



Ana Catarina Cardoso de Almeida

***A Cooperação Internacional Portuguesa no
Sector da Saúde:
da fragmentação ao holismo***

Porto

2012



Ana Catarina Cardoso de Almeida

***A Cooperação Internacional Portuguesa no
Sector da Saúde:
da fragmentação ao holismo***

Porto

2012



***A Cooperação Internacional Portuguesa no
Sector da Saúde:
da fragmentação ao holismo***

Dissertação apresentada à UFP como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Acção Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento, realizada sob orientação do Prof. Dr. Paulo Castro Seixas (ano de 2012) e do Prof. Dr. Fernando Jorge Cardoso (ano de 2011).

(Ana Catarina Cardoso de Almeida)

RESUMO

Na última avaliação realizada pelo CAD-OCDE à cooperação internacional portuguesa, em 2010, a palavra que mais ressalta pela sua recorrente utilização para a caracterizar é *fragmentada*. A aplicação desta adjectivação à cooperação que o país realiza no sector da saúde, coloca no mesmo contexto dois cenários conceptualmente opostos: a prestação de uma ajuda fragmentada num sector cujo foco é holístico e multideterminado, a saúde. Perante esta constatação, o fracasso a que estarão devotados os ODM, a somar à ausência de estudos académicos ou outras publicações que permitam caracterizar a cooperação internacional portuguesa no sector, para nortear o seu direccionamento estratégico rumo a caminhos que ofereçam melhores garantias de qualidade, eficácia e eficiência no futuro, desenvolveu-se a investigação relatada. Através dela, pretende-se proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, explorando-a e descrevendo-a enquanto sistema - *diagnóstico estratégico* - para assim se descobrir qual o lugar ocupado pelas abordagens holísticas neste contexto, caracterizando-se o *actual cenário* de “*fragmentação*” e o *cenário desejável ou normativo*, o “*holístico*”. Para dar resposta a estes objectivos realizou-se um estudo descritivo-exploratório, transversal, qualitativo, com uma amostra por casos típicos constituída por 18 pessoas. Os dados foram recolhidos maioritariamente através de entrevista semi-estruturada e o seu tratamento realizado através da análise de conteúdo, processando-se a construção do conhecimento de modo indutivo e sistemático.

O diagnóstico estratégico realizado permite constatar uma forte incidência de ameaças associadas a uma forte concentração de pontos fracos, situação indicativa, da necessidade de sobrevivência deste sector da cooperação. No cenário actual as causas que explicam a fragmentação concentram-se, essencialmente, a nível *institucional* ou *intermédio* e as falhas ao nível da *relação* macro-institucional. No cenário *desejável*, foi considerado como ideal para a concretização da cooperação no sector da saúde, a existência de uma estratégia geral de base holística que embase todas as intervenções a realizar no sector e que conduza, em termos de acção, à construção de sistemas de

cuidados de saúde em pirâmide nos países parceiros. Da aplicação deste paradigma holístico às intervenções de cooperação, considerado pela maioria operacionalizável e importante ou fundamental, resultam, como mais-valias para o sector, maior impacto e sustentabilidade para as intervenções e rentabilização de recursos. Contudo, na forma como o país coopera, uma série de situações constituem uma dificuldade para a sua aplicação efectiva à prática, concentrando-se a sua maioria nos níveis de *relação* e *institucional/intermédio*. As decisões estratégicas a tomar para chegar do seu cenário actual fragmentado, ao seu cenário desejado, holístico, encontram-se concentradas em maior número a nível *intermédio/institucional*.

Palavras-chave: cooperação, saúde, holística, fragmentada, diagnóstico estratégico, cenário, estratégia.

ABSTRACT

On the last evaluation conducted by DAC-OECD on the Portuguese international cooperation, in 2010, *fragmented* is the word that stands out for its constant use to characterize it. The use of this kind of adjective to the cooperation that the country performs in the health sector, puts on the same context two conceptually opposed scenarios: a fragmented aid in a sector whose focus is holistic and multidimensional, health. Given this finding, the failure that will be devoted to the MDGs, adding to the lack of academic studies or other publications that allow the characterization of the Portuguese international cooperation on the sector, to guide their strategic targeting towards paths that offer better quality guarantees, effectiveness and efficiency in the future, has been developed the reported research. With this research, it is our intention to provide an overview, in an approximate way, of the Portuguese international cooperation (public and private) on the health sector, exploring it and describing it as a system – *strategic diagnosis* – in order to find out the place occupied by the holistic approaches in this context, characterizing the *current scenario of “fragmentation”* and the *desirable and normative scenario*, the “*holistic*” one. To meet these objectives we have designed an exploratory descriptive, cross-sectional and qualitative study, with a sample of typical cases consisting of 18 people. Data was mainly collected by a semi-structured interview and its content analysis, processing the construction of knowledge in an inductive and systematic way.

The strategic diagnosis performed brings out a high incidence of threats associated with a high concentration of weak points, an indicative situation of the need for survival of this cooperation sector. In the current scenario the causes that explain the fragmentation are concentrated, primarily, at the *institutional* or *intermediate* level and at the failure of the macro-institutional *relationship* level. In the *desirable* scenario, the existence of an overall strategy of holistic basis covering all the interventions in the sector and that leads, in terms of action, to the construction of pyramid health care systems in partner countries was considered ideal to the fulfillment of the cooperation in the health sector. The implementation of this holistic paradigm to cooperation

interventions, considered by the great majority workable and important or essential will be considered capital gains to the sector, will have a greater impact and sustainability to the interventions and to maximize resources. However, the way the country cooperates, a number of situations are considered a challenge for its enforcement practice, concentrating mostly on the *relationship* and *institutional/intermediate* levels. Strategic decisions to be taken to get away from its current fragmented scenario and reach its desirable holistic scenario, are mainly concentrated in the *intermediate/ institutional* level.

Keywords: cooperation, health, holistic, fragmented, strategic diagnosis, scenario, strategy

A todos aqueles que tornaram esta concretização possível,

Dr. João Blasques, Jorge Cabral, João Luís Baptista, Bernardino Silva, Ivo Saruga, Ricardo Domingos,

Manuel Correia, Ahmed Zaky, Abílio Antunes, Humberto Vitorino,

Dr.ª Regina Ungerer, Maria José Ferreira, Cátia Palma, Ana Paula Fernandes, Susana Refega, Mónica

Ferreira, Maria Hermínia Cabral, Maria Carvalhosa,

Dr.ª Joana Almeida,

Hélder Reis,

Rute Oliveira e Marisa Araújo

Dr.ª Dayse Neri de Sousa,

Sr. César Brito, Marisa Costa,

Dr. Fernando Jorge Cardoso e Dr.ª Maria João Seabra,

Dr. Paulo Castro Seixas,

os meus pais, o meu irmão e a Cátia,

sem nenhuma ordem especial,

o meu muito MUITO OBRIGADO por tudo!

“It always seems impossible until it’s done”

Nelson Mandela

Lista de abreviaturas

a.C. - antes de Cristo

art.- artigo

d. C. - depois de Cristo

ex. - exemplo

nº - número

p.- página

s.p.- sem página

Lista de acrónimos em português

AAA - Agenda para a Acção de Acra

ACS - Alto Comissariado para a Saúde

APD- Ajuda Pública ao Desenvolvimento

APF - Associação para o Planeamento da Família

AVAI - Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

BM - Banco Mundial

CAD - Comité de Apoio ao Desenvolvimento

CE - Comissão Europeia

CIC- Comissão Interministerial para a Cooperação

CID - Cooperação Internacional para o Desenvolvimento

CO - Carta de Ottawa

CP - Cooperação Portuguesa

CPD - Coerência das Políticas para o Desenvolvimento

CPLP- Comunidade de Países de língua Portuguesa

CREAM - Claros; Relevantes; Económicos; Adequados e Monitorizáveis

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSPS - Cuidados de Saúde Primários Selectivos

CT- Cooperação Técnica

CV- Cabo Verde

DAA- Declaração de Alma Ata

DGS - Direcção Geral de Saúde

DL - Decreto – Lei

DTN - Doenças Tropicais Negligenciadas

ENED - Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento

EUA- Estados Unidos da América

FCG- Fundação Calouste Gulbenkian

FMI- Fundo Monetário Internacional

G-B - Guiné - Bissau

Gidi - Gestão integrada de doenças infantis

IAPMEI - Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e à Inovação

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMVF- Instituto Marquês de Valle Flôr

IOV – Indicadores Objectivamente Verificáveis

IPAD - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

IRD - Instrumento de Recolha de Dados

MNE - Ministério dos Negócios Estrangeiros

MS - Ministério da Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODM - Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações Não Governamentais

ONGD - Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan- Americana da Saúde

OUA - Organização da Unidade Africana

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIB - Produto Interno Bruto

PIC - Programas Indicativos de Cooperação

PMA -Países Menos Avançados

PmD - Países menos Desenvolvidos

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RCM - Resolução do Conselho de Ministros

RNB -Rendimento Nacional Bruto

SENEC - Secretaria de Estado dos Negócios Estrangeiros

STP- São Tomé e Príncipe

TB - Tuberculose

TL- Timor Leste.

UE - União Europeia

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

Lista de acrónimos em inglês

DAC - Development Assistance Committee

GOBI - Growth monitoring, oral rehydration, Breastfeeding and Immunization

MDG - Millennium Development Goals

MIC - Middle Income Countries

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development

SMART - Specific, Measurable, Attainable, Realistic and Time-bound

SPSS - Statistical package for the Social Sciences

SWAp - Sector Wide Approaches

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

UNESCO - United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization

UNICEF - United Nations Children's Fund

UN - United Nations

INTRODUÇÃO	1
I - SAÚDE E DESENVOLVIMENTO	9
1.1 - O CONCEITO DE SAÚDE	10
1.2 - LIÇÕES APRENDIDAS SOBRE SAÚDE E DOENÇA: ABORDAGENS COM HISTÓRIA.....	11
1.2.1- Da antiguidade até ao início do século XX.....	11
1.2.2- O século XX	15
1.2.3 - O século XXI: a declaração do Milénio e os ODM.....	25
1.3- A CONSTRUÇÃO DO CENÁRIO DESEJÁVEL EM SAÚDE.....	27
1.3.1 - Equidade e sustentabilidade em saúde.....	27
1.3.2 - Holismo: marco conceptual em saúde.....	30
1.3.3- Planeamento em saúde.....	34
1.4 – SAÚDE MUNDIAL: UM MUNDO DE OPORTUNIDADES PARA RESPONDER.....	41
II - COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO.....	47
2.1- O CONTEXTO INTERNACIONAL: MAIS E MELHOR AJUDA	48
2.2 – “UMA VISÃO ESTRATÉGICA PARA A COOPERAÇÃO PORTUGUESA”	52
2.2.1- Prioridades geográficas e sectoriais.....	53
2.3 – A COOPERAÇÃO PORTUGUESA NO SECTOR DA SAÚDE: O CENÁRIO ACTUAL.....	56
2.3.1- Os actores da cooperação em saúde.....	58
2.3.2 – Os números.....	61
2.3.3 – Modalidades e instrumentos de implementação.....	63

2.4-APRECIACÃO INTERNACIONAL DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA	65
III- O “DESENHO DE INVESTIGAÇÃO”	69
3.1- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	70
3.2- O MÉTODO E TIPO DE ESTUDO	71
3.3- O MÉTODO DE AMOSTRAGEM E A AMOSTRA	72
3.3.1- Caracterização da amostra.....	74
3.4- O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	76
3.4.1- Operacionalização de conceitos	77
3.5- A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS	82
3.6- CONSIDERAÇÕES E PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	86
3.7- CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	87
IV- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89
4.1 – DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO.....	89
4.1.1- O ambiente interno da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde	118
4.1.2- O ambiente externo da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde	135
4.2- O CENÁRIO ACTUAL	144
4.2.1-Eixo II: fragmentação – saúde	144
4.2.2- Eixo temático III: falhas - saúde	158
4.3- O CENÁRIO DESEJADO	186
4.3.1 - Eixo temático IV: sustentabilidade - saúde.....	186
4.3.2-Eixo temático V: visão holística - cooperação - saúde.....	200
4.4- DECISÕES ESTRATÉGICAS	216
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	230

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo I-Guião da entrevista

Anexo II- Questionário

Anexo III- Tabela de convenções utilizadas na transcrição das entrevistas

Anexo IV- Exemplos apontados pelos elementos da amostra ao longo das entrevistas

Índice de Tabelas e Quadros

Tabela 1- Caracterização socioprofissional da amostra	75
Quadro I - Operacionalização dos conceitos utilizados na investigação	81

Índice de Figuras

Figura 1 - Eixos de análise temática	83
Figura2- Organização dos dados para a discussão dos resultados	84
Figura 3 - Organização geral das subcategorias empíricas no interior de cada categoria analítica	85
Figura 4 - Categorias analíticas do I eixo temático	91
Figura 5 - Esquema resumo das oportunidades enquanto circunstâncias favoráveis – decisões estratégicas - para cooperação internacional portuguesa no sector da saúde	107
Figura 6 - Matriz <i>SWOT</i> da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde (1º semestre 2011)	117
Figura 7 - Categorias de análise do II eixo temático	144
Figura 8 - Esquema resumo das causas, que, de acordo com o grupo com que se investiga, se encontram na base da fragmentação da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde	146
Figura 9 - Esquema resumo das consequências que, de acordo com o grupo com que se investiga, tem uma ajuda fragmentada no sector da saúde	152
Figura 10 - Esquema resumo das decisões estratégicas necessárias para a redução da fragmentação na cooperação no sector da saúde, de acordo com o grupo com que se investiga	155
Figura 11 – Categorias analíticas do III eixo temático	158

Figura 12 – Esquema resumo das causas de falhas no sector da saúde apontadas pelos entrevistados no sector da saúde, para correcção/conversão das falhas.....	159
Figura 13 - Esquema resumo das decisões estratégicas necessárias na cooperação no sector da saúde, para correcção/conversão das falhas.	169
Figura 14 – Categorias analíticas do IV eixo temático	186
Figura 15 - Esquema resumo das condições anti-sustentabilidade que, de acordo com os entrevistados existem por parte do “parceiro”, “doador” e comuns a ambos	188
Figura 16 - Esquema resumo dos pré-requisitos mencionados pelos entrevistados como fundamentais para a sustentabilidade das intervenções de cooperação no sector da saúde	191
Figura 17 - Esquema resumo das decisões estratégicas mencionadas pelos entrevistados como necessárias para a sustentabilidade das intervenções de cooperação no sector da saúde	194
Figura 18 – Categorias analíticas do V eixo temático	200
Figura 19 – Esquema resumo das situações que, de acordo com o grupo com que se investiga, se opõem à concretização da implementação de uma abordagem holística na cooperação portuguesa no sector da saúde	202
Figura 20 - Esquema resumo da situação ideal para a concretização da cooperação no sector da saúde	204
Figura 21 – Esquema resumo das decisões estratégicas que, de acordo com os entrevistados são necessárias para a implementação de uma visão holística na cooperação portuguesa no sector da saúde	206
Figura 22 – Esquema resumo dos benefícios da implementação de uma visão holística na cooperação no sector da saúde	207
Figura 23- Esquema resumo das categorias analíticas que reúnem as decisões estratégicas necessárias para colocar a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde rumo ao seu cenário desejado.....	216
Figura 24 – Esquema resumo das decisões estratégicas necessárias para colocar a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde rumo ao seu cenário desejado.....	217

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dos povos, especialmente daqueles que se esforçam por afastar a fome, a miséria, as doenças e a ignorância, que procuram uma participação mais ampla e activa nos frutos da civilização e que se orientam com decisão para o seu pleno desenvolvimento, deve ser estimulada e potenciada por todas as sociedades. A promoção e efectivação deste direito, que tem como sujeito central a pessoa humana na sua individualidade e relação com o mundo, implica a exortação e plena realização de todos e cada um dos seus direitos humanos fundamentais, entre os quais o consagrado direito universal à saúde (ONU,1948), um pré-requisito e condição essencial para actividades cruciais para o bem-estar social, político e económico (Gostin, 2007), individual e colectivo.

Definida em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “(...) *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*” (ONU, 1945), esta seria a primeira definição oficial de saúde da história e o resultado de milhares de anos de avanços e retrocessos nos vários paradigmas com que ela foi identificada ao longo dos séculos. Ao mesmo tempo, mostrava ao mundo como é que os seus fundadores, pretendiam que esta agência especializada na coordenação da saúde internacional, abordasse a saúde e os desafios da prestação de cuidados eficazes: a visão fragmentadora e reducionista, que tinha marcado a abordagem deste fenómeno durante vários séculos deveria ser colocada de parte, passando a privilegiar-se a integração das perspectivas biomédica, tecnológica e social (OMS, 2005 a), numa abordagem multidisciplinar e integrada deste fenómeno.

Como novo paradigma formulava-se assim a construção de um conhecimento ao mesmo tempo local e total (Santos *cit in* Czeresnia, 2001,p.353), uma postura transdisciplinar baseada numa visão sistémica das realidades. Constituindo-se ao redor de questões de grupos sociais concretos e de problemas locais, este conhecimento deveria ter como horizonte a totalidade universal. A lógica seria potencializar a

resolução de questões singulares, ampliando a abordagem a um conjunto integrado de circunstâncias (Czeresnia, 2001), numa visão, nomeada por Smuts (1926), holística da realidade e da saúde.

Este novo paradigma, revelava que a abordagem aos problemas de saúde na sua interface seria a partir de então, geralmente, mais complexa do que a que se praticava, associada à necessidade de garantir uma abordagem global e integrada, que deveria considerar não apenas os aspectos físicos da doença, mas também os aspectos emocionais e sociais, o passado e o futuro de cada um e as realidades do contexto em que cada indivíduo se movimenta (OMS, 2008). George Engel, precursor do mais largamente divulgado modelo holístico de saúde, referindo-se à sua aplicação à prática, afirmava, contudo que “(...) nothing will change unless or until those who control resources have the wisdom to venture off the beaten path of exclusive reliance on biomedicine as the only approach to health care.” (Engel, 1977,p.135).

Paralelamente a estes acontecimentos, uma visão global sobre o mundo permitia constatar que enquanto em muitos países os sistemas de saúde atingiam um elevadíssimo nível de aperfeiçoamento e eficácia, noutras regiões, principalmente nas colonizadas, não tinham passado das primeiras etapas de desenvolvimento e as bases económicas e sociais em que assentavam dificilmente contribuiriam para o seu progresso (Ferreira, 1978).

Devido a uma consciência crescente de que, como declarariam vários líderes mundiais, a “(...)saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia directamente todos os outros países (...)”(OMS e UNICEF, 1978,alínea IX), em 1978,enquadrada no movimento mundial sob liderança e empenho da OMS, de combate a estas profundas desigualdades entre países ricos e pobres, a Declaração de Alma Ata (DAA) constituiria um marco na saúde pública moderna, (OMS, 2008), ao abraçar a meta de “*Saúde para Todos no ano 2000*” e ao apelar ao “espírito de comunidade e serviço”(OMS e UNICEF, 1978,alínea IX) e à responsabilidade de governos e comunidade internacional de forma a implementarem ou colaborarem na execução desta nova estratégia.

Todavia, como previa Engel (1977,p.135) “The power of vested interests, social, political, and economic, are formidable deterrents to any effective assault on biomedical dogmatism.”,

factos que fariam com que, concomitantemente ao que acontecia com a concepção de saúde adoptada pela OMS, também os sublimes princípios estabelecidos nesta declaração fossem subvalorizados, em detrimento de acções selectivas e fragmentadas, baseadas em modelos demasiado simplistas de saúde, mal adaptados aos diferentes contextos e problemas (OMS,2008),mas cujos resultados imediatos, eficientes no controlo individual da doença, as transformariam em acções históricas (OMS,2005 a;CDSS,2007; Brown, Cueto e Fee, 2006)

Assim, apesar de até ao ano 2000 terem sido alcançados, significativos progressos na melhoria da saúde das populações em geral (UNICEF, 2008), a meta de “Saúde para Todos” não seria alcançada. Em muitos aspectos, as respostas à saúde num mundo que se contactava cada vez mais interdependente, revelavam-se desadequadas e ingénuas, na medida em que falhavam não só na antecipação mas também na resposta apropriada - vezes demais com muito pouco, tarde demais ou excessivamente no sitio errado, requerendo as falhas do sistema uma solução ao nível do sistema e não soluções temporárias (OMS,2008).

Estes factos não remeteriam, contudo, a OMS e a comunidade internacional para a inércia. Conscientes da injustiça social e desrespeito pelos direitos humanos e liberdades fundamentais reflectidas neste fracasso, em Setembro de 2000, os membros da ONU adoptavam unanimemente, aquela que ficaria conhecida como Declaração do Milénio (ONU, 2010), comprometendo-se a alcançar até ao ano de 2015, oito objectivos de desenvolvimento internacional – os objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM) - três dos quais directamente relacionados com a saúde (ODM 4,5 e 6) (ONU, 2000). Esta relação entre saúde e desenvolvimento, tantas vezes eclipsada, era assim colocada de novo em ênfase, criando-se um clima favorável para a acção multisectorial alargada sobre as causas reais dos problemas, e uma oportunidade sem precedentes, para melhorar as condições de saúde em algumas das comunidades mais carentes e vulneráveis do planeta (CDSS, 2005).

Volvidos mais de dez anos sobre esta data e embora pesem os progressos que já foram alcançados rumo a este compromisso mundial, dados do *MDG Monitor* e do “*The Millennium Development Goals Reporte*” de 2011 da ONU, evidenciam contudo que, caso não sejam tomadas medidas adequadas (ONU,2011), este comprometimento

se transforme em mais um esforço internacional devotado ao insucesso. E porque o ano 2015 está próximo, o tempo deverá ser de mudança, porque como afirma Manuel Correia (2011, s.p.) “(...) não podemos sentir-nos satisfeitos com os resultados obtidos no que aos ODM diz respeito.”, uma vez que acima de tudo e antes de representarem metas e objectivos não alcançados, eles implicam vidas de pessoas que continuam suspensas, vulnerabilidades e sofrimento, que são eticamente inaceitáveis. Como afirma o Secretário Geral da ONU, Ban Ki-Moon (ONU, 2011, p.3) “Between now and 2015, we must make sure that promises made become promises kept.” porque, como continua “The consequences of doing otherwise are profound (...)”.

E embora não possamos, como é ideia dominante na filosofia política actual, garantir o acordo sobre o que constitui uma sociedade mais justa e quais as normas a ela associadas, podemos contudo, como defende Amartya Sen, concordar que alguns estados de coisas são melhores do que outros (PNUD, 2010). Podemos identificar injustiças claras que as pessoas e as sociedades devem eliminar, como as que continuam a determinar a esperança média de vida de uma criança pelo local onde nasce (CDSS, 2010; Gostin,2007) e a fazer variar as taxas de mortalidade pelo nível de desenvolvimento de um país (Gostin,2007).

Quebrar este ciclo de inequidades que se retroalimenta nas largas manchas de pobreza que continuam a existir nas mais variadas zonas do planeta (PNUD,2010), depende por isso, dos meios e modos que os actores sociais irão utilizar para cumprir o itinerário necessário para a realização à escala global destes dois direitos humanos fundamentais: o direito à saúde e ao desenvolvimento.

Portugal, enquanto actor no teatro da cooperação internacional, deve por isso assumir perante esta possibilidade de fracasso a sua quota de responsabilidade.

Embora seja um país com um passado largamente solidário e enquanto membro da ONU se tenha comprometido a “*Servir os interesses do país através dos interesses daqueles países que são menos afortunados do que nós.*” (Correia, 2011,s.p.),dados do último relatório de avaliação de 2010, realizada pelos pares do CAD/OCDE a Portugal, tornam recorrentes algumas críticas no que diz respeito à forma como o país coopera e contribui para a concretização deste esforço global. Na avaliação realizada, a palavra

que mais ressalta pela sua frequente utilização para caracterizar a forma como o país presta ajuda, é “*fragmentada*”. De acordo com esta entidade “Portugal (...) has made some progress in increasing co-ordination within the system though this remains a major challenge. Similary (...) further progress is constrained by the fragmented nature of Portugal’s bilateral aid programme” (CAD/OCDE, 2010, s.p.).

Esta situação de fragmentação, a somar ao fracasso a que provavelmente estarão devotados os ODM e o sofrimento e injustiças refletidas neste facto, focalizaram a atenção da investigadora, que detendo como formação académica de base o curso de licenciatura em Enfermagem, constata que, aplicando-se também esta adjectivação à cooperação internacional realizada pelo país no sector específico da saúde, dois cenários conceptualmente opostos “coabitam” no espaço da cooperação no sector: fragmentação e saúde, espelhando de certa forma uma oscilação de paradigmas histórico, pautada por alguns fracassos com consequências relevantes para a saúde da humanidade. Este enquadramento conduziu à formulação da questão que se tornaria central e o fio condutor desta investigação:

A ausência de uma abordagem holística condiciona o desempenho da cooperação internacional Portuguesa (pública e privada) no sector da saúde?

O primeiro passo para responder à questão formulada, teria que ser orientado no sentido de conhecer o ambiente e as características da cooperação internacional (pública e privada) que Portugal realiza nesta área. Este conhecimento é necessário quando se pretende estudar uma realidade que idealmente necessita de ser melhorada. Ao centrar-se num problema e na prática dos sujeitos nela implicados, no intuito de melhorar a *praxis* através da aquisição de conhecimentos, esta investigação tem implícita na sua origem, o conceito de planeamento.

Apesar das polissemias das diversas apropriações e utilizações da palavra “planeamento”, a acepção mais largamente divulgada e por isso utilizada nesta investigação, é a que o define como um processo contínuo de reflexão pelo qual se consegue um futuro melhor do que o presente, mudando-se o que é necessário para lá chegar (Duran, 1989; Andion e Fava, 2002). A tarefa do planeador consiste, assim, de acordo com Duran (1989), em construir um modelo, tomando em

conta todas as variáveis que permitem descrever a realidade e prever as margens dentro das quais se situarão as opções que virão a requerer decisões futuras. Saber utilizar os instrumentos deste processo de forma coerente, adaptando-os à realidade que se pretende modificar e às suas necessidades, pode ser então, como argumentam Andion e Fava (2002, p.28), uma excelente “arma competitiva”.

Dado o potencial do processo de planeamento e a ausência de estudos académicos ou outras publicações que permitam caracterizar cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, para nortear o seu direccionamento estratégico rumo a caminhos que ofereçam melhores garantias de qualidade, eficácia e eficiência no futuro, considerou-se, por isso, que esta investigação, deveria constituir o primeiro passo para este conhecimento. Através dela, pretende-se proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, explorando-a e descrevendo-a enquanto sistema - *diagnóstico estratégico* - para assim se descobrir qual o lugar ocupado pelas abordagens holísticas neste contexto, caracterizando-se o *actual cenário* de “fragmentação” e o *cenário desejável ou normativo*, o “holístico”. Os objectivos de estudo definidos em função deste propósito foram os seguintes:

- *Realizar o diagnóstico estratégico da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, utilizando como instrumento a análise SWOT.*
- *Caracterizar o actual cenário de “fragmentação” da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde; e*
- *Caracterizar o cenário desejado “holístico” para a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde.*

Ao responder a estes objectivos, e como argumenta Duran (1989), a realidade actual não só é descrita de modo objectivo, mas também imaginada para um futuro desejável, que responda ao que será essa realidade dentro dos valores e das acções que irão desenvolver-se.

Em função dos objectivos formulados e dada a ausência de investigação na área, tal como explicitado anteriormente, optou-se pela realização de um estudo exploratório -

descritivo transversal. A complexidade e particularidade subjectiva do problema em foco, conduziu metodologicamente à utilização de uma abordagem predominantemente qualitativa, visto que o que se pretende é investigar e compreender ideias, descobrir significados nas acções individuais e interacções sociais, a partir da perspectiva dos actores que intervêm no processo.

Dado que a participação e colaboração estreita entre os actores comprometidos com a melhoria das práticas é fundamental neste tipo de abordagem investigativa, através do método de amostragem por casos típicos, foram seleccionadas para a realização do estudo 18 pessoas. Esta selecção baseou-se na diversidade de papéis dos sujeitos na cooperação internacional portuguesa no sector da saúde e na sua experiência e saberes pertinentes sobre o fenómeno em causa.

A recolha de dados foi maioritariamente feita através de entrevistas semi-estruturadas e semi-directivas e o seu tratamento realizado através da análise de conteúdo, o que possibilitou a síntese dos processos compreensivos e críticos da realidade social que se investiga. A construção do conhecimento acerca da realidade da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde processou-se assim, de modo indutivo e sistemático, a partir de uma relação constante e dinâmica e à medida que os dados empíricos foram emergindo.

A dissertação que a seguir se apresenta, resume todo o percurso investigativo percorrido, conceptualmente dividido em duas partes: a descrição do estado da arte e o contributo pessoal da investigadora para um possível avanço dos conhecimentos na área em estudo.

Da primeira parte fazem parte dois capítulos - Capítulos 1 e 2 - resultantes de uma pesquisa bibliográfica e documental alargada sobre o tema. No capítulo 1, explora-se, depois da relação entre saúde e desenvolvimento, o conceito de saúde e doença através do seu percurso histórico até à actualidade. Caracteriza-se depois, aquele que se considera como o cenário desejado em saúde, em função dos seus objectivos, marco conceptual e instrumento de implementação. O capítulo é encerrado com a apresentação de dados relativos à saúde mundial actual, enquanto conjunto de oportunidades de intervenção que representam. No capítulo 2, depois de se enquadrar a cooperação para o

desenvolvimento na actualidade, faz-se uma breve abordagem, em perspetiva, dos vários acontecimentos internacionais realizados nos últimos dez anos, com o objectivo de melhorar quantitativamente e qualitativamente a ajuda. De seguida, e tendo como base a RCM nº196/2005, remete-se o enquadramento da ajuda para o contexto nacional e posteriormente, para o sector específico da saúde, caracterizando-se o seu cenário actual, através dos documentos disponíveis, em função dos seus actores, números e modalidades. O capítulo é finalizado com a apreciação internacional da cooperação internacional portuguesa.

Na segunda parte, encontram-se igualmente incluídos dois capítulos - Capítulos 3 e 4 - resultantes da componente empírica desta investigação. No capítulo 3 realiza-se uma descrição pormenorizada de todo o percurso metodológico seguido para concretizar a investigação e no capítulo 4, faz-se a análise, discussão e interpretação dos dados obtidos, em função dos três objectivos de investigação formulados.

Visto que esta investigação se articula, gera e organiza na prática e desde a prática, está portanto revestida de um forte carácter instrumental, pretendendo-se que possa ser, por isso, um ímpeto para a mudança do actual cenário da cooperação em saúde em Portugal e o contributo da investigadora, no seu papel de agente social, para a sua transformação rumo a um contributo de maior qualidade do país para o esforço global que pretende tornar o mundo num lugar melhor e mais justo.

I - SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artigo 25º, define a saúde, como direito inalienável de todo o ser - humano: “*Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar (...)*”(ONU,1948).

O desenvolvimento, enquanto “(...) processo económico, social, cultural e político de larga envergadura(...)”(ONU,1986) constitui, como é crescentemente aceite, a única forma de assegurar que este, e todos os restantes direitos humanos - conquista civilizacional essencial das modernas sociedades - sejam respeitados na sua plenitude e representem um espaço de garantia de uma vida digna de ser vivida (Ferreira,2004). Na Declaração do Milénio, os países presentes, reforçando o nº1 do artigo 1º da Resolução nº41/128 da Assembleia Geral das Nações Unidas, declaram, neste sentido, que “Nenhum individuo ou nação deve ser privado da possibilidade de beneficiar do desenvolvimento”(ONU, 2000,p.3).

O desenvolvimento pode ser identificado, neste sentido, e como afirma Amartya Sen, com “*liberdade*” (Sen *cit in* Ferreira, 2004, p.93). Sendo a saúde pré-condição e resultado do processo geral de desenvolvimento (OPAS e OMS, 2001; Bonds *et al.*, 2010; Gostin, 2007; Grimm, 2010), e com estimativas a apontar que até ao final de 2010, aproximadamente mais 64 milhões de pessoas (BM, 2010,p.10), a juntar aos 1.09biliões já existentes (UN Millennium Project, 2005) - num total de 1.7 biliões (PNUD,2010) - tenham passado a viver em situação de pobreza extrema - “*Poverty that kills*”(UN Millennium Project ,2005,p.5), chegamos à conclusão de que vivemos num mundo em que a liberdade é negada a um vasto número de seres humanos e de povos (Ferreira,2004).

O quadro assim traçado não comporta grandes elementos de esperança, mas conforma seguramente a necessidade de um empenho e cooperação crescentes a nível global em busca de soluções (Ferreira, 2004).

Apesar de não existir uma fórmula simples para garantir o êxito deste desenvolvimento (Zukany, 2010; PNUD, 2010), “As pessoas (...)” continuam a ser “(...)a verdadeira riqueza de uma nação” (PNUD, 2010,p.1) e portanto investir na melhoria equitativa e sustentável da saúde de todos os povos no mundo , é de certo uma das pedras angulares para a melhoria do bem-estar humano e a erradicação da pobreza (Grimm,2010; Gostin,2007; Bonds *et al.*,2010). Porque, como Platão faz dizer a Sócrates: “Haverá para o homem um bem mais precioso do que a saúde?” (Tubiana, 2000,p.8). A resposta é evidentemente “não” (Tubiana, 2000).

1.1 - O CONCEITO DE SAÚDE

Qualquer pessoa pode verificar que a saúde está no centro da vida e que tudo o que diz respeito à vida diz respeito à saúde. Pretender propor uma definição formal e universal deste bem, tal como de “vida”, seria assim muito arriscado (Hesbeen, 2000). Isto porque, o conceito de saúde não existe num vácuo cultural, social, político, filosófico, científico e histórico (Ribeiro, 2005; Magnussen, Ehiri e Jolly, 2004). Ela é o espelho da variedade de contextos da experiência humana, reflectindo valores, crenças, conhecimentos, actividades; em suma, a cultura da sociedade partilhada por todos os seus membros, especialistas ou leigos, cultos ou incultos, numa determinada época (Ribeiro, 2005).

Definitivamente considerada como um conceito dinâmico e individual (Duarte, 2002; Fernandes, 2008; Hesbeen, 2000; Honoré,2004; Honoré,2002; Ribeiro, 2005), falar de “saúde” e das suas concepções, tem na verdade apenas interesse, na medida em que elas têm orientado as práticas em certos domínios de acção (Honoré, 2002), ao longo da história da humanidade.

1.2 - LIÇÕES APRENDIDAS SOBRE SAÚDE E DOENÇA: ABORDAGENS COM HISTÓRIA

“As verdadeiras transformações históricas não são as que nos impressionam pela sua grandeza ou violência. As únicas mudanças importantes, aquelas de que decorre a renovação das civilizações, operam-se nas opiniões, nas concepções, nas crenças. Os acontecimentos são os efeitos visíveis das invisíveis alterações nos sentimentos dos homens.”

(Le Bon *cit. in* Tubiana, 2000, p.435).

As diferentes teorias interpretativas do processo saúde - doença identificáveis ao longo da história têm como decorrência distintos projectos de intervenção sobre a realidade, em resposta a necessidades sociais (Oliveira e Egry, 2000).

Para o cumprimento dos objectivos deste trabalho, este longo percurso histórico foi sintetizado em três grandes períodos: da antiguidade até ao início do século XX; o século XX e o início do século XXI.

1.2.1- Da antiguidade até ao início do século XX

Até ao século XIX, as teorias interpretativas associadas aos conceitos de saúde e doença podem ser sintetizadas em duas vertentes: a ontológica e a dinâmica.

Na concepção ontológica, a doença assume o carácter de uma entidade natural ou sobrenatural, externa ao corpo humano, que se manifesta ao invadi-lo. Na concepção dinâmica a doença é considerada como produto da desarmonia entre forças vitais, sendo que o restabelecimento da saúde advém da restauração do equilíbrio (Oliveira e Egry, 2000).

Os primeiros esforços conhecidos por parte dos nossos ancestrais para curar as doenças encontram-se documentados até há vinte mil anos atrás (Straub, 2005) nas figuras encontradas em cavernas (Altamira, Niaux, Lascaux), que nos dão provas, não só das capacidades artísticas do homem do paleolítico superior, mas também das suas actividades e concepções mágico-religiosas associadas aos fenómenos de saúde e doença (Sousa, 1981; Straub, 2005).

A ideia de um deus, uno ou múltiplo, deve ter surgido cedo na consciência do homem, com a de um ser dotado de poderes sobrenaturais. A sucessão das estações e tantos outros acontecimentos na natureza, não podem deixar de ter dado ao homem o sentimento da sua pequenez e de o levar a reconhecer, nessas e em muitas outras forças, um poder transcendente. A patologia humana, salvo os casos em que a causa era manifesta, era-lhe absolutamente inexplicável, mas mesmo nestes casos (Sousa,1981), em interpretações puramente teológicas (Martins,2005) o factor sobrenatural conservava uma grande importância (Sousa, 1981).

Embora os avanços mais expressivos em saúde pública, apenas se tenham feito na Grécia e em Roma, durante os séculos V e VI a.C. (Straub, 2005), também desde as civilizações mais antigas, se foi organizando alguma forma de melhoria das condições de higiene e meio ambiente em que os grupos de indivíduos se fixavam (Ferreira, 1978), dado ter-se começado a constatar a importância, que estes aspectos, tinham sobre a saúde e a doença (Straub, 2005).

É justamente neste contexto que, cerca de 400-377 anos a.C., Hipócrates estabelecia as raízes daquela que haveria de ser a ciência médica ocidental (Ferreira, 1978; Martins,2005; Ribeiro,2005; Straub,2005). Defendendo um conjunto de princípios teóricos e metodológicos, baseados na observação objectiva e no raciocínio dedutivo, este filósofo grego foi o primeiro a propor uma concepção dinâmica de corpo, (Czeresnia, 2001) a afirmar que a doença era um fenómeno natural e não um capricho dos deuses, e que um corpo e uma mente saudáveis eram assim a expressão de um equilíbrio harmonioso, entre os quatro fluidos corporais (“humores”) (Fernandes, 2008; Straub,2005) e a natureza apreendida como totalidade (teoria humoral).

A queda do império romano no século V d.C.,abriu as portas para a Idade Média, época caracterizada pelo retorno às explicações sobrenaturais, dada a poderosa influência que a igreja passou a exercer sobre todos os domínios da vida das pessoas (Straub, 2005).

