Registo dos nascimentos (ENR)	0,071	0,143	0,5
	Maternidade precoce	0,071	0,143	0,5
Água	Acesso à água potável (ÁGUA)	0,143	0,143	1
Higiene	Acesso à saneamento melhorado	0,143	0,143	1
Habitação	Crianças que vivem em famílias com eletricidade (ELE)	0,036	0,143	0,25
	Agregados familiares com o solo de terra batida ou de madeira (SOL)	0,036	0,143	0,25
	Agregados com os muros construídos com materiais não adequados (MUR)	0,036	0,143	0,25
	Superlotação dos alojamentos (SL)	0,036	0,143	0,25
Saúde	Partos assistidos por pessoal qualificado (APQ)	0,143	0,143	1
Educação	Taxa líquida de escolarização primária (TSP)	0,071	0,143	0,5
	Taxa líquida de escolarização secundária (TSS)	0,071	0,143	0,5

Fonte: Elaborado pelos autores

O valor médio dos índices de equidade dos subdistritos serve como linha de divisão para determinar quais os subdistritos estão acima ou abaixo deste

valor, bem como a orientação sobre a situação geral do País.



Anexo 3

Fórmulas estatísticas para a medida da pobreza multidimensional

FÓRMULAS ESTATÍSTICAS PARA A MEDIDA DA POBREZA MULTIDIMENSIONAL

1. Taxa h_{ja} de incidência por dimensão e faixa etária.

Mede que percentagem de crianças é privada em cada dimensão e em cada faixa etária. Pode-se calcular a taxa para cada indicador, da mesma forma:

$$h_{ja} = \frac{q_{ja}}{n_a}$$

$$q_{ja} = \sum_{i=1}^{n_a} y_{ija}$$

Em que,

h_{ja} : taxa de incidência de crianças privadas na dimensão j na faixa etária a ;

q_{ja} : número total de crianças que sofrem de pelo menos j privações na faixa etária a ;

n_a : número total de crianças na faixa etária a

y_{ija} : Estado de privação da criança i na dimensão j na faixa etária a , com $y_{ija}=1$ se $x_{ija}<Z_{ja}$ (privação) e $y_{ija}=0$ se $x_{ija}\geq Z_{ja}$ (não privação);

x_{ija} : valor da dimensão j para a criança i no grupo de idade a ;

Z_{ja} : valor limiar da dimensão j na faixa etária a .

a : faixa etária. Neste caso, a vale 1 na faixa etária de 0 a 4 anos, 2 para a faixa etária de 5 a 11 anos e 3 para a faixa etária de 12 a 17 anos.

2. Taxa de incidência total H_a . Medida da percentagem das crianças sofre de pobreza multidimensional no grupo de idade a .

$$H_a = \frac{q_{ka}}{n_a}$$

$$q_{ka} = \sum_{i=1}^{n_a} y_{ika}$$

Em que,

H_a : Taxa de incidência da privação multidimensional de acordo com o valor limite K para a faixa etária a ;

q_{ka} : número total de crianças que sofrem de pelo menos K privações ($D_i \geq K$) na faixa etária a ;

n_a : número total de crianças na faixa etária a ;

y_{ika} : privação da criança i em função do valor limite K , com $y_{ika}=0$ se $D_i < K$ e $y_{ika}=1$ se $D_i \geq K$;

D_i : de números privações das quais sofre cada criança i

K : valor limite, 2 neste caso.

Pode-se também calcular a taxa de incidência total de todas as crianças, H , como a soma dos H_a ponderados em função do número total de crianças em cada faixa etária:

$$H = \sum_{a=1}^m H_a \times \frac{n_a}{n}$$

Em que:

H : taxa de incidência da privação multidimensional de acordo com o valor limite K para o total das crianças;

m : números de faixa etária consideradas (3 neste caso);

n : número total de crianças.

3. Taxa de incidência ajustada M_{0a} . A taxa H_a pode ser ajustada com o número médio de privações ou intensidade média da privação, A .

$$A_a = \frac{\sum_{i=1}^{q_{ka}} c_{ik}}{q_{ka} \times d_a}$$

$$M_{0a} = H_a \times A_a = \frac{\sum_{i=1}^{q_{ka}} c_{ik}}{n_a \times d_a}$$

Em que,

A_a : intensidade média da privação multidimensional de acordo com o valor limiar K na faixa etária a ;

d_a : número total de dimensões consideradas por criança na faixa etária a (6 neste caso para todos os grupos de idade);

c_{ik} : números privações sofridas por cada criança i que sofre de privações multidimensionais, com $c_{ik}=D_i \times y_{ik}$;

M_{0a} : taxa de incidência ajustada da privação multidimensional das crianças que sofrem de pelo menos K privações na faixa etária a .

É possível calcular também A (intensidade média da privação multidimensional para o total das crianças) e M_0 (taxa de incidência ajustada para o número total de crianças) se ponderar-se A_a a M_{0a} com o número total de crianças em cada faixa etária.