Já no final do medievo, as frequentes guerras e o aumento das epidemias na Europa trouxeram de volta a preocupação com as formas de transmissão das doenças (Oliveira e Egry, 2000).

No final do século XV, nascia uma nova era: a Renascença, e com ela importantes mudanças para a evolução do conhecimento científico e a revitalização da prática médica (Straub,2005).

Por considerar o corpo humano “(...) a weak and imperfect vessel for the transfer of the soul from this world to the next.” (Engel, 1977,p.131) nesta nova era, a igreja dá permissão para que finalmente se integre o estudo do cadáver na reflexão sobre a saúde e a doença (Tubiana, 2000). Como resultado Andreas Vesalius escreve o primeiro estudo oficial de anatomia humana (Straub, 2005), possibilitando o surgimento de disciplinas como a Anatomia, a Fisiologia e a Patologia (Oliveira e Egry, 2000) que juntas conduziram ao que Luz (*cit in* Oliveira e Egry, 2000,p.10) classifica como "o deslocamento epistemológico - e clínico - da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças".

Nesta mesma época um dos seus mais influentes pensadores, o filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650) (Bolander, 1998; Straub, 2005), conjuntamente com Galileu e Newton, enunciavam também aqueles que viriam a tornar-se os princípios básicos da ciência (Engel, 1977). Na obra “*Le traité de L’Homme*” Descartes aplicava especificamente este modelo mecanicista ao homem e à doença humana, naquele que ficaria a ser conhecido como “modelo cartesiano” ou “dualismo cartesiano” (Brown, 1989). Segundo Roy R. Grinker e George Engel, com esta concepção, Descartes influenciaria de forma negativa a medicina moderna, por separar a “(...) mind as subject from body as object and creating a dichotomy that even blocks unitary concepts”(Grinker,1979, p.69). Esta posição partilhada pela grande maioria dos autores consultados é contudo colocada em causa por Theodore Brown em “*Cartesian Dualism and Psychosomatics*”: “ (...) The mythic image of a villainous Descartes, who in a stroke destroyed holistic medical theory, clearly disintegrates in the light of historical enquiry. If we turn now to Descartes own writings we will find still less reason to believe (...)” (Brown, 1989, p.325). A interpretação superficial da sua filosofia, resumida à expressão “dualismo corpo - mente”, conduziria assim à rejeição vigorosa da noção de que a mente influencia o corpo (Straub,2005; Bolander, 1998). A partir de então, o estudo da mente (não - científico) ficaria relegado à religião e à filosofia, enquanto que o estudo (científico) do corpo era reservado à medicina.

Entretanto e apesar de todos os avanços que aconteceram desde 1500 até meados do século XIX, na maneira de pensar e de viver de uma parte significativa da humanidade (Ferreira, 1978), no século XVIII, a revolução industrial, teria, paralelamente, consequências nefastas para a saúde da humanidade (Fernandes, 2008; Ribeiro, 2005). O superpovoamento desregrado das cidades da Europa ocidental provocado pela migração maciça de trabalhadores iletrados dos campos (Ferreira, 1978), que se aglomeravam em casas com poucas condições de habitabilidade e salubridade (Ribeiro, 2005), tornar-se-iam factores desencadeantes e facilitadores, conjuntamente com as mudanças ecológicas e sociais daí decorrentes, da difusão de microrganismos causadores de grande morbidade e mortalidade: começava a época das grandes epidemias (Fernandes, 2008; Ribeiro, 2005).

No final do século, vinculados à concepção dinâmica, paradigmas sócio-ambientais assentes no neo-hipocratismo passavam a predominar como forma de explicação da origem das doenças, tornando-se, e associados aos primeiros grandes movimentos da revolução sanitária do século XIX (Oliveira e Egry, 2000), a articulação entre miséria social e doença, um centro de interesse e de estudo na medicina (Czeresnia, 2001).

É no contexto desta “medicina social” e na continuidade dos trabalhos realizados sobre o tema por Johann Peter Frank, sobre o aumento pelas preocupações humanitárias e sociais no sentido da responsabilidade entre os povos, que Edwin Chadwick, no célebre relatório “*The sanitary condition of the labouring population of the Great Britain*” (1842) considera, e pela primeira vez na história, a doença como principal causa de pobreza, demonstrando que pobreza e doença formavam um ciclo vicioso: as pessoas adoeciam porque eram pobres, empobreciam mais porque eram doentes e o seu estado de saúde continuava a piorar porque a sua miséria aumentava (Ferreira, 1978).

Vinculada aos paradigmas sócio-ambientais, uma outra influência poderosa para a compreensão dos problemas de saúde pública da época, foi a postura assumida por Florence Nightingale ao afirmar que o ambiente era uma das principais fontes de infecção (Graaf, Mossman e Slebodnik, 1989), e a doença “(...) um processo reparador (...) um esforço da natureza para corrigir um processo de envenenamento ou

de desgaste (...)” (Nightingale, 2005, p19), ou uma reacção contra as condições em que a pessoa se encontrava (Graaf, Mossman e Slebodnik, 1989).

No século XIX as grandes descobertas de Virchow, Pasteur e Kock sacudiriam o mundo médico e inaugurariam uma nova era: a da bacteriologia (Ávila - Pires, 1989; Oliveira e Egry, 2000; Trilling, 2000; Straub, 2005).

Ocorria desta forma a transformação mais profunda, “brutal”, nas palavras de Sournia (1991, p.364), da história da medicina: retomou-se a vertente ontológica (Oliveira e Egry, 2000) da causalidade e a doença foi identificada como lesão de um órgão, passando a considerar-se, como afirma Leriche (*cit. in* Canguilhem, 2009, p.35), que “(...) na doença, o que há de menos importante, no fundo, é o homem (...) Portanto, não são mais a dor ou a incapacidade funcional e a enfermidade social que fazem a doença, e sim a alteração anatómica ou o distúrbio fisiológico.” (Canguilhem, 2009, p.35).

Para controlar os agentes patogénicos e a sua disseminação são assim desenvolvidas as modernas medidas de saúde pública (Fernandes, 2008), que teriam na descoberta da penicilina por Fleming, um passo decisivo (Straub, 2005). Tais medidas, tiveram um sucesso inigualável no combate das doenças infecciosas e revelar-se-iam fundamentais para as mudanças dos padrões de saúde e doença do mundo desenvolvido e a evolução das sociedades modernas (Bolander, 1998).

Quando essa construção se consolidou, os paradigmas sócio-ambientais, então no seu apogeu, perderam força e decaíram (Czeresnia, 2001). Aprofundaram-se as dualidades que caracterizariam o pensamento ocidental, e o conhecimento passou progressivamente a orientar-se no sentido da especialização, da redução e da fragmentação (Czeresnia, 2001).

1.2.2- O século XX

Na esteira da "revolução científica" e na crença da sua eficácia, a medicina julgou-se assim, capaz de prosseguir em rumo fixo no estudo e controle das doenças infecciosas (Oliveira e Egry, 2000). No início do século XX, uma série de factos vem

porém dar início ao crescimento de uma perspectiva crítica em relação a essas tendências hegemónicas de unicausalidade (Czeresnia,2001.)

Paralelamente ao seu sucesso, a biomedicina havia modificado, com os resultados que obteve na abordagem das doenças agudas, o perfil das populações, contribuindo para o seu envelhecimento (Ribeiro, 2005). Estudos epidemiológicos vinham demonstrar, que às doenças infecciosas do início do século, era agora necessário juntar um novo tipo de epidemia, cuja origem não se encontrava em organismos patogénicos, mas nos comportamentos, individuais e sociais (Fernandes, 2008; Ribeiro, 2005). Ao declínio progressivo das doenças infecciosas, associavam-se deste modo, nos países desenvolvidos, as que mais contribuía para a morbimortalidade das populações: as doenças crónicas, apelidadas de doenças “ocidentais” ou do “viver” (Caetano, 1998).

Iniciava-se assim a ideia de que na origem das doenças estariam, não um mas vários factores (Oliveira e Egry, 2000). Como novo paradigma, formula-se a construção de um conhecimento ao mesmo tempo local e total (Santos *cit in* Czeresnia, 2001,p.353). Constituindo-se ao redor de questões de grupos sociais concretos e problemas locais, esse conhecimento passa a ter como horizonte a totalidade universal: a lógica é potencializar a capacidade de resolver questões singulares, ampliando a abordagem a um conjunto integrado de circunstâncias, ou seja, em direcção à totalidade dos seus determinantes (Czeresnia, 2001).

Em 1948 a entrada em funcionamento da Organização Mundial de Saúde (OMS), vem assumir o lugar oficial na coordenação no campo da saúde internacional (Ferreira, 1978). Ao lançar a primeira definição oficial de Saúde como “(...) a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (ONU, 1945), e como meta organizacional “(...) the attainment by all peoples of the highest possible level of health”(art.1º, Constituição da OMS,1946,p.1) “(...) without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.” mostrava como é que os seus fundadores, pretendiam que esta organização abordasse a saúde e os desafios da prestação de cuidados eficazes: a unicausalidade é colocada de parte, passando a privilegiar-se a integração das perspectivas biomédica, tecnológica e social (OMS, 2005 a) e a necessidade de colaboração intersectorial

(CDSS, 2007) para a obtenção de ganhos em prol deste direito humano inalienável: a saúde.

Tendo como director Brock Chisholm, que se identificava com a tradição da “medicina social” (Brown, Cueto e Fee, 2006), esta organização pretendia assim trabalhar com os seus estados membros e agências especializadas “(...) to promote(...) the improvement of nutrition, housing, sanitation, recreation, economic or working conditions and other aspects of environmental hygiene(...)”(art. 2º, alínea i, Constituição da OMS, 1946) requisitos para se alcançar o progresso na saúde.

Paralelamente a estes acontecimentos, uma visão global sobre o mundo permitia constatar que enquanto em muitos países os sistemas de saúde atingiam estruturas com um nível altíssimo de aperfeiçoamento e eficácia, noutras regiões, principalmente em muitos dos países que adquiririam a independência na década seguinte, os serviços de saúde, quando existiam, não tinham ainda passado das primeiras etapas de desenvolvimento e as bases económicas e sociais em que assentavam dificultariam o seu progresso (Ferreira, 1978). Ciente deste fosso a OMS admite o princípio de ajuda mútua entre países, com o estabelecimento de programas de assistência técnica aos menos desenvolvidos (ONU, 1945).

Todavia, o contexto do pós-guerra (guerra fria e descolonização) dificultaria a implementação desta visão e favoreceria uma abordagem não só mais baseada na tecnologia, como a sua implementação através de campanhas “militaristas”. Vários factores históricos promoviam este padrão: o desenvolvimento de antibióticos, vacinas e outros medicamentos faziam nascer a crença que estava nesta tecnologia a resposta para os problemas do mundo (OMS, 2005 a); e o surgimento da moderna indústria farmacêutica, que aos benefícios científicos que proporcionava, aliou uma força política cujo poder de *lobby* viria a influenciar cada vez mais o desenvolvimento de políticas nacionais e internacionais na área de saúde (Gostin e Taylor, 2008; OMS, 2005 a).

Outra mudança importante no contexto político da época aconteceria com a saída temporária, em 1949, da União Soviética e de outros países comunistas da Organização das Nações Unidas (ONU) e das suas agências (OMS, 2005 a). Com esta saída, os Estados Unidos e seus aliados passariam a exercer uma influência dominante

(Brown, Cueto e Fee, 2006) e, apesar do seu importante papel na constituição da OMS, na época da sua fundação, os membros americanos estavam já relutantes em promover o modelo social da saúde, cujo substrato ideológico não era bem-vindo face o cenário da Guerra Fria (OMS,2005 a).

Durante este período e no período que se seguiu, os modelos de cuidados de saúde nos países em desenvolvimento eram, neste contexto, influenciados pela dinâmica do colonialismo: serviam a elite colonizadora, enfatizando apenas a assistência médica de alta tecnologia em alguns hospitais das áreas urbanas (OMS,2005 a). Quando na década de 50-60 estes países se tornaram independentes os seus sistemas de saúde continuariam a ser moldados sobre as mesmas bases que já existiam enquanto colónias.

No mesmo período os programas de saúde pública das agências internacionais caracterizavam-se pela proliferação de programas “verticais” - campanhas de desenvolvimento tecnológico de curto espectro, cujo alvo eram doenças específicas como a malária, a varíola e a tuberculose. Cada programa de erradicação actuava de forma autónoma, com administração e orçamento próprios e muito pouca integração no sistema de saúde do país (Magnussen, Ehiri e Jolly, 2004). Considerados programas altamente eficientes tinham, em alguns casos, a vantagem de ter objectivos facilmente mensuráveis, como seria o caso da erradicação da varíola em 1967 (OMS,2005 a; CDSS,2007; Brown, Cueto e Fee, 2006).

As limitações deste modelo começariam porém a revelar-se através de alguns insucessos, como a campanha de erradicação da malária, realizada pela OMS-UNICEF (OMS,2005 a; Brown, Cueto e Fee, 2006): apesar dos resultados obtidos pelas “campanhas em massa”, “respostas focalizadas nas doenças” (UNICEF,2008) não conseguiam abarcar a globalidade dos determinantes que condicionavam a saúde dos mais pobres, começando os analistas a perceber que os seus destinatários acabavam por morrer muitas vezes de outra doença ou das suas complicações (Magnussen, Ehiri e Jolly,2004).

Durante as décadas de 60 -70,mudanças significativas voltariam a acontecer no contexto político, com a emergência de nações Africanas descolonizadas e a disseminação de movimentos nacionalistas e socialistas que enfatizavam o crescimento

socioeconómico integral de longo prazo, preferentemente às intervenções de tecnológicas de curto prazo a que se assistia (Brown, Cueto e Fee, 2006).

Entretanto e em muitos países do mundo, este modelo de saúde pública dominante continuava a ser questionado. Em *“Health and the developing world”* (1969) John Bryant escrevia: “Large numbers of the world’s people, perhaps more than half, have no access to health care at all, and for many of the rest, the care they receive does not answer the problems they have (...) the most serious health needs cannot be met by teams with spray guns and vaccinating syringes.” (Bryant *cit in* Cueto, 2004, p.1864). Em 1975, Kenneth Newell publicava *“Health by the people”* afirmando que “We have studies demonstrating that many of the ‘causes’ of common health problems derive from parts of society itself and that a strict health sectoral approach is ineffective, other actions outside the field of health perhaps having greater health effects than strictly health interventions”(Newell *cit in* OMS, 2005 a, p.10). A complementar esta ideia *“A new perspective on the Health of Canadians”*, mais conhecido como *“Lalonde Report”*, Marc Lalonde propõe assim aqueles que considerava ser os quatro determinantes da saúde: “human biology, environment, lifestyle and the health care organization.” (Lalonde, 1974, p.31).

Outros estudos, escritos fora da comunidade de saúde pública eram igualmente desafiadores em relação a este modelo de saúde. Em *“The Role of medicine: dream, mirage or nemesis”* o historiador Thomas McKeown argumentava que a saúde das populações estava mais relacionada com os padrões de vida e nutrição do que propriamente com os avanços da medicina. Numa portura mais agressiva Ivan Illich, em *“Medical nemesis: the expropriation of health”* defendia mesmo, nas palavras de Cueto (2004, p.1865) que “medicine was not only irrelevant but even detrimental, because medical doctors expropriated health from the public”.

Paralelamente a todas estas publicações académicas, importantes inspirações para um novo modelo de cuidados, mais abrangente e sustentável, provinham directamente do terreno.

Com o retorno da China à ONU, o exemplo com maior popularidade provinha dos programas com base na comunidade realizados por profissionais de saúde deste país, os chamados “médicos de pés descalços” (*“barefoot doctors”*) (OMS,2005 a; Cueto,2004; Brown, Cueto e Fee, 2006),que se relatava estarem a transformar as

condições de saúde das populações das áreas rurais (Brown, Cueto e Fee, 2006). Estes médicos viviam nas comunidades que serviam e colocavam a sua ênfase na prevenção da doença e na resolução de problemas económicos e ambientais básicos, através da participação da população local em todo o processo decisório, utilizando tanto medicamentos ocidentais como tradicionais.

Iniciativas baseadas na comunidade surgiam também no Bangladesh, Costa Rica, Guatemala, Índia, México, Nicarágua, Filipinas, África do Sul e outros países. Nas Filipinas, alguns grupos realizavam, inclusive, análises estruturais - “diagnóstico comunitário” - através das quais os membros da comunidade poderiam determinar as raízes políticas e sociais dos seus problemas no campo da saúde e assim planear e desenvolver acções estratégicas para os resolver de maneira inovadora. Os esforços globais realizados por estes países trouxeram um novo tema para os discursos internacionais de saúde: o compromisso com a equidade. O exemplo por eles dado contribuía para o optimismo de que as desigualdades em saúde poderiam ser enfrentadas para uma melhor saúde global (Magnussen, Ehiri e Jolly, 2004).

O que havia começado somente como experiências independentes, locais ou nacionais, adquiriria um carácter internacional e uma crescente respeitabilidade no início dos anos 70 (OMS, 2005 a). Algumas ONG (organizações não governamentais) e organizações missionárias internacionais, particularmente a *Christian Medical Commission*, tiveram um papel muito importante na promoção destes modelos e na disseminação de informação sobre o seu sucesso, nomeadamente através do jornal “*Contact*” onde se pensa ter sido utilizado pela primeira vez o termo “Cuidados de saúde primários” (CSP), como suma destes novos ideais (Cueto, 2004).

No final da Guerra Fria a perda de prestígio dos EUA, devido aos problemas já ocorridos no Vietname, criava paralelamente, as condições ideais para a absorção destes novos modelos de saúde pública a nível mundial (Cueto, 2004; OMS, 2005 a).

Halfdan Mahler, um veterano da saúde pública, com profundas convicções morais e de justiça social, consciente das iniquidades em saúde existentes a nível mundial, era director da OMS (OMS, 2005 a), quando em 1976, em Assembleia Geral, defendeu que o principal objectivo dos seus membros deveria ser que (Stanhope e

Lancaster, 2011) “(...) todos os povos, até ao ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita ter uma vida saudável e economicamente produtiva” (OMS e UNICEF, 1978, alínea V). Afirmou que tal desafio “(...) implies the removal of the obstacles to health—that is to say, the elimination of malnutrition, ignorance, contaminated drinking water and unhygienic housing—quite as much as it does the solution of purely medical problems.” (Mahler *cit in* OMS, 2005 a,p.10). Este novo movimento cristalizava-se em Setembro de 1978, na primeira conferência internacional sobre CSP, realizada em Alma Ata, no Cazaquistão (então república da ex - URSS), cujas condições sociais se assemelhavam em parte às dos países em desenvolvimento que tanto preocupavam Mahler (Brown, Cueto e Fee, 2006). Três mil delegados de 134 governos e de 67 organizações internacionais participaram nesta conferência, que seria um marco na saúde pública moderna, e representaria uma mudança histórica de paradigma (OMS, 2008). A declaração da conferência abraçava a meta de “*Saúde para Todos no ano 2000*” e determinava que os CSP eram o elemento-chave para alcançá-la (OMS, 2005 a; Cueto, 2004; Brown, Cueto e Fee, 2006) e faziam “(...) parte integrante, tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade.” (OMS e UNICEF, 1978, alínea VI). E porque a “(...) saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia directamente todos os outros países (...)”, apelava ao “espírito de comunidade e serviço” (OMS e UNICEF, 1978, alínea IX), à responsabilidade de governos e comunidade internacional por forma a implementarem ou colaborarem na implementação desta nova estratégia (OMS e UNICEF, 1978).

Segundo a Declaração de Alma Ata (DAA) os CSP representariam assim o “(...) primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem(...)”, e uma filosofia de trabalho baseada em “(...) cuidados essenciais de saúde (...) em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (...)” (OMS e UNICEF, 1978, alínea VI), e que envolveriam “(...) além do sector saúde, todos os sectores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros sectores” (OMS e UNICEF, 1978, alínea VII, ponto 4).

A partir de Alma Ata, cuidados básicos de saúde pautar-se-iam pelos princípios da equidade e justiça social, acesso universal e englobariam os conceitos de cuidados centrados nas pessoas, envolvimento e participação comunitária, colaboração intersectorial, auto-suficiência, capacitação e empoderamento (UNICEF, 2008; Magnussen, Ehiri e Jolly, 2004).

Como áreas prioritárias de intervenção os CSP teriam: a educação para a saúde; a nutrição apropriada; a qualidade da água e saneamento básico; os cuidados de saúde materno - infantil, incluindo o planeamento familiar; a imunização (dirigida às principais doenças endémicas); a prevenção e controlo de doenças endémicas; o tratamento de doenças e lesões comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais (OMS e UNICEF, 1978, alínea VII, ponto 3).

Ao colocar em discussão uma série de conceitos inovadores, a DAA prepararia o caminho para importantes compromissos globais, que iniciados com a estratégia global de saúde para todos até ao ano 2000, culminariam a essa data com a Declaração do Milénio e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (UNICEF, 2008).

Nos anos 80 a hegemonia global de um modelo político e económico neoliberal criaria contudo, grandes obstáculos à concretização destes ideais de saúde, com reformas que enfatizavam a eficiência do sistema, em detrimento da equidade (CDSS, 2007).

Nos anos que se seguiram à DAA, este contexto, como afirma Tejada de Rivero (*cit in* Brown, Cueto e Fee, 2006, p.633), levaria a que lamentavelmente “ (...) a impaciência de algumas agências internacionais, tanto da ONU, quanto privadas, e sua ênfase no alcance tangível de resultados, ao invés de promover a mudança (...) tenha levado a importantes distorções do conceito original de cuidados de saúde primários.”, como seriam exemplo, os cuidados de saúde primários selectivos (CSPS) (Cueto, 2004; UNICEF, 2008; OMS, 2000).

Como os CSP haviam sido definidos, escritos e estudados em contextos com recursos adequados, os defensores desta visão redutora do idealismo de Alma Ata, argumentavam que nos países em desenvolvimento, com os CSPS - conjunto de intervenções técnicas de curto prazo de combate às principais causas de morbimortalidade, com alta relação custo - benefício, fáceis de monitorizar e avaliar -

poder-se-iam obter progressos rápidos em alguns problemas de saúde fundamentais, enquanto os países se organizavam financeira e politicamente para implementar CSP abrangentes (OMS, 2005 a). Apoiando esta visão, Grant, então na direcção da UNICEF, acreditava também que as agências internacionais “(...) tinham que fazer o máximo possível com os recursos finitos e com as curtas oportunidades políticas que dispunham(...)” (*cit in* OMS, 2005 a, p.17) e isso significava renunciar às ambições de uma ampla mudança social, para se concentrarem em intervenções limitadas, porém exequíveis.

Assim, em vez de ser dada, como previsto, ênfase ao desenvolvimento e sustentabilidade dos sistemas de saúde e infra-estruturas para melhorar a saúde da população, a implementação dos CSP nos países em desenvolvimento foi resumida a quatro programas verticais, referidos colectivamente como *GOBI- Growth monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding and Immunization* (UNICEF, 2008; OMS, 2005 a), peça chave da “Revolução pela sobrevivência das crianças” promovida pela UNICEF na década de 80.

Esta estratégia, considerada inicialmente uma primeira etapa para a implementação dos CSP abrangentes, tornou-se contudo e rapidamente num modelo (UNICEF, 2008). Assim e apesar de ter proporcionado melhorias relativas nas estatísticas de saúde, os CSPS abandonavam os sublimes princípios de Alma Ata (OMS, 2005 a), incluindo a ênfase na auto-suficiência, condição essencial para a promoção da sustentabilidade da saúde das comunidades (Magnussen, Ehiri e Jolly, 2004).

O ambiente geral era assim caracterizado por crescentes tensões entre OMS, UNICEF e outras agências em torno da controvérsia: CSP abrangentes *versus* selectivos.

Até ao final da década de 80 muitos países em desenvolvimento, e também em consequência do sucesso dos CSPS, tiveram todavia que enfrentar grandes pressões ao nível dos seus sistemas de saúde, nomeadamente devido ao crescimento populacional e crises relacionadas com a sua dívida externa. Em resposta empreenderam esforços para reformar os seus sistemas de saúde deteriorados e aumentaram a sua eficácia, eficiência e viabilidade financeira, além de garantirem uma maior equidade. Uma das abordagens utilizada para o conseguir foi a Iniciativa de Bamako, lançada em 1987 pela OMS, e que

colocava a sua ênfase em abordagens integradas, que combinavam o melhor dos CSPS - soluções com boa relação custo - benefício para enfrentar problemas específicos de saúde, com o melhor dos cuidados básicos de saúde - participação comunitária, colaboração intersectorial e integração no sistema geral de atendimento (UNICEF,2008).

Entretanto e paralelamente, países como Cuba, Moçambique e Nicarágua, expandiam a cobertura do seu sistema de CSP, tal como preconizado em Alma Ata, e conseguiam melhorar muito os índices de saúde das suas populações (Magnussen, Ehiri e Jolly, 2004).

Entretanto e na continuidade do espírito da DAA, ocorre em 1984 em Ottawa, a primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Desta conferência resultaria a Carta de Ottawa (CO) para a promoção da saúde, onde a OMS vem descrever aqueles que entende serem os seus pré-requisitos (determinantes) básicos: paz, habitação condigna, educação, alimentação, recursos económicos, justiça social, equidade, um papel activo na sociedade, um ecossistema estável e recursos sustentáveis; e as cinco estratégias que considerava necessário combinar para a sua obtenção: acções do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da acção comunitária), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e parcerias intersectoriais (OMS, 1986).

Depois da Ottawa e até ao ano 2000, mais quatro importantes conferências internacionais sobre promoção da saúde – Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (2000) - seriam realizadas no intuito de reforçar e desenvolver a mensagem da CO, e procurar construir um movimento forte que restituísse os princípios de Alma Ata.

Na década de 90, contudo, importantes alterações orçamentais na OMS aumentaram as suas dificuldades de coordenação e continuidade dos seus programas: como mais de 54% do seu orçamento provinha de fundos extra-orçamentários de países ricos e agências multilaterais, como o Banco Mundial (BM), as suas acções estavam, na sua grande maioria, dependentes da satisfação de doadores específicos (Walt, 1993;

Brown, Cueto e Fee, 2006), impedindo-a de desenvolver respostas integradas às necessidades de longo prazo dos países (Godlee 1994; Godlee,1995).

Entretanto, a Iniciativa de Bamako, tornava-se a força propulsora de muitas abordagens integrais bem-sucedidas, como seria exemplo *Gidi – Gestão integrada de doenças infantis*, em diversos países da África ao sul do Saara (UNICEF, 2008).

Em 1998, a eleição de Brundtland para o cargo de Director - Geral da OMS, causou mudanças significativas na agenda institucional desta organização. Na área da saúde e desenvolvimento, a marca de Brundtland foi a criação da Comissão Macroeconómica da Saúde (Brown, Cueto e Fee, 2006), que ao quantificar em dólares, num relatório apresentado em 2001, o retorno económico potencial das melhorias nas condições de saúde dos países de baixa e média renda, colocou de novo em destaque a saúde enquanto questão de desenvolvimento (OMS,2005 a).

1.2.3 - O século XXI: a declaração do Milénio e os ODM

As desigualdades na organização da sociedade implicam que a liberdade para gozar de uma vida próspera e de boa saúde está distribuída de forma desigual dentro e entre sociedades (CDSS, 2010). Apesar de até ao ano 2000 terem sido alcançados significativos progressos na melhoria da saúde das populações em geral (UNICEF, 2008), a esperança média de vida de uma criança continua a variar entre > 80 e <50 anos, consoante o local onde nasce (CDSS, 2010; Gostin,2007).A juntar a este facto, num ano, morrem 14 milhões das pessoas mais pobres do mundo, e morreriam apenas 4 milhões se estas populações apresentassem taxas de mortalidade semelhantes às dos países mais ricos (Gostin,2007). Diferenças desta magnitude, simplesmente não deveriam existir, ainda para mais quando entendidas como contornáveis através de uma acção razoável (CDSS, 2010; Gostin, 2007).

O processo de globalização contemporânea, para além de um impacto sem precedentes na saúde pública a nível global (Gostin e Taylor,2008; Gostin e Mok,2009; Gostin,2007), tornou também claro, que de modo cada vez mais significativo, a natureza dos problemas relacionados com a saúde dos países ricos e pobres tendem a convergir

(CDSS,2010). A distinção entre saúde nacional e internacional foi-se esbatendo e cada vez mais a actividade humana tem profundas consequências para a saúde das pessoas em qualquer parte do mundo, sem que os países se possam isolar destes efeitos (Gostin e Taylor, 2008; Gostin e Mok,2009; Gostin,2007; Huynen, Martens e Hilderink,2005; Lee,2004).

Conscientes da injustiça social e desrespeito pelos direitos humanos e liberdades fundamentais reflectidas nestas dramáticas iniquidades, em Setembro de 2000, 147 chefes de Estado e de Governo de 191 países, participaram na maior reunião de sempre de dirigentes mundiais, e aceitaram o desafio de conseguir que a globalização se tornasse numa força equitativa, inclusiva e potenciadora do desenvolvimento para todos os povos do mundo (ONU, 2000).

No decurso desta Cimeira, os membros da ONU adoptaram unanimemente, aquela que ficaria conhecida como Declaração do Milénio (Resolução 55/2 de 8 Setembro de 2000), comprometendo-se a alcançar até ao ano de 2015, oito objectivos de desenvolvimento internacional, conhecidos como ODM (ONU, 2000). Representativos, segundo Chan (2010,p.12) do “(...) the most ambitious attack on human misery in history(...)” nas suas várias dimensões - baixos rendimentos, fome, doenças, falta de moradia adequada e exclusão, os ODM promovem simultaneamente a igualdade de género, educação e sustentabilidade ambiental, ao mesmo tempo que representam direitos humanos fundamentais - o direito que cada pessoa no planeta tem à saúde, educação, habitação e segurança, conforme o compromisso assumido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (UN Millennium Project ,2005). Com base num conjunto de valores fundamentais - liberdade, igualdade, solidariedade, tolerância, respeito pela natureza e responsabilidade partilhada - conceptualmente os ODM articulam e quantificam algumas prioridades nucleares do desenvolvimento humano, centrando-os em níveis mínimos de realização (PNUD, 2010).

Três destes objectivos e suas respectivas metas estão directamente relacionados, com a saúde: ODM 4 - Reduzir a mortalidade infantil; ODM 5 - Melhorar a saúde materna; ODM 6 - Combater o VIH/Sida, malária e outras doenças (ONU, 2000), reflexo da importância deste sector na sua interdependência com os demais sectores,

para um desenvolvimento económico-social equitativo e sustentável de todos os povos, em qualquer lugar do mundo.

O movimento que levou ao ODM teve assim duas importantes consequências: trouxe o problema da pobreza dos círculos académicos da economia do desenvolvimento, para as agendas de todas as instituições internacionais, agências bilaterais, conferências de líderes políticos mundiais e regionais; e forneceu argumentos para o reforço substancial do financiamento internacional para a cooperação em saúde, uma vez que esta passou a ser vista como um factor crucial de desenvolvimento (IPAD,2011 a).

1.3- A CONSTRUÇÃO DO CENÁRIO DESEJÁVEL EM SAÚDE

Para Porter (*cit in* Aulicino,2001,p.7) “(...) um cenário é uma visão internamente consistente daquilo que o futuro poderia vir a ser.”.Considerando como cenário desejável em saúde, aquele que permita uma intervenção capaz de abarcar todos os determinantes de um problema para a sua resolução e obtenção de melhorias progressivas no estado de saúde das populações a nível local, regional e mundial, a sua construção, ao visar como objectivos a equidade e sustentabilidade em saúde, terá que partir de um modelo conceptual adequado e de um processo que permita implementá-lo.

Para clarificar o que se entende por cada um destes conceitos e de que forma é que eles contribuem para a construção deste cenário, cada um será explorado no texto que se segue: a equidade e sustentabilidade, como os pilares de um futuro e bem-estar comuns; o holismo, enquanto marco conceptual que melhor responde ao que se entende hoje como “saúde”; e o planeamento, como instrumento fundamental para a sustentabilidade técnica, política e financeira das actividades realizadas no sector.

1.3.1 - Equidade e sustentabilidade em saúde

O grande desafio proposto na Declaração do Milénio foi, nas palavras de Kofi Annan “ (...) ir ao encontro das necessidades reais das pessoas de todo o mundo (...)”

combater a injustiça e a desigualdade (...)”, protegendo “(...) o nosso património comum, a Terra, em benefício das gerações futuras” (ONU,2000, prefácio).Equidade e sustentabilidade serão neste sentido os pilares de um futuro e bem-estar comuns, baseados na nossa condição humana também comum.

No que respeita à saúde a “(...) distribuição desigual de experiências potencialmente perigosas (...) não constitui, de modo algum, um fenómeno natural, sendo antes o resultado de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e políticas de baixa qualidade.” (CDSS, 2010,p.1).Um dos mais importantes objectivos a perseguir pelos sistemas de saúde modernos da comunidade global, direito humano inalienável e artigo 1º da Constituição da OMS, é, neste sentido, a equidade em saúde (CDSS, 2010; Furtado e Pereira, 2010), considerada neste contexto um imperativo ético (CDSS, 2010), uma forma superior de justiça social (De Negri, 2010), e consequentemente motor de desenvolvimento, local, nacional e global (ACS e MS, 2011).

Equidade em saúde, significa assim, que são as necessidades das pessoas que guiam a distribuição de oportunidades (OMS, 1998), o que implica que todas, independentemente da sua posição social, económica, cultural, geográfica ou qualquer outra circunstância socialmente determinada (Whitehead e Dahlgren,2006),devem ter igual oportunidade de desenvolver e manter a sua saúde ao mais alto nível através de um acesso justo aos recursos de saúde (OMS, 1998).

Tendo como bases conceptuais a definição de saúde da OMS e os compromissos estabelecidos em Alma Ata, a diminuição das iniquidades em saúde, dentro e entre países, é apenas possível através de acções intersectoriais integradas e coordenadas, que abarquem da melhor forma possível (Furtado e Pereira, 2010) o conjunto dinâmico e interactivo dos múltiplos factores pessoais, sócio - económicos e ambientais (OMS, 2011 a) - determinantes de saúde - que actuam na determinação do estado de saúde de indivíduos e populações.

Como afirma Fidler (2010,p.30) “Global health is not simply a matter of targeting specific diseases; we also have to address each of the determinants of health (...)”.Deste conjunto, são os determinantes sociais de saúde - as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de

saúde, moldados pela distribuição de dinheiro, poder e recursos, por sua vez, influenciados por opções políticas (OMS, 2011 a) - os principais responsáveis pelas diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde dentro e entre países (OMS,2011 a; CDSS,2010; Chan,2008).

Mas como afirma Chan (2008, s.p.) “ (...) nearly all social determinants of health fall outside the direct control of the health sector” e por isso, embora a saúde e a equidade em saúde possam não ser o alvo principal de todas as políticas sociais, deverão constituir um resultado fundamental. A acção sobre os determinantes sociais de saúde tem assim de envolver a cooperação coordenada dos vários sectores - inter-governamentais, governos, sociedade civil e sector privado (CDSS,2010; OMS,2005 b; OMS,2000), sob a frase “health in all policies”(Chan, 2008, s.p.), através da utilização de estratégias comprovadamente eficazes e inovadoras, assim como novas abordagens dirigidas à melhoria da saúde das populações nas suas múltiplas dimensões causais (OMS, 2005 b; IPAD,2011 a) . Porque, de acordo com Gostin (2007, p.2) “By focusing on the major determinants of health, the international community could dramatically improve prospects for good health.”.

A equidade intra-geracional é contudo tão importante quanto a equidade inter-geracional.

O universalismo de Kant, que está no âmago do desenvolvimento humano - a habilitação das pessoas para que tenham vidas longas, saudáveis, instruídas e gratificantes, requer que garantamos às gerações futuras a mesma atenção concedida à actual, porque o desenvolvimento humano, se não for sustentável, não é verdadeiro desenvolvimento (PNUD, 2010).

O desenvolvimento sustentável é neste sentido aquele cuja utilização de recursos, direcção de investimentos, desenvolvimento tecnológico e institucional (OMS,1998) “(...) meeting the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs (...)” (OMS,1987) de saúde e bem-estar.

Como sublinhado no Relatório Brutland - “Our common future”(1987), subjacente a esta ideia está pois a noção de que existe um património comum da humanidade, cuja preservação é também responsabilidade comum e de interesse

recíproco entre Estados (OMS,1987; ONU,1992; Ferreira,2004).Na Cimeira do Rio, em 1992, as Nações Unidas definiram aqueles que são considerados os três pilares na definição deste conceito: o desenvolvimento sustentável a nível económico, ambiental e social (ONU, 1992; Fernandes, 2004), com “o social no comando, o ecológico enquanto restrição assumida e o económico no seu papel instrumental.” (Fernandes,2008, s.p.).

Uma distribuição equitativa e adequada de serviços de saúde, na sua estreita relação com os demais sectores, surge assim como contributo essencial para atingir o desenvolvimento sustentável (ONU,1992). Neste sentido o sector não pode deixar de integrar uma intervenção multisectorial através de estratégias que dêem origem a projectos com sustentabilidade, ou seja, com a capacidade de continuarem a proporcionar benefícios num prolongado período de tempo (CE, 2004); criar capacidades e recursos para que, mesmo na ausência do projecto, os seus efeitos possam perdurar; criar dinâmicas para outro tipo de iniciativas e permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível de modo autónomo, e de acordo com os recursos existentes (Brissos,2004; Martin,2006).

Associado ao conceito de sustentabilidade encontram-se assim implícitos 3 conceitos: apropriação - a assunção das responsabilidades em relação a uma determinada intervenção de desenvolvimento por parte dos seus “beneficiários” (OCDE,2006); capacitação - habilitação das pessoas e dos grupos para que ajam, para gerarem resultados valiosos (PNUD,2010); e empoderamento - capacidade que a pessoa ou grupo têm de realizar por si mesmas as mudanças e acções que a levam a evoluir e fortalecer-se (Streck, 2008). Porque, como afirma Julius Nyerere (*cit in* Martin,2006,p.96) “ O homem se desenvolve à medida que cresce ou ganha o suficiente para prover condições decentes para si mesmo e para sua família; não se desenvolve ao receber o mesmo de outrem.”

1.3.2 - Holismo: marco conceptual em saúde.

Apesar de já cogitado desde Heráclito na antiguidade Grega (Teixeira, 2001), e trespassado no tempo através do Novo Testamento (Svihus, 1979), a aplicação das palavras “*holístico*” e “*holismo*” à saúde é feita pela primeira vez em 1926, por Jan

Smuts, na sua obra “*Holism and Evolution*” (Lima, 2008; Teixeira, 2001; Poynton, 1987; Svihus, 1979; Tavares, 1993).

Inspirado pela Teoria da Relatividade de Einstein e partindo de uma séria crítica ao modelo científico que dominou no século XIX, com um conceito de causalidade que considerava estreito e inflexível (Lima, 2008), Smuts descreve na sua obra um conceito evolutivo em que “(...) holism underlies the syntetic tendency in the Universe (...)” (Smuts, 1926, p. ix) em evoluir por meio da formação de “*todos*” (*wholes*), sendo o organismo humano parte deste modelo (Lima, 2008; Tavares, 1993). De acordo com Smuts, todos as entidades em crescimento, desenvolvimento e evolução, tornam-se em algum ponto, completos na sua natureza, de modo que a sua totalidade se transforma em algo maior do que a mera soma das suas partes (Tavares, 1993; Svihus, 1979; Poynton, 1987; Kunitz, 2002; Stanhope e Lancaster, 2011). E então elas movem-se para novos níveis do ser - novos “*todos*”, através de uma força criativa interior, que ele chama “*holismo*” (Svihus, 1979).

O “*todo*”, derivado do grego *holos*, é deste modo concebido como uma realidade não somativa (Tavares, 1993), uma unidade complexa e dinâmica na qual as partes se relacionam e interagem, de modo que, quando qualquer distúrbio numa das partes afecta o todo, há um esforço cooperativo entre as outras partes de modo a reajustar as suas funções para que uma nova rotina se estabeleça visando manter o equilíbrio no funcionamento do todo. Sendo assim impossível delimitar onde se inicia o todo e onde termina cada parte, todas as partes se representam no todo, do mesmo modo que o todo está em todas as partes (Lima, 2008).

Smuts não via contudo, o princípio mecanicista e holístico como opostos, mas sim como princípios que regem esferas diferentes dos processos da natureza. Segundo ele, o homem tem por base ambos os mundos: alguns processos do corpo físico são regidos por princípios mecanicistas, embora a sua totalidade seja essencialmente holística (Smuts, 1926; Adler, 2009; Alonso, 2003).

O impacto desta abordagem no sector da saúde foi largamente explorado na colecção “*Greater than the parts: holism in Biomedicine 1920-1950*”, editado por Chistopher Lawrence e George Weisz e por Georges Engel, em “*The need for a new*

medical model: a challenge for biomedicine". Segundo os autores, na saúde, o holismo poderá ser aplicado a vários contextos, dependendo do ponto em que nos situamos: pode significar o todo da pessoa, da família, da comunidade ou do planeta (Lawrence e Weisz, 1998; Engel, 1977). A aplicação de um modelo holístico à saúde implicaria neste contexto, lidar com os problemas nas suas dimensões física, psicológica, social, cultural e espiritual (Freeman, 2005) considerando-se a saúde um processo dinâmico e não um estado final. Para além de defender uma abordagem global da pessoa ou de qualquer outro todo, este modelo salienta ainda a necessidade de se considerar a sua autonomia conceitual e afectiva, ou seja, as avaliações, interpretações ou significações que cada pessoa faz sobre o seu estado de saúde, com promoção do seu papel pró-activo relativamente às mudanças que à sua saúde dizem respeito. Ao contrário dos modelos reducionistas, baseados na imposição e autoridade, no modelo holístico a relação profissional de saúde - pessoa é uma parceria epistemológica: as significações de cada um estruturam e são estruturadas pela dialéctica estabelecida entre ambos. A pessoa não é um objecto de mudança ou de cura, mas um agente dessa mudança, resultante da relação de colaboração e parceria que ela estabelece com o profissional (Reis, 2005).

Smuts acreditava que estaria a acontecer na sua época uma verdadeira revolução no que respeitava à visão do homem em relação à natureza, embora considerasse que os efeitos dessa revolução apenas se fariam sentir mais tarde, tal como se viria a constatar (Lima, 2008).

A visão fragmentadora e mecanicista, cuja racionalidade (Tavares, 1993) defendia a ideia da existência de uma causa única e necessária para a ocorrência da doença ter-se-á cristalizado nos anos imediatamente a seguir à primeira guerra mundial, como resultado do seu falhanço na explicação do controlo da pandemia de influenza em 1918, dos surtos de polio, meningite e encefalite. A somar a estes factos, as profundas mudanças provocadas na ordem social pela revolução industrial (Kunitz, 2002) e o aparecimento das doenças crónicas, tornavam cada vez mais claro que a saúde não é um fenómeno independente com fronteiras claras (Pourbohloul e Kieny, 2011).

Paralelamente uma série de contributos da ciência começavam a fundamentar esta necessidade de uma nova abordagem do fenómeno saúde - doença: a medicina psicossomática de Freud; a medicina comportamental de Schwartz e Weiss (Straub,

2005); a psicologia da saúde de Matarazzo (Ogden, 2004); às quais era ainda necessário juntar os contributos já dados por Adler (1935) com a psicologia individual; Maslow (1943) com a teoria da motivação humana; Erikson (1971) com a teoria do desenvolvimento; Rogers (1974) com a terapia centrada no cliente e Von Bertalanffy (1977) com a teoria geral dos sistemas (McLaren,1998), todos eles alertando para o facto de que tudo afecta a saúde, e que portanto, para a manter e melhorar é necessário compreender e honrar o todo, em cada uma das suas partes e na sinergia criada pelo sua totalidade (Freeman, 2005).

O holismo é assim uma aspiração, uma direcção, plena de oportunidades retóricas, mas que não é fácil de alcançar, pois requer um grau especial de atenção, percepção, habilidade e humanidade. E embora seja, nas palavras de Fulder (2005,p.775) “(...) a view that is all too easily forgotten” , como preconiza a OMS (2008) no seu relatório mundial de 2008 “ (...) Os cidadãos do mundo (...) não estão apenas à procura de competência técnica: também querem que os prestadores de cuidados de saúde sejam compreensivos, respeitadores (...). Querem cuidados de saúde organizados em torno das suas necessidades (...) sensíveis à situação particular da vida (...). Não querem ser (...) meros alvos de programas de controlo de doenças (...)”(OMS, 2008, p.18).

Esta “(...)desfasagem importante entre a nova visão do mundo que emerge do estudo(...) e os valores que ainda predominam(...) fundamentados, em grande parte, no determinismo mecanicista, no positivismo e no niilismo. (...)” (UNESCO,1986), prejudicial para o Homem, fez com que já em 1986, na Declaração de Veneza, ao discutirem o futuro da ciência e do mundo, os seus participantes reconhecessem “(...) a urgência de uma procura verdadeiramente transdisciplinar em intercâmbio dinâmico entre as ciência ‘exactas’,as ciências ‘humanas’, a arte e a tradição(...)” para o “(...) aparecimento de uma nova visão da humanidade(...)” capaz de nos “(...) aproximar mais do real e nos permitir enfrentar melhor os diferentes desafios da nossa época.” (UNESCO, 1986).

No contexto deste novo século, em que, como afirma Freeman (2005, p.154) “People are complex, and live in a complex communities in a complex world. All aspects of this world have an impact on the health of the people in it”, e portanto é necessário adoptar uma abordagem que seja capaz de analisar e integrar a totalidade deste fenómeno, de conhecer e compreender as “Causes of the causes”, “(...)focusing on the upsteam causes of ill health” (Chan ,2008,s.p.), para que assim possamos

melhorar a nossa capacidade de prever e controlar os resultados em saúde (Pourbohloul e Kieny, 2011), num mundo que exige cada vez mais ser cuidado com *humanidade* (Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2008) e na sua essência: a humanidade.

1.3.3- Planeamento em saúde.

O interesse em atingir objectivos de redução da doença em populações humanas é um dos mais antigos esforços de governos. Promover e proteger a saúde, é em contrapartida, um propósito relativamente recente, que reclama não apenas métodos e técnicas diferentes, mas um conhecimento profundo do que é a saúde das pessoas, como se adquire e conserva e como se perde.

O planeamento em saúde surge, neste contexto, como um auxiliar na tomada de decisão, que permite a cada país uma racionalização na aplicação dos seus recursos de saúde, caracteristicamente escassos (Giraldes *in* Tavares, 1990, p. 14), de forma a que a transformação da realidade se processe da maneira mais eficiente possível (Imperatori *in* Tavares, 1990, p.13), num *trade -off* entre equidade e eficiência (Giraldes *in* Tavares, 1990,p16; Stanhope e Lancaster, 2011).

O planeamento em saúde pode definir-se, neste sentido, como um processo que as entidades responsáveis pela saúde em conjunto com a população levam a cabo, para conseguir em áreas e prazos determinados, os melhores níveis de saúde das populações em causa (Duran, 1989) através do estabelecimento de prioridades consensuais, objectivos e actividades para o sector, à luz das políticas adoptadas, das intervenções seleccionadas e das limitações de recursos (MS e DGS, 2004). Baseado no método científico (Duran, 1989; Guerra, 2000), é um processo permanente, contínuo, dinâmico e interactivo (Guerra, 2000), voltado para o futuro e para a acção (Brissos, 2004), e um instrumento de coordenação entre os múltiplos actores, um incentivo à colaboração intersectorial e um meio de contribuir para a sustentabilidade técnica, política e financeira das actividades realizadas no sector (MS e DGS, 2004). Em resumo, o planeamento é o processo pelo qual se decide conseguir um futuro melhor do que o presente, mudando o que é necessário para lá chegar.

Neste sector específico não há contudo, uma longa história de planeamento (Tavares, 1990). Ao isolar-se num certo exclusivismo e em propostas formais não assimiladas pelo poder político e menos ainda pelas populações, não integradas na sua realização, o processo de planeamento da saúde não chegou a identificar-se com o poder da decisão e nunca foi devidamente utilizado como instrumento de gestão (Duran, 1989; Brissos, 2004).

Na década de 90 a aplicação do conceito de estratégia emerge como alternativa para a construção de uma nova metodologia de planeamento, alternativa ao planeamento tradicional e à sua centralidade, uniformidade e rigidez. A nova metodologia de planeamento – o planeamento estratégico – surge assim como uma tentativa de conseguir melhores resultados, ao equacionar os constrangimentos ambientais internos e externos do sistema, enquadradas num determinado contexto (Brissos, 2004; Tavares, 1990, Guerra, 2000).

Contudo é a motivação dos indivíduos que detêm o poder no sistema, que determina o tipo de abordagem ao planeamento estratégico e, conseqüentemente o tipo de resultados conseguidos. Segundo Craveiro e Ferrinho (2001) apesar das expectativas colocadas no potencial deste tipo de planeamento, a sua aplicação terá tido “(...) relativo pouco sucesso (...) o que poderá indiciar uma fragilidade teórica subjacente ao processo” (Craveiro e Ferrinho, 2001, p.27,36). Para além disso, segundo Brissos (2004) a análise multissectorial que a realidade hoje impõe a esta metodologia, é apenas utilizada para conhecer os determinantes de saúde, sendo apenas conseguida a sua aplicação parcial ao nível da programação, constatando-se a prevalência de uma visão sectorizada dos problemas.

As estratégias de saúde que têm sido seguidas não têm conseguido assim privilegiar uma visão multissectorial integradora e sistémica, a única que, todavia, pode integrar um processo de desenvolvimento. Neste contexto, o planeamento deve basear-se numa estrutura descentralizada que valorize as soluções adequadas a cada território e a aceitação de uma abordagem diferente numa óptica de mercado; deve assumir a forma de um processo de negociação participativa, perspectivado num contexto de mudança, o que facilita a consecução de objectivos e aumenta a capacidade de aprendizagem e inovação dos actores (Brissos, 2004).

Este “*planeamento democrático*” (Duran, 1989,p.24), “participativo” (CE, 2004,p.118) e “*criativo*”(Guerra, 2000,p.110), é, nas palavras de Duran (1989), a única forma de garantir que no desenvolvimento do processo deram entrada nas estruturas e funções do poder político, todas as correntes que emanam do poder real de uma sociedade.

A participação, desde há muito referida nos manuais de planeamento, mas nem sempre tão abrangente como seria necessário, surge hoje em dia como um requisito fundamental em todas as fases de planeamento (Brissos, 2004) de uma política de desenvolvimento (CE,2004).Como refere Guerra (2000,p.101-102) “(...) não se trata apenas de obter a participação mais ou menos folclórica da população nas actividades. Pretende-se, sobretudo, provocar uma tomada de consciência permanente do meio social sobre os seus próprios problemas e capacidade de solução (...)”. Não é portanto “(...) apenas uma questão ética, e ideológica, de uma democracia participativa - é antes uma necessidade técnica dos processos de desenvolvimento”, porque “As pessoas não podem ser desenvolvidas: podem apenas se desenvolver” (Julius Nyerere *cit in* Martin, 2006,p.91). Esta concepção de Guerra, vem ao encontro dos princípios que a Comissão Europeia (CE) considera como pontos-chave das abordagens participativas: envolver as pessoas como sujeitos e não como “objectos”; respeitar as competências e conhecimentos locais; garantir a influência sobre as decisões de desenvolvimento e não apenas o envolvimento; constituir um processo de aprendizagem e igualmente um resultado; constituir uma abordagem e atitude e não apenas um conjunto de habilidades técnicas (CE, 2004, p.118).

De acordo com estes princípios, os projectos de intervenção devem ter como pressupostos o desenvolvimento socioeconómico integrado das comunidades. Criam-se, assim, condições para um desenvolvimento participativo e humano, com reforço de competências, informação, formação e cidadania (Brissos, 2004) em que o binómio “*doador – receptor*” se torna demasiadamente simplista para descrever tão multifacetada relação (Martin, 2006),na medida em que a população deixa de ser vista como simples “*receptora*” e “*beneficiária*” dos resultados do processo, para passar a ser considerada como “*parceiro*” e agente prioritário e activo da mudança social (Ruivo e Ferrito, 2010), conceito que, por estes motivos, será adoptado ao longo de toda a dissertação.

Para garantir o seu potencial, plano, programa e projecto, apesar de distintos na sua definição, devem assim seguir na sua elaboração, uma metodologia comum, baseada no método científico (Duran, 1989; Tavares, 1990; Guerra, 2000): a metodologia de projecto, cujos passos nem sempre são fáceis, mas cuja omissão poderá conduzir a uma má prestação de cuidados (Tavares, 1990).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1982) este percurso pode dividir-se em seis etapas: (1) diagnóstico da situação; (2) definição de prioridades; (3) fixação de objectivos; (4) selecção de estratégias; (5) programação de actividades; e (6) monitorização e avaliação, com posterior divulgação dos resultados. Ao basear-se nestes alicerces fundamentais para a resolução de um problema, isto confere ao projecto uma característica investigativa, produtora de conhecimento, pelo que o trabalho de projecto se aproxima bastante da investigação - acção (Ruivo e Ferrito, 2010).

As várias etapas da sua construção embora seguindo uma lógica sequente, podem ser apresentadas, de acordo com os autores, sob diferentes definições, mas sempre com base num mesmo pressuposto: por se tratar de um processo contínuo, dinâmico e flexível - um ciclo - as suas etapas não são estanques, adaptando-se e reorientando-se ao longo da intervenção sempre que necessário. Este tipo de perspectiva dinâmica, focaliza-se, não tanto na resolução imediata dos problemas, mas antes na criação de respostas sustentadas, acessíveis e aceitáveis para as populações (Stanhope e Lancaster, 2011), de forma a transformar efectivamente a situação dos sujeitos, pelo que no final, não se regressa ao ponto de partida inicial, mas a um ponto de partida aperfeiçoado (Duran, 1989; Tavares, 1990; Guerra, 2000; Ruivo e Ferrito, 2010).

A ideia de projecto deverá surgir, e de acordo com o já referido, da constatação de necessidades e problemáticas reais do país ou região de intervenção e das respectivas populações (Basto, 2004). O processo de planeamento em saúde começa portanto, com a análise da situação que se vai planear e cujo tema central será a saúde da população da área em estudo na sua interdependência com os funcionamentos socioeconómicos e culturais, tal como se manifestam na sociedade (Duran, 1989). No entanto, dado que a realidade “não fala por si”, o conhecimento das dinâmicas sobre as quais se pretende intervir é um problema complexo que exige conhecimentos teóricos e metodológicos de pesquisa - acção, cujo aprofundamento apela a dimensões integradas e

multidisciplinares, ou seja, à participação de todos os que detêm elementos do conhecimento sobre a realidade – os diversos *stakeholders* (CE, 2004).

Segundo Duran (1989, p.63) para um bom conhecimento da realidade, para além dos vários métodos existentes para a construção de um bom referencial teórico e obtenção de informação da comunidade, a “(...)exploração directa do terreno é indispensável e é também a fonte mais fiável” para ir até às primeiras causas da situação encontrada(Duran,1989): permite a descoberta e uma construção específica de cada situação (Collière 1999), “ a desmontagem das histórias que da História nos contaram (...) uma descolonização das nossas próprias referências míticas, abrindo o caminho para uma consciência consciente do cruzamento interessado de ‘verdades’ e ‘in-verdades’ (...)” (Pacheco 1996, p.471). Quando falamos de diagnóstico, referimo-nos portanto à compreensão do carácter sistémico da realidade, uma abordagem global, articulada e conceptualizada do contexto social, económico e cultural, que permite identificar os problemas, mas também as potencialidades, recursos e mecanismos de mudança que aí se encontram, bem como as aspirações latentes e expressas pelos vários grupos sociais face ao problema e à sua evolução (Guerra, 2000).

Uma vez elaborado o diagnóstico e hierarquizadas as necessidades de intervenção, torna-se necessário definir os objectivos a atingir (Guerra, 2000). Os objectivos partem da formulação textual do problema (situação negativa) exprimindo-a como um estado positivo no futuro (Basto, 2004) e apontando para os resultados que se pretendem alcançar para a população alvo, pela implementação dos projectos (Tavares,1990;Brissos,2004). Para que possam fornecer normas e critérios para as actividades posteriores, quer de planeamento, quer de gestão do projecto, na formulação de objectivos específicos e metas, há características do tipo estrutural que devem ser consideradas. De acordo com CE (2004) devem ser sempre definidas metas e objectivos *SMART*: específicos (specific), mensuráveis (measurable), alcançáveis (attainable), realistas (realistic) e limitados no tempo (time-bound). Para cada tipo de objectivos deverão igualmente ser formulados os respectivos indicadores de prossecução objectivamente verificáveis (IOV) (Basto, 2004; DGS, 2003; OMS,1981), segundo a OMS (1981), indicadores *CREAM*: claros; relevantes; económicos; adequados; e

monitorizáveis, características fundamentais uma vez que “ Só é possível gerir e avaliar aquilo que se puder medir” (DGS,2003,p.7).

Ter objectivos é portanto condição “*sine qua non*” para decidirmos como progredir em relação a eles (Tavares, 1990; Duran, 1989; Guerra,2000; Imperatori e Giraldes, 1982; DGS,2003; Stanhope e Lancaster,2011). A forma como se lá chega é parte integrante da selecção de estratégias, etapa seguinte do processo de planeamento (Tavares, 1990).

Num contexto de planeamento, e considerando a estratégia como uma etapa de clarificação da concretização da metodologia de projecto, concebe-se a estratégia num contexto de articulação entre recursos e objectivos, visando a elaboração de um pensamento director em torno do qual se estruturam de forma coerente, as decisões fundamentais (Guerra, 2000). No planeamento das acções de saúde, a estratégia pode definir-se como a arte de combinar as actividades necessárias, de maneira a atingir com a maior eficiência e a menor rejeição, os objectivos definidos (Duran,1989).

Com a definição de uma estratégia, cada objectivo específico é operacionalizado através da selecção das actividades necessárias e suficientes, para que este seja atingido (Tavares, 1990), devendo estas ser propiciadoras de equidade, acessibilidade, globalidade, aceitabilidade, integração, continuidade e participação (Imperatori e Luz *cit in* Tavares, 1990,p.135). Infere-se assim que as actividades não são actos isolados (Duran, 1989): conjuntos de actividades conduzem à consecução de objectivos específicos, permitindo o conjunto total das actividades atingir plenamente o objectivo geral do projecto (Tavares, 1990).

Todas as actividades identificadas devem ser acompanhadas depois, de uma previsão e descrição dos recursos a empregar em cada uma delas, para que a sustentabilidade do projecto não fique comprometida (Basto,2004). De acordo com Brissos (2004) os recursos endógenos de uma determinada região de saúde, pela garantia de sustentabilidade que daí advém, devem porém, ser sempre, um dos vectores aos quais se deve atribuir particular relevo, nomeadamente os recursos humanos. E por isso qualquer estratégia deve integrar um processo formativo, capaz de proporcionar o desenvolvimento de capacidades - o empoderamento – da população para que estas

tenham mais controlo sobre o seu futuro (CE,2004). Numa metodologia participativa de projecto, para uma resposta com qualidade, considera-se ainda que a actuação deve ser integrada, ou seja, garantir não só o envolvimento dos serviços estatais, mas de todos os restantes parceiros da sociedade civil, principalmente os “*beneficiários*”/ “*parceiros*” directos da acção, porque quanto mais envolvidos estes estiverem, maior será o seu sentimento de apropriação.

Em síntese, podemos afirmar que o sucesso de cada projecto de desenvolvimento, do qual a saúde faz parte, depende, tal como defende a CE (2004,p.146), e resume Martin (2006, p.91), de uma série de insumos: “(...)um mínimo de boa governança, estado de direito e direitos humanos, potencial humano/ físico local e adequado, tecnologia apropriada, uma comunidade anfitriã receptiva e um mínimo de ordem social, acesso a verbas, equipamentos e mercados necessários, além de capacitação para a sustentabilidade do projecto.”.

A última etapa da metodologia de projecto, é, de acordo com Imperatori e Giraldes (1982) a avaliação.Nesta fase, dois conceitos surgem normalmente associados: monitorização e avaliação. Embora ambos os processos se destinem à colheita, análise e uso da informação para apoiar a tomada de decisão, constituem actividades distintas, que é necessário saber diferenciar.

A monitorização é um processo contínuo e sistemático que visa analisar o progresso do projecto em relação aos resultados planeados, com a finalidade de corrigir eventuais desvios. Trata-se portanto de um instrumento de gestão interna de apoio à tomada de decisão eficaz (CE, 2004).A avaliação é a apreciação sistemática e objectiva de um projecto, programa ou política, em curso ou terminada, quanto à sua concepção, execução e resultados (CE, 2004). Segundo a OMS (1981) a avaliação é portanto uma forma de aprender com a experiência, e utilizar as lições apreendidas para melhorar as acções presentes e planificar mais eficazmente no futuro. Embora constitua a etapa “final” do processo de planeamento, estabelece, por si só, um mecanismo de retroacção sobre as diversas etapas anteriores (OMS, 1981), com o objectivo de determinar a sua relevância, coerência, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade, sendo também utilizada para fins contabilísticos (análise custo/benefício) (CE,2004).Num contexto de gestão, deve ser por isso um processo participativo, contínuo e integrado de análise crítica imparcial, suportado por informação válida, relevante e sensível, encarado como

uma ferramenta construtiva, orientada para acção e directamente ligada ao processo de decisão, tanto ao nível operacional como político (OMS,1981), com resultados a apreender, quer pelo “doador”, quer do “receptor”/ “parceiro”(CE,2004).

A avaliação, complexa em qualquer sector, apresenta particulares dificuldades no sector da saúde, dada a natureza das suas actividades e resultados e o facto de as mudanças ocorridas advirem, na maioria, da alteração de elementos fora do sector. O processo de avaliação não se torna por isso menos científico: terá apenas que basear-se em objectivos e indicadores cuidadosamente seleccionados e elaborados (OMS,1981), como já referido.

Todo o processo descrito é encerrado com a divulgação dos resultados do projecto. Normalmente feita sobre a forma de um relatório escrito final, esta divulgação constitui, em função da metodologia seguida em todo o processo de elaboração, execução e avaliação do projecto, uma importante fonte de informação científica, passível de ser utilizada e aplicada na melhoria de práticas futuras, permitindo ao mesmo tempo, que os seus “beneficiários”, directos e indirectos, e todas as restantes entidades envolvidas (financiadores, chefias, ministérios responsáveis), possam rever ou conhecer o caminho percorrido na resolução de um problema. (Brissos, 2004; Basto, 2004).

1.4 – SAÚDE MUNDIAL: UM MUNDO DE OPORTUNIDADES PARA RESPONDER

“The imperative of global health have to be framed not just as a series of isolated problems in far-off places, but as a common concern of humankind.”

(Gostin, 2007, p.16)

Muitos progressos foram alcançados desde que a saúde foi definida como elemento central ao desenvolvimento (OMS, 2005 b; ONU, 2011; PNUD, 2010). A média mundial do índice de desenvolvimento humano (IDH) aumentou 18% desde 1990 (e 41% desde 1970), reflectindo que ao longo dos últimos 20 anos, muitas pessoas de

todo o mundo, alcançaram melhorias profundas em aspectos fundamentais das suas vidas, incluindo na saúde.

Muitos países, entre os quais os de rendimento médio e muito de baixo rendimento, obtiveram grandes ganhos na esperança média de vida (PNUD, 2010; IPAD, 2011 a), com reduções de cerca de 60% nas taxas de mortalidade nos últimos 30 anos (PNUD,2010). Apesar de na África Subsariana, 1 em cada 8 crianças continuar a morrer antes dos 5 anos de idade, de acordo com o relatório sobre os ODM de 2011 da ONU, de 1990-2009, a taxa de mortalidade infantil abaixo desta idade, diminuiu em um terço, com menos 12 000 crianças a morrer por dia. Apesar de as regiões da África Subsariana e o Sul Asiático continuarem a concentrar igualmente as maiores taxas de mortalidade materna, e a maioria sejam evitáveis, (87% do total em 2008), considerando as regiões em desenvolvimento na totalidade, entre 1990-2008, também as taxas de mortalidade materna diminuíram 34% (ONU,2011); com estimativas a apontar para que em 2050, 1 em cada 4 pessoas dos países desenvolvidos e 1 em cada 7 dos países em vias de desenvolvimento, tenham mais de 65 anos (Zukany, 2010).

Contudo, nem todos os lados da história são positivos, e as lacunas do desenvolvimento humano por todo o mundo, embora estejam a diminuir, permanecem enormes entre países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, com alguns deles a sofrerem sérios reveses, particularmente na área da saúde. O abrandamento no progresso agregado no sector desde 1990, deve-se grandemente, a reversões profundas em dezanove países (onde habitam 6% da população mundial): em nove deles – seis na África Subsariana e três na Antiga União Soviética – a esperança de vida caiu abaixo dos níveis de 1970, em consequência da epidemia do VIH/Sida (ONU, 2011; PNUD,2010) e o acréscimo de mortalidade adulta nos países em transição (PNUD, 2010).

De acordo com a ONU (2011), 68% da totalidade das pessoas com VIH/Sida vivem na África Subsariana, onde acontecem 72% da totalidade de mortes por este motivo. Mesmo assim, em média, menos de metade dos homens e pouco mais de um terço das mulheres usaram preservativo durante a sua última relação sexual de risco nesta região. A associar a este facto, as necessidades em termos de saúde reprodutiva e planeamento familiar, mantêm-se de moderadas a altas na maioria das regiões desde

2000, atingindo os níveis mais elevados nas Caraíbas e África Subsariana, registando esta última região, a maior taxa de natalidade entre adolescentes, que pouco mudou desde 1990. E, apesar de existirem intervenções de eficácia comprovada que poderiam prevenir a deficiência ou morte durante a gravidez e parto, a proporção de mulheres que recebem o número recomendado de visitas durante a gravidez continua baixo, continuando a mortalidade materna a representar um elevado fardo em termos de saúde para estes países.

A estes factos, juntamos ainda outros, que nos apontam para a manutenção, nos países menos desenvolvidos (PmD), de défices indignantes na satisfação de outras necessidades humanas básicas: acesso a alimentos, água potável, saneamento, abrigo, segurança e paz. Assim, apesar do extraordinário impulso na produção alimentar (PNUD, 2010), a proporção de pessoas que passam fome nos países em desenvolvimento manteve-se estável (16%) entre 2005-2007, com a percentagem de crianças subnutridas com menos de 5 anos, a diminuir apenas de 30% para 23% entre 1990-2009. Com base nas tendências actuais, e de acordo com a ONU (2011) a África Subsariana será assim incapaz de cumprir a meta de redução da fome até 2015. Relativamente ao acesso a água potável, apesar de ter dobrado o número de pessoas que nas regiões Africanas abaixo do Saara têm acesso a água potável, as pessoas que vivem em zonas rurais continuam a ter 1,8 vezes menos propensão a utiliza-la. No que respeita a condições de higiene, mais de 2.6 biliões de pessoas continuam a não ter acesso a qualquer forma de saneamento básico (Zukang *in* ONU, 2011, p.5). De acordo com Zukang (*in* ONU, 2011, p.5), a todos estes aspectos com efeitos nefastos para a saúde e bem-estar, temos ainda que juntar o número de pessoas sem-abrigo nas regiões em desenvolvimento, estimado em 823 milhões, em comparação com os 767 milhões em 2000. Estes números tornam-se ainda mais preocupantes se tivermos em consideração os 43 milhões pessoas que em 2010, devido a conflitos, perseguição ou crises humanitárias, se encontram deslocadas ou refugiadas em todo o mundo (ONU, 2011).

Para complementar este cenário e contrariando o princípio de acesso universal e equitativo a cuidados básicos de Saúde preconizado em Alma Ata, mantém-se também, o profundo hiato no acesso, cobertura e prestação de serviços de saúde e respectivos

dotação em termos de recursos humanos, entre os países ricos e pobres (OMS,2010 b; CDSS,2010). De acordo com a OMS (2010 a), e se nos concentrarmos apenas na saúde materna e infantil, a melhoria na cobertura de serviços em 49 países de baixo rendimento poderia, até 2015, salvar a vida de mais 700.000 mulheres e mais de 16 milhões de crianças com menos de 5 anos. Se a estas previsões juntarmos ainda as que apontam para que 90% das 17 doenças tropicais negligenciadas (DTN) – responsáveis, anualmente, pela perda de 57 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI) – podem ser tratadas apenas com a administração de medicamentos 1-2 vezes ao ano (Savioli *in* OMS,2011 c), facilmente se subentende a premência na redução deste fosso. O objectivo fundamental do reforço dos sistemas de saúde públicos, integrando os serviços actualmente dispersos e fragmentados em CSP, permitiria assim a redução destas vulnerabilidades, e a longo prazo, responder simultaneamente, ao desafio crescente das doenças crónicas nestes países (IPAD, 2011 a).

Sendo os recursos humanos de importância crítica para o bom desempenho dos sistemas de saúde (Dussault *et al.* *in* OMS 2010 b; OMS, 2006), numa cruel coincidência do destino, de acordo com dois documentos recentes - *Relatório Mundial de Saúde de 2006 e a Análise de Recursos Humanos nos PALOP de 2010* - são também os países com maior carga global de doença, aqueles em que a disponibilidade de profissionais de saúde qualificados é perigosamente baixa (OMS, 2006;OMS,2010 b), com África e o Sudeste Asiático a disporem de apenas 3% e 12%,respectivamente (Gostin,2007), dos trabalhadores de saúde de todo o mundo, num défice global de aproximadamente 4,3milhões de trabalhadores (OMS,2006). Como causas apontam-se não só a emigração (“*brain drain*”), mas também um investimento inadequado nos seus salários e capacitação, e o VIH/Sida (Gostin,2007; UN Millennium Project, 2005; Bangdiwala *et al.*,2010).

Como é óbvio, para além de todos estes dados, os PmD não ficaram alheados do processo de globalização e das suas consequências sobre o perfil de saúde das populações. Aquelas que foram consideradas durante muito tempo as companheiras das sociedades mais ricas - as doenças associadas ao estilo de vida e ao comportamento - são agora responsáveis por 80% da carga de doença nos países de baixa e média renda

(Chan,2010),consequência de significativas alterações na comunicação e nos padrões de consumo (OMS,2005 a; Gostin e Taylor,2008; Lee,2004), com estimativas a apontar para que em 2020, sejam estas doenças de comunicação não - obrigatória a liderar as causas de morbilidade e morte prematura nestes países (OMS,2011b; Gostin e Taylor,2008), com as respectivas pressões que daí advirão para os sistemas de saúde (IPAD,2011a).

A estas dados temos ainda que acrescentar o processo crescente de urbanização (OMS, 2005 b), com estimativas a apontar para que no ano 2050, 70% da população mundial resida em zonas urbanas e megacidades, cujo crescimento irá, por sua vez, criar novos problemas (Zukang,2010), nomeadamente ao nível da saúde mental (crime, toxicod dependências, desemprego, depressão; alterações da família nuclear,...) e dos acidentes de viação (Caetano,1998; CDSS,2010; OMS,2011 b; IPAD, 2011a).

Este crescimento da população mundial tem-se verificado em parte à custa da degradação do meio ambiente. Se às alterações na utilização dos solos, o aumento da desflorestação, emissão de gases tóxicos e o perigo de esgotamento de alguns recursos naturais (Zukang, 2010), juntarmos o reaparecimento de doenças infecciosas que se julgavam controladas, novos vectores de transmissão de doenças e os eventos extremos, todos eles decorrentes das alterações climáticas, facilmente se subentendem mais aspectos que poderão ter repercussões graves nos PmD e na saúde das suas populações (Zukang,2010; Gostin e Taylor,2008; Lee,2004; IPAD, 2011a).

Neste contexto, em síntese, o conceito que melhor permite resumir a análise dos efeitos do desenvolvimento sobre a saúde é o da “transição em saúde” (OMS,2011b), com os seus três processos componentes: transição demográfica, alteração da exposição a riscos para a saúde e cuidados de saúde efectivos (IPAD, 2011a).

Apesar de complexo, a listagem de problemas de saúde aqui expostos, particularmente em relação aos PmD, deixa em aberto, um sem número de oportunidades de intervenção, capazes de minimizar o fosso persistente que existe entre países ricos e pobres.

Como já ficou subentendido, o processo de globalização contemporânea, associa-se aos processos motores desta transição em Saúde. Contudo os seus efeitos não se fazem sentir apenas de forma negativa. As três mudanças que dela decorrem – mudanças espaciais, temporais e cognitivas (Lee,2004), abrem também novas oportunidades para o sector e a redução dos riscos de saúde transnacionais, uma vez que permitem a melhoria das tecnologias de informação e comunicação; a troca de experiências e mecanismos mais eficientes de governação global (OMS, 2005b).

Se aliarmos estes dois conjuntos de oportunidades, a uma vontade efectiva por parte dos Estados e a uma boa governação - base indispensável para sistemas de saúde eficazes, capacidade para absorver de modo eficiente a ajuda externa e proporcionar um desenvolvimento sustentável (IPAD,2011 a; RCM nº196/2005) - de forma gradual conseguir-se-á proporcionar cuidados básicos de saúde às populações de todo o mundo e traçar, deste modo, o inicio de um rumo em direcção a um futuro mais justo, equitativo e sustentável para a saúde da humanidade e o desenvolvimento de todos os povos.

II - COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO

Com o final da II Guerra Mundial a melhoria das condições de vida das populações, tornou-se uma preocupação para os governos. Com a queda dos poderes coloniais emerge a problemática do subdesenvolvimento, e este objectivo estende-se aos países mais pobres, iniciando-se a cooperação para o desenvolvimento entre Estados (Afonso e Fernandes, 2005; Fernandes, 2004). O conceito não tem contudo, uma definição única e plena, aceite e adaptada a todos os contextos e espaços temporais, moldando-se ao pensamento e valores políticos dominantes sobre o desenvolvimento e a visão do relacionamento entre estados ricos e pobres (Fernandes, 2004).

Mas se é certo que a obrigação da ajuda teve a sua origem nesta divisão do mundo (Ferreira, 2004), encontrando a sua justificação em sentimentos de solidariedade humanitária ou política, expressões de proximidade linguística e cultural, interesses geoestratégicos e económicos (RCM nº196/2005), ela não podia ficar prisioneira dessa origem, sendo necessário ancorá-la num dever superior e comum - o desenvolvimento mundial - situado na confluência de duas ideias - força simultâneas: a do desenvolvimento e a dos direitos humanos (Ferreira, 2004). Tal acontece porque o mundo que hoje vivemos é completamente diferente daquilo que vivíamos há umas décadas atrás e a arquitectura global da ajuda não foi alheia a essas mudanças (Correia, 2011). Ao raciocínio que esteve na origem da cooperação entre Estados, sobrepõe-se a consciência de que, para funcionar, a globalização não pode continuar a ter largas manchas de exclusão dispersas pelo mundo: essa possibilidade constitui a mais poderosa dúvida quanto aos seus benefícios e a mais perigosa semente para a instabilidade global (RCM nº196/2005).

Constituindo o direito ao desenvolvimento um direito humano inalienável, conforme consagrado em 1981, no art.22º da Carta de Banjul (OUA, 1981) e posteriormente na Declaração da ONU, e sendo “A pessoa humana (...) o sujeito central do desenvolvimento (...)” (ONU, 1986), os Estados têm assim a responsabilidade e o

dever de criar condições nacionais e internacionais favoráveis à realização deste direito(ONU, 1986; OUA,1981), com vista a tornar o processo de globalização uma força positiva para todos os povos do mundo(ONU,2000).

No século XXI, o principal marco de referência para a Cooperação Internacional é a Declaração do Milénio (OMS, 2005 a;IPAD,2011 a; IPAD, 2011 b), na qual, chefes de estado e de governo, cientes do seu papel, reconhecem inequivocamente que “(...) para além das responsabilidades que todos temos perante as nossas sociedades, temos a responsabilidade colectiva de respeitar e defender os princípios da dignidade humana, da igualdade e da equidade, a nível mundial. Como dirigentes, temos, pois o dever para com todos os habitantes do planeta, em especial para com os mais desfavorecidos e, em particular, as crianças do mundo, a quem pertence o futuro.” (ONU, 2000, p.1). Determinados a resolver os problemas internacionais de carácter económico, social, cultural e humanitário, necessários para criar condições propícias a nível mundial para o desenvolvimento global e a eliminação da pobreza até ao ano de 2015,declaram que, portanto, “Os que sofrem, ou os que beneficiam menos, merecem a ajuda dos que beneficiam mais.” (ONU, 2000, p.3).