Lista das pessoas interrogadas

Anexo 4

LISTA DAS PESSOAS INTERROGADAS

Nome	Instituição	Responsabilidade
Luís Bomfim	UNICEF	Especialista de Saúde
Ângela Barros	UNICEF	Especialista de Proteção
Adelino da Costa,	UNICEF	Especialista de Comunicação Social
Mariana Ruth Leal	UNICEF	Especialista de Educação
Alberto Neto	Cruz Vermelha	Secretário-geral
Vilma Loureiro	Direção de Proteção Social	Diretora-geral
Amadeo Maia	Direção dos Cuidados de Saúde	Diretor-geral
Ana Maria Varela	Direção do Ensino primário	Diretora-geral
Bonifácio da Costa e Sousa	Programa Nacional de Luta contra a SIDA	Diretor
Nelma Carvalho	Direção dos Cuidados de Saúde	Nutricionista
Nini	Empregada doméstica	Empregada doméstica
Ana Maria Vera Cruz	Direção da Educação Inclusiva	Diretora
Emir Boa Morte	Direção do Liceu Nacional	Diretor
Dulce Gomes	Fundação Novo Futuro	Diretora
Mondlane Tome	Ministério da Justiça	Jurista
Edgar Neves	Instituto Marcas de Vale estreito Flor	Diretor
Carmen Álvarez Vilas	ONG Cooperação Bierzo Amargo	Técnico
Laurent Ngoma	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento	Programa de Mudança Climática
Elisabeta Carvalho	Programa de Saúde Reprodutiva	Diretora
Gilmar Quaresma dos Santos	Direção de Água e Saneamento	Diretor
Dudene Vaz Lima	Direção dos Recursos Naturais e Energia	Técnico
Chicher Pires Diogo	Direção da Água	Responsável
Luís Idálio	Instituto Nacional de Estatísticas	Técnico

LISTA DOS MEMBROS DO COMITÉ DE PILOTAGEM

Ladislau D' Almeida	Ministério da Economia e a Cooperação Internacional
Ivete Correia	Ministério da Justiça e dos Direitos Humanos
De Almeida	Direção dos Cuidados de Saúde
Nelma Silva	Ministério das Finanças e Administração Pública
Heng Costas Santos	Instituto Nacional de Estatística
Filipe Moniz	Ministério da Economia e a Cooperação Internacional
Dudene Vaz Lima	Direção dos Recursos Naturais e Energia
Fernando Freitas Ramos	Ministério da Economia e Cooperação Internacional
Daena Costa Neto	Ministério da Economia e Cooperação Internacional
Hermínia das Neves	Comunicação Social

AS DISCUSSÕES DE GRUPO AO NÍVEL COMUNITÁRIO

Tendo em conta a dimensão do País foi considerado relevante realizar três grupos de discussão com mães de família e com as crianças. As comunidades selecionadas foram Malanza (Caué), devido às taxas elevadas de exclusão escolar, para inquirir em especial sobre os problemas do acesso à educação das crianças. Madalena (em Mé-Zóchi), devido às dificuldades de acesso à saúde para inquirir em

especial sobre as dificuldades de acesso aos postos de saúde. Finalmente, uma terceira discussão de grupo foi organizada na Trindade, no bairro de residência de uma parteira tradicional a fim de analisar em especial as causas que conduzem as mulheres a escolher os cuidados de saúde tradicionais.

A discussão foi organizada, em todos os casos, em torno das seguintes perguntas:

PERGUNTAS PARA ORIENTAR AS DISCUSSÕES DE GRUPO

Quais são os três problemas mais urgentes para as crianças da vossa comunidade?

Educação

Quais são as causas que fazem com que as crianças abandonam a escola? (inquirir em especial sobre o limite de idade, a vontade de trabalhar e os custos)

O que faz quando não pode pagar as despesas de escolaridade?

Quais são as despesas de escolaridade mais dispendiosas?

Pensa que as crianças estão contentes com a escola?

Até que idade pensa que é importante que as crianças estudem?

O que pensam dos estudos das raparigas?

Em São Tomé e Príncipe, a partir dos 16 anos há mais raparigas que abandonam os estudos. O que pensam disto?

Trabalho infantil

Há períodos em que as crianças ajudam mais as famílias? Como pensa que isto afeta os seus estudos?

Uniões/casamento precoces

Com que idade pensa que as mulheres devem encontrar um marido/parceiro? As raparigas devem estudar ou se casar?

Pensa que é um problema privado?

Reações face à violência doméstica

Se tomar conhecimento que uma das suas vizinhas foi batida pelo seu parceiro, pensa que é importante intervir? O Que faz?

Conhece o Centro de luta Contra a Violência Doméstica?

Acesso aos cuidados de saúde

Quais são os problemas que encontra para levar ao doutor a sua criança?

Como se sente no centro de saúde? Acha que a atenção é correta?

No caso de febre ou diarreia, existem diferenças entre as raparigas e os rapazes? Será que um dentre eles deve ir ao doutor com mais urgência?

Tem confiança nas recomendações dos doutores e dos enfermeiros?

Se o doutor receitar medicamentos para a sua criança, o que faz?

Alimentação

Na sua comunidade há pessoas que sofrem de fome? Porquê? O que fazem para superar estes períodos? (Inquirir sobre as estratégias de resposta que afetam as crianças)

Perguntas específicas para as crianças

Você trabalha em casa? Quem trabalha mais, as raparigas ou os rapazes? Porquê?

Quer continuar a estudar e trabalhar? Aspira fundar uma família?

Sente que papa e mama/ a tua família te ouve? Realizas atividades na escola ou na comunidade?

Você está contente com a tua família e a tua escola, ou tens preocupações? Quais são estas preocupações?

A realização de grupos de discussão com as crianças estava prevista em Malanza e Madalena, mas tendo em conta a dinâmica da comunidade estas integraram-se nas discussões com as mulheres.

Composição dos grupos de discussão:

- Malanza: 15 mães de família, 16 crianças e adolescentes
- Madalena (Vista Alegre): 20 mães de família, cerca de 10 crianças
- Trindade: 9 mães de família