A postura global da política externa portuguesa é inteiramente consentânea com esta declaração, orientando o país os seus apoios de cooperação para o desenvolvimento de forma a que a cooperação portuguesa (CP) esteja plenamente ancorada neste esforço internacional (RCM n^o196/2005).

2.1- O CONTEXTO INTERNACIONAL: MAIS E MELHOR AJUDA

Para que em 2015 o mundo se apresente um lugar melhor, o contexto terá que ser de esperança, uma vez que tal só acontecerá se forem aproveitadas todas as oportunidades e sinergias que resultam de um esforço partilhado a nível comum (RCM n^o196/2005). Neste contexto e com este intuito, à Cimeira do Milénio da ONU em 2000, sucederam-se uma série de outras conferências, num movimento internacional de convergência no sentido de se conseguir mais e melhor ajuda, para os que mais precisam em todo o mundo: para a consecução das metas estabelecidas, o caminho percorrido até então apontava, por um lado para a necessidade de políticas de

cooperação mais eficazes na utilização dos recursos e, por outro, para a necessidade de aumentar tais recursos.

Em 2002, na Conferência sobre o Financiamento do Desenvolvimento, realizada pela ONU, importantes compromissos, foram avocados em termos de ajuda pública ao desenvolvimento (APD), neste sentido (IPAD e MNE, 2011). No Consenso de Monterrey, resultante desta conferência, embora tenha sido sublinhada a importância para o desenvolvimento dos recursos domésticos, do investimento estrangeiro e do comércio internacional, os países desenvolvidos reafirmaram o seu compromisso de alcançar a meta de uma APD ao nível de 0.7% do rendimento nacional bruto (RNB) (com pelo menos 0,15 a 0,20% para os países menos avançados - PMA) até 2015. Como meta intermédia, a União Europeia (UE) acordou ainda em atingir, individualmente para cada estado membro, uma meta de 0,51% em 2010 (RCM nº196/2005) e em canalizar pelo menos 50% do aumento da ajuda conjunta para África, tendo sido estes compromissos reafirmados em 2008, no *follow-up* da implementação deste Consenso, em Doha (IPAD, 2011 b; ONU, 2008 a).

Assumidos os compromissos quantitativos, a preocupação central dos países doadores centrar-se-ia paralelamente, na necessidade de reestruturar as políticas de cooperação, para que as questões de eficácia na utilização dos recursos se sobrepusessem a outro tipo de questões na afectação da APD (RCM nº196/2005).

A ideia sobre a necessidade de uma ajuda mais eficaz para a prossecução dos ODM foi claramente debatida em 2003, no I Fórum de Alto Nível para a Harmonização. Em 2005, a Declaração de Paris (II Fórum de Alto Nível para a Eficácia da Ajuda), retomando os compromissos da Declaração de Roma de 2003 e os princípios definidos na Mesa Redonda de Marraquexe (2004), veio aprofundar as questões da eficácia explanando-as em cinco princípios, que viriam a ser adoptados por mais de 100 países e instituições de desenvolvimento (OCDE, 2009): (1) *apropriação*, segundo o qual são os países parceiros que exercem a liderança efectiva sobre as suas políticas e estratégias de desenvolvimento (OCDE, 2006), melhoram as suas instituições e combatem a corrupção (OCDE, 2009); (2) *alinhamento*, princípio de acordo com o qual os doadores devem basear todo o seu apoio em estratégias nacionais de desenvolvimento, instituições e procedimentos dos países parceiros; (3) *harmonização*, de acordo com o

qual as acções dos doadores são mais harmonizadas, transparentes e colectivamente eficazes; (4) *gestão centrada nos resultados*, principio que estipula que doadores e parceiros devem unir esforços numa abordagem participativa (OCDE, 2006) no sentido produzir e medir resultados (OCDE, 2009), gerindo recursos e tomando decisões, em função desses resultados; e a (5) *responsabilidade mútua*, que estipula que os resultados do desenvolvimento são simultaneamente da responsabilidade de doadores e países parceiros (OCDE, 2006).

Ao nível da UE, organização líder a nível mundial em termos de concessão da ajuda ao desenvolvimento, estas tendências reflectiram-se no endosso da política dos três “C’s”: *complementaridade, coordenação e coerência*, à qual se juntaria em 2005, o “*O consenso Europeu para o desenvolvimento*”, relativo à necessidade de um maior empenho dos estados membros em termos de coordenação e harmonização nas suas acções (UE, 2005). O “*Código de conduta sobre a complementaridade e divisão das tarefas na política de desenvolvimento*” publicado em 2007, marcaria, entre outros aspectos, a posição da organização relativamente à necessidade de racionalizar a ajuda, concentrando-a num número limitado de países e sectores (UE, 2007), contribuindo para o reforço da posição da UE em torno dos esforços colectivos da comunidade internacional para aumentar a eficácia da ajuda.

Embora se tenham registado grandes progressos decorrentes da adopção da Declaração de Paris, grandes desafios continuavam por enfrentar para obter melhores resultados para a ajuda, numa óptica de eficácia (IPAD e MNE, 2011; OCDE, 2008). Em Setembro de 2008, a Agenda para a Acção de Acra (AAA), adoptada no quadro do III Fórum de Alto Nível para a Eficácia da Ajuda, veio assim reforçar o compromisso de doadores e parceiros, através da implementação de acções prioritárias concretas, em relação aos compromissos da Declaração de Paris que registaram menores desenvolvimentos na avaliação realizada pela OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico): a previsibilidade da ajuda, o uso dos sistemas nacionais dos parceiros, a condicionalidade e o desligamento da ajuda. Do contexto de Acra, resultariam assim três compromissos e desafios centrais: fortalecer o controlo do desenvolvimento por parte dos países parceiros, garantindo a sua liderança nos programas de desenvolvimento; construir parcerias mais eficazes e inclusivas, para

reduzir a dispendiosa fragmentação da ajuda; e alcançar resultados de desenvolvimento, prestando abertamente contas desses resultados (OCDE, 2008).

Tanto a Declaração de Paris como a AAA prevêm assim importantes ajustes para aumentar a eficácia da ajuda concedida a estados frágeis e situações de fragilidade, incluindo, por parte dos doadores, acções que visam: avaliações conjuntas; acordo sobre objectivos realistas para atacar as causas profundas do conflito e da fragilidade; apoio à capacitação dos Estados em função das solicitações; e financiamento flexível, rápido e de longo prazo (IPAD, 2011 b).

Ainda com relação à qualidade da ajuda, a coerência das políticas para o desenvolvimento (CPD) tem vindo a revelar-se uma preocupação crescente da comunidade internacional, no sentido de se assegurar que políticas adoptadas em diferentes áreas do desenvolvimento não prejudicam e, se possível, contribuem na sua globalidade, para os ODM (IPAD, 2011 b).

Em finais de 2011, o IV Fórum de Alto Nível para a Eficácia da Ajuda, a realizar em Busan - Coreia do Sul, deverá fazer o balanço da implementação dos compromissos assumidos relativamente à qualidade da ajuda pela comunidade internacional (IPAD e MNE, 2011). Como os desafios globais mais prementes apenas poderão ser ultrapassados com melhores soluções de desenvolvimento e, por conseguinte, com uma melhor cooperação para o desenvolvimento, espera-se, nas palavras de Manuel Correia, que neste fórum, se possa reafirmar “(...) uma responsabilização mútua e equilibrada no que respeita aos objectivos globais que o mundo definiu para si mesmo.”, em que Portugal deve “(...) assumir (...) também as suas responsabilidades.” (Correia, 2011, s.p.).

2.2 – “UMA VISÃO ESTRATÉGICA PARA A COOPERAÇÃO PORTUGUESA”

“Servir os interesses do país através dos interesses daqueles países que são menos afortunados do que nós.” (Correia, 2011,s.p.)

Para Portugal a cooperação constitui um dos pilares fundamentais da sua política externa e um instrumento imprescindível na sua relação com o mundo.

Valorizando em particular os contributos que o país pode oferecer através da língua portuguesa e da sua experiência histórica, os ODM, não obstante o restante enquadramento internacional, servem à CP, tal como servem à cooperação de muitos dos países mais evoluídos em matéria de APD, como um guião fundamental para as escolhas que têm de ser efectuadas.

Atendendo à harmonia entre os valores fundamentais da sua política externa e os valores subjacentes aos ODM, a missão da CP consiste, neste contexto, em *“Contribuir para a realização de um mundo melhor e mais estável, muito em particular nos países lusófonos, caracterizado pelo desenvolvimento económico e social, e pela consolidação e o aprofundamento da paz, da democracia, dos direitos humanos e do Estado de direito.”* (RCM nº196/2005, p.7184). Ciente da sua responsabilidade para com os demais em todo o mundo, e tratando-se de um país com um longo passado solidário, Portugal procura actualmente, através da sua política de cooperação, responder da melhor forma possível aos desafios de um mundo global e globalizante, orientando a sua acção por forma a: contribuir para a concretização dos ODM, para o reforço da segurança humana em “Estados frágeis” ou em situações de pós-conflito; apoiar a lusofonia, enquanto instrumento de escolaridade e formação, e o desenvolvimento económico numa perspectiva de sustentabilidade sócio - ambiental; e, participar mais activamente nos debates internacionais em torno de objectivos comuns (RCM 196/2005).

Durante parte do XIII e todo o XIV Governos Constitucionais, *“A cooperação Portuguesa no limiar do século XXI”* (RCM nº 43/99), constituiu a primeira e principal referência de orientação da CP para o desenvolvimento nos planos político, económico e cultural. Contudo, em função das novas dinâmicas e realidades internacionais e o facto de “Os investimentos que ao longo de três décadas tiveram lugar em actividades de cooperação

obedeceram a lógicas muito variadas, foram de natureza extremamente diversa e tiveram resultados mistos, ambíguos e mesmo em muitos casos desconhecidos.” (RCM nº196/2005, p.7180), a Resolução de Conselho de Ministros (RCM) nº196/2005, aprovou o documento “*Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa*”, como tentativa para aperfeiçoar os instrumentos e mecanismos de cooperação e mobilizar tanto o campo político como o social, para as novas percepções de desenvolvimento (IPAD e MNE, 2011).

Neste documento, actualmente em vigor, o desafio essencial que se coloca a Portugal, enquanto país de dimensão média e recursos limitados, é o de saber, com eficiência e profissionalismo, aplicar os instrumentos de que dispõe de forma a maximizar a qualidade da sua intervenção nos teatros de discussão e decisão que se identificam como mais importantes, de forma a contrariar uma trajectória histórica de indefinição, fragmentação, descoordenação e descentralização orçamental, administrativa e política, principais obstáculos durante décadas, à racionalidade, eficiência e eficácia da sua cooperação. De acordo com “*Uma Visão Estratégica*”, para fazer face a estes desafios e aos do contexto internacional, Portugal terá que, beneficiando do potencial de multidisciplinaridade da articulação entre actores públicos e privados, desenvolver instrumentos e metodologias de trabalho adequadas, por forma a capitalizar as suas vantagens comparativas - a língua e a história (RCM nº196/2005; IPAD e MNE, 2011). Tratando-se de um pequeno doador, a cooperação realizada pelo país, quer a nível sectorial, quer a nível geográfico, terá que, portanto, adicionar um valor e/ou fazer uma diferença relativamente aos demais doadores na esfera internacional (IPAD, 2011 b).

2.2.1- Prioridades geográficas e sectoriais

Com sistemas administrativos e legais muito semelhantes aos existentes em Portugal (IPAD, 2011 b), laços históricos e culturais incontornáveis, um pequeno conjunto de países da África Lusófona (PALOP- Países Angolanos de Língua oficial Portuguesa) e Timor – Leste (TL) surgem como “*parceiros naturais*” (IPAD, 2011 b; IPAD e MNE, 2011) e espaços de intervenção prioritária da CP. À excepção de TL, esta concentração existe já, desde o início da CP (IPAD e MNE, 2011), quer ao nível dos

projectos bilaterais, quer ao nível dos executados pelas diversas organizações da sociedade civil (RCM nº196/2005).

Ao concentrar a ajuda nestes países, para além de a direccionar para onde logicamente tem mais experiência (IPAD e MNE, 2011), Portugal está também a apoiar países a quem foi dada prioridade a nível internacional pela sua vulnerabilidade, os designados “Estados frágeis”, caracteristicamente com baixo PIB (Produto Interno Bruto), elevada dívida externa, deterioração das condições político-sociais, fraca capacidade de governação e das instituições públicas, conflitos internos prolongados e geralmente com baixa capacidade para absorver a ajuda externa (IPAD e MNE, 2010; IPAD e MNE, 2011; IPAD, 2011 b). De acordo com a classificação da ONU, dos seis países destinatários da APD Portuguesa, à excepção de Cabo Verde (CV), que passou a país de rendimento médio (MIC - Middle Income Countries), cinco são PmD (Angola, Moçambique, Guiné - Bissau (G-B), S. Tomé e Príncipe (STP) e TL); três estão em situação de pós-conflito (Angola, G-B e TL); quatro em situação de fragilidade (Angola, G-B, STP e TL), apresentando quatro deles, de acordo com a classificação do PNUD (2010), baixo IDH (Angola, G- B, Moçambique e TL). No âmbito das relações sul - sul e na valorização do espaço da CPLP (Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa), para além destes seis países, a estratégia de cooperação incentiva ainda as relações com o Brasil.

Embora Portugal, para dar cumprimento aos seus compromissos internacionais, também afecte uma parte dos seus recursos de cooperação para outros países, com os quais tem ligações históricas relevantes (Marrocos, África do Sul, Senegal e Indonésia) (IPAD e MNE, 2011) e outros (Afeganistão, Bósnia e Sérvia) (IPAD, 2011 b), para evitar a fragmentação e a dispersão, é natural que a cooperação Portuguesa continue sobretudo dedicada, de acordo com RCM nº 196/2005, ao espaço CPLP, constituindo um dos países do CAD/OCDE com maior concentração geográfica da ajuda (IPAD 2011 b; IPAD e MNE, 2010).

Paralelamente, neste contexto, Portugal surge também como um dos países da OCDE que mais fundos canaliza para a APD multilateral (mais de 40% da sua APD entre 2006-2010), nomeadamente para a Comunidade Europeia (73% em 2005-2010), FMI, BM e ONU (IPAD, 2011 b), que encara, no âmbito do aprofundamento da

abordagem bi - multi (RCM nº196/2005; IPAD e MNE, 2010) e como um meio de participar nos esforços internacionais para melhorar a quantidade e a qualidade da ajuda (IPAD, 2009).

Em termos sectoriais, ao longo de todo o processo de evolução institucional, ficou claro que, apesar das múltiplas carências existentes ao nível dos países parceiros, a CP não podia actuar de forma eficiente e uniforme em todas as áreas, relativamente a todos os países com os quais mantinha relações de cooperação. Assim, nos últimos anos, e de acordo com os compromissos que o país assumiu internacionalmente, estas prioridades têm vindo a ser racionalizadas de acordo, por um lado, com as necessidades e prioridades dos países parceiros identificadas nos seus documentos de estratégia nacional para o desenvolvimento, e por outro, com as mais-valias específicas reconhecidas da CP, tendo presente a necessária divisão do trabalho e complementaridade entre doadores (IPAD e MNE, 2011; IPAD e MNE, 2010).

“Uma visão estratégica para a cooperação Portuguesa” reúne estas prioridades em torno de três eixos: I) a boa governação, participação e democracia; II) o desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza multidimensional; e, III) a educação para o desenvolvimento (RCM nº196/2005).

Mas, como considera Sangreman (2009), nestas prioridades cabe um leque muito variado de programas e projectos. Assim, para orientar o esforço de concentração sectorial e dar seguimento às recomendações feitas pelo CAD/OCDE em 2006 (IPAD, 2009) e pela UE em 2007, no quadro de operacionalização de *“Uma Visão estratégica”*, de acordo com *“Uma leitura dos últimos quinze anos de cooperação para o desenvolvimento 1996-2010”* e o *“Memorando da Cooperação portuguesa”* de 2010, foram entretanto desenvolvidas seis estratégias de cooperação: quatro sectoriais - educação, saúde, ambiente e desenvolvimento rural (esta última, ainda em fase de revisão), com as primeiras três a ser desenvolvidas segundo um processo participativo que envolveu para além dos ministérios sectoriais, outros actores da cooperação; e três transversais - género; boa governação, participação e democracia; e cooperação multilateral (IPAD e MNE, 2011; IPAD e MNE, 2010). Estes documentos têm assim por objectivo orientar a acção da CP nestas áreas, de acordo com as necessidades gerais dos seus principais parceiros, bilaterais e multilaterais.

2.3 – A COOPERAÇÃO PORTUGUESA NO SECTOR DA SAÚDE: O CENÁRIO ACTUAL

A saúde de uma população torna-se num valor transcendente, a partir do momento em que um nível mínimo de funcionamento humano é um pré-requisito para actividades que são críticas para o bem-estar social, cultural, político e económico globais (Gostin,2007). Nos dias de hoje, à luz dos conceitos de cooperação para o desenvolvimento, a saúde é assim considerada uma área de intervenção prioritária (Marques e Torgal, 2002),“(…) de relevo da cooperação Portuguesa, pelo saber e experiência adquiridos ao longo dos anos, sobretudo sobre as realidades dos países Africanos e de Timor - Leste.” (RCM nº196/2005, p.7188) como se pode ler no documento “*Uma visão Estratégica*”, de 2005.

Assente no respeito pelos compromissos internacionais e regionais assumidos pelo Estado Português desde a fundação da ONU e da UE, e intensificados na última década no que respeita à coordenação da Ajuda ao Desenvolvimento e a promoção da Saúde nos países mais pobres, a estratégia proposta para o sector - “*Estratégia de Cooperação Portuguesa para a Saúde*” - publicada em 2011 e integrada no II eixo das prioridades sectoriais do país - *o desenvolvimento sustentável e a luta contra a pobreza* - assume assim como objectivo geral de intervenção “*Fortalecer os sistemas públicos de saúde dos países em desenvolvimento enquanto elemento fundamental nas estratégias de redução de pobreza*” (IPAD, 2011 a, p.22). Desdobrado em torno de três eixos estratégicos: I) o aumento da capacidade de prestar cuidados de saúde de qualidade, para responder às necessidades não satisfeitas e à mudança de padrão de saúde – doença em curso; II) o fortalecimento institucional e empoderamento social, para responder às exigências de planeamento, gestão e avaliação dos sistemas de saúde, com envolvimento adequado da sociedade civil e organizações não-governamentais dos países - alvo; e III) o conhecimento e inovação, para responder, com progressiva auto-suficiência, às necessidades em recursos humanos na prestação de cuidados e na gestão, para que os PALOP - TL participem plenamente nas crescentes redes internacionais de investigação; o apoio da CP no sector da saúde aos PALOP- TL, cruza deste modo os pontos fortes da cooperação com os principais problemas de saúde dos seus parceiros prioritários, para que as sinergias assim criadas possam contribuir para a consecução

dos ODM nestes países, particularmente os três directamente relacionados com a saúde, com ênfase especial, como se descreve na “*Visão Estratégica*”, para a “(...) capacidade de trabalhar no âmbito dos cuidados de saúde primários e de higiene, aproximando deste modo o esforço da cooperação às primeiras necessidades das populações.”(RCM nº196/2005, p.7188).

Para além dos princípios políticos, jurídicos, éticos e humanitários, para garantia da sua eficácia e sustentabilidade, a intervenção no sector parte, na sua base, de seis princípios operativos fundamentais: a) *relevância e pertinência das intervenções*, seleccionadas em função dos problemas prioritários identificados pelos próprios países, da sua dimensão e capacidade institucional; b) *coerência externa*, entre as prioridades dos Planos Indicativos de Cooperação (PIC) e respectivos Planos Nacionais de Saúde; c) *sustentabilidade e continuidade*, relevantes perante um cenário de recursos escassos e avultadas necessidades, de onde resulta a necessidade de concentração num pequeno número de projectos nos países em que o sector é prioritário, que incluam a designação formal das respectivas contrapartes, promoção da participação da sociedade civil e reforço institucional com advocacia bilateral pelo reconhecimento das instituições de conhecimento e investigação, com a respectiva manutenção destas prioridades nos sucessivos PIC a médio prazo; d) *coordenação e coerência interna*, entre todas as instituições portuguesas a actuar no sector, particularmente para o desenho de iniciativas conjuntas de reforço de capacidades de instituições estratégicas, com instituições oficiais e da sociedade civil dos PALOP- TL; e ainda, e em particular, coordenação com outras iniciativas sectoriais em curso no quadro da CPLP com participação oficial portuguesa; e) *divisão do trabalho*, com a cooperação bilateral europeia, instituições da Comissão Europeia e internacionais e novas iniciativas globais de financiamento; e f) *eficiência no uso de recursos da CP*, passível de atingir com a concentração num reduzido número de intervenções com elevada relevância para os parceiros; recurso a instituições portuguesas com reconhecida capacidade técnica e experiência de terreno e coordenação com outros programas de ajuda externa sectorial, particularmente os destinados ao reforço institucional.

2.3.1- Os actores da cooperação em saúde

Do ponto de vista estrutural a CP para o desenvolvimento segue um modelo descentralizado, reflectindo uma nova orientação do Estado, da participação e protagonismo dos beneficiários e um maior apoio ao envolvimento da sociedade civil nos processos de cooperação (RCM nº196/2005). Apesar do Estado constituir o principal actor da cooperação, o modelo é dinamizado por diferentes entidades, desde os organismos da administração central e local, até entidades da sociedade civil, universidades e instituições científicas, todas elas coordenadas pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros (MNE) / Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) (IPAD e MNE, 2011).

De acordo com a “*Estratégia Portuguesa no sector da saúde*”, os protagonistas do sector podem dividir-se em entidades financiadoras e organizadoras e entidades executoras potenciais (IPAD, 2011 a).

O IPAD, tutelado pelo MNE - departamento do governo responsável pela política externa Portuguesa e que coloca a cargo da Secretaria de Estado dos Negócios Estrangeiros (SENEC) a definição e operacionalização das políticas e linhas de cooperação (IPAD e MNE, 2011) - aparece no topo das entidades organizadoras e financiadoras, ao lado do Ministério da Saúde (MS) / Alto Comissariado da Saúde (ACS).

Representando desde 2003 o órgão central da CP, no diploma constitutivo do IPAD (DL nº5/2003 de 13/01) o Governo define como suas principais atribuições, melhorar a intervenção Portuguesa e assegurar-lhe maior relevo no cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo Estado Português nesta matéria. Neste enquadramento, tem como principais funções: a supervisão, direcção e coordenação da ajuda pública ao desenvolvimento (bilateral e multilateral); o planeamento, programação, acompanhamento e avaliação dos programas e projectos de cooperação, nomeadamente a negociação dos PIC com cada um dos países parceiros; o enquadramento adequado dos programas de cooperação e de APD financiados e realizados por outros organismos do Estado e demais entidades públicas, coordenando ainda o planeamento financeiro de toda a cooperação realizada por Portugal. Para além

desta função relativa às actividades públicas, o IPAD concentra também a informação sobre projectos de cooperação promovidos por entidades privadas (RCM nº196/2005).

Dentro do MS, e até 2005, foi a Direcção Geral de Saúde (DGS), na sua estreita colaboração com o IPAD, a responsável pelas actividades de cooperação no sector (IPAD e MNE, 2011). Desde 2005 até ao primeiro trimestre de 2011 (data da sua “extinção por fusão” no âmbito das reestruturações do novo governo) o ACS, assumiu a “(...) coordenação da actividade do MS no domínio das relações internacionais e a sua articulação com o MNE (...)” (DL nº 212/2006 de 27/10). Garantindo a participação da rede hospitalar e de outras instituições no sector da saúde na execução de acções de cooperação (IPAD, 2011 a) bilateral com cada um dos PALOP e TL, a acção do ACS tem visado o desenvolvimento e consolidação dos recursos existentes naqueles países, através da formação, investigação, assistência técnica, prestação de serviços e dotação de infra-estruturas e equipamentos (IPAD e MNE, 2011). Relativamente à coordenação e financiamento das evacuações de doentes (IPAD, 2011 a), uma actividade de relevo da CP pela importância que tem na assistência médica em especialidades inexistentes nos respectivos países (IPAD e MNE, 2011), esta encontra-se a cargo dos serviços centrais da DGS. No plano multilateral, o MS-ACS tem colaborado ainda com a OMS - África e a CPLP em acções conjuntas (IPAD e MNE, 2011).

Dado que o sistema de cooperação Portuguesa é descentralizado por vários ministérios e departamentos e dada a advocacia social dos processos intersectoriais com influência na saúde, existe desde 1985, uma Comissão Interministerial para a Cooperação (CIC), como fórum de concentração interministerial e instrumento de coordenação dos diferentes departamentos do Estado em matéria de cooperação para o desenvolvimento (IPAD e MNE, 2011; RCM nº195/2005); e um Fórum de Cooperação para o Desenvolvimento, que surgiu da necessidade de uma coerência e concertação entre todos os agentes públicos e privados envolvidos na cooperação, com a instituição coordenadora da cooperação, o IPAD (RCM nº196/2005).

Dentro das entidades potencialmente executoras encontram -se: os centros de investigação e as universidades; os hospitais públicos; as ONG, quer médicas, quer as ligadas ao desenvolvimento (ONGD – Organizações Não Governamentais para o

desenvolvimento); as associações e ordens profissionais; os organismos internacionais e eventualmente outros agentes da sociedade civil.

Os centros de investigação e as universidades orientados para os problemas de saúde dos PALOP- TL, quer na investigação básica, quer no desenvolvimento e aplicação de tecnologias, encontram-se vocacionadas para tomarem a seu cargo o acolhimento de bolsiros, o fornecimento de assistência técnica específica e a atracção dos centros parceiros nos PALOP, para redes internacionais. Os hospitais públicos participam na disponibilização de assistência técnica em especialidades clínicas, para missões e programas de formação; recebem estagiários e internos de especialidades médicas e de administração hospitalar e acolhem os doentes evacuados (IPAD, 2011 a).

Relativamente à sociedade civil, enquanto conjunto de associações, empresas e impulsos de natureza não-governamental, autónomos e independentes, que em Portugal contém um conjunto variado e muito rico de actores que realizam actividades e projectos de cooperação, *“Uma visão Estratégica”* reconhece a sua mais-valia enquanto espaço privilegiado para o exercício de uma cidadania activa e responsável (RCM nº196/2005), considerando-se, dado o histórico acumulado, e tal como expressa a *“Estratégia Portuguesa no sector da saúde”*, que estas instituições, particularmente as ONG, associações profissionais e outras fundações, continuem a ser, com a devida coordenação, actores privilegiados na execução de programas oficiais de cooperação em Saúde; e com a diversificação das suas fontes de financiamento, fundamentais nas suas actividades de reforço da organização e capacidade de intervenção da sociedade civil nos PALOP - TL (IPAD, 2011 a).

As ONG médicas surgem assim como prestadoras localizadas de serviços - onde as redes locais sejam insuficientes ou em resposta a emergências - frequentemente enquadradas em programas multisectoriais e com participação comunitária. Progressivamente, os seus projectos têm também incluindo componentes de apoio aos sistemas locais de saúde nos países parceiros. A estas juntam-se um pequeno número de ONG portuguesas com uma notável experiência em projectos de desenvolvimento sustentável e intervenções multisectoriais que incluem a componente da saúde - as ONGD. As Associações Profissionais, por sua vez, vão desde a Ordem dos Médicos, no seu apoio enquanto parceiros preferenciais, às suas congéneres nos PALOP e em

projectos de reforço institucional, às actividades de advocacia social (como é ex. o papel da Associação para o Planeamento da Família (APF) na advocacia e suporte a programas de Saúde Reprodutiva e Sexual e direitos conexos).

A intervenção de outros agentes da sociedade civil, nomeadamente através do estabelecimento de parcerias publico - privadas (onde se enquadram os “*clusters*” da cooperação) (RCM N°196/2005) é incentivada sempre que, na sua actuação se verifique uma consonância com as orientações estratégicas de cooperação nacionais e do sector (IPAD, 2011 a), que procure dar resposta através das sinergias criadas - tanto em termos de capital humano, como financeiro - às necessidades reais dos países parceiros, contribuindo para melhorar a eficácia e eficiência da CP (RCM n°196/2005). Os organismos internacionais surgem como potenciais executores, dentro deste mesmo contexto (IPAD, 2011 a).

Dada a panóplia de actores que dinamizam a cooperação no sector, de acordo com a “*Estratégia Portuguesa no sector da saúde*”, e enquadrado no âmbito das suas funções, é assim necessário e importante que a CP disponha na figura do IPAD de uma instância de coordenação institucional, um veículo de referência para toda a cooperação no sector da saúde, que integre, capitalize, promova e articule, numa perspectiva de eficácia, impacto e contribuição efectiva para a luta contra a pobreza, as iniciativas e experiência de todos os actores envolvidos (IPAD, 2011 a).

2.3.2 – Os números

Apesar da cooperação no sector se enquadrar num momento de especial interesse da comunidade internacional pela saúde dos países em desenvolvimento, quer a nível político, quer a nível académico, fruto dos *inputs* associados aos ODM 4,5 e 6, com volumes de financiamento internacionais sem precedentes a ser comprometidos para o sector, em Portugal a cooperação na área da saúde continua a receber uma parcela diminuta dos financiamentos oficiais.

De acordo com o IPAD (2011 b) no período de 2005-2010, e acompanhando as estimativas que apontam para uma subida da APD total para 0,29% do RNB em 2010 -

com a ajuda bilateral a absorver 61% deste total (dados provisórios) - a cooperação em saúde recebeu um volume de financiamento correspondente a apenas 4% da APD bilateral, um montante que embora ainda percentualmente pouco significativo, representa um aumento quando comparado com valores de períodos anteriores: 2,6% da APD bilateral de 2002-2005; e 2,79% da APD bilateral no período de 2003-2008 (IPAD, 2011 a, p.14). De entre os organismos da Administração central e Assembleia da República, o MS ficou, no período de 2006-2008, entre os sete primeiros em termos de volume comprometido para a APD, com valores a oscilar entre os 2.31% (2006) e 1,01% (2008) de contributo (IPAD e MNE,2010). Importa referir que estes volumes financeiros reflectem também o custo com a evacuação dos doentes dos PALOP, porque embora esta actividade seja financiada pelo Sistema Nacional de Saúde português, não estando afecto ao orçamento da cooperação, a APD representa sempre um esforço de todas as entidades portuguesas para o desenvolvimento.

Se nos concentrarmos nos alvos prioritários de intervenção da cooperação Portuguesa – PALOP e TL, onde o país concentrou entre 2005-2010, 80% da sua ajuda bilateral (56% - África; 24% - Ásia), no mesmo período a cooperação sectorial foi particularmente relevante em STP e G - B, com a saúde a representar 17% do total da APD bilateral; e Angola, em que a saúde abarcou 7% da ajuda concedida ao país. Nos restantes parceiros, os valores variaram entre 1-5% do total da APD bilateral, com 1% para TL, 2% para Moçambique e 5% para CV.

Relativamente às ONG, consideradas um parceiro cada vez mais importante numa lógica de parceria com a actuação governamental no sentido de uma maior coerência das políticas de cooperação (IPAD e MNE,2010), ao nível da distribuição sectorial dos projectos co-financiados pelo IPAD ,entre 2005-2010, o sector da saúde representou, a seguir ao da educação,o que em média, mais percentagem de financiamento absorveu - média 21% - revelando-se particularmente importante em STP(48%), TL (34%) e G-B (27%).

Numa perspectiva mais global, e apesar de alguns problemas estatísticos dificultarem uma visão clara dos ODM nos principais parceiros da CP, dados de 2008 do *MDG Monitor da ONU*, revelam que: os ODM 4- (“Reduzir a mortalidade infantil”) e 5 (“Melhorar a saúde materna”) apenas foram já atingidos em CV; são atingíveis em

Moçambique e STP, e possíveis de atingir até 2015 nos restantes países (Angola, G-B e TL) se forem tomadas medidas adequadas; em relação ao ODM 6 (“Combate à VIH/Sida, malária e outras doenças”) não existe informação disponível em relação a TL, não é atingível em Moçambique, é atingível em CV, e nos restantes países – Angola e G-B - é possível de atingir se forem tomadas as medidas adequadas.

Relativamente ao ODM 1 “Erradicar a pobreza extrema e a fome”, para três dos países parceiros não existe informação disponível. Sabe-se já, contudo, que não será atingido até 2015 por Angola e STP; e em Moçambique, é apenas possível de atingir se forem tomadas as medidas adequadas (ONU, 2008 b).

A aferição dos contributos de Portugal para cada um dos ODM é difícil de determinar devido a problemas metodológicos e de medição, alguns de carácter comum a todos os doadores e outros relacionados especificamente com as características da ajuda Portuguesa (implementação da ajuda essencialmente através de cooperação técnica (CT), difícil de alocar a um ODM específico; APD dirigida ao ensino secundário e superior, não imputável ao ODM 2, respeitante ao ensino primário) (IPAD, 2011 b) pelo que não serão aqui apresentados esses números específicos.

2.3.3 – Modalidades e instrumentos de implementação.

Relativamente às modalidades da ajuda, a coordenação das intervenções a nível bilateral, continua a ser realizada através dos PIC negociados e celebrados a cada três anos com cada um dos PALOP e TL (IPAD, 2011 a; IPAD, 2011 b; IPAD e MNE,2011), ajustados e alinhados em termos temporais e de conteúdo, com os ciclos de programação e com as prioridades identificadas pelos países parceiros nas suas estratégias nacionais de redução da pobreza ou documentos equivalentes (IPAD e MNE,2011). A maioria dos que têm enquadrado a ajuda bilateral portuguesa nos últimos 3-5 anos chegaram ao seu termo, encontrando-se em preparação, harmonizados com os modelos internacionais de programação (“*European Common Framework for Country Strategy Papers*” da EU, traduzido para “*Linhas de Orientação para os PIC*” do IPAD), novos PIC para Angola, G-B, Moçambique e TL. Para além do sector da

saúde já ser considerado prioritário no PIC de STP (IPAD e MNE, 2011), de acordo com “*A cooperação Portuguesa 2005-2010*” o sector continuará também a constituir prioridade nos novos PIC de Angola e da G-B a negociar para o triénio 2011-2013 (IPAD, 2011 b).

Em termos de implementação, a CT - que inclui a assistência técnica, formação e bolsas de estudo - pela vantagem comparativa da língua, tem sido, de acordo com dados relativos aos períodos 2006-2008 e 2005-2010, a modalidade de ajuda bilateral mais usada por Portugal (IPAD e MNE, 2010; IPAD, 2011 b).

Relativamente ao sector “Infra-estruturas e serviços sociais”, onde a saúde está incluída, a CT representou, segundo as estimativas, 92% da ajuda fornecida por Portugal em 2010. Dados relativos especificamente ao sector, apontam que no período relativo a 2006-2010, a CT constituiu 15% da modalidade da ajuda no sector da saúde; os projectos de investimento (por ex. para a reabilitação de infra-estruturas) e a ajuda programa (por ex. para apoio ao orçamento, programas sectoriais e sob a forma de produtos), cada uma 1%; com a percentagem maior no sector - 83% - a aparecer sobre a designação de “outros” (IPAD, 2011b)

Constituindo as modalidades de ajuda um alvo de reflexão por parte da CP, que procura neste âmbito inovações que se enquadrem cada vez mais nas boas práticas internacionais (IPAD e MNE, 2010), a “*Estratégia Portuguesa no sector da saúde*”, preconiza contudo que, em consequência dos eixos estratégicos definidos, a CT continue a ser um importante instrumento para a operacionalização da ajuda no sector (IPAD, 2011 a).

A nível nacional e no quadro do XVIII Governo Constitucional (2009-2011), Portugal tem reforçado, no sentido de aumentar a qualidade da sua cooperação, a adopção de novos e inovadores instrumentos de ajuda. De entre eles destacam-se os “*Clusters da cooperação Portuguesa*”, já previstos em “*Uma visão Estratégica*”, como abordagens integradas densificadoras das intervenções por meio das sinergias criadas através da heterogeneidade dos actores (RCM nº196/2005); e as abordagens sectoriais integradas (*Sector Wide Approaches - SWAp*), que embora precedentes à Declaração de Paris, emanam os seus princípios (BM, OCDE e OMS, 2008), sendo entendidas como um

esforço de juntar Governo e doadores no apoio ao desenvolvimento de um determinado sector específico de forma integrada, através de um único programa de políticas e despesas para esse sector, sob liderança do governo (BM, OCDE e OMS, 2008; Afonso e Fernandes, 2005).

2.4-APRECIACÃO INTERNACIONAL DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA

Como vimos, a eficácia da ajuda ganhou recentemente uma visibilidade e um efeito normativo particularmente relevantes, fruto da situação de crise económica e financeira vivida nos últimos anos (IPAD e MNE, 2011). Tendo a CP assumido o compromisso, com a sua quota-parte, para uma maior eficácia da ajuda prestada, todas as medidas que têm vindo a ser tomadas por Portugal ao longo dos anos (IPAD e MNE, 2010), decorrem da sua participação e acompanhamento dos compromissos internacionais – Cimeira do Milénio, Consenso de Monterrey, *Fora* de Roma, Paris e Acra - e de uma leitura atenta da avaliação crítica do esforço e desempenho realizada pelos pares, membros do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) da OCDE - os exames do CAD/OCDE, realizados a cada quatro anos - com vista a potenciar e aumentar o seu desempenho rumo a uma maior racionalidade, eficiência e eficácia de intervenção.

Face a estes aspectos, “*Uma visão estratégica para a cooperação Portuguesa*” dá-nos na sua introdução, uma importante retrospectiva auto-crítica e avaliativa do percurso histórico realizado pela cooperação ao longo dos últimos anos: “Os investimentos (...) que tiveram lugar em actividades de cooperação obedeceram a lógicas muito variadas, foram de natureza extremamente diversa e tiveram resultados mistos, ambíguos e mesmo em muitos casos desconhecidos”(RCM N°196/2005, p.7180).

Esta posição é corroborada por um dos raros estudos académicos de caracterização da CP. De acordo com Sagreman (2009), o longo prazo CP mostra que desde as primeiras decisões da revolução do 25 de Abril de 1974 até 1999, a versão, assumida pelo próprio CAD/OCDE, de que a cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) era descentralizada em Portugal, originou uma situação permanente de falta de definição de objectivos e prioridades (com excepção das

geográficas, direccionadas para os PALOP), num caos na organização de actores, com um conjunto muito grande de entidades públicas e privadas a quererem ter intervenção na cooperação, com uma filosofia de independência uns em relação aos outros e um voluntarismo enorme. Até 1983 apenas o fugaz Governo de Nobre da Costa tinha expressado no programa de Governo aquilo que se poderia chamar de início de um programa de cooperação, com o termo “política de cooperação” a surgir apenas mais tarde, no Governo de 1985-1987.

Numa assunção consciente do seu *modus operandi*, esta crítica continua a ser assumida no texto de “*Uma visão estratégica*”, na apresentação resumida dos principais aspectos que historicamente lhe têm sido apontados como menos positivos: dificuldade na identificação de prioridades; dispersão de recursos humanos e materiais por numerosos pequenos projectos; ausência denexo entre os projectos ou inexistência de uma estratégia global visível; falta de continuidade ou de sustentabilidade devido à escala ou à concepção técnica dos projectos; falta de impacto em termos de desenvolvimento para o país beneficiário; e falta de visibilidade política ou física. Ainda de acordo com este documento, apesar deste elenco de críticas não ser aplicável a numerosas iniciativas da CP, reconhece que elas correspondem a um retrato identificável de muitos projectos ao longo dos anos (RCM nº196/2005).

E, se, de acordo com “*Uma visão estratégica*” e Sagreman “(...) a fonte original deste problema contem em si mesma elementos que devem ser valorizados e que dificilmente se encontram noutros países(...)” (RCM nº196/2005, p.7199), paralelamente, e para Sagreman, tal motivação dispersa para a cooperação, continha também um grau de individualismo cultural das organizações que no longo prazo seria fatal para um país com poucos recursos financeiros e humanos, no sentido de enfraquecer a sua “competitividade” no “campo” internacional, junto de outros parceiros mais privilegiados (Sagreman,2009).

Ao longo dos anos, desde 1974 até aos nossos dias, duas importantes características atravessaram assim, todos os modelos institucionais da política de CP: por um lado, a concentração de esforços nos PALOP e TL, (reforçada em 1996 pela criação da CPLP), característica que contudo se foi esbatendo, devido à integração de Portugal na EU e posteriormente, com a sua readmissão (1991) como membro do

CAD/OCDE; e por outro, o sistema de cooperação descentralizado, que, se por um lado pode ter como vantagem a promoção das sinergias resultantes da acção de múltiplos actores, decorre também desta mesma natureza, a sua grande desvantagem, assente numa assinalável tendência para resultados mais caóticos, menos coerentes e eficazes (Sagreman,2009).

Tal como admite o CAD “ Portuguese development co-operation has strong historical roots which influence where it focuses and how it works”, e apesar de estar envolvido “(...)in some of the most challenging and important issues in international development (...)”, e dos “(...) significant progress in building an overall strategic framework for its development co-operation(...)”, com melhorias na coordenação do sistema e esforços “(...)to deliver aid more effectively, further progress is constrained by the fragmented nature of the Portugal bilateral aid programme”(CAD/OCDE,2010, s.p.), o que torna estes dois aspectos - fragmentação e coordenação - num dos desafios importantes da cooperação para Portugal (CAD/OCDE,2010; Sangreman, 2009; RCM nº196/2005; Cravinho,2011). Sangreman justifica a relevância deste desafio com dois relatórios da OCDE - “*Survey of aid allocation policies and indicative forward spending plans*” (2008) e “*DAC Report on aid predictability survey on donors’ forward spending plans 2009-2011*”. A estes podemos ainda somar : a “*Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda para ao desenvolvimento*” (2006), o documento produzido para a AAA “*Effective aid, better health: report prepared for the Accra level forum on aid effectiveness 2-4 September 2008*”, “*Aid effectiveness and Health*” (2007), o “*Relatório anual 2010 sobre as políticas de desenvolvimento da ajuda externa da UE e respectiva execução em 2009*” e o “*Relatório sobre o quarto Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda*” de Cristian Dan Pedra, todos eles a sustentar a tese de que a fragmentação da ajuda diminui a sustentabilidade das intervenções e a capacidade de apropriação por parte dos países parceiros e consequentemente a eficácia da cooperação (Sangreman,2009; ONU,2006; BM, OCDE, OMS,2008; OMS,2007; UE,2010; Pedra,2011), o que para Portugal, caracteristicamente um pequeno doador, que dificilmente cumprirá, face ao momento presente de restrições orçamentais, as metas internacionais de APD (IPAD e MNE,2011), deverá constituir uma preocupação a respeitar, para que assim possa continuar a honrar o seu compromisso de “*Servir os*

interesses do país através dos interesses daqueles países que são menos afortunados do que nós.” (Correia, 2011, s.p.)

Apesar de reconhecidos pelos pares, os esforços levados a cabo por Portugal visa a estes desafios, nomeadamente: a criação do IPAD nas suas funções de coordenação e na valorização da sua modalidade de programação - os PIC; a elaboração de “*Uma visão Estratégica*” e o desenho das suas seis estratégias operacionais (na altura do exame, ainda por aprovar); os documentos “*Plano para Portugal para a eficácia da ajuda*” (2006), avaliado e renovado em 2009 pelo “*Plano de acção para a eficácia da ajuda - de Paris a Acra*” igualmente avaliado; o desenvolvimento de algumas políticas interministeriais (Estratégia nacional sobre segurança e desenvolvimento; Estratégia de educação para o desenvolvimento), e transversalmente, uma capacidade de adaptação e antecipação constantes face à situação delicada da maioria dos parceiros, com o desenvolvimento de um *know-how* passível de ser partilhado com outros doadores em todo o mundo; nas suas numerosas recomendações, o CAD/OCDE (2010) continua a salientar que existe ainda trabalho a fazer e, como corrobora Cravinho, “(...)decididamente lugar para francas melhorias com vista a reduzir a fragmentação da ajuda.” (Cravinho, 2011, s.p).

III- O “DESENHO DE INVESTIGAÇÃO”

A opção pelo método e técnica numa pesquisa dependem da natureza do problema que é fonte de investigação, dos objectivos de pesquisa e dos recursos disponíveis para o investigador (Fortin, 1999). Num relatório de investigação o “*desenho de investigação*” tem assim como principal objectivo explicar como é que, no estudo em causa, a investigação empírica foi feita (Hill e Hill, 2002), ou seja, determinar o dispositivo específico de recolha e análise das informações que foi utilizado para obter resposta às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Quivy e Campenhoudt, 1995), descrevendo-as com detalhe suficiente para permitir que o leitor possa replicá-las.

Dado o mapeamento crítico, proporcionado pela revisão da literatura, poucos parecem ser os estudos de investigação desenvolvidos sobre a cooperação internacional portuguesa, pelo que se optou pela realização de um estudo do tipo exploratório - descritivo deste fenómeno. Como objectivos pretende-se, por isso, com esta investigação, proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, explorando-a e descrevendo-a enquanto sistema - *diagnóstico estratégico* - para assim se descobrir qual o lugar ocupado pelas abordagens holísticas neste contexto, caracterizando-se o *actual cenário* de “*fragmentação*” e o *cenário desejável ou normativo*, o “*holístico*”.

Ao longo deste capítulo serão sistematizados em várias sub-secções, todos os passos do percurso de investigação percorridos para responder às questões operacionais de investigação levantadas e à questão geral de investigação formulada. Explicitar-se-à o método e tipo de estudo realizado; o tipo de amostragem e amostra, caracterizando aquela com que se realizou a presente investigação; o instrumento de recolha de dados (IRD) utilizado com a operacionalização dos respectivos conceitos; o processo de recolha e tratamento de dados, bem como considerações e procedimentos éticos e critérios de rigor científico utilizados de forma transversal, em toda a investigação.

3.1- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O estudo aqui relatado centra-se em torno de uma questão geral:

A ausência de uma abordagem holística condiciona o desempenho da cooperação Portuguesa no sector da saúde?

Esta questão surge como elemento de indubitável importância, na medida em que fornece um fio condutor ao processo de investigação.

Constituindo os objectivos enunciados na introdução deste relatório formulações mais gerais, tornou-se necessário precisar os mesmos em torno de oito questões operacionais:

- *Questão 1:* Quais são as forças da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde?
- *Questão 2:* Quais são as fraquezas da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde?
- *Questão 3:* Quais são as ameaças à cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde?
- *Questão 4:* Quais são as oportunidades da cooperação internacional Portuguesa (publica e privada) no sector da saúde?
- *Questão 5:* Quais as consequências de uma ajuda “fragmentada” na cooperação internacional Portuguesa (pública e privada) no sector da saúde?
- *Questão 6:* Quais são as falhas na cooperação internacional Portuguesa (pública e privada) no sector da saúde?
- *Questão 7:* Quais os factores/condições de sustentabilidade numa intervenção de cooperação internacional no sector da saúde?
- *Questão 8:* Qual é o papel que as estratégias holísticas ocupam na cooperação Portuguesa (pública e privada) no sector da saúde?

Neste conjunto de questões, as primeiras quatro permitem operacionalizar o primeiro objectivo de investigação e realizar o *diagnóstico estratégico* da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, utilizando como instrumento a análise *SWOT*; as questões 5 e 6 operacionalizam o segundo objectivo e permitem caracterizar o *cenário actual de fragmentação*; e as questões 7 e 8, operacionalizam o terceiro e último objectivo de investigação definido e permitem caracterizar o *cenário desejável ou normativo, holístico*.

3.2- O MÉTODO E TIPO DE ESTUDO

A selecção do método geral de investigação constitui uma das principais decisões do investigador. Contudo, de acordo com Hungler e Polit (1994) muitas vezes, é a natureza do problema que dita o método a seguir.

Sendo o problema de investigação em causa de natureza iminente subjectiva, pretende-se através de um raciocínio indutivo, conhecer a realidade da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, e o lugar ocupado pelas abordagens holísticas, tal como afirma Mertens, desde o ponto de vista de quem vive (Mertens, 1998), para saber como interpretam as diversas situações e que significado têm para eles num dado contexto social (Coutinho, 2011). Por se considerar que as pessoas que participam neste estudo detêm uma experiência e um saber pertinentes sobre esta situação em particular, pretende-se investigar “*com*” elas o fenómeno em causa.

Metodologicamente o estudo seguirá por isso uma abordagem predominantemente qualitativa, que se julga ser a mais adequada para abarcar a complexidade e particularidade subjectiva do problema em foco. Tal como também considera Shaw (1999), no estudo que aqui se relata, mais importante que o rigor é a relevância dos significados, dos “*significados em acção*” - na expressão de Coutinho (2011,p.26) - e daí que, o propósito não seja generalizar mas particularizar, estudar os dados a partir de uma situação concreta, buscando os factores universais concretos (Shaw, 1999).

Em função dos objectivos de investigação formulados e dada a ausência de investigação na área, tal como explicitado anteriormente, optou-se pela realização de um estudo exploratório – descritivo transversal.

3.3- O MÉTODO DE AMOSTRAGEM E A AMOSTRA

Dado que se optou pela realização de um estudo qualitativo, o objectivo na constituição da amostra foi reunir nela elementos considerados de relevo na cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, quer pela sua experiência de terreno, quer pela posição que ocupam ao nível dos vários organismos dinamizadores (critério 1); procurando-se paralelamente que esta reflectisse a variedade de actores que actuam no sector: de coordenadores e financiadores até aos potenciais executores, quer no plano bilateral quer multilateral (critério 2). Pretendeu-se, desta forma, reunir tantas realidades quantas o fenómeno compreende, e ao mesmo tempo fazê-lo junto de pessoas motivadas e susceptíveis de fornecer dados válidos e completos para a sua compreensão (Fortin, 1999).

No intuito de conhecer os elementos da população a partir da qual seria feita esta selecção, começou por se realizar uma pesquisa na internet acerca dos vários actores intervenientes na CP no sector. Tendo em conta que o modelo de cooperação em Portugal é caracteristicamente descentralizado, esta informação encontra-se dispersa e fragmentada por múltiplos organismos, desde os da administração central até aos vários intervenientes da sociedade civil, entre ONG, ONGD, associações filantrópicas, universidades e centros de investigação. A morosidade desta forma de selecção conduziu à inviabilização deste método, optando-se por constituir a amostra com base na triangulação de três tipos de informação:

- a orientação de três peritos académicos, um deles o orientador da tese e os restantes dois, peritos na área da saúde;

- a orientação de um médico e uma enfermeira com experiência na área da CP para o desenvolvimento no sector da saúde; e
- o conhecimento da investigadora, decorrente da sua formação e dos contactos estabelecidos com actores da CP no sector da saúde, enquanto mestranda.

A utilização da triangulação como método de selecção da amostra foi utilizado no intuito de, ao reunir dados provenientes de múltiplas fontes credíveis, constituir num curto espaço de tempo, uma amostra de qualidade com as características pretendidas.

Resultou deste processo a selecção inicial de vinte e três pessoas: quatro em representação de organismos da administração central; uma pessoa representativa de uma entidade avaliadora internacional e outra de uma organização multilateral das ONU; duas pessoas de uma organização filantrópica; uma pessoa em representação de uma universidade; uma outra em representação de uma instituição particular de solidariedade social (IPSS); e treze pessoas em representação de nove ONG portuguesas com projectos no sector da saúde: quatro ONG e cinco ONGD.

O primeiro contacto com os potenciais entrevistados foi estabelecido em Junho de 2011, através do envio de um e-mail, onde constavam, para além da apresentação da investigadora e do estudo a realizar, tema e objectivos de investigação, a descrição do IRD a utilizar e respectivos princípios éticos subjacentes a cumprir.

A este primeiro contacto responderam afirmativamente, no mês seguinte, demonstrando disponibilidade para colaborar de forma voluntária na investigação, vinte e uma pessoas. Destas, duas acabaram por considerar não se encontrar preparadas para responder à entrevista, quando colocadas a par dos detalhes da investigação: questões operacionais e questão geral de investigação. Uma terceira pessoa, apesar da disponibilidade demonstrada, não conseguiria, nos três meses seguintes, encontrar disponibilidade na sua agenda de trabalho para colaborar, pelo que acabou por desistir da sua participação no estudo.

Dois elementos da amostra inicial, após insistência, no decorrer dos três meses seguintes ao primeiro contacto, através do envio de mais três e-mails para contactos alternativos, não apresentaram qualquer tipo de resposta.

A recolha de dados foi contudo considerada como terminada ao final de dezoito participações, dado ter-se constatado o início de redundâncias e duplicação de ideias, significados e experiências nos relatos dos participantes, pelo que o tamanho da amostra foi também determinado por saturação de dados.

O método de amostragem utilizado foi, tal como se pode constatar pela descrição realizada, não probabilístico. A partir das necessidades do estudo, foram seleccionados em função de escolhas explícitas, os casos julgados exemplares da população alvo (Laville e Dionne, 1999), construindo-se por isso uma amostra por casos típicos.

Como não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do universo, uma vez que cada elemento da população não tem igual probabilidade de ser escolhido para a formar, o cálculo do erro de amostragem é impossível e consequentemente os resultados e as conclusões obtidas a partir do estudo só podem ser aplicados à amostra (Hill e Hill, 2002).

3.3.1- Caracterização da amostra

A caracterização da amostra inclui os dados socioprofissionais do grupo com que se investiga. A amostra reunida é constituída por dezoito elementos, dos quais oito (44.4%) são do sexo feminino e dez (55.6%) são do sexo masculino, com idades que variam entre os 29 e os 65 anos, sendo a média 47.7 anos ($s \pm 11$ anos).

A maioria (44.4%) tem como formação académica de base o curso de medicina. Seguem-se os formados em relações internacionais, a representar 22.2% da amostra; com os restantes (33.4%) com cursos de enfermagem (16.7%) e outros (Economia, Teologia e Agronomia - 16.7%). De salientar que a maioria dos entrevistados (94.5%) é detentora de formação pós - graduada em áreas relacionadas com a cooperação para o desenvolvimento, sendo que 5.5% são apenas detentores da formação académica de base.

Tabela 1- Caracterização socioprofissional da amostra

	N	%	Moda
Formação académica			
Medicina	8	44.4%	Medicina
Enfermagem	3	16.7%	
Relações internacionais	4	22.2%	
Outros	3	16.7%	
Tipo de organização			
Organismo da administração central	2	11.1%	ONGD
Organização multilateral da ONU	1	5.5%	
Organização avaliadora internacional	1	5.5%	
Organização filantrópica	2	11.1%	
Universidade	1	5.5%	
ONG	5	27.8%	
ONGD	6	33.4%	
Cargo na organização			
Direcção	12	66.7%	Direcção
Coordenação	4	22.2%	
Outros	2	11.1%	
Experiência de terreno			
≥ 4 experiências	15	83.3%	≥ 4 experiências
< 4 experiências	3	16.7%	

No que respeita ao tipo de organização que representam, a maioria (61.2%) dos entrevistados que aceitou colaborar neste estudo, integra organizações da sociedade civil: 33.4% fazem parte de ONGD e 27.7% de ONG portuguesas. Com igual representatividade na amostra (11.1% cada), seguem-se os entrevistados de organismos da administração central e de organizações filantrópicas. Os restantes elementos fazem parte de organizações multilaterais da ONU (5.5%), de organizações internacionais avaliadoras (5.5%) e de universidades (5.5%). Relativamente aos cargos ocupados nestas organizações, a maioria (66.7%) dos elementos do grupo com que se investiga ocupam cargos de direcção. Seguem-se os que desempenham funções de coordenação (22.2%) e outros (técnico na área de ajuda ao desenvolvimento e professor auxiliar - 11.1%).

Todos os elementos que integram a amostra são detentores de experiência de terreno. O número mínimo de experiências é uma, com a maioria dos entrevistados a não saber precisar o número exacto de vezes em que participou em actividades de cooperação internacional para o desenvolvimento, devido ao seu elevado número (*“Tenho dificuldade em dar o número...”* (D2)).

3.4- O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A fonte de dados mais utilizada em estudos qualitativos é a entrevista, pois torna possível iluminar os temas centrais nas experiências e sentimentos de um grupo sobre um assunto ou circunstância particular (Hutchinson e Wilson, 2007). A entrevista fornece informações que acolhem as reflexões do próprio participante sobre a realidade que vivência, como ideias, formas de actuar, projecções, ideais, razões conscientes ou inconscientes, bem como as suas explicações ou razões acerca de acontecimentos precedentes. Devido ao seu carácter subjectivo, tais informações só podem ser adquiridas com a contribuição da pessoa, pelo que, em função da natureza do problema em estudo, esta foi eleita como fonte de dados para a investigação.

A modalidade escolhida foi a entrevista semi-estruturada e semi-directiva, devido essencialmente, à sua flexibilidade e ao grau de profundidade dos elementos de

análise que permite recolher (Gil, 1999), fundamentais quando o objectivo da investigação é explorar e descrever.

Para facilitar a condução da entrevista, foi elaborado pela investigadora, em Maio/Junho de 2011, um guião (Anexo I) do qual constaram:

- Cinco questões para caracterização socioprofissional da amostra; e
- Seis questões centrais abertas.

Dados os constrangimentos existentes à realização de entrevistas a dois dos elementos da amostra, relacionados com a sua distância física (entrevistados a residir fora de Portugal) e disponibilidade de agenda, a acrescentar à inviabilização da recolha dos dados via *Skype*, dada a baixa qualidade dos registos áudio obtidos numa primeira utilização, o guião da entrevista semi-estruturada, foi transformado num questionário para que fosse possível responder às mesmas questões por escrito (Anexo II).

De notar que, apesar da alteração na modalidade do IRD utilizado, todas as questões mantiveram a sua natureza aberta, como se pode constatar no anexo apresentado. Apesar das limitações que possam advir desta alteração, nomeadamente a perda de espontaneidade das respostas e a sua menor exploração, os dois contributos, pelo ângulo de observação que dispõem relativamente à CP no sector da saúde - um dos elementos integra uma entidade avaliadora internacional e a outra uma organização multilateral das ONU - foram considerados pertinentes, e incluídos na amostra.

3.4.1- Operacionalização de conceitos

Ao resumirem e categorizarem as observações concretas, os conceitos são, segundo Fortin (2004), os elementos de base da linguagem que transmitem os pensamentos, as ideias e as noções abstratas, ou seja, que ligam o pensamento abstrato e a experiência sensorial e dos quais partem sempre os processos de investigação. A que aqui se desenvolve, realiza-se em torno de três conceitos fundamentais do planeamento estratégico, actualmente centrais na gestão, comunicação, aprendizagem e sucesso das organizações: *diagnóstico estratégico, cenários e decisões estratégicas*.

Embora constituam a base de uma investigação, na sua definição conceptual, estes conceitos não podem, contudo, ser directamente “medidos” ou “avaliados”. Num processo investigativo, qualquer que seja o problema ou hipótese que se pretende demonstrar, confrontar-nos-emos sempre, por isso, de acordo com Boudon (1990), com o chamado problema de construção de variáveis, ou seja, a tradução dos conceitos em estudo (definição conceptual) em operações de investigação definidas (definição operacional).

O processo que visa tornar um conceito operacional é por isso essencial em investigação científica (Fortin, 2004). Lazarsfeld (*cit. in* Boudon, 1990, p.58) descreve as quatro etapas desta transformação: na primeira etapa - “a representação do conceito como imagem” - o investigador deve definir por palavras, o que entende acerca de cada uma das noções dos conceitos que irá utilizar na sua investigação. Como um conceito corresponde geralmente a um conjunto complexo de fenómenos, na segunda etapa - “a especificação do conceito” - o investigador vai analisar as dimensões de cada um dos conceitos utilizados. Na terceira, “escolhe os indicadores” para as dimensões consideradas e, na quarta e última etapa - “a formação dos índices” - faz uma síntese dos dados elementares obtidos no decurso das etapas precedentes, construindo uma medida única.

Aplicando estas etapas à presente investigação, a autora do estudo começou por definir conceptualmente cada um dos três conceitos em causa e suas respectivas dimensões.

O *diagnóstico estratégico*, de acordo com a forma como ele é abordado nesta dissertação, é o primeiro passo no processo de planeamento e é, através dele, que a organização se irá munir das informações necessárias para nortear a sua direcção estratégica (Andion e Fava, 2002; Ferreira *et al*, 2005). De acordo com Muller (2003), o diagnóstico estratégico é um enfoque sistemático à determinação das mudanças a serem feitas na estratégia e nas potencialidades internas da organização, para garantir o seu êxito no ambiente futuro, a partir da análise do seu ambiente externo e interno.

Na *análise ambiental externa*, há que ter em conta o macroambiente ou ambiente geral da organização (as variáveis mais gerais que podem influenciar indirectamente a

organização) e o seu microambiente ou ambiente directo (organizações que oferecem produtos similares e que competem entre si), sintetizados na identificação das principais ameaças e oportunidades encontradas: as *ameaças* são factores que podem vir a perturbar o funcionamento da organização, causando dificuldades para a sua gestão e desempenho; e as *oportunidades* são factores que, se bem aproveitados, podem fornecer uma vantagem competitiva ao sistema. Esta análise externa deve ser simultaneamente acompanhada de uma análise interna. A *análise interna* visa identificar os principais pontos fortes e fracos da organização e permitirá saber, durante o processo de planeamento, quais os recursos com que se pode contar e que poderão ser potenciados ou valorizados - as *forças*; e quais são os pontos vulneráveis a ter em consideração no momento de se estabelecerem as estratégias - as *fraquezas* (Andion e Fava, 2002; Ferreira *et al*,2005; Muller,2003). Uma ferramenta de gestão bastante utilizada para o resumo do relacionamento entre estes quatro aspectos, é a matriz *SWOT*, utilizada nesta investigação para explorar e descrever a cooperação portuguesa (pública e privada) no sector da saúde enquanto organização, e realizar desta forma o seu diagnóstico estratégico.

Relativamente aos *cenários*, no campo da conceptualização moderna, a definição mais abrangente encontrada na literatura contemporânea, e adoptada nesta investigação, é a de Godet (1993), para quem a técnica de cenários é um conjunto formado pela descrição coerente de uma situação futura e pelo encaminhamento imaginado e criado dos acontecimentos, que permitem passar da situação de origem à situação futura. Schwartz (2000), complementa esta definição ao definir cenário, como uma ferramenta para ordenar as percepções de uma pessoa sobre ambientes futuros alternativos, sobre a forma que o mundo pode assumir amanhã e no qual as consequências da sua visão poderão vir a acontecer.

De acordo com Aulicino (2001) existe actualmente uma forte tendência para o planeamento estratégico das organizações incluir estes métodos de projecção de cenários, com a finalidade de aprimorar a análise ambiental veiculada pelo diagnóstico estratégico e verificar se os recursos do sistema em análise estão preparados para enfrentar o futuro. Justificados para organizações mais complexas, os cenários constituem neste sentido, uma importante ferramenta de gestão para melhorar a

qualidade da tomada de decisão e a escolha de opções com maior probabilidade de serem realizadas (Albuquerque,2006).

Nesta investigação considerou-se como *cenário actual*, o cenário de “*fragmentação*”, dado ter sido este o adjectivo que mais recorrentemente foi utilizado pelo CAD/OCDE para caracterizar a cooperação internacional portuguesa (pública e privada) na sua última avaliação. Como cenário *desejável ou normativo*, considerou-se, em função das evidências proporcionadas pelo percurso histórico dos vários paradigmas de intervenção no sector da saúde, aquele que permite, nas palavras de Czeresnia (2001), potenciar a capacidade de resolver questões singulares de grupos sociais concretos e problemas locais, ampliando a abordagem a um conjunto integrado de circunstâncias, ou seja, aquele que apresenta como filosofia a concretização de uma abordagem holística para a resolução dos problemas de saúde.

Neste contexto, um cenário *desejado ou normativo*, expressa, assim, um futuro desejado com base na vontade de uma organização. Por se tratar da descrição de um futuro possível, o cenário desejado não pode, de acordo com Coates (*cit in* Albuquerque, 2006,p.23), ser a mera expressão incondicionada dos sonhos ou utopias de um grupo, mas antes um futuro que pode ser realizado como um desejo viável, e que deve portanto, delinear o que se espera alcançar nesse dado horizonte, considerando o contexto sociopolítico e histórico e os recursos mobilizáveis pela organização.

Por último, as *decisões estratégicas*. De acordo com Potter (*cit in* Muller,2003, p.69) e a noção adoptada nesta investigação, as decisões estratégicas representam os grandes caminhos eleitos pela organização para alcançar vantagem competitiva. Ter estratégia representa, por isso, fazer opções, escolher como é que a organização, considerando as condições internas e externas identificadas no diagnóstico estratégico, para tentar cumprir a missão a que se propôs para atingir a sua visão de futuro, se vai diferenciar das restantes e manter a sua vantagem competitiva de forma sustentável.

De notar que este conceito, embora não previsto no “*Desenho de investigação*” inicial, emergiu da análise de dados realizada às perguntas 2,3,4 5 d) e 6, como se pode constatar pela leitura do quadro abaixo (Quadro I). Como qualquer investigação constitui, na expressão de Miles e Huberman (*cit. in* Lessard-Hébert, Goyette e Boutin,

2008,p.107) um “processo cíclico interactivo”, o conceito foi incluído no contexto da investigação, por ter sido considerado relevante e um importante contributo para o enriquecimento dos seus resultados.

Após as duas primeiras etapas, necessárias para a operacionalização dos dois conceitos inicialmente em estudo (diagnóstico estratégico e cenários), foram seleccionados os respectivos indicadores, reunidos, na última fase, no IRD escolhido, como já referido anteriormente, o guião da entrevista e um questionário adaptado. O “caminho” percorrido encontra-se resumido no quadro seguinte:

Quadro I - Operacionalização dos conceitos utilizados na investigação

Conceitos	Dimensões	Indicadores	IRD	Análise e discussão dos resultados
<i>Diagnóstico estratégico</i>	Ambiente interno Ambiente externo	- Forças - Fraquezas - Conversão fraquezas- forças - Oportunidades - Ameaças - Conversão ameaças- oportunidades	- Perg.5 a) - Perg.5 b) - Perg.5 c) - Perg.5 d) - Perg.5 e) - Perg.5 f)	4.1 - Diagnóstico estratégico
<i>Cenários</i>	Actual▪ Desejado	- Fragmentação -Falhas - Sustentabilidade -Holismo	- Perg.2 -Perg.3 Perg.4 -Perg.6	4.2 - Cenário actual 4.3 - Cenário desejado
<i>Decisões estratégicas</i>	- Perg.2,3,4, 5d) e 6	4.4 - Decisões estratégicas

3.5- A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

A recolha de dados foi realizada entre 25 de Junho e 30 de Setembro de 2011. Para que houvesse um registo completo e fiel de todos os dados fornecidos pelos participantes, todas as entrevistas foram gravadas em registo áudio, após consentimento informado dos entrevistados.

Da totalidade das dezasseis entrevistas, nove foram realizadas presencialmente, nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Aveiro; uma foi realizada via *Skype*, método inviabilizado para a realização de outras entrevistas devido à baixa qualidade dos registos áudio obtidos; com as restantes seis a ser concretizadas via telemóvel, método que se revelou como o mais eficaz para a colheita dos dados do estudo, logo a seguir à realização presencial das entrevistas. Métodos alternativos ao de eleição (entrevista presencial) foram contudo necessárias em função do tempo disponível por parte de entrevistador e entrevistados e uma vez que recorrer a eles não prejudicaria a consecução dos objectivos de estudo.

Constituíram excepção na colheita de dados, os dois elementos da amostra que, como já referido, responderam por escrito, via e-mail, ao questionário resultante da adaptação do guião utilizado nas entrevistas.

As dezasseis entrevistas gravadas, com duração entre 23 minutos e 1 hora e 10 minutos, foram integralmente transcritas, entre Julho e Outubro de 2011, utilizando-se como base uma tabela de convenções (Anexo III).

De forma a manter a congruência do desenho de investigação os dados assim obtidos foram organizados e analisados através de análise de conteúdo.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1995) o lugar ocupado pela análise de conteúdo na investigação social é cada vez maior, nomeadamente porque oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade. De acordo com Berelson (*cit in* Bardin, 2006,p.31) a análise de conteúdo “(...) é uma técnica de investigação que, através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.”

A análise de conteúdo do tipo exploratório proposta por Bardin (2006), e utilizada neste estudo, desenvolve-se em três momentos sucessivos: (1) a pré - análise; (2) a exploração do material; e (3) o tratamento dos dados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase de organização do material recolhido, neste caso, através das entrevistas semi-estruturadas e de questionário.

Assim, após uma primeira leitura flutuante integral dos 18 contributos reunidos para o estudo, a primeira das seis questões centrais colocadas - “1- *Participação em missões: as mais marcantes e porquê*” - foi excluída para efeitos de análise, por se ter concluído que o seu conteúdo não contribuiria para a consecução de nenhum dos objectivos de estudo traçados.

Uma segunda leitura em profundidade, permitiu desenhar cinco os eixos temáticos da investigação (Figura 1), definidos a partir do guião da entrevista:



Figura 1 - Eixos de análise temática.

O eixo temático I – *Diagnóstico estratégico*, diz respeito à análise *SWOT* da cooperação portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, realizada pelos entrevistados; o eixo II- *Fragmentação/saúde*, refere-se à forma como uma ajuda, adjectivada pelo CAD/OCDE como “*fragmentada*”, afecta, de acordo com a amostra, a

cooperação (pública e privada) portuguesa no sector da saúde; o eixo temático III- *Falhas/saúde*, relaciona-se com os aspectos de carácter pontual que, de acordo com os entrevistados, conduziram à não consecução /consecução parcial dos objectivos traçados para um projecto de cooperação no sector da saúde; o eixo temático IV - *Sustentabilidade /saúde*, às bases da sustentabilidade de uma intervenção de cooperação para o desenvolvimento no sector da saúde; e por fim o eixo temático V- *Visão holística / cooperação /saúde*, explora, de acordo com o grupo com que se investiga, o lugar que a visão holística ocupa no desempenho da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde (Figura 1). Tal como já foi explicitado na operacionalização dos conceitos de investigação (Quadro I), os eixos temáticos II e III, adicionando valor ao *diagnóstico estratégico* realizado a partir do I eixo temático, vão permitir caracterizar o *cenário actual* da cooperação portuguesa (pública e privada) no sector da saúde; e os eixos IV e V, vão permitir caracterizar aquele que é considerado o *cenário desejável* para a cooperação neste sector: o holístico. As *decisões estratégicas*, são o conceito que emergiu da análise dos dados dos eixos II,III,IV e V e relacionam-se com os conceitos anteriores, como mostra a figura 2.

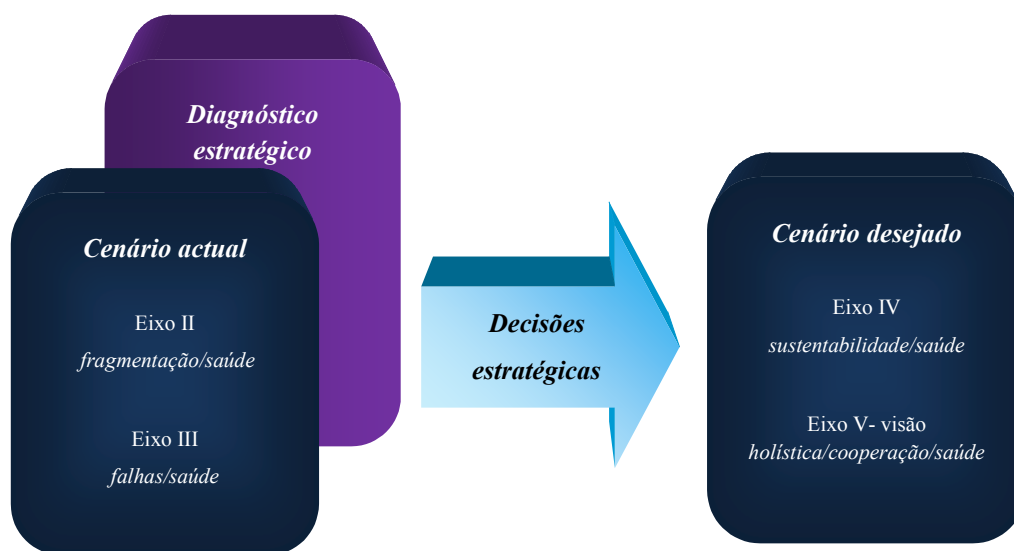


Figura2 - Organização dos dados para a discussão dos resultados.

A seguir á definição dos *eixos temáticos* passou-se para o segundo momento de análise: a exploração do material. Esta etapa pressupõe uma leitura horizontal e exaustiva dos textos, na qual se apreendem as estruturas de relevância dos actores sociais, as ideias principais que tentam transmitir, os momentos-chave e as suas posturas sobre o tema em estudo. Assim, vão sendo construídas as *sub-categorias empíricas*, que mais tarde serão confrontadas com as respectivas *categorias analíticas e eixos temáticos*, buscando as inter-relações e interconexões. Segue-se a leitura transversal, na qual se faz o recorte das entrevistas em “unidades de sentido”, “estruturas de relevância”, “tópicos de informação” ou “temas”; ao que se segue a junção das partes semelhantes, tentando perceber as suas relações e reunindo-as em códigos ou gavetas. Após estes processos é realizado um refinamento da classificação, no qual as diversas gavetas são reagrupadas dentro de categorias centrais, pressupondo uma lógica unificadora.

Dada a riqueza da informação recolhida, para sua melhor compreensão e sempre que os dados o permitiram, ela foi organizada, dentro de cada *categoria*, sobre a forma de quatro grandes *subcategorias analíticas*, como clarifica a figura (Figura 3): condições/factores *macro*, onde foram incluídas as *subcategorias empíricas* de carácter mais amplo, como políticas, contextos, efeitos a longo prazo; *institucionais* ou *intermédios*, onde se agruparam as subcategorias relacionadas com actuação e formação; de *relação* macro-intermédio, onde se reuniram *subcategorias empíricas* que resultam ou são influenciadas por interdependências entre os dois níveis; e *micro*, quando as subcategorias dizem respeito a factores psico-sociais ou de relação entre as pessoas.

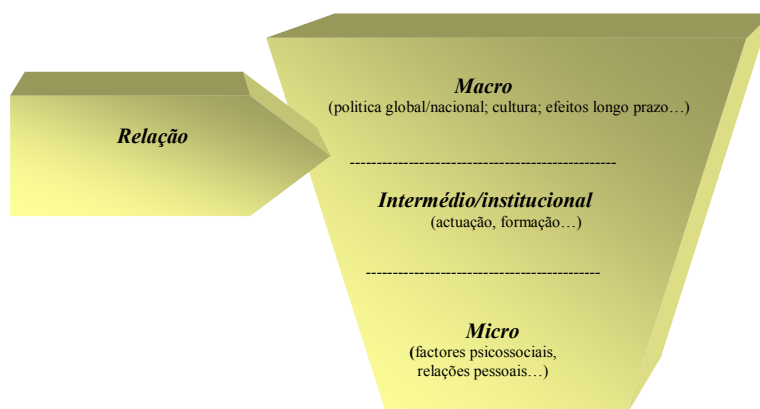


Figura 3 - Organização geral das subcategorias empíricas no interior de cada categoria analítica.

De notar que a inclusão de dados em cada uma destas quatro *subcategorias analíticas* é da única responsabilidade do investigador, encontrando-se aberta a discussão.

No último momento da análise de conteúdo, as etapas anteriores dão lugar a um movimento circular entre o material empírico e o teórico, nas duas direcções, que alterna entre o concreto e o abstracto, procurando as riquezas do particular e do geral. É construída uma nova aproximação do objecto, em que o pensamento antigo encontra outros limites e se organiza dentro do momento presente. Ou seja, como refere Minayo (2007,p.356) “(...)o novo contém o antigo, incluindo-o numa nova perspectiva(...)”, que é desenvolvida na discussão deste trabalho.

No que se refere ao tratamento dos dados correspondentes à primeira parte do guião, foi utilizado o programa estatístico SPSS - versão 19.0, através do qual foram realizadas técnicas e medidas de estatística descritiva (frequência relativa, média, moda e desvio padrão). O instrumento utilizado na análise dos relatos dos participantes foi o programa *webQDA* - versão 0.9, um software de apoio à análise qualitativa, criado na Universidade de Aveiro.

3.6- CONSIDERAÇÕES E PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Segundo Fortin (1999, p. 113), “(...)a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação(...)”. As questões éticas em investigação relacionam-se assim com os direitos dos participantes e com a postura do investigador. Esta ideia é reforçada por Grande (2000) ao afirmar que actualmente a fraude, o plágio e o imprevisto são expressões da ausência de responsabilidade moral, em investigação.

Atento a todos estes aspectos, com base na Declaração de Helsínquia – Tóquio, em todo o percurso de investigação foram respeitadas vários procedimentos formais e éticos.

No e-mail de apresentação do estudo enviado aos potenciais participantes, para além dos aspectos já referidos, foi garantida desde logo a participação voluntária no estudo, a protecção do anonimato e a confidencialidade dos dados. Nos dois questionários realizados via e-mail, os mesmos princípios éticos foram assegurados no texto de apresentação que os precedia (Anexo II). A gravação das entrevistas foi sempre feita após consentimento informado dos participantes.

Dada a eventual pertinência de dar a conhecer as pessoas entrevistadas, enquanto elemento de garantia da qualidade do estudo, tal como foram informados todos os participantes, apesar da informação recolhida para caracterização da amostra ser utilizada na apresentação dos dados, não é possível qualquer associação entre estes mesmos elementos e as respectivas respostas dadas, uma vez que foi atribuído a cada uma um código representativo do seu informante - D1, D2, D3... até D18 - ficando as respectivas correspondências apenas e exclusivamente, na posse da investigadora.

3.7- CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Os estudos qualitativos têm sido muitas vezes criticados pela falta de critérios de avaliação, nomeadamente a fidelidade e a validade dos dados. De forma a tentar aumentar a precisão dos dados, muitos investigadores têm utilizado critérios quantitativos na apreciação de dados qualitativos. Na opinião de Leininger (2007) é fundamental o uso de critérios dentro de cada paradigma, uma vez que os paradigmas quantitativo e qualitativo têm premissas, finalidades e raízes diferentes, sendo que se estas não forem compreendidas, respeitadas e mantidas corre-se o risco de haver uma enorme redução do desenvolvimento de resultados credíveis e válidos. Como tal, foram tidos em conta os critérios recomendados pela autora, em investigações qualitativas.

A *credibilidade* refere-se à “verdade” dos resultados, tal como é conhecida, experienciada ou sentida profundamente pelas pessoas. Para garantir a credibilidade foram realizados alguns procedimentos:

▪ Após a transcrição das entrevistas foi pedido a cada participante que validasse a sua, acrescentando qualquer observação ou rectificando afirmações se achasse pertinente;

▪ A construção dos eixos temáticos, das categorias analíticas e das subcategorias empíricas, suas inter-relações e interconexões foram validadas por três peritos, entre eles os dois orientadores da tese.

A *confirmabilidade* diz respeito à obtenção de afirmações directas e repetidas com frequência e às evidências do ponto de vista dos informantes acerca dos resultados ou interpretações do investigador. Após a análise de conteúdo, os resultados foram enviados para três dos entrevistados seleccionados de forma aleatória para que de forma reflexiva pudessem opinar novamente relativamente à análise dos resultados realizada pela investigadora, visto que, tal como se afirma anteriormente, a investigação se está a realizar “*com*” pessoas que se considera particularmente detentoras de uma experiência e um saber pertinentes sobre esta situação. Na opinião de Van den Hoonaard (*cit in* Lima, 2006) enviar apenas o relatório final aos participantes não se trata de um procedimento muito ético, pois significa que estes foram omitidos de todo o processo que termina nesse relatório.

O *significado no contexto* é um dos critérios mais utilizados no ramo da hermenêutica e reporta-se a situações, acontecimentos de vida ou experiências com significados próprios que são do conhecimento das pessoas no seu ambiente. Tal como já foi referido, a abordagem escolhida tem em consideração o contexto sociopolítico no qual os actores sociais se movimentam.

A *padronização* recorrente diz respeito às experiências, manifestações, acontecimentos ou acções repetidas, que tendem a ser padronizados, o que foi cumprido através da categorização dos dados de forma exaustiva.

Por último, o critério de *saturação* refere-se à pesquisa exaustiva do fenómeno em estudo, pelo que a recolha de dados terminou quando foi considerado haver redundâncias e duplicação de ideias, significados e experiências nos relatos dos participantes.

IV- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo, como refere Coutinho (2011), destina-se a informar o leitor sobre as respostas que os dados obtidos empiricamente, fornecem relativamente aos objectivos traçados para um estudo. Na sequência da sua organização, esta fase da análise é já, como refere Van der Maren (*cit in* Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2008,p.123) “*criadora de sentido*”, transcendendo a secura dos resultados. Neste enquadramento e tal como ficou explícito no capítulo anterior, numa primeira subsecção deste capítulo realiza-se o diagnóstico estratégico da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde; na segunda, caracterizam-se os dois cenários considerados nesta investigação - o actual, de fragmentação e o desejável, holístico; e, por fim, na terceira subsecção, discutem-se as decisões estratégicas apontadas pelos entrevistados para evoluir do cenário actual até ao desejado.

De notar que, para efeitos de síntese, optou-se por remeter todos os exemplos utilizados pelos entrevistados para ilustrar os vários assuntos abordados para anexo e utilizar em cada subcategoria o mínimo de exemplos transcrito dos trechos de entrevista, seleccionando apenas o que melhor ilustra o assunto em causa, não implicando tal, uma desvalorização dos restantes dados.

De salientar também que, embora se tenha verificado um esforço conjunto de entrevistador e entrevistados no sentido de concentrar a análise no sector específico da saúde, na maioria das questões colocadas, a informação obtida diz respeito a toda a cooperação internacional portuguesa, não sendo possível com os dados disponíveis, isolar a que se refere exclusivamente a este sector, como pretendido.

4.1 – DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

Criada por dois professores da Harvard Business School (Públio, 2008) a análise *SWOT* é actualmente uma ferramenta de gestão muito utilizada para realizar o diagnóstico estratégico, pois permite examinar e avaliar o impacto dos aspectos do

ambiente interno (forças - *Strengths* e fraquezas - *Weaknesses*), e externo (oportunidades - *Opportunities* e ameaças - *Threats*), em que se encontra o sistema /entidade em análise, sobre o seu sucesso (IAPMEI, 2007). Pela sua simplicidade e mais-valias, pode ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário, possibilitando que a organização aplique o conselho de Sun Tzu (500 a.C): "Concentre-se nos pontos fortes, reconheça as fraquezas, agarre as oportunidades e proteja-se contra as ameaças " (cit in Tarapanoff,2001,p.209).

Um requisito fundamental a ter em consideração antes de iniciar uma análise *SWOT*, é clarificar que objectivos se pretendem alcançar, uma vez que o que pode ser um ponto forte no contexto de um objectivo, pode ser um ponto fraco se a entidade em análise persegue outro. Quando, com esta investigação, se propôs realizar uma análise *SWOT* da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, o objectivo é conhecer qual o lugar que as estratégias holísticas ocupam no seio desta entidade, quando se lança sobre ela uma análise enquanto sistema.

Os dados obtidos dentro deste eixo temático, permitem, tal como mostra a figura 4, para além das duas análises complementares veiculadas pela análise *SWOT*:

- Interna, composta de factores sobre os quais há maior controlo relativo (forças e fraquezas); e

- Externa, composta de factores sobre os quais há menor controlo relativo (ameaças e oportunidades);

conhecer de que forma é que, de acordo com o grupo com que se investiga, é possível a conversão das fraquezas em forças e a conversão das ameaças em oportunidades.

Os dados resultantes desta análise são apresentados sobre a forma de matriz, finda a sua descrição (Figura 6) e interpretados e discutidos nos dois pontos seguintes pela mesma ordem (4.1.1 e 4.1.2).



Figura 4 - Categorias analíticas do I eixo temático.

Cada uma das categorias deste primeiro eixo temático é apresentada no texto que se segue, com os dados organizados, tal como referido no capítulo metodológico, em factores *macro*, *intermédios/institucionais*, de *relação* e *micro*.

a) Forças

As forças são os pontos fortes, os factores internos que tornam a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde mais competitiva do que seus pares. Pontos fortes são, com efeito, recursos, capacidades e competências essenciais que a organização sustenta e que podem ser utilizados de forma eficaz para alcançar objectivos de desempenho. De acordo com os entrevistados são forças *macro* da CP no sector da saúde, o conhecimento da realidade e os elementos de comunidade na cooperação; *institucionais* ou *intermédias*, a competência técnica/profissionalismo dos actores portugueses, a variedade de actores, a plataforma das ONGD, as parcerias e a investigação-acção; e forças *micro*, as características psicossociais dos portugueses (Figura 6).

▪ **A nível *macro*:**

O conhecimento da realidade diz respeito ao conhecimento que Portugal tem da realidade de saúde dos países com os quais coopera. Inclui:

- a experiência/conhecimento, respeitante ao longo passado de Portugal enquanto país cooperante, o que lhe traz conhecimento das realidades, como se pode ler no trecho de entrevista seleccionado:

“ (...)algumas instituições têm um real conhecimento no âmbito da saúde, nos países Africanos, em particular ahm(>2), das questões tropicais! Portanto há aqui uma questão de algum passado institucional, que se aplica a algumas organizações e que tem peso, continua a ter peso! Ou seja, são organizações que já estão a trabalhar há muitos anos com os países ou que têm trabalhado muito com os ministérios, e isso também ainda é uma força!” (D7)

- a memória recente do percurso de saúde realizado por Portugal na construção de um sistema de saúde eficaz com escassos recursos e das dificuldades enfrentadas, semelhante ao percurso que estão a realizar os países com os quais coopera, como explica D9:

“E temos uma coisa fundamental: é que nós ainda só temos 30 anos de sistema nacional de saúde. (...) Portanto, nós temos um sistema nacional de saúde muito mais bem organizado, do que em média dos nossos parceiros; mas a verdade é que ainda temos uma memória, de todo o nosso sistema de saúde, de como era antes da criação do SNS! E portanto, em termos daquilo que, na cooperação para ao desenvolvimento se designa como assistência técnica temos ainda uma memória recente, que pode ser útil. Eu acho que essa é uma das nossas principais forças! (...) que estamos ainda perto, em termos de memória, de um período de transição, , que, dentro de 10 anos já não temos essa memória e os nossos profissionais já não a terão(...)” (D9);

- e a semelhança do sistema saúde, com os sistemas de saúde nos países parceiros, construídos à semelhança do sistema de saúde Português(predominância do sector público prestador e o papel regulador do Estado, com base nos cuidados de saúde primários) o que dá ao país um conhecimento privilegiado das realidades, facto mencionado na citação apresentada:

“(...)pontos fortes: um, serão a questão dos sistemas de saúde dos países, portanto, dos países Africanos de língua portuguesa terem sido desenvolvidos, bastante à luz do modelo português. Portanto há aqui algumas semelhanças dos sistemas de saúde em termos de como é que foram

pensados, não é?! E isto ajuda em termos de percebermos em que é que as competências de cada estrutura e as responsabilidades e de fazermos um paralelo, pronto!” (D7).

Os elementos de comunidade na cooperação são outra força *macro* apontada, e estão relacionados com os elementos comuns entre Portugal e os países com os quais o país coopera bilateralmente:

- a língua, como clarifica D9:

“Há um factor imaterial que tem um peso enorme, que é a questão da língua. Porque se há um sector, para além da educação, onde se aprende a língua, é a saúde. Porque uma pessoa quando está doente ou quando tem algum problema, tenta adaptar-se ao profissional de saúde que está ali, não é?! É uma situação de fragilidade, e portanto a língua é um veículo fantástico (...) Portanto, quando nós estamos a analisar na SWOT, uma das forças que nós temos, é de facto, em relação aos países africanos de língua oficial portuguesa a questão da língua.” (D9);

- e os laços históricos, como resume a citação apresentada:

“ Na área da saúde as forças são (>2) ahm...algumas (>2) a proximidade com os países de intervenção prioritária da cooperação Portuguesa, ou seja, há uma língua comum(>2) há um passado recente com algum conhecimento de proximidade, (<2)há um intercâmbio, há ligações históricas e tudo isto são elementos facilitadores da intervenção da cooperação.” (D4).

▪A nível institucional ou intermédio:

Foram referidas como forças da cooperação portuguesa no sector da saúde:

- a competência técnica/profissionalismo dos actores portugueses, ou seja, a capacidade dos profissionais de saúde portugueses aplicarem um grande leque de conhecimentos adquiridos na teoria, de forma eficaz e eficiente na prática:

“(...)as forças na área da saúde é de facto uma competência invulgar, na qualidade dos técnicos de saúde que nós temos! (...) mas de facto a qualidade do pessoal....então esta, em que levamos os nossos melhores especialistas, a troco de nada!.../pois!/ em que eles estão 15 dias a operar mais do que operam cá durante dois meses ou três...ahm (>2), ou seja, a nossa vantagem na área da saúde...em todas as áreas, mas talvez mais na área da saúde é a alta qualidade dos nossos médicos e dos nossos especialistas, enfermeiros(>2)ahm, e outros profissionais de saúde....todos eles(...)”(D5);

- a variedade de actores, relativo à existência de um número significativo de organizações cooperantes, que constituirão uma força quando eficazmente coordenadas, aspecto descrito na citação seleccionada:

“Eu acho que, e isto pode parecer um contra-senso, eu acho que a variedade de actores pode ser uma riqueza e uma força, desde que bem gerida: ahm, diferentes percepções, diferentes capacidades...pode ser realmente um aspecto positivo e a valorizar! Ahm, tem é que haver realmente uma coordenação para que essas forças sejam todas orientadas para o mesmo lado e no mesmo sentido.” (D6);

- a plataforma das ONGD, como se pode ler no trecho de entrevista:

“ (...) a plataforma portuguesa das ONGD(...)Por isso eu penso que essa plataforma é uma mais-valia para as instituições que trabalham no terreno(...)” (D10);

- as parcerias, devido à existência de parcerias coordenadas, em termos de actuação e financiamento, com entidades não governamentais e filantrópicas, associações profissionais, universidades e instituições públicas, quer em Portugal, quer nos países “parceiros”:

“A grande força destes últimos anos foi o nível de parceria com a sociedade civil e com as fundações, o que permitiu desenvolver projectos mais ambiciosos e inovadores e com potencialidade para uma maior sustentabilidade.” (D18);

- e a investigação-acção, respeitante à investigação realizada em Portugal na área das doenças tropicais e da pobreza, potenciadora das competências para a acção nos países parceiros, como descrevem os entrevistados citados. Um exemplo, inclui a Fundação Champalimaud, premiada internacionalmente e que inscreve nos seus objectivos o aprofundamento da ligação entre a medicina e a saúde pública, para ajudar a mitigar o sofrimento humano e aliviar o peso da doença no indivíduo e na sociedade:

“Outra força importante é conhecimento técnico e a investigação na área das doenças tropicais e das doenças da pobreza que existe em Portugal.” (D18)

▪A nível *micro*:

Constituem forças da cooperação portuguesa no sector, as características psico-sociais que caracterizam o povo português, como se pode ler nas citações seleccionadas:

- a solidariedade/ humanismo relativo à forma de estar do povo Português em relação aos países e pessoas com necessidades:

“ (...)e temos uma história de solidariedade e de ajuda de ir mais além, não estarmos acomodados só com o nosso umbigo ahm que é histórico, e portanto que nos faz sempre ahm ponderar ahm este tipo de projectos. Acho que isso são forças importantes (...) Quando há reportagens de catástrofes, de calamidades, a população quer ajudar, mesmo pobre, mesmo não tendo dinheiro para nada, eu acho que as pessoas, mesmo assim, fazem um esforço para poder ajudar.” (D13)

- e a capacidade de adaptação a culturas diferentes, a condições de vida e de trabalho inóspitas:

“Eu diria um bocado aquilo que se considera a força do ser português, um bocado a plasticidade enquanto povo. Ahm(>2) que isso facilita muito a integração.” (D8)

b) Fraquezas

As fraquezas são pontos fracos, limitações, falhas ou defeitos dentro da organização. É o que uma organização faz mal ou onde tem capacidades ou recursos inferiores em comparação com os seus pares, e que irá criar-lhe dificuldades no momento de atingir os seus objectivos. De acordo com o grupo com que se explora este fenómeno, são fraquezas *macro* da cooperação portuguesa no sector da saúde, a politização, as diferenças de oportunidades às ONG's e uma sociedade civil reactiva; fraquezas *intermédias* ou *institucionais*, o planeamento deficitário, a fragmentação, as intervenções *ad hoc*, os défices na formação dos profissionais e a escassez de investigação-acção na cooperação. Na *relação* entre os dois níveis anteriores são apontadas como fraquezas, a descoordenação, a limitação de financiamentos e a libertação de recursos humanos limitada. A nível *micro* foi apontada como fraqueza, as motivações erradas para integrar projectos de cooperação (Figura 6).

▪ **A nível *macro*:**

Constituem pontos fracos da cooperação portuguesa no sector da saúde:

- a politização, com a cooperação Portuguesa a cumprir mais com objectivos políticos do que técnicos, como refere o entrevistado na citação seleccionada:

“ (...) a cooperação Portuguesa é demasiado institucional e está demasiado institucionalizada. Tem um cunho político demasiado forte (...)” (D6);

- as diferenças de oportunidades, em termos de actuação e projecção, que é dada por parte de entidades oficiais e meios de comunicação social às várias ONG Portuguesas, descrito por D2:

“No que toca às entidades oficiais estas deviam dar as mesmas oportunidades às diferentes ONG’s independentemente da sua dimensão. Infelizmente, isso não acontece em Portugal, ou porque as ONG’s não têm um marketing tão agressivo, (...) A nível dos media, também existe uma diferenciação de tratamento (...)” (D2) ;

- e uma sociedade civil reactiva e não pró-activa, devido a uma falta de conhecimento sobre a generalidade dos temas relacionados com a cooperação e o desenvolvimento, como aborda D11:

“ (...) também a própria sociedade civil muitas vezes tem dificuldades em compreender como é que nós conseguimos uma linha de financiamento de «x» milhões (...) para outro país e a nós estão-nos a cortar nos salários e etc.! Há uma falta de conhecimento de como isto funciona (...) Portanto e esta parte torna-se também uma fraqueza : nós nesta área da cooperação ainda não atingimos... nós somos um país extremamente solidário, Portugal é, mas é uma solidariedade muito pontual! Aquilo surgiu e a pessoa fica reactiva: isso mesmo, da ideia do reactivo e do pró-activo, não é! Nós reagimos muito bem de imediato, mas depois «ai já fiz, já contribuí, já...», e depois esta parte de cidadania e participação global, esta cidadania activa que se impões hoje, as pessoas não querem saber muito!” (D11)

▪ **A nível *intermédio ou institucional*:**

De acordo com o grupo com que se investiga o fenómeno, são fraquezas da cooperação portuguesa no sector da saúde:

- o planeamento deficitário, ou seja, o planeamento realizado com défices sucessivos, principalmente ao nível da formulação de objectivos, e consequentes nas suas várias etapas, inclusive as de monitorização e avaliação, fundamentais para se perceber o que correu menos bem e é necessário rever para garantir a concretização dos objectivos da intervenção e consequentemente, garantir a sua eficácia, impacto e sustentabilidade. Inclui o conhecimento limitado da realidade:

“Depois penso que há também esta percepção de que as acções da cooperação Portuguesa acontecem um bocado nesse ambiente de boa vontade...a gente vai fazendo...mas quer dizer, não são muito bem programadas, monitorizadas, disciplinadas (...)” (D3)

- a fragmentação, decorrente da ausência de uma visão global das realidades de intervenção com segmentação dos fundos de financiamento e respectivas intervenções, como menciona D4:

“As fraquezas (>2), conforme disse... há uma falta de visão global(>2), a segmentação (...).”(D4)

- as intervenções *ad hoc*, intervenções pontuais, de curto prazo, realizadas para a resolução de uma situação específica /problemas concretos momentâneos, que por este motivo dificilmente atingem a sustentabilidade, como especifica D4:

*“As fraquezas (>2), conforme disse... há uma falta de visão global(...) e o *ad hoc* das intervenções.” (D4)*

- os défices na formação dos profissionais que integram projectos de intervenção sobre especificidades dos temas relacionados com a cooperação para o desenvolvimento:

*“Os nossos profissionais de saúde não foram preparados nas escolas, para uma linguagem da cooperação para o desenvolvimento, ou seja, e até para uma educação para o desenvolvimento, na minha óptica. E se eles fossem preparados também para a “lógica” de projectos de cooperação para o desenvolvimento, de perceberem que há um *global found*, que há um conjunto de instituições, que não são inacessíveis para alguém que saiba fazer projectos, eventualmente seria tudo mais fácil! Acho que os nossos profissionais de saúde que deveriam ser sensibilizados para o desenvolvimento. Essa é uma das nossas principais fraquezas!”(D9)*

- e a escassez de investigação-acção, directamente relacionada com intervenções de cooperação para o desenvolvimento, como menciona D8:

“Penso que do outro lado, nas fraquezas, uma das maiores fraquezas é ainda não haver uma boa ligação entre este trabalho e a investigação. Não há (<2), não há suficiente investigação ligada à cooperação no sentido da perspectiva de cooperação mesmo, portanto na conceptualização dos processos (in), mas depois naquilo que são os projectos de implementação. E aqui não me refiro só desenhar projectos de investigação! É, por exemplo, projectos das ONG’s: cultivar parcerias entre a academia e as ONG’s de maneira a que se faça investigação, ligada, seja à intervenção específica: do HIV, ou da agricultura, ou do que for; seja de apoio à melhoria da qualidade das intervenções. E aí de certeza que é uma grande fragilidade da cooperação portuguesa.” (D8)

▪ **Na relação entre os níveis macro-intermédio:**

São apontadas como fraquezas:

- a falta de coordenação dos vários actores de cooperação em função de uma estratégia comum, devido à falta de partilha de conhecimento das competências e áreas de actuação de cada um:

“Acho que a maior fraqueza é mesmo nós ahm, por sermos um país pequeno não criarmos maior articulação entre as várias organizações existentes; não criarmos mais linhas de cooperação (...) Mas acho que ainda está a faltar esta maior articulação, maior conhecimento do que é que cada um faz! (...) por vezes essa dificuldade, de por vezes se articular e de convergirmos no mesmo sentido. Essa talvez seja uma das questões que nós podíamos considerar como uma das fragilidades, uma das dificuldades que existe... é trabalharmos mais em conjunto!” (D11);

- a limitação de financiamentos relacionada com, dificuldade em atingir a percentagem de APD, limitações das ofertas por parte de beneméritos, desconhecimento por parte de quem elabora programas e projectos de intervenção das várias fontes de financiamento nacionais e internacionais disponíveis e com a grande diversidade de critérios, entre financiadores, para a obtenção de fundos, e consequentemente na elaboração dos respectivos relatórios de execução financeira:

“A falta de fundos, em primeiro lugar. (...) já é quase ridículo o montante que é atribuído anualmente para os projectos das ONG’s, para todos os sectores(...) e não é só uma crítica,

porque naturalmente nós percebemos as necessidades da prestação de contas, mas o facto das próprias estruturas portuguesas, do próprio IPAD, ser absolutamente, abismalmente mais exigente na prestação de contas, nomeadamente a nível financeiro, que por exemplo a União Europeia. (...) mas a uniformização de padrões, tendo em conta que os projectos apoiados pelo IPAD, são muitas vezes apoiados pela União Europeia também, a uniformização de critérios seria uma mais-valia. (...) Em primeiro lugar, nós não podemos pensar que estamos ahm na Guiné-Bissau ou noutros quaisquer países ahm (>2) menos avançado, chamado agora, vai ser tão fácil como cá conseguir os recibos, as facturas, tudo(sus+). Os Guineenses não têm contabilidade organizada, portanto, cá temos que criar mecanismos para que essa sensibilidade seja aumentada.” (D14);

- e a libertação de recursos humanos limitada, relacionada com a dificuldade na obtenção de autorização/ licenças, sem perda de direitos, por parte dos profissionais de saúde com um vínculo institucional em Portugal, para incorporarem projectos de cooperação internacional de longo prazo, como refere D2:

“Concretizando, os vários projectos que desenvolvemos na área da promoção da saúde, exigem em recursos humanos, sobretudo pessoal médico e de enfermagem. E eis aqui a primeira dificuldade com que nos deparamos, que é a da autorização a nível dos respectivos conselhos administrativos, quando os candidatos a integrarem a missão desenvolvem a sua actividade em hospitais. (...) Esta ideia parece-me contudo, de difícil concretização, pois tenho receio que o actual Ministro da Saúde, de formação gestor, veja a Saúde numa vertente apenas economicista, e comece a reduzir as despesas, por cá e por maioria de razão, lá fora.” (D2)

▪ **A nível *micro*:**

A fraqueza apontada pelos entrevistados está relacionada com motivações erradas para integrar projectos de cooperação (ex: passar um tempo noutra país, prestar uma ajuda, “Turismo humanitário”), o que faz com que as pessoas não estejam preparadas para as condições e tipo de trabalho que vão ter que concretizar no terreno:

“A outra fragilidade penso é que, pelo menos a nível do sector, do terceiro sector: é um processo de relativo amadorismo que ainda se vive. Como eu disse, nota-se agora mais recentemente, sei lá, nos últimos 2/3 anos, nota-se que há mais gente a tentar fazer isto de forma mais profissional (<2) e fazer a sua carreira aqui dentro e tal, mas ainda há muito, muito amadorismo! Ainda há muito apoio numa perspectiva «uma ajudazinha», fazer um-, as vezes muito na perspectiva do «turismo», do chamado «turismo humanitário», (...)” (D8)

c) Conversão fraquezas-forças

Quando uma organização conhece as suas fraquezas, este conhecimento vai-lhe permitir, não só proteger-se delas, na medida em que estas constituem os seus pontos fracos, mas simultaneamente e sempre que possível, este conhecimento dá a organização a oportunidade de agir sobre elas de forma a convertê-las em forças e assim aumentar a sua competitividade relativamente aos pares. Segundo os entrevistados constituem estratégias *macro* para converter as fraquezas em forças, a existência de vontade política; estratégias de carácter *institucional* ou *intermédio*, o planeamento eficaz, a formação da sociedade civil, a formação de nível superior dos profissionais na área do terceiro sector e a investigação-acção em cooperação; e estratégias de *relação*, a existência de uma estratégia eficaz, coordenação integrada, o conhecimento acerca das fontes de financiamento, as parcerias financeiras internacionais e a libertação de recursos humanos (Figura 6).

▪ A nível *macro*:

Segundo os entrevistados, a conversão das fraquezas da cooperação portuguesa no sector da saúde em forças, passa essencialmente, pela existência de vontade política, ou seja, pela disposição das entidades governamentais e a sua actuação efectiva no sentido de melhorar os resultados da cooperação, não só a nível político, mas fundamentalmente a nível técnico. Esta vontade política inclui reconhecer a cooperação como uma actividade complementar à do estado social e a concessão de igualdade de oportunidades às diferentes ONG do país:

“ (...) haver uma orientação política muito forte e as pessoas perceberem que, a saúde é importante, mas quem define a política oficial de cooperação para o desenvolvimento é o sector da cooperação para o desenvolvimento.” (D9)

▪ A nível *institucional* ou *intermédio*:

Constituem estratégias para transformar as fraquezas em forças:

- o planeamento eficaz, com a elaboração de programas e projectos de intervenção a partir da prospecção de necessidades, de média-longa duração, precisos e rigorosos em todas as fases do ciclo de projecto, como se pode ler na citação apresentada:

“(...) mas pensaria que uma das formas de poder ultrapassar essa situação era fazer um planeamento mais efectivo, por exemplo os tais 5 anos e definir claramente as claramente prioridades e zonas de intervenção, nalguns países em concreto. Definir áreas de intervenção e só essas, (...) intervir de forma assertiva (...) melhoria real e concreta das condições de vida das populações, que é isso que importa!”(D1)

- aumentar a formação da sociedade civil para a generalidade dos temas da cooperação para o desenvolvimento e a realidade global, incluindo-os nos planos curriculares de formação obrigatória:

“(...)por aí eu acho que é mesmo a sociedade civil. Nós temos que começar, nós organizações, (...) ou que estamos com estas temáticas um pouco mais afloradas, nós de facto temos que ter um papel fundamental de aproximar ahm a partir da juventude, talvez, a juventude que and-...os estudantes, começar a aproximar entre aquilo que é a realidade deles, concreta, àquilo que é a realidade global, num sentimento do que se passa à nossa volta.(...) Acho que é um processo lento (...) é geracional, mas acho que nós temos que investir na nossa juventude, criar, talvez, dentro dos vários planos curriculares existentes nas várias disciplinas algo, alguns conteúdos que possam ir ao encontro disto (...)”(D11);

- aumentar o número de profissionais com formação específica de nível superior (graduada e pós graduada) na área do terceiro sector:

“Eu acho que uma das coisas é esta abertura: começa-se a ver muitas universidades, em geral, a dar mais abertura, a cursos específicos na área do terceiro sector, gestão de serviços do terceiro sector. Começa neste momento ahm (>2) o curso de saúde e desenvolvimento, mestrado de saúde e desenvolvimento(...)”(D8);

- e aumentar a investigação-acção, fomentando a investigação directamente relacionada com intervenções de cooperação para o desenvolvimento, no sentido de identificar boas práticas e melhorar as existentes, como referem os entrevistados:

“A outra área era começar a desenvolver seriamente investigação á volta disto, porque a investigação vai originar conhecimento e permite identificar boas práticas.”(D8)

▪ **Ao nível da *relação* entre os níveis *macro-institucional*:**

Permitirão transformar os pontos fracos da cooperação no sector da saúde, em aspectos positivos:

- a existência de uma estratégia eficaz , termo que neste contexto se refere ao conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras que determinam e revelam a vontade da cooperação em termos de objectivos de longo prazo, para fazer face ao meio envolvente de forma eficaz:

“Eu acho que era importante haver um grupo; houve um grupo de saúde, não é?! Para fazer o trabalho de definição de estratégia (>2) na área da saúde. Essa estratégia não foi, quer dizer, do ponto de vista, não foi aí aprovada...não sei o que é que lhe vai acontecer!” (D7);

- uma coordenação integrada, por parte de um organismo coordenador único, dos vários actores de cooperação em função de uma estratégia comum adequada à realidade de intervenção:

*“ (...) e tem que haver uma entidade que se assuma como uma entidade de coordenação, não só para a saúde mas para todos os sectores, ou seja , de maneira que centralize um pouquinho, seja a referência para a cooperação Portuguesa. (...) e junto de entidades privadas que enunciam na área saúde, pois...a sua independência não permite também que o IPAD exerça qualquer tipo de influência. Mas sim, que teria mesmo assim, nem que fosse **off the record**, um papel de coordenação importante a desempenhar, mas que acaba por não o fazer. Ahm...é essencialmente a principal mudança: que houvesse uma reflexão séria de como a estratégia pudesse ser implementada e que isso na altura fosse de entendimento comum, entre todos os diferentes actores da cooperação.” (D6);*

- o conhecimento por parte dos executores de projectos das várias fontes de financiamento disponíveis a nível nacional e internacional, com todas as entidades financiadoras a seguirem uma grelha de critérios comum para concessão de financiamentos e respectivos relatórios (uniformidade critérios), como se pode ler abaixo:

“(...)falamos de financiamentos europeus(...) de fundos globais (...)mas será as ONG’s munirem-se dentro de um quadro de recursos humanos especializados (...) que de facto, consigam fazer com que os projectos sejam de facto aprovados por esses financiadores e mesmo pelo próprio Estado Português ”(D12);

- o estabelecimento de parcerias com entidades internacionais em termos de financiamento:

“Principal fraqueza é a falta de recursos financeiros para ser competitivo com outros doadores internacionais na área (...) Dadas as actuais circunstâncias do país apenas as parcerias internacionais permitiriam alterar esta situação” (D18)

- e a libertação de recursos humanos através da concessão de licenças temporárias aos profissionais de saúde com vínculos laborais em Portugal, com o pagamento de salários a ser feito na totalidade através da APD para o sector da saúde, ou em parte, através de parcerias com ONG, como descrito na citação:

“Há que facilitar as coisas! E uma das maneiras serão as diferentes entidades que tutelam o pessoal de saúde, - médicos, enfermeiros ou técnicos de laboratório -, para além de não porem obstáculos à saída temporária daqueles técnicos, suportarem os seus vencimentos no todo ou em parte, estabelecendo com as ONG parcerias, em que aqueles encargos, seriam o seu contributo, e a forma de também cooperarem (...), havendo boa vontade de todos os intervenientes, resolveríamos desta forma uma das maiores dificuldades com que nos defrontamos.” (D2).

d) Oportunidades

As oportunidades incluem qualquer situação actual favorável no ambiente externo da organização, tais como necessidades, tendências, mudanças e que permitem à organização melhorar a sua posição competitiva. Relativamente a esta subcategoria é de salientar que, apesar dos esforços de esclarecimento realizados pela investigadora na condução das entrevistas, a análise dos dados permitiu constatar “confusão” por parte de alguns entrevistados em relação ao que se entende por “oportunidades” em contexto *SWOT*, na medida em que muitas das apontadas se remetem a oportunidades enquanto circunstância ou ocasião conveniente, útil, benéfica ou favorável. Devido a este facto, na análise que se segue foi realizada a separação entre as oportunidades *SWOT* e as apontadas pelos entrevistados enquanto circunstância favorável, factos que na realidade constituem *decisões estratégicas* a acrescentar às que emergiram também em outras

questões, como já apontado no capítulo metodológico, e que serão discutidas no ponto 4.4.

De acordo com os entrevistados, constituem assim oportunidades *SWOT macro* para a cooperação portuguesa no sector da saúde, a situação de saúde dos PALOP-TL, a diversificação dos destinos de cooperação, a língua portuguesa e a participação em fóruns internacionais; e oportunidades de nível *intermédio* ou *institucionais*, a telemedicina, o aumento e da responsabilidade social das empresas privadas e o estabelecimento de parcerias internacionais (Figura 6).

Constituem oportunidades enquanto *decisões estratégicas*, a nível *intermédio* ou *institucional*, a replicação de bons exemplos; e na *relação* entre os níveis macro e intermédio, o financiamento de projectos menores para investigação, o desenvolvimento de projectos institucionais - sociedade civil equilibrados e a disponibilidade de recursos humanos especializados (Figura 5).

▪Oportunidades *SWOT* a nível *macro*:

A este nível constitui uma oportunidade *SWOT* para Portugal a situação de saúde dos PALOP- TL, como refere D14:

“ (...) maximizar essa (<2) ligação aos países de língua portuguesa. Porque acabam por continuar a ser explicitamente nos documentos oficiais a prioridade de intervenção. Portanto, continuar a maximizar esses laços que já existem.”(D14)

devido à grande diversidade de cenários e ao alargado leque de necessidades em termos de saúde que continuam a existir nestes países, nomeadamente, como se pode ler nas citações utilizadas:

- de organização de sistemas de saúde públicos para a prestação de cuidados básicos de saúde, com respectiva ligação à formação de recursos humanos locais.

“Agora uhm organização do serviço de saúde. Era outra área onde nós podíamos dar cartas, mas estou a falar de organização de serviços de saúde básicos. E depois, tudo isto ligado á

formação. Claro que estou a pensar nos PALOP, não estou a pensar noutro lado. Acho que este espaço, se nós nos descuidarmos, brevemente vai ser preenchido (...)”(D16);

- de programas ou projectos dirigidos à prevenção e tratamento das DTN, devido ao seu enorme impacto socioeconómico

“Mais coisas na área da saúde? Pegar, por exemplo, nas doenças negligenciadas, que ninguém pega. Ninguém pega nas doenças negligenciadas. Teria um impacto enorme de certeza até na conjuntura mundial. Agora, isto teria de ser apoiado, pois, por alguma verba, por alguma linha dirigida e eu não estou a ver.” (D16);

- de cuidados de ginecologia/obstetrícia, de saúde infantil e pediátrica e na área dos exames auxiliares de diagnóstico

“Na área curativa, pegar num hospital em cada país. Não é preciso mais. É um hospital em cada país, e nem digo todas as valências do hospital, mas pelo menos alguma valências. Eu citaria duas: principalmente a materno-infantil, pediatria e ginecologia e obstetrícia e os exames complementares e diagnóstico. Quer dizer, se isto fosse possível, aí nós dávamos cartas, acho que eram excelentes apostas.” (D16);

- e na investigação, prevenção e controlo do VIH/Sida e da endemia que mais frequentemente se lhe associa - a tuberculose (TB):

“Por exemplo, eu acho que, no sector da saúde, se nós pegássemos numa ou duas endemias. Por exemplo, nós fomos um país que descobriu, juntamente com os franceses, o VIH2. Temos uma palavra... Podíamos ter uma palavra a dizer no controle da SIDA. Se houvesse uma linha neste sentido, temos o caminho aberto em tudo o que é sítio, em relação, não só, a investigação, mas principalmente em controlo da doença. Em prevenção da doença. Acho que esta seria uma área específica, que todo o mundo põe dinheiro lá (in). A segunda uhm portanto, ligada à SIDA, está sempre a tuberculose. Andaríamos por aí.”(D16).

Para além das necessidades de saúde dos países com quem habitualmente coopera bilateralmente, constituem ainda oportunidades *SWOT macro* para a cooperação portuguesa no sector:

- a diversificação dos destinos de cooperação, com a abertura da cooperação Portuguesa a outros países parceiros para além dos tradicionais PALOP-TL, associada à integração de Portugal na CPLP e à grande capacidade de adaptação dos profissionais de saúde a contextos diversos, como se pode ler no trecho de entrevista apresentado:

“ Portugal está há muito reduzido e limitado ao espaço lusófono. (...) Agora não temos que é que olhar exclusivamente para o espaço lusófono e ficar no espaço lusófono, que tem sido a área privilegiada da cooperação portuguesa desde sempre e enfim, se calhar, estaria na altura de ver realmente que impacto é que tem existido.”(D6)

- a defesa da língua Portuguesa como factor de competição positiva na cooperação realizada por Portugal em relação a outros países cooperantes com outras vantagens. Inclui o potencial de capacitação, ou seja a capacidade que a cooperação portuguesa tem de capacitar recursos humanos nos países com os quais coopera bilateralmente devido a uma língua comum, como referem elementos do grupo com que se investiga nas citações apresentadas:

“ (...) vejo 3 oportunidades: primeiro, a defesa da língua Portuguesa; (>2)segundo, a capacitação. Nós, como os nossos colegas se exprimem todos em português, nós conseguimos capacitá-los como ninguém!”(D5)

- e a participação em fóruns internacionais sobre desenvolvimento, com contributos acerca dos vários sectores em relação aos quais Portugal desenvolve a sua actuação enquanto cooperante, como se pode ler no relato:

“Terceiro, ajudar os colegas, nas discussões internacionais sobre o desenvolvimento!”(D5)

▪Oportunidades *SWOT* a nível *institucional/intermédio*:

De acordo com os entrevistados, existem neste momento várias oportunidades *SWOT* intermédias para a CP no sector da saúde. São elas:

- a telemedicina, veiculada pela moderna tecnologia que permite colocar em rede profissionais de saúde de todo o mundo e em todo o mundo, proporcionando, para além da partilha de conhecimentos e opiniões, a agilização de processos em termos de tempo e custos, aumentando a sua eficácia e eficiência:

*“ (...)as necessidades são muitas(sus+) e numa era com meios de comunicação globais e com as necessidades enormes, é preciso juntar estes ahm...meios informáticos, por exemplo, a telemedicina, para fazer (>2)formações, agilizar processos; para dar assistência, para gerir e fazer intercâmbio e *n* valências ahm (>2) e resolver problemas antes...diminuir custos e(>2) encurtar tempos e espaços....portanto a era informática, bem aproveitada e bem estruturada,*

representa uma mais valia para a saúde, que, de facto, seria imperdoável, perder esta oportunidade!” (D4);

- o aumento da responsabilidade social das empresas privadas, principalmente as de dimensão internacional, na cooperação internacional através do apoio prestado a ONG portuguesas no terreno, o que contribuiria simultaneamente para o reforço das intervenções da sociedade civil portuguesa e local:

“Acho que uma oportunidade que tem que ser cuidadosamente alimentada e que pode ajudar a melhorar o rácio de apoio do país, para os países receptores, era o envolvimento das empresas privadas na perspectiva da responsabilidade social//responsabilidade social//, particularmente aquelas que vivem na internacionalização: criar mecanismos em que estas empresas apoiem, por exemplo, ONG’s portuguesas que estejam no terreno e que tenham parcerias com ONG’s locais, por exemplo; contribuindo para o reforço, não só, da cooperação da perspectiva do terceiro sector e da sociedade civil, mas ao mesmo tempo ajudando ao reforço da sociedade civil no terreno, no local.”(D8);

- e o estabelecimento de parcerias internacionais de financiamento e intervenção, como está escrito:

“Parcerias internacionais”(D18).

▪Oportunidades enquanto decisões estratégicas:

Oportunidades enquanto circunstância favorável – *decisões estratégicas* - para a cooperação portuguesa no sector da saúde, foram mencionadas (Figura 5):

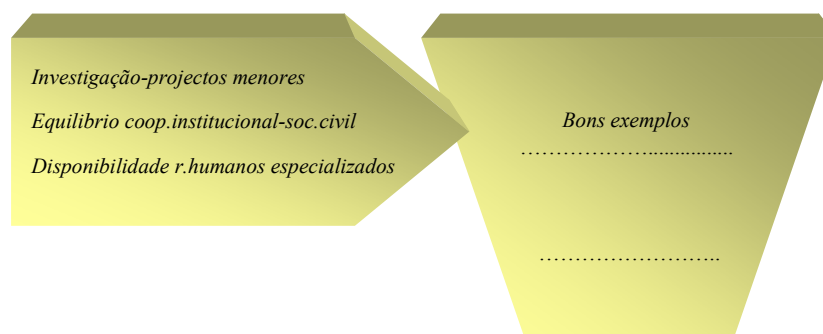


Figura 5 - Esquema resumo das oportunidades enquanto circunstâncias favoráveis - decisões estratégicas - para cooperação internacional portuguesa no sector da saúde.

▪ **A nível *intermédio ou institucional*:**

Constituem circunstâncias favoráveis, a replicação de bons exemplos, ou seja, a oportunidade que Portugal tem de pegar nas estratégias, projectos ou conjunto de intervenções que apresentaram até hoje resultados comprovadamente eficazes, e replicá-los, como afirma o entrevistado:

“Eu creio que é preciso é criar nestes 10 anos que ainda nos sobram, criar um bom número de exemplos de coisas que funcionaram bem e as instituições são (in) e sérias, e modernas, e bem geridas, e tecnicamente na linha da frente em Portugal (...)” (D3).

▪ **Na *relação entre os níveis macro e intermédio*:**

Podem constituir oportunidades favoráveis para a cooperação no sector da saúde:

- o financiamento de projectos menores para fins de investigação, como descreve a citação apresentada:

“As nossas oportunidades, ahm (<2), são sem dúvida....eu acho que a investigação, os avanços que nós temos tido em termos de investigação e as oportunidades que nós temos de fazer investigação nos locais para onde vamos intervir, (...) é um meio óptimo para nós podermos investigar, intervir e tornar isto um ciclo. Portanto, acho que a investigação poderá ser uma oportunidade para a cooperação e desenvolvimento, em termos da área da saúde, claro! E ahm (<2) também começamos a ter programas de financiamento para projectos mais pequenos, (...) um projecto de intervenção numa determinada área para percebermos porque é que existe, qual é a taxa de incidência tão elevada, ou a prevalência, melhor(...)” (D13);

- o desenvolvimento de maior número de projectos onde se equilibrem os dois aspectos: a cooperação institucional país - a - país, e simultaneamente as intervenções ao nível da sociedade civil também entre os dois países:

“ (...) era desenvolver mais uma vez, penso que numa perspectiva de sociedade civil, mais institucional, portanto, país a país, desenvolver maior quantidade de projectos, onde se equilibre estes 2 aspectos: quer dizer, por um lado, o apoio país a país, o apoio institucional, entre ministérios, etc...a cooperação bilateral, mas ajudar a desenvolver seriamente as intervenções no quadro da sociedade civil.” (D8);

- e a disponibilidade de recursos humanos especializados, na medida em que a actual situação de crise do país, ao colocar um grande número de pessoas com formação de nível superior no desemprego, possibilita que estes recursos possam ser revertidos para satisfação de necessidades dos países parceiros, como defende o entrevistado:

*“ (...) pode ser uma oportunidade, porque nós vamos ter muita gente formada, que porventura, poderá contrariar o *braindrain*, não! Segundo, é termos capacidade de articularmos, neste momento, com as entidades dos nossos parceiros, e perceber de que forma esta oferta de mão-de-obra poderá ser também uma resposta às necessidades dos nosso parceiros. Por outro lado, é a nossa capacidade de “reverter” grande parte da nossa capacidade formativa - que enfrenta uma diminuição da população estudantil - para um nível muito superior, conseguir aumentar a oferta de níveis de especializações a estes países. Mas nunca descurando que devemos apoiar o fortalecimento das instituições locais de nível superior!”(D9).*

e) Ameaças

As ameaças incluem qualquer situação desfavorável, barreira, constrangimento, tendência ou mudança iminente no ambiente externo da organização e que são actualmente ou potencialmente prejudiciais para a sua capacidade de competir. De acordo com o grupo com que se explora este fenómeno, na cooperação portuguesa no sector da saúde, as ameaças existem apenas a nível *macro* e estão relacionados, quer com situações ao nível dos países parceiros e de Portugal, quer com situações de carácter global. A análise que se segue será, por isso, organizada em função destes três itens (Figura 6).

▪ Nos países parceiros:

Foram apontadas como aspectos negativos do ambiente externo da cooperação portuguesa no sector da saúde relacionados com situações ao nível dos países parceiros:

- a instabilidade política e administrativa que ainda se faz sentir em alguns países com os quais Portugal coopera:

“ (...) eventualmente alguma instabilidade nos países receptores.” (D8);

- a revolta, na medida em que a globalização da informação consciencializa as pessoas que vivem nos mais pobres do fosso que os separa dos mais ricos, criando sentimentos de injustiça/ódio, que se repercutem de forma negativa nas intervenções de cooperação na área da saúde através de uma não adesão/menor adesão/aceitação/colaboração/integração das intervenções, como explica D16:

“ (...) é que o mundo global que temos hoje, (...) hoje as televisões levam para a zona mais pobre de África ou para a zona mais pobre da Ásia, as imagens da Europa. Dos restaurantes, dos carros, do que quer que seja. E antigamente, uma pessoa que estava ali isolada e que não tinha contacto com mais ninguém, que, portanto, não via nada, hoje vê. E às vezes alguma ostentação que ele vê (...) esta gente que está do lado lá, pergunta-se a ele mesmo «mas porquê eles, e não eu também?». E isto começa a criar um ambiente, acho, muito profundo, até de ódio. Ou seja, ao contrário das organizações, que cada vez dizem mais que isto está-se atenuar, que está tudo muito bonito, eu acho que tem havido um crescendo... estou a falar do mundo muito pobre... em relação ao mundo desenvolvido. (...) Quer dizer, a resposta (in) dizia «vocês querem que a gente use o preservativo porque não nos querem-» (...)”(D16);

- a descredibilização das doações, relacionada com o facto de, dos grandes donativos oferecidos por fundações filantrópicas, apenas uma ínfima parte reverter directamente para o país “receptor” para aplicação efectiva, com o restante a ser utilizado para processos internos de controlo da fundação, como se pode ler na citação seleccionada:

“Depois a própria ajuda, porque ajuda oficial é muitas vezes um engano. (...) dizia-me o director nacional de saúde de Moçambique há uns dias. Dizia-me assim: «a (...) veio cá. Deu-nos quase dois milhões de dólares para a luta contra a SIDA, contra o VIH SIDA. Mas sabes uma coisa, (...), sabes quanto é que ficou mesmo no país e nós podemos aplicar? Trezentos mil. E então os outros um milhão e setecentos? Consultorias para (...) Verificar se o dinheiro foi bem entregue ou não (...) ou seja, os dois milhões que foram dados, foi tudo para a própria (...) Porque depois na prática, acabaram por ficar com pouco ou com nada. E toda a cooperação se faz assim. Toda, hoje. E do outro lado começa-se a ver que isto afinal funciona de uma maneira diferente do que eles dizem. Portanto, e hoje quando você, (...) ouve na rádio, demos um milhão... olha, já comeram mais metade e alguém meteu ao bolso. Começam a não acreditar. Isto também cria espinhos na relação entre as pessoas, e portanto é complicado. É difícil.”(D16);

- a dificuldade de legalização de ONG portuguesas em Angola, devido ao receio que o governo do país tem que estas denunciem para o exterior as injustiças a que

assistem, tendo algumas sido obrigadas a abandonar o país por serem consideradas “*personas non gratas*”, como descreve D2 na citação apresentada:

“Onde vejo dificuldades, como disse, é na legalização da ONG (...) em Angola, onde já actuamos há alguns anos, com autorização das autoridades locais, mas sem a legalização oficial, (...) até agora ainda não emitiu parecer favorável. As autoridades locais, têm tido alguns problemas com outras ONG’s, tendo mesmo algumas sido consideradas “personas non gratas” sendo obrigadas a abandonar aquele país, porque tinham divulgado para o exterior algumas injustiças...”(D2).

▪ **Em Portugal:**

Constituem aspectos negativos do ambiente externo da cooperação portuguesa no sector da saúde, relacionados com situações ao nível do próprio país:

- a politização das prioridades em termos de saúde, que respondem mais a prioridades políticas do que a prioridades técnicas reais, mencionada no trecho de entrevista abaixo apresentado:

“Outra ameaça também tem a ver com as próprias prioridades políticas. Ou seja, cada governo nacional define prioridades no âmbito da saúde e às vezes essas prioridades podem constituir uma ameaça por estarem mais vinculadas a agendas políticas do que agendas de saúde.” (D7);

- a manutenção da sectorização da cooperação por vários ministérios mesmo após a reestruturação de alguns serviços no âmbito do novo governo, patente na citação apresentada:

“ (...)a reestruturação de alguns serviços de cooperação, talvez, no âmbito do novo governo, a falta de integração ahm....de programas e continuar ahm(>2)a cooperação partilhada com vários emissários, várias entidades, que, com costas viradas, com pouca apetência para coordenarem a convergência das intervenções.”(D4);

- a tendência do país para cooperar de forma cada vez mais marginal face à situação financeira nacional, limitativa em termos de financiamentos, e à forma como outros países cooperam e a dimensão com que o fazem, em termos de verbas, número de projectos e áreas de intervenção:

“E estamos mais ainda a sentir que estamos a ser ultrapassados por outros países (EUA, Espanha, China, Brasil, etc) que estão a fazer ao nosso lado cooperação, com uma grandeza

muito maior: mais verbas, mais projectos, mais pessoas, mais áreas de intervenção. E isto traz dividendos! (...) A nossa cota parte é de facto, uma gota de água nesse meio. Bom, diria que é à medida da nossa dimensão, se calhar à medida da nossa Ajuda Pública ao Desenvolvimento, da percentagem do PIB que é destinado à nossa APD...”(D1);

- e a dependência de parecerias lusófonas, com a cooperação portuguesa demasiadamente dependente de parceiros de cooperação e financiadores lusófonos, sendo este financiamento incipiente, limitado e pouco organizado, o que levanta consequentemente questões de impacto e eficácia:

“ (...)enfim...e isto sim, tem um impacto e uma eficácia, pelo menos questionável! E, ahm (<2), para as organizações portuguesas que implementam, por exemplo na área da saúde, isto tem a ver com as próprias características da cooperação Portuguesa, e das organizações no geral, pelo menos as implementadoras: a maioria delas estão demasiado centralizadas, tanto no espaço lusófono por um lado, como dependentes de financiadores lusófonos. (...) os fundos portugueses são cada vez mais limitados, a uma excessiva dependência, por um lado geográfica, de países lusófonos; por outro lado, de financiamentos nacionais (...)” (D6).

▪A nível global:

São apontados como ameaças à cooperação portuguesa no sector:

- a crise económico - financeira nacional e internacional, com as respectivas consequências políticas e em termos de doações e financiamentos, como mencionam os entrevistados:

“É haver falta de financiamento. Neste momento ahm tendo em conta a crise mundial e do país (...)”(D15)

- os *MIC's* (Middle Income Countries), ou seja, países que até agora eram receptores, tornam-se doadores sem respeitar os parâmetros de doação da OCDE e afirmam estar mais capacitados do que os doadores tradicionais para cooperar, por terem uma memória recente conhecedora do percurso que realizaram para deixarem de ser receptores, o que pode conduzir à retirada dos grandes doadores tradicionais e consequentemente em prejuízo para os países que necessitam de ajuda, como explica o entrevistado:

“As ameaças da cooperação hoje devem-se pelo aparecimento dos MIC’s, dos países de desenvolvimento médio, de países que até agora foram receptores e que receberam a ajuda de acordo com os parâmetros da OCDE, e que hoje querem ser doadores sem respeitar os parâmetros da OCDE(...)da cooperação triangular, e de alguns a dizer que a cooperação é sul-sul, porque só os pobrezinhos é que sabem ajudar os pobrezinhos, e se vamos por esse caminho podemos ter uma confusão muito grande e os doadores tradicionais começarem-se a aborrecer com isto e começarem a sair de cena!(...) há aquela tentativa saloia de vender que eles é que sabem quais são as necessidades reais da população, porque eles já passaram por isso!(...)”(D5);

- e o aumento exponencial de populações, que associado às alterações climáticas e à limitação de alguns recursos naturais fundamentais para a sobrevivência, poderão dar origem a que, num futuro próximo, exista um elevado número de países a precisar de ajuda, como explicam os entrevistados:

“ (...) todas estas questões do ambiente, todas as questões que estão inerentes aí...mas depois vemos que aquele país não cumpre, aquele país bate o pé! (...) a área da segurança alimentar. É um tema de futuro, é um tema que ainda pouquíssima gente fala, mas vai ser um grave problema, da segurança alimentar, porque tudo está ligado ou inter-ligado. É o aumento significativo dos cereais, é uma China e uma Índia que são países emergentes, que até agora não consumiam determinados produtos porque até não tinham poder de compra, e agora, passam a ter poder de compra, passam a consumir mas não produzem. (...) Portanto, para mim, são estas as grandes problemáticas do futuro.” (D11).

f) Conversão ameaças-oportunidades

Quando uma organização conhece as suas ameaças, este conhecimento vai-lhe permitir, não só proteger-se delas, mas simultaneamente e sempre que possível, este conhecimento dá a organização a oportunidade de geri-las de forma a que estas afectem o menos possível o seu desempenho. De acordo com os entrevistados, constituem formas *macro* de gerir as ameaças, criar um *modus faciende*, apostar na saúde preditiva, encarar a cooperação como um investimento, apostar apenas na cooperação multilateral e replicar bons exemplos. A nível *institucional/intermédio* as ameaças podem ser convertidas em oportunidades se se apostar na sensibilização das crianças, na

profissionalização da ajuda e na inclusão de Portugal em redes internacionais de investigação. Na *relação* entre os níveis *macro-intitucional* constituem estratégias para a gestão das ameaças, uma coordenação integrada, o estabelecimento de parcerias internacionais de financiamento e com a CPLP (Figura 5).

▪ **A nível *macro*:**

Para que a cooperação portuguesa no sector da saúde consiga proteger-se e gerir as suas ameaças, é necessário, segundo os entrevistados:

- criar um *modus faciende*, ou seja, um modelo de cooperação internacional, para que os novos doadores (MIC's) alinhem a forma como cooperam com a dos doadores tradicionais, no sentido de evitar a competitividade que prejudicará sempre e em última instância os países que mais necessitam - receptores da ajuda. Implica cedência: de forma reflectida chegar a um consenso de “quem é que está mais bem preparado para cooperar com quem”, no sentido de evitar rivalidades e formas de cooperação com impacto marginal, como descrito na citação:

“ (...) haver um modus faciende de trabalhar, ou então se corremos o risco, e isto é uma ameaça, de cada um fazer a sua cooperação e começarmos a dizer «Nós fazemos melhor do que aquele», corremos o risco, e quem vai perder? Aqueles que mais necessitam! Esse é o grande desafio! É a grande ameaça à cooperação internacional neste momento! Não sei se as pessoas se apercebem disso...!” (D5);

- apostar na saúde preditiva, desenhando, com base em alguns modelos matemáticos já existentes, cenários preditivos em termos de evolução de saúde das populações, e agir preventivamente em função dessas previsões, como mencionado abaixo:

“ (...) eu vou ser futurista na resposta(...) transformar a medicina preventiva, saúde preventiva em saúde preditiva. Uhm hoje é possível desenvolver alguns cenários, até baseado em modelos matemáticos, naquilo e naqueloutro, que nos digam o que é que vai acontecer aqui e além (...) (...)apostar em cenários preditivos, temos a batalha ganha. Porque depois quando eles acontecem já sabemos como actuar, ou pelo menos já temos as coisas minimamente preparadas. Eu acho que é por aí.” (D16);

- encarar os financiamentos canalizados para a cooperação como um investimento e não como um gasto: investimento em capital humano com possibilidade de reflexos futuros em termos de mercados e economia mundial:

“Penso que ahm (>2) se devia olhar isto numa perspectiva até de investimento e não de gastos/Exactamente!/, porque colocando isto cria-se ahm, cria-se condições para que estes países melhorem, um bocado ahm, toda a capacidade humana e o desenvolvimento humano, que facilitará depois aquilo que será mais comercial.” (D8);

- apostar apenas na cooperação multilateral, com todos os Estados a realizar a sua contribuição para uma mesma entidade ou conjunto de entidades, que seriam depois responsáveis pela sua aplicação, deixando de existir cooperação bilateral:

“ (...)era que passasse haver as contribuições de todos os Estados para o mesmo bolo, na Comissão Europeia é que seria distribuído (sus+). (E) Mas assim acabaria por deixar de haver a cooperação bilateral. A cooperação bilateral iria perder muito. Sim. Seria esse...seria essa uma estratégia, digamos assim”(D14);

Outra forma *macro* de gerir as ameaças, seria replicar os bons exemplos, pegar nas estratégias e projectos que apresentaram até hoje resultados comprovadamente eficazes e replicá-los, apostando na discriminação positiva das entidades implementadoras já no terreno, por oposição a iniciativas *ad hoc*, como se pode ler nos relatos:

“É fazermos cada vez mais bem feito, envolvermo-nos em projectos e envolver a nossa ajuda em projectos, em coisas que tenham impacto realmente grande nos países e que venham a concluir que a cooperação portuguesa tem feito bem, mesmo com o pouco financiamento.”(D15)

e independentemente das limitações económico-financeiras não perder a noção do que é prioritário para a saúde de qualquer população em qualquer lugar do mundo: cuidados básicos de saúde na sua transversalidade aos vários sectores, com reforça o entrevistado:

“ (...)pelo menos não independentemente da crise, não deixarmos que se percam noções básicas de cuidados, do que é prioritário, para qualquer população, que é o acesso a cuidados básicos de saúde, e isto tem que ser transversal, estejamos nós onde estivermos. Ahm é uma premissa que não deve nunca ahm (>2) ser esquecida.”(D13).

▪ **A nível institucional/intermédio:**

As ameaças podem ser convertidas em oportunidades se se apostar:

- na sensibilização das crianças desde a idade pré-escolar e escolar, para as questões globais relacionadas com as alterações climáticas e preservação do meio ambiente, através de actividades formativas - recreativas, devido ao potencial impacto que esta capacitação pode ter no seu comportamento futuro:

“(...)eu não vou convencer ninguém em África, que é aquilo que eu mais conheço, em relação ao ambiente. Estou a falar de pessoas mais idosas. Mas as crianças e quem está na escola, já pode-se lhe dar alguma sensibilidade. Imagine que eu tenho um plano de saúde escolar, a aplicar em qualquer país que seja, que permita informar as crianças, não sei, coisas planificadas, com jogos, com uhm não é? Sobre o ambiente e sobre o que é que eles têm que fazer e sobre o que é que é... isto era excelente.”(D16);

- na profissionalização da ajuda, através de formação específica (graduada e pós-graduada) dos actores de cooperação:

“Maior profissionalização da ajuda”(D6);

- e na inclusão de Portugal em redes internacionais de investigação:

“Pertença a redes internacionais de investigação.” (D18).

▪ **Na relação entre os níveis macro-institucional:**

Constituem estratégias para a gestão das ameaças:

- uma coordenação integrada dos vários actores de cooperação em função de uma estratégia comum adequada à realidade de intervenção, por parte de um organismo coordenador, como afirma D6:

“Maior coordenação da ajuda por um mecanismo/ entidade única.” (D6);

- e o estabelecimento de parcerias internacionais e no âmbito da CPLP:

“Eu acho que passa por trabalhar mais em consórcio”(D7)

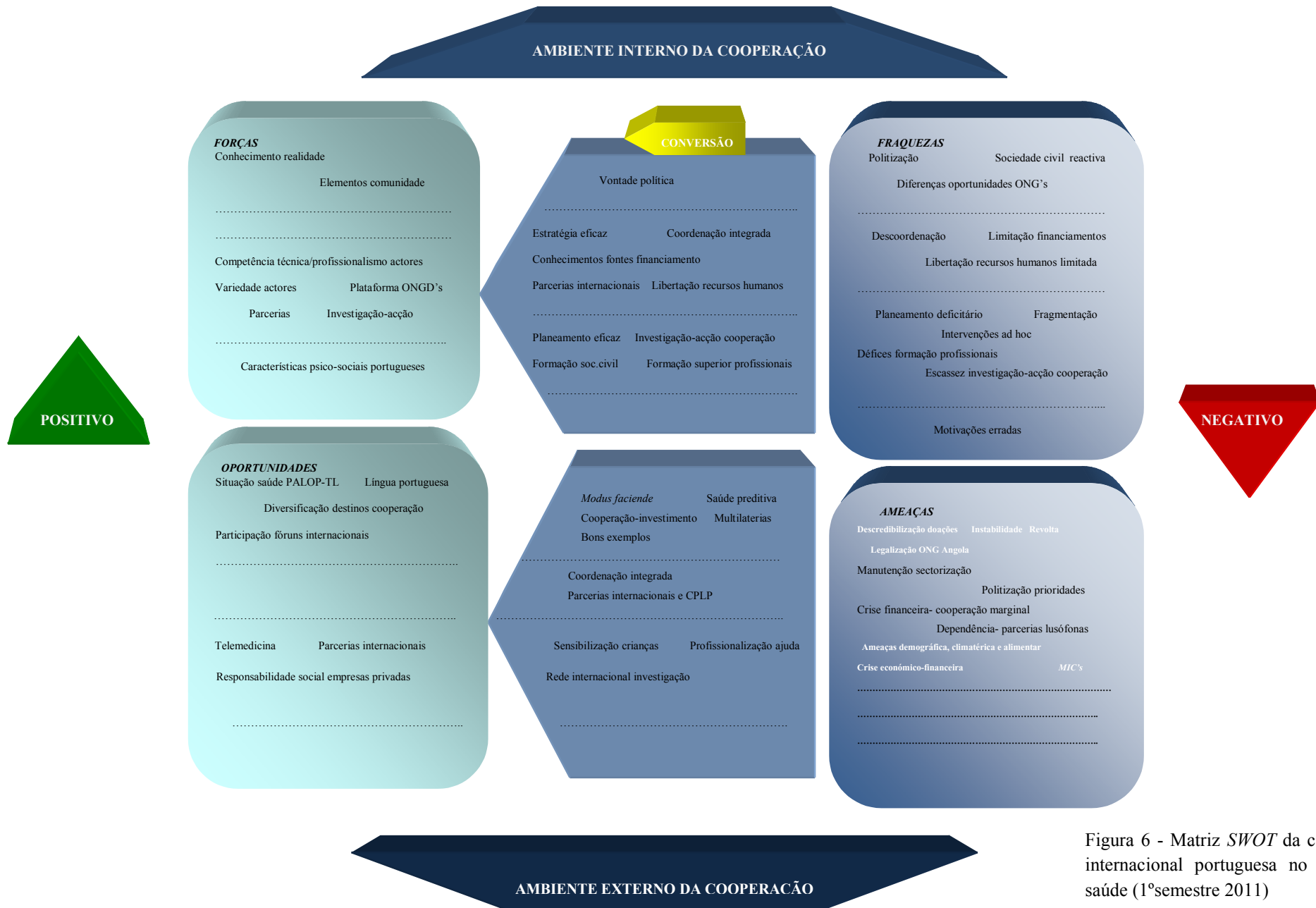


Figura 6 - Matriz SWOT da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde (1º semestre 2011)

A análise *SWOT* deve ser feita e interpretada de forma integrada, conjugando os elementos da análise interna e externa, por forma a que o diagnóstico que dela resulta seja fiável e constitua uma fonte de informação e suporte adequado às necessidades da gestão estratégica. Ao construir-se a matriz, as variáveis são sobrepostas, facilitando a sua análise e a procura de sugestões para a tomada de decisões, sendo uma ferramenta imprescindível na formulação de planos e na definição de estratégias para a organização a médio e longo prazo. Uma visão global da matriz construída a partir desta investigação, para a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, permite constatar uma forte incidência de ameaças externas associadas a uma concentração de pontos fracos, o que, de acordo com Muller (2003), indica a necessidade de sobrevivência para este sector da cooperação.

4.1.1- O ambiente interno da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde

Focando o ambiente interno, a sua análise, dá-nos conta de uma sobreposição das fraquezas sobre as forças, indicativo do grande investimento estratégico que terá que ser realizado pela cooperação neste sector, no sentido de minimizar e controlar as suas fraquezas para assim evitar que elas segreguem as forças ainda existentes e o risco que a cooperação no sector da saúde corre de, internamente, ficar desprovida de qualquer valor competitivo.

A discussão e interpretação que se seguem permitirão delinear algumas conclusões relativamente a estes aspectos.

***S* - Forças**

No ambiente interno da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, as *forças* identificadas pelos elementos do grupo com que se investiga este fenómeno, concentram-se particularmente a nível *intermédio/institucional*. São depois relevantes a nível *macro* e *micro*, respectivamente, encontrando-se o nível de *relação* entre os níveis

macro-institucional, desprovido de qualquer elemento de competição positiva para o sector.

A nível *intermédio/institucional*, foram apontadas como forças: a competência técnica e o profissionalismo dos técnicos de saúde portugueses; a variedade de actores quando eficazmente coordenados; a investigação-acção realizada por Portugal na área das doenças tropicais; as parcerias de financiamento, estabelecidas entre os vários actores portugueses, e as de actuação, entre estes e com actores nos países parceiros; e a Plataforma das ONGD.

Um exercício *SWOT* semelhante foi realizado em conjunto, por parceiros do Fórum da Cooperação para o Desenvolvimento no primeiro semestre de 2009 e apresentado na “*Estratégia de cooperação portuguesa para a saúde*” (IPAD,2011 a, p.20-21) em Maio de 2011. De salientar, que ao contrário da matriz resultante desta investigação, no *SWOT* publicado, não é feita distinção entre forças e oportunidades, fraquezas e ameaças, não sendo por isso clara a distinção entre os elementos do ambiente que são internos e externos à cooperação no sector.

Apesar de temporalmente desfasados (1º semestre de 2009 e 2º semestre de 2011), são pontos comuns a nível *institucional/intermédio* entre os dois exercícios, a experiência que Portugal detém em matéria de investigação-acção das doenças tropicais, o que lhe confere capacidades especializadas para responder aos interesses dos PALOP-TL em termos de vigilância e tratamento destas doenças, formação de quadros e reforço institucional nos países parceiros; e as parcerias, especialmente as de actuação, quer entre os vários actores portugueses, nomeadamente os da sociedade civil, universidades e fundações, quer com os actores dos países com quem coopera bilateralmente, determinantes, segundo os entrevistados, para o desenvolvimento de programas e projectos mais ambiciosos e com maior sustentabilidade.

No que respeita à variedade de actores, apesar de constituir mais um ponto comum entre os dois exercícios, no *SWOT* de 2009, pode-se ler que “ e)Esta coordenação tem sido facilitada pela pequena dimensão de Portugal e do conjunto das instituições intervenientes;” (IPAD,2011 a, p.20). Daqui subentende-se que a coordenação entre actores é considerada um facto, ponto em que os dois *SWOT* se

revelam discordantes, na medida em que, no resultante desta investigação, a variedade de actores apenas constituirá uma força pela multiplicidade de competências que implica, sobre a condição de uma maior coordenação entre os vários intervenientes, confirmada quando a *descoordenação* é posteriormente apontada como uma fraqueza da cooperação internacional portuguesa neste sector.

A *Plataforma das ONGD* surge no presente *SWOT*, como um ponto forte da cooperação em Portugal. Criada em 1985 e referenciada em “*Uma visão estratégica para a cooperação portuguesa*” (RCM nº196/2005, p.7194) e na sua operacionalização (IPAD e MNE,2006, p.19), esta entidade surge, tal como se pode ler em “*Uma leitura dos últimos quinze anos de cooperação para o desenvolvimento: 1996-2010*” (IPAD e MNE,2011, p.111), como o reconhecimento da importância conferida pelo país à sociedade civil, enquanto parceiro do Estado na cooperação para o desenvolvimento. Ao contribuir na sua actuação para melhorar e potenciar todo o trabalho desenvolvido pelas ONGD na país, facilita, segundo alguns entrevistados, a coordenação de programas e acções de cooperação para o desenvolvimento, com visibilidade nacional e internacional, constituindo estes aspectos, os motivos pelo quais foi apontada como um recurso importante a considerar na actuação do país enquanto cooperante, para alcançar os seus objetivos de desempenho.

A *competência técnica e o profissionalismo dos actores de saúde* portugueses é mais um elemento inovador desta investigação. De acordo com os elementos da amostra poucos serão os países que terão ao seu dispor, a quase custo zero, os seus melhores especialistas na área da saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, psicólogos e outros técnicos de saúde, a colaborar, com regularidade em intervenções de cooperação para o desenvolvimento, com todas as implicações que daí advêm, pessoais e profissionais, com o empenho e profissionalismo que estes actores o fazem. As pessoas que se considera particularmente detentoras de uma experiência e um saber pertinentes sobre esta situação e com as quais se explora este fenómeno, consideram, por estes motivos, que esta é mais uma força em que a cooperação no sector da saúde em Portugal deve apostar, para aumentar a sua qualidade de actuação e competitividade

face aos pares, utilizando este aspecto na construção de uma estratégia de diferenciação¹.

O nível *macro*, é depois do *institucional/intermédio*, o lugar onde se reúnem mais pontos fortes significativos para a cooperação portuguesa no sector da saúde. Inseridos neste nível, foram apontadas pelo grupo com quem se investiga, o conhecimento da realidade (conhecimento decorrente da experiência, semelhança dos sistemas de saúde e a memória do percurso de saúde) e os elementos de comunidade (língua e laços históricos), como forças da cooperação.

Relativamente a estes dois pontos, os dois exercícios *SWOT* sobrepõem-se na totalidade. Tal como decretado em “*Uma visão estratégica*” (RCM nº196/2005, p.7181), a língua oficial e a história, constituem duas importantes vantagens comparativas de Portugal em relação aos demais doadores, especialmente se nos concentrarmos naquelas que são as suas prioridades geográficas bilaterais: os PALOP-TL. Os laços históricos e culturais, tornam a relação entre Portugal e estes países numa “parceria natural”, tal como é referido em “*Uma leitura dos últimos quinze anos de cooperação para o desenvolvimento: 1996-2010*” (IPAD e MNE, 2011, p.150). Esta parceria é fortalecida, não só por uma língua oficial comum, um veículo facilitador das relações e um instrumento fundamental de formação e capacitação no sector, mas também pela existência de sistemas administrativos e legais semelhantes, por uma memória recente de Portugal acerca do percurso evolutivo realizado pelo seu sistema nacional de saúde e pela consistência de Portugal enquanto cooperante, tal como explicam os entrevistados e é apontado em “*A cooperação Portuguesa 2005-2010*” (IPAD, 2011b, p.3) e no *SWOT* de 2009 (IPAD, 2011 a, p.20). A soma de todos estes aspectos, quando devidamente valorizados, coloca a cooperação portuguesa no sector da saúde numa posição privilegiada, porque veicula aos seus actores um importante conhecimento acerca da realidade de saúde destes países, considerado imprescindível no

¹ De acordo com Michael Porter (*in* Carneiro, Cavalcanti e Silva, 1997, p.8-9; *in* Mintzberg, Ahlstrand e Lampel, 2000, p.83-84) as empresas que apresentam melhor desempenho são aquelas que conseguem aplicar uma, e apenas uma, das três estratégias genéricas: liderança no custo total - quando a empresa faz com que o seu custo total seja menor do que o dos seus concorrentes; diferenciação - quando a empresa oferece no âmbito de toda a indústria, um produto que seja considerado único pelos seus clientes; e enfoque - quando a empresa é capaz de atender melhor o seu alvo estratégico do que os concorrentes. Neste último caso o alvo deve ser estreito e pode ser atendido através de uma posição de custo mais baixo ou de uma posição de diferenciação.

planeamento de qualquer acção pela amostra, o que lhe abre a possibilidade de traçar estratégias mais adequadas de intervenção. Esta estratégia de enfoque parece-nos, neste enquadramento, um aspecto imprescindível e fundamental a preservar e desenvolver por parte da cooperação no sector.

A nível *micro* são as *características psicossociais dos portugueses* a ser valorizadas como factores de competição positiva para o sector e talvez mais um elemento a considerar no delineamento de uma estratégia de enfoque. Elemento inovador nesta investigação, a capacidade de adaptação e a solidariedade e humanismo históricos do povo português, são referidos neste contexto como aspectos que deverão ser tidos em conta como coadjuvantes na concretização dos objectivos da cooperação portuguesa no sector da saúde enquanto organização. Se contextualizarmos estas características naqueles que são os principais destinatários da ajuda prestada pelo país – de acordo com o IPAD e o MNE (2011) países a quem foi dada prioridade a nível internacional pela sua vulnerabilidade, na sua maioria PmD (à excepção de CV) e com baixo índice de desenvolvimento humano (Angola, G-B, Moçambique e TL) – facilmente nos apercebemos do quão vantajosas poderão ser estas características no âmbito da cooperação e que levaram os entrevistados a apontá-las.

Todos estes factores positivos sustentados pela cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, constituem importantes bases para a implementação de uma abordagem holística na intervenção.

Tendo em conta que, tal como preconizou em 1948 a OMS, a saúde é um fenómeno multideterminado, a melhoria do estado de saúde de indivíduos e populações resultará, como defende a OMS (2000;2005; 2011 a) desde a figura do seu primeiro director, Brock Chishom (Brown, Cueto e Fee, 2006), e a CDSS (2010), da acção coordenada sobre o conjunto dinâmico e interactivo dos seus múltiplos factores determinantes, o que torna a existência de vários actores e as suas múltiplas competências, desde que coordenados em função de uma estratégia comum, numa mais valia na intervenção. Se a esta variedade de actores aliarmos:

- a) uma Plataforma, enquanto um elemento facilitador da coordenação;

b) o conhecimento privilegiado de Portugal acerca da realidade de saúde dos países onde vai intervir, fundamental quando se pretende, como refere Reis(2005) uma abordagem global do todo - abarcar na intervenção os vários determinantes de um problema - porque, tal como está escrito no relatório mundial de saúde de 2008 “(...)Os cidadãos do mundo (...) Querem cuidados de saúde organizados em torno das suas necessidades (...) sensíveis à situação particular da vida (...). Não querem ser (...) meros alvos de programas de controlo de doenças (...)”(OMS, 2008, p.18);

c) à competência e o profissionalismo dos cooperantes na área da saúde, potenciada pela investigação-acção realizada por Portugal na área das doenças tropicais e da pobreza,

estarão já reunidos quatro importantes pilares para a construção de abordagem holística para a cooperação, baseada numa estratégia de enfoque por diferenciação.

A estes é ainda necessário somar as parcerias, que facilitadas pelos elementos de comunidade - a língua e os laços históricos - constituem no seu conjunto recursos imateriais agilizadores de qualquer tipo de intervenção, e portanto, também das de base holística.

Como elemento transversal a todos os referidos, falta acrescentar as características psicossociais dos Portugueses. De acordo com Fulder (2005), o holismo é uma direcção que não é fácil de alcançar, pois requer um grau especial de atenção, percepção, habilidade e humanidade, o que confere aos cooperantes portugueses, pela sua capacidade de adaptação, solidariedade e humanismo, o perfil adaptado para se tornarem marcantes implementadores e defensores desta forma de intervenção, por meio de uma estratégia de enfoque por diferenciação.

W - Fraquezas

Prosseguindo a análise *SWOT* do ambiente interno da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, as *fraquezas* identificadas pelos elementos da amostra, concentram-se, particularmente, tal como acontecia com as *forças*, a nível *intermédio/institucional*. Assumem depois igual relevo, nos níveis *macro* e de *relação*,

sendo o nível *micro* o lugar onde elas se encontram em menor número. Ao contrário do que acontecia no ambiente interno positivo da cooperação, neste caso, e como se pode constatar, todos os níveis de análise apresentam pontos fracos a ter em atenção.

As fraquezas apontadas a nível *intermédio/institucional* foram: o planeamento deficitário, a escassez de investigação-acção na cooperação, os défices na formação dos profissionais, a fragmentação e as intervenções *ad hoc*.

Embora o *SWOT* realizado em 2009 continue a coincidir em determinados aspectos com o resultante desta investigação, a maioria dos pontos abordados pelo grupo com que se investiga, neste primeiro nível de análise das fraquezas, constituem contributos a acrescentar na exploração e descrição da cooperação portuguesa, enquanto organização.

Tratando-se Portugal de um pequeno doador, que no teatro da cooperação dificilmente atinge, segundo dados de 2011 do IPAD (2011b), as metas de APD, e constituindo o planeamento, nas palavras de Giraldes (*in* Tavares, 1990, p.14), uma auxiliar na tomada de decisão, que permite a cada país uma racionalização na aplicação dos seus recursos de saúde, caracteristicamente escassos, o *planeamento deficitário*, apontado como fraqueza institucional nesta investigação, parece um dado relevante a colmatar num futuro próximo. De acordo com o grupo com que se explora este problema, muitas das acções de cooperação realizadas pela cooperação portuguesa, acontecem por “boa vontade”, não são devidamente planeadas, monitorizadas e avaliadas, na medida em que ainda não se encontra enraizada no país esta “cultura de planeamento”. A necessidade de uma mudança relativamente a este aspecto é confirmada pelos entrevistados, quando apontam, no processo de conversão das fraquezas em forças, o *planeamento eficaz* como uma estratégia de nível intermédio a utilizar para minimizar/solucionar um dos pontos frágeis da cooperação. Tal como argumentam, um planeamento realizado a médio-longo prazo, de forma precisa e rigorosa em todas as fases do ciclo de projecto, incluindo as de monitorização-avaliação, que parta da prospecção de necessidades a partir do terreno, conduzirá à elaboração de programas e projectos que responderão melhor às necessidades reais das populações, terá maior potencial de sustentabilidade, para além do que constituirá um importante instrumento de coordenação entre os múltiplos actores e um incentivo à

colaboração intersectorial, ideia que vem ao encontro da expressa na operacionalização de estratégia de cooperação (IPAD e MNE, 2006, p.2) quando considera a gestão do ciclo de projecto, do qual o planeamento faz parte, como instrumento importante para imprimir uma nova orientação ao *modus operandi* da cooperação portuguesa.

A *escassez de investigação-acção directamente relacionada com as intervenções de cooperação*, é outro dado novo que emerge deste *SWOT*. Esta fraqueza poderá estar directamente relacionada com a anterior, o planeamento deficitário. Porque apesar de Portugal ser um país com um longo passado enquanto cooperante, percurso que terá oferecido aos seus actores indefinidas oportunidades de investigação com vista à progressiva melhoria das suas práticas de intervenção, um programa ou projecto apenas se tornará num processo circular com características investigativas, produtor de conhecimento e próximo da investigação-acção, quando baseado, como defende Ruivo e Ferrito (2010), nos alicerces fundamentais do planeamento. Como concluíram Craveiro e Ferrinho num estudo que realizaram em 2001, esta falta de tradição em termos de planeamento, também apontada pelos entrevistados, poderá indiciar uma fragilidade teórica subjacente, indicando a necessidade de formação nestas matérias.

No encadeamento do que foi dito anteriormente, os elementos da amostra referem também como fraqueza *intermédia/institucional* da cooperação portuguesa no sector da saúde, os *défices na formação dos profissionais, sobre a generalidade dos temas relacionados com a cooperação para o desenvolvimento*. Embora algumas universidades tenham já começado a dar abertura a estas temáticas, nomeadamente, e como apontam os elementos da amostra, a Universidade Fernando Pessoa, com o Mestrado em Acção Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento; a Universidade Nova de Lisboa, com o Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, este facto poderá ser explicativo de algumas das fragilidades aqui apontadas e indicia mais um aspecto em que será necessário um aumento do investimento futuro, tal como concluem os entrevistados, ao apontarem no processo de conversão das fraquezas em forças, o *aumento da formação específica de nível superior* (graduada e pós graduada) na área do terceiro sector.

Enquadrado ainda nas formas de conversão fraquezas-forças, os entrevistados consideram que a par da formação de nível superior, é igualmente importante a

formação da sociedade civil, e sugerem a inclusão dos temas da cooperação para o desenvolvimento e a realidade global, nos planos curriculares de formação obrigatória, como estratégia para minimizar este ponto sensível. Tendo sido este défice já identificado no último exame realizado pelo CAD/OCDE em 2010 à cooperação portuguesa, em reposta, e conforme descrito no “*Memorando da cooperação 2010*” (IPAD e MNE, 2010, p.57), esta mesma recomendação já constitui uma das iniciativas programadas junto do Ministério da Educação, a juntar a outras que entretanto têm vindo a ser desenvolvidas com vista ao mesmo objectivo, nomeadamente, a Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento (ENED) e o programa *INOV Mundus*, destinado a envolver os jovens residentes em Portugal em iniciativas, programas e projectos de cooperação. Esta preocupação assenta no facto de, como argumentam os entrevistados, se reconhecer na sociedade civil, uma mais-valia para a cooperação, tal como decretado em “*Uma visão estratégica*” (RCM nº196/2005). Considera-se por isso que ao apostar-se na sua formação, desde os níveis elementares de aprendizagem, até níveis superiores e pós-graduados, aumentar-se-á a sua responsabilidade e sentido crítico face aos sucessos e insucessos da cooperação portuguesa e conseqüentemente o nível de exigência geral, quer em relação à formação a apresentar pelos actores de cooperação, quer em relação aos resultados obtidos na intervenção, o que fomentará, tal como defendem os entrevistados como forma de conversão fraquezas-forças, o *aumento dos processos de investigação-acção no terreno*.

As *intervenções ad hoc* são outra fraqueza *institucional* da cooperação portuguesa no sector da saúde apontada neste *SWOT*, pela ausência de visão global que, de acordo com os entrevistados, elas implicam. Constituindo por definição, intervenções pontuais, de curto prazo, realizadas para a resolução de situações específicas ou problemas concretos e momentâneos, contrariam na sua essência, as actuais concepções de saúde, tendo ficado demonstradas ao longo da história, quando comparadas com intervenções mais abrangentes e integradoras, as suas fragilidade em termos de resultados e ganhos em saúde a longo prazo, como escreveram a OMS (2005 a); Magnussen, Ehiri e Jolly (2004); Brown, Cueto e Fee (2006) e Cueto (2004). Constituindo a sustentabilidade uma das principais preocupações de uma intervenção de cooperação no sector da saúde, na medida em que a equidade intra-geracional é tão importante como a equidade inter-geracional, como proclamado no

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD,2010), intervenções *ad hoc* isoladas não se enquadram nesta filosofia, na medida em que, como afirma Chan (2010, p.13) “If aid does not explicitly aim for self- reliance, the need for aid will never end.”

Por último, mas não menos importante em termos de relevância a este nível, foi apontado como fraqueza a fragmentação, segundo os entrevistados, a ausência de uma visão global das realidades de intervenção, com segmentação dos fundos de financiamento e respectivas intervenções. A referência a este aspecto negativo no presente *SWOT*, vem apenas reforçar uma crítica que ao longo do tempo tem sido repetidamente apontada à generalidade da cooperação internacional portuguesa, não apenas pelos seus pares (CAD/OCDE,2010), mas igualmente em autocrítica, em documentos oficiais, como são exemplo “*Uma visão estratégica*” (RCM nº196/2005) e o documento que o antecede, “*A cooperação Portuguesa no limiar do século XXI*” (RCM nº115/99). Tal como se pode ler no *SWOT* de 2009 (IPAD,2011 a, p.21), e afirmam os entrevistados, esta fragmentação traz depois os seus dividendos para a cooperação: para além de não contribuir para a sua visibilidade, os seus resultados são limitados, com reduzido impacto na saúde das populações dos PALOP-TL e reduzido potencial de sustentabilidade.

Todos os elementos referidos pelos entrevistados e apontados anteriormente, em termos de conversão das forças e fraquezas a este nível (planeamento eficaz, investigação-acção em cooperação, formação superior dos profissionais, formação da sociedade civil), poderão, de uma forma mais ou menos directa, contribuir para minimizar este ponto fraco e sensível da cooperação em Portugal, pelos motivos também já descritos.

A seguir ao *institucional/intermédio*, são os níveis *macro* e de *relação* os que concentram mais fraquezas da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde.

A nível *macro* foram apontadas como fraquezas: a politização, as diferenças de oportunidades das ONG’s e uma sociedade civil reactiva, todas elas aspectos novos a emergir desta investigação.

De acordo com as pessoas que se considera particularmente detentoras de uma experiência e um saber pertinentes sobre esta situação, e por isso, com as quais se investiga este fenómeno, a *politização* na cooperação, faz com que esta cumpra mais com objectivos políticos do que técnicos. Acima dos interesses das populações a quem deveria servir, são sobejamente colocados outros, o que faz com que, enquanto organização, a cooperação portuguesa no sector da saúde falhe no cumprimento dos seus objectivos efectivos de intervenção. Talvez por este motivo, em duas das recomendações do CAD-OCDE em 2010 (Recomendação 1 e 2), seja reforçada a importância do levantamento de necessidades na redacção das políticas de cooperação por parte do país.

As *diferenças de oportunidades*, em termos de actuação e projecção, que é dada por parte de entidades oficiais e meios de comunicação social às várias ONG em Portugal, foi também uma fraqueza apontada pelos entrevistados. Como consequência desta diferenciação apontam o facto de, em algumas situações, projectos e programas de intervenção serem seleccionados e a ONG/ONGD beneficiada, não pela qualidade do seu trabalho efectivo, mas pela imagem que consegue construir e transmitir, com as respectivas consequências que esta situação pode acarretar em termos da qualidade da intervenção, com organizações com mais potencial e programas/projectos de maior qualidade a incorrerem no risco de não serem seleccionadas.

A este nível, para conversão das fraquezas em forças, os entrevistados mencionam, aquela que poderá ser uma estratégia para minimizar os pontos sensíveis anteriormente apontados: a existência de *vontade política*, segundo explicam, a disposição das entidades governamentais e sua actuação efectiva no sentido de melhorar os resultados da cooperação ao nível técnico, sobrepondo estes objectivos aos políticos. Esta vontade política inclui reconhecer a cooperação como uma actividade complementar à do estado social, e não a encarar apenas como “uma ajuda” ou “caridade”, com a concessão de igualdade de oportunidades às diferentes ONG/ONGD do país.

Uma *sociedade civil reactiva*, é para além dos já apontados, um ponto fraco que os elementos da amostra também consideraram a este nível. Segundo descrevem, esta fraqueza está, de certa forma, relacionada com um dos pontos fortes da cooperação

apontados anteriormente: a solidariedade e o humanismo do povo português. Como esta característica psicossocial não tem ainda, no seu paralelo, um bom nível de formação da sociedade civil sobre a generalidade dos temas relacionados com a cooperação e o desenvolvimento, aquela que podia ser uma característica com grande potencial para o delinear de uma estratégia de enfoque para a cooperação no sector da saúde, é, na maioria das vezes, anulada nesta falta de conhecimento. Daí a importância, como apontado pelos entrevistados e já referido acima, a nível *intermédio/institucional*, da formação da sociedade civil, para que esta deixe de apresentar uma solidariedade momentânea e se torne numa sociedade solidária proactiva, contribuindo com esta postura, para reforçar positivamente a competitividade da cooperação portuguesa face aos seus pares.

Com igual concentração do nível *macro*, são apontadas pelos entrevistados, as falhas de *relação* macro-institucional: descoordenação, limitação dos financiamentos e libertação de recursos humanos limitada.

De acordo com os elementos da amostra, a descoordenação, significa neste contexto, a falta de coordenação dos vários actores de cooperação em função de uma estratégia comum, devido à falta de partilha de conhecimento das competências e áreas de actuação de cada um. Apesar de no *SWOT* realizado no Fórum da Cooperação a coordenação ser apontada como uma força e um facto e justificado pela pequena dimensão de Portugal, naquele que aqui se realiza, uma das questões levantadas pelos entrevistados e que torna, a seu ver, a falta de coordenação num aspecto pouco compreensível, é exactamente, a pequena dimensão do país. Segundo acrescentam esta descoordenação, o “calcanhar de Aquiles” da cooperação, tem na origem uma certa “desconfiança mútua”, a ideia por parte de alguns actores de que “vão salvar o mundo sózinhos”, e, não havendo partilha de informação, criação de sinergias para que todos possam convergir no mesmo sentido, os resultados, quando existem, são um reflexo desta descoordenação, ou seja, pouco eficazes. Esta crítica, tal como acontecia com a fragmentação, apesar de não se encontrar referida no *SWOT* realizado em 2009 à cooperação no sector da saúde, é apontada à cooperação portuguesa no geral, em documentos oficiais: análise de 2010 do CAD/OCDE, na RCM nº196/2005 e num dos

raros estudos académicos de caracterização da cooperação portuguesa, realizado por Sangreman (2009).

Se olharmos para a cooperação portuguesa na sua globalidade, sem particularizar o sector da saúde, constatamos que existem várias iniciativas e entidades, nas sucessivas reformas da cooperação, criadas com o objectivo de minimizar esta descoordenação, nomeadamente, o Fórum de Cooperação para o Desenvolvimento, a já referida Plataforma das ONG, os PIC, a CIC, a “Rede de Pontos Focais da Cooperação para o Desenvolvimento” com criação prevista no “*Memorando*” de 2010, entre outros. Embora, a título de exemplo, o Fórum de Cooperação para o Desenvolvimento, considerado depois do CIC, o elemento mais importante da coordenação técnica da cooperação, se tenha realizado, desde a sua criação em 2008, e de acordo com dados de “*Os últimos quinze anos de cooperação*” (IPAD e MNE, 2011, p.80), cinco vezes, em paralelo decresceu a actividade do CIC: ainda no documento “*Os últimos quinze anos de cooperação*” (IPAD e MNE, 2011, p.78), pode ler-se que “(...) após um «pico» de actividade em 1990-01 viu decrescer gradualmente a sua actividade, tendo registado apenas novo dinamismo em 2006.” Uma análise gráfica disponível neste mesmo documento (p.78) permite perceber, que, depois dessa data, e apesar de previsto na operacionalização da estratégia que esta entidade deve reunir “(...) com uma periodicidade mensal, podendo reunir-se mais frequentemente (...)” (IPAD e MNE, 2006, p.18), nos últimos anos (2009 e 2010) este fórum apenas se concretizou uma vez no ano, dados que nos parece, poderão fundamentar, em parte, a descoordenação referida neste estudo pelos entrevistados.

No que concerne a este ponto, os elementos do grupo com que se investiga, apontam como estratégias para a conversão desta fraqueza em força, a existência de uma coordenação integrada e de uma estratégia eficaz.

Esta *coordenação integrada* seria, segundo descrevem, a coordenação dos vários actores de cooperação no sector, por um organismo coordenador único, em função de uma estratégia comum adequada à realidade de intervenção. Salientam que relativamente ao organismo coordenador, este não teria que ser obrigatoriamente o IPAD, mas o escolhido deveria ser capaz de “aglomerar” e gerir efetivamente, incluindo em termos de financiamentos, os vários actores.

Uma *estratégia eficaz* seria, segundo a amostra, outro aspecto fundamental. Neste contexto, segundo apontam, o termo refere-se ao conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras que determinam e revelam a vontade da cooperação em termos de objectivos de longo prazo, para fazer face ao meio envolvente de forma eficaz.

De acordo com Guerra (2000) a definição de uma estratégia é uma etapa de clarificação, que visa a elaboração de um pensamento director em torno do qual se vão depois estruturar de forma coerente, as decisões fundamentais. Foi esta tentativa de clarificação e para colmatar uma das mais veementes críticas que eram tecidas ao país no âmbito da cooperação - a falta de definição - que em Dezembro de 2005 é aprovada “*Uma Visão Estratégica*” (RCM nº196/2005), operacionalizada em 2006. Apesar de ter constituído uma importante e respeitada tentativa de definição estratégica, actualmente ainda em vigor, como afirma Sangreman, nas prioridades que o documento define “(...)cabe um leque muito variado de programas e projectos. A falta de estratégias sectoriais que definam em pormenor de que se fala quando se usam termos como «boa governação» ou «luta contra a pobreza» leva a que se tenha de usar a definição das mesmas constantes na Visão (p.26-28) e que seja fácil enquadrar a maioria das propostas de projectos dentro das prioridades (...)” (2009, s.p.), constatação que, embora enquadrada neste ponto, poderá ser mais um aspecto a juntar aos que fundamentam a descoordenação apontada como crítica neste *SWOT*.

No que respeita especificamente ao sector da saúde, parece-nos que a crítica tecida por Sangreman se mantém válida, na medida em que, dentro do reduzido espaço destinado a explicitar toda uma orientação para o sector e dos 3 ODM's directamente relacionados com a saúde, para os quais o documento remete, se podem enquadrar a maioria dos projectos nesta área.

Entretanto, e face a recomendações de 2006 do CAD/OCDE e da CE de 2007, relativas a esta falta de definição, foram desenvolvidas seis estratégias sectoriais, entre as quais, a da saúde: de acordo com o “*Memorando*” de 2010 (p.8), “(...) em fase de revisão final pelo IPAD.” à data de publicação do documento, ou seja, em Março de 2010. A publicação *on-line* no site do IPAD da referida estratégia (não datada), aconteceria apenas mais tarde, em Maio de 2011 (data apenas perceptível no endereço electrónico do documento), ou seja, cinco anos e meio depois de “*Uma visão*

estratégica”. Parece-nos que este desfasamento é um dado relevante a ter em conta, se olharmos ao número de projectos que entretanto terão sido desenvolvidos e financiados, tendo como orientação para o sector, as dezasseis linhas de texto da página 7188, da RCM nº196/2005.

A *limitação de financiamentos* é outra das fraquezas que, em paralelo com as anteriores, é apontada pelo grupo com que se realiza esta investigação. Estas limitações estão relacionadas, segundo descrevem, com dificuldade em atingir a percentagem de APD, limitações das ofertas por parte de beneméritos, desconhecimento por parte de quem elabora programas e projectos de intervenção das várias fontes de financiamento nacionais e internacionais disponíveis e com a grande diversidade de critérios, entre financiadores, para a obtenção de fundos, e consequentemente na elaboração dos respectivos relatórios de execução financeira. Este dado, para além de relacionado com o actual momento de crise económico-financeira nacional e internacional, e com a falta de formação superior na área do terceiro sector, já referida anteriormente, poderá estar relacionado com a própria evolução do país enquanto cooperante, e com a sua passagem, provavelmente, demasiado rápida, da posição de país beneficiário de APD para uma de país doador. Membro fundador do CAD em 1961, Portugal foi nessa altura considerado simultaneamente doador, em virtude da celebração de acordos de cooperação com as ex-colónias africanas, e país em condições de receber ajuda, ou seja, receptor. Em 1974 esta situação altera-se completamente, e Portugal deixa de ser doador, para passar apenas a receptor da ajuda, abandonando o CAD. O seu estatuto voltaria a mudar com a entrada do país para a Comunidade Económica Europeia, em 1986, e, subsequente, reintegração no CAD, em 1991, percurso este que reflecte a ténue linha que separa a posição do país, entre os dois estatutos: doador e receptor de APD.

Como forma de converter esta situação em proveito da cooperação, os entrevistados sugerem, o conhecimento por parte dos executores de projectos das várias fontes de financiamento disponíveis a nível nacional e internacional, com todas as entidades financiadoras a seguirem uma grelha de critérios comum para concessão de financiamentos e respectivos relatórios (uniformidade critérios), e o recurso parcerias internacionais de financiamento.

Por último, ao nível da *relação* macro-institucional, foi ainda apontado como um ponto sensível da cooperação, a *libertação limitada de recursos humanos no sector da saúde*, relativo à dificuldade na obtenção de autorização/ licenças, sem perda de direitos por parte destes profissionais, quando vinculados a uma instituição de saúde em Portugal, para incorporarem projectos de cooperação internacional de longo prazo. De acordo com Duran (1989) e Basto (2004) qualquer actividade integrada numa estratégia de intervenção, deve ser acompanhada, da respectiva previsão dos recursos a empregar para o seu desenvolvimento. Entre estes recursos, estão incluídos os humanos, sem os quais, como é compreensível, a actividade não poderá ser desenvolvida. Em Portugal, segundo relatam os elementos do grupo com que se investiga, esta previsibilidade e disponibilidade de recursos é uma dificuldade, na medida em que, não existe qualquer medida legislativa facilitadora desta articulação, que possibilite a libertação temporária de profissionais de saúde sem constrangimentos, para que possam desenvolver actividades de cooperação dentro do próprio sector. Uma pesquisa documental a este respeito permite constatar que nem o DL relativo ao voluntariado, nem nenhum dos suportes legislativos da carreira destes profissionais, faz menção, em algum momento, a qualquer aspecto relacionado com termos como “Cooperação” ou “Acção Humanitária”, ausência esta que nos parece ser um importante ponto de reflexão para a acção em termos de políticas de cooperação para o desenvolvimento, no sector da saúde, no país.

Na conversão desta fraqueza, os entrevistados defendem assim que, uma forma de contornar esta dificuldade seria, por exemplo, a concessão de licenças temporárias aos profissionais de saúde com vínculos laborais em Portugal, com o pagamento de salários a ser feito na totalidade através da APD para o sector da saúde, ou em parte, através de parcerias com ONG/ONGD.

A última fraqueza referida pelos elementos do grupo com que se investiga, situa-se num nível de análise *micro*, e apresenta alguma ligação com aspectos já abordados nesta discussão: motivos errados associados ao interesse de trabalhar em cooperação internacional. Na perspectiva da amostra, a cooperação ainda continua a ser encarada por muitos, como “uma ajudazinha”, uma forma de viajar e conhecer novos lugares (“Turismo humanitário”), de “enriquecer” e “esquecer problemas”, o que faz com que muitas das pessoas que integram projectos, não estejam minimamente preparados para

as condições de terreno e tipo de trabalho que vão ter que concretizar, com as consequências que daí advêm para os resultados da intervenção. Apesar de não ter sido diretamente apontada uma forma de converter este aspecto, o aumento da formação de nível superior e da sociedade civil mencionados anteriormente, poderão ser estratégias para minimizar esta falha e tornar os candidatos a actividades de cooperação, mais cientes das motivações e requisitos, que ainda imateriais, é necessário apresentar para ser capaz de ser uma mais-valia neste tipo de acção.

Relacionando as fraquezas apontadas com a possibilidade de implementação de uma abordagem holística às intervenções de cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, fica claro que, todas elas, são elementos que contribuem negativamente para esta realização, pelos motivos já referidos, constituindo a fragmentação, as intervenções *ad hoc*, o planeamento deficitário e a descoordenação, importantes indícios acerca da falta da aplicação deste paradigma nos programas e projectos implementados.

É todavia necessário ressaltar neste contexto um aspecto, especificamente relacionado com uma fraqueza mencionada a nível institucional: as intervenções *ad hoc*. Apesar de terem na sua base a definição unicausal de doença, contrária à preconizada em 1948 pela entidade coordenadora da saúde internacional e aos princípios defendidos em Alma-Ata, opondo-se os seus resultados, como apontaram ao longo da história vários autores (John Bryant, Kenneth Newell, Marc Lalonde, Thomas McKeown, Ivan Illich) a um princípio fundamental numa intervenção de saúde - a sustentabilidade - este tipo de intervenções talvez não devam ser totalmente colocadas de parte no teatro da cooperação. Constituindo a saúde um fenómeno multideterminado, exige para a obtenção de progressos, uma intervenção multissectorial, porque, como afirma Fidler (2010,p.30) “Global health is not simply a matter of targeting specific diseases; we also have to address each of the determinants of health (...)”. Uma intervenção *ad hoc* poderá assim constituir uma mais-valia na intervenção, desde que integrada numa estratégia geral multissectorial de base holística, uma vez que, tal como escreveu Smuts (1926), o homem tem por base ambos os mundos: alguns processos do corpo físico são regidos por princípios mecanicistas, embora a sua totalidade seja essencialmente holística, global.

4.1.2- O ambiente externo da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde

O ambiente externo a uma organização encontra-se totalmente fora do seu controlo, o que não significa que não seja útil conhecê-lo e monitorizá-lo.

Um olhar sobre o ambiente externo da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, dá-nos conta de uma sobreposição das ameaças sobre as oportunidades, indicativo da fragilidade do contexto em que esta organização actua e da importância do desenho de uma estratégia capaz de maximizar as forças no ambiente interior desta organização, para que esta possa estar mais preparada para evitar as ameaças e aproveitar as várias oportunidades existentes de maneira ágil e eficiente.

A discussão e interpretação que se seguem permitirão esboçar algumas conclusões relativamente à forma de fazê-lo.

O - Oportunidades

As oportunidades da cooperação portuguesa no sector da saúde são, como consideram os entrevistados “inúmeras”, e concentram-se, essencialmente, ao nível *macro* e *intermédio/institucional*, respectivamente, encontrando-se os restantes dois níveis - de *relação* e *micro* - vazios no que respeita a este aspecto.

No nível de análise *macro*, as oportunidades apontadas foram: a situação de saúde dos PALOP-TL, a língua Portuguesa, a diversificação dos destinos de cooperação e a participação em fóruns internacionais.

No que respeita à *situação de saúde dos principais parceiros bilaterais* portugueses, os elementos do grupo com que se explora este fenómeno, consideram que, dadas as características destes países - PmD em situação de grande vulnerabilidade- continuará a existir sempre uma grande diversidade de cenários, e um leque alargado de necessidades em termos de saúde, a proporcionar à cooperação portuguesa no sector, inúmeras oportunidades de intervenção. De entre estes cenários, foram apontados como oportunidades:

- a *organização de sistemas de saúde públicos para a prestação de cuidados básicos de saúde, com respectiva ligação à formação de recursos humanos locais*, uma vez que, tal como apontam dados de 2010 do relatório mundial de saúde (OMS,2010 a), a melhoria na cobertura dos serviços de saúde em 49 países de baixo rendimento poderá, por exemplo, até 2015, salvar a vida de mais de 16 milhões de crianças com menos de 5 anos. Contudo, e como afirma Dussault *et al* (in OMS,2010 b), apesar de os recursos humanos serem de importância crítica para o bom desempenho destes sistemas, dados do relatório sobre a análise de recursos humanos nos PALOP de 2010 (OMS,2010 b) apontam para que, por exemplo, em Angola o número de médicos e de enfermeiros por cada 10 000 habitantes seja de apenas 0.0077 e 0.1190, respectivamente (dados de 2004 do PNUD);

- a *organização dos cuidados de ginecologia/obstetrícia e de saúde infantil e pediátrica*, seleccionando um hospital, por cada país parceiro. Esta oportunidade é fundamentada pela manutenção de elevadas taxas de mortalidade materna e infantil na generalidade dos países da África subsariana: de acordo com dados do relatório sobre os ODM de 2011 da ONU (ONU,2011) 1 em cada 8 crianças continua a morrer antes dos 5 anos de idade, mantendo-se os números de mortalidade materna por cada 100.000 nados vivos nas 640 mortes maternas, comparativamente às 17 das regiões desenvolvidas. (dados de 2008). Esta oportunidade ainda assume um carácter mais relevante se considerarmos que 87% do total destas mortes são evitáveis através de intervenções de eficácia já comprovada;

- a *organização de cuidados em torno da prevenção e controlo do VIH/Sida e da endemia que mais frequentemente se lhe associa, a TB, com o desenvolvimento de investigação em torno destas áreas, pelo facto de constituírem assuntos que mobilizam facilmente a opinião pública e em relação aos quais existem linhas regulares e consistentes de financiamentos*. Apesar de constituir uma área já com grandes apostas em termos mundiais, dados da ONU (2011) revelam que 68% da totalidade das pessoas com VHI/Sida vivem na África Subsariana, onde acontecem 72% da totalidade de mortes por este motivo. Mesmo assim, em média, menos de metade dos homens e pouco mais de um terço das mulheres usaram preservativo durante a sua última relação sexual de risco nesta região, indicativo do longo trabalho educativo que ainda é passível

de ser desenvolvido na região, lugar em que a cooperação portuguesa no sector, tal como acontece nas oportunidades anteriores, apresenta como vantagem competitiva no delineamento de uma estratégia de enfoque por diferenciação, para além dos factores já referidos (conhecimento da realidade, características psicossociais, competência técnica e profissionalismo dos actores), o facto apontado pelo entrevistado, quando relembra que Portugal colaborou na descoberta do VIH2, o que oferece ao país uma posição privilegiada baseada no conhecimento, desta realidade;

- e por último, a organização de programas e projectos de intervenção dirigidos à *prevenção e tratamento das DTN*, onde tal como mencionado no ponto anterior, Portugal tem as vantagens competitivas apontadas, que nos parecem fundamentais também nesta situação, se nos concentrarmos nos números que nos indicam que 90% destas doenças são responsáveis, anualmente, pela perda de 57 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade podendo ser tratadas apenas com a administração de medicamentos 1-2 vezes ao ano (Savioli *in* OMS, 2011 c).

Outra oportunidade macro referida pelo grupo com que se investiga este problema, vem de encontro aos aspectos referidos anteriormente. Segundo consideram, face às necessidades em termos de capacitação de recursos humanos nos países com quem Portugal coopera bilateralmente - África dispõe de apenas 3% dos trabalhadores de saúde em todo o mundo (Gostin, 2007), com as causas justificativas deste facto a aludirem, entre outras, para um investimento inadequado na sua capacitação (Gostin, 2007; UN Millennium Project, 2005; Bangdiwala *et al.*, 2010) - a *língua portuguesa* constitui para a cooperação internacional no sector, neste contexto, um importante oportunidade, que deve por isso ser bem gerida para poder ser potenciada numa estratégia, na medida em que, no teatro da cooperação internacional, outros países, nomeadamente o Brasil, apresentam esta mesma oportunidade.

Associado às características psicossociais dos portugueses, nomeadamente a capacidade de adaptação dos profissionais de saúde a contextos diversos, os entrevistados referem também como uma oportunidade macro para a cooperação portuguesa no sector da saúde, associada, nomeadamente, à integração de Portugal na

CPLP, a *diversificação dos destinos de cooperação* para além dos “tradicionalis” PALOP-TL.

Por último, num nível de análise macro, foi apontada como oportunidade a *participação de Portugal nos fóruns internacionais* sobre desenvolvimento, onde o país, para além de partilhar a sua experiência e “ajudar os colegas”, poderá, paralelamente, aprender com as experiências partilhadas por outros países, que se aplicados, podem ter consequências positivas na actuação do país enquanto cooperante.

A seguir às oportunidades macro, restam à cooperação, oportunidades de nível *intermédio/institucional*: as parcerias internacionais, o aumento da responsabilidade social das empresas e a telemedicina.

As *parcerias* de intervenção e financiamento, permitirão à cooperação no sector melhorar a sua vantagem competitiva, pelas óbvias sinergias que são passíveis de advir de qualquer consórcio, como consideram os entrevistados.

No que diz respeito ao *aumento da responsabilidade social das empresas privadas*, principalmente as que vivem da internacionalização, é vislumbrada pelos entrevistados como uma oportunidade que deve ser cuidadosamente alimentada, na medida em que este envolvimento poderá aumentar, não só, a percentagem de APD do país, mas também, se estabelecidas parcerias entre estas empresas com as ONG nacionais ou directamente com as locais, nos países parceiros, estas parcerias poderão constituir uma importante oportunidade para o desenvolvimento do terceiro sector, nacional e local.

Em termos de oportunidades, a última a referir, apontada pelas pessoas com que se investiga, é a *telemedicina*. A telecomunicação global veiculada pela moderna tecnologia ao permitir colocar em rede, profissionais de saúde de todo o mundo e em todo o mundo, proporciona, para além da partilha de conhecimentos e opiniões, a agilização de processos em termos de tempo e custos, aumentando a eficácia e eficiência das intervenções. Esta ferramenta se aproveitada pela cooperação portuguesa no sector da saúde, permitir-lhe-á enquanto organização, usufruir das mais-valias

decorrentes da sua aplicação e das possíveis consequências que daí podem resultar em termos de qualidade e eficiência das acções que estão a ser desenvolvidas no terreno.

De salientar que todas as oportunidades listadas no presente *SWOT*, emergem com novos elementos nesta investigação, sem paralelo em estudos anteriores conhecidos ou publicados, de avaliação da cooperação portuguesa no sector da saúde.

No que diz respeito à aplicabilidade de um modelo de intervenção holístico à cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, mesmo que de forma indirecta, cada uma das oportunidades relatadas, constitui igualmente um aspecto positivo que permitirá à cooperação no sector, a tradução deste paradigma para a prática.

T- Ameaças

No que diz respeito às ameaças à cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, apesar de em número significativo quando comparadas com o número de elementos apontados nos restantes campos da análise *SWOT*, verifica-se que estas se concentram exclusivamente a nível macro, ou seja, estão essencialmente relacionadas com políticas nacionais, globais; factores culturais e efeitos de longo prazo, algumas delas associadas com o ambiente nos países parceiros, outras com acontecimentos de carácter global e outras directamente com o ambiente nacional.

Nos países com os quais Portugal mantém preferencialmente relações de cooperação, foram consideradas como ameaças ao desempenho da cooperação no sector: a instabilidade política e administrativa que ainda se faz sentir em alguns destes países; a revolta, consequente à globalização da informação, que ao consciencializar as pessoas que vivem nos países menos desenvolvidos do fosso que os separa dos mais ricos, gera sentimentos de injustiça - ódio que se repercutem nas intervenções de cooperação na área da saúde, através de uma não-adesão ou menor colaboração/integração das intervenções; a descridibilização das doações, na medida em que se torna do conhecimento geral que, das apelidadas “grandes” doações realizadas por fundações filantrópicas, apenas uma ínfima reverte directamente para o país “receptor” para aplicação efectiva na satisfação de necessidades, com o restante a ser utilizado para processos internos de controlo da fundação; e a dificuldade de legalização de ONG

portuguesas em Angola, devido ao receio que o governo Angolano tem que estas denunciem para o exterior as injustiças a que assistem, com algumas destas organizações a abandonarem o país por serem consideradas “*personas non gratas*”.

Das ameaças globais que podem ter repercursões negativas para a cooperação portuguesa no sector da saúde, foram apontadas: a crise económico-financeira que se faz sentir a nível mundial, com as respectivas consequências políticas, em termos de doações e financiamentos; o aumento exponencial de populações, que associado às alterações climáticas e à limitação de alguns recursos naturais fundamentais para a sobrevivência, poderão dar origem a que, num futuro próximo, exista um elevado número de países a precisar de ajuda; e a postura assumida pelos MIC, países que até agora eram receptores da ajuda e que se tornaram doadores, sem respeitar os parâmetros de doação da OCDE, por considerarem estar mais capacitados do que os doadores tradicionais para cooperar, preparação esta que justificam com uma memória recente conhecedora do percurso que realizaram para deixarem de ser receptores.

Relativamente a este último aspecto, como forma de converter esta ameaça numa oportunidade, os elementos do grupo com que se investiga consideram pertinente o desenvolvimento de um *modus faciende*, ou seja, a criação de um modelo de cooperação internacional, para que os novos doadores (MIC) alinhem a forma como cooperam com a dos doadores tradicionais. Os entrevistados argumentam, contudo, que a criação deste modelo implica cedências: de forma reflectida chegar a um consenso de “quem é que está mais bem preparado para cooperar com quem”, para que para além das rivalidades se evitem formas de cooperação com impacto marginal.

Directamente relacionadas com o ambiente nacional, os elementos da amostra consideram ameaças macro à cooperação no sector: a politização das prioridades; a manutenção da sectorização; a crise financeira nacional que poderá transformar a cooperação portuguesa numa cooperação marginal; e a dependência de parcerias lusófonas.

A politização das prioridades é apontada como uma ameaça pelas pessoas que detêm uma experiência e um saber pertinentes sobre esta situação em particular, pelo risco que o país incorre, quando, no sector da saúde, define as suas prioridades de

cooperação, baseando-se, não em prioridades de agendas de saúde, mas em prioridades de agendas políticas. Enquadrada neste contexto encontra-se a recomendação número 2 realizada pelo CAD/OCDE em 2010, quando, como já referido quando se fez referência à politização como fraqueza, encoraja Portugal a “(...) desenvolver directrizes sectoriais com base no levantamento das necessidades e suficientemente flexíveis para se adaptarem à situação de cada país parceiro” (IPAD e MNE, 2010, p.53), o que poderá constituir uma tentativa desta entidade para contrariar esta situação.

Associada à politização das prioridades está outra das ameaças listadas: a *manutenção da sectorização*, uma vez que mesmo depois das medidas de reestruturação de alguns serviços de cooperação no âmbito do novo governo, em meados de 2011, a cooperação continua a ser, como explicam os entrevistados, “partilhada com vários emissários, várias entidades”, com poucas apetências em termos de coordenação, como fica explícito e já foi referido, pelo número de vezes, que, por exemplo, a CIC reuniu nos últimos dois anos. Apesar de a *coodenação integrada*, apontada como uma forma de conversão das ameaças em oportunidades a nível da *relação* pela amostra, estar relacionada com a coordenação que é necessária entre todos os actores de cooperação no sector, parece-nos que é também uma forma de conversão perfeitamente adequada neste contexto, uma vez que esta coordenação deverá iniciar-se idealmente a nível da administração central, com maior coordenação entre os vários ministérios.

Tendo sido apontada a diversificação dos destinos de cooperação como uma oportunidade, em oposição, os elementos da amostra consideram como ameaça, a *dependência de parcerias lusófonas*, quer em termos de cooperação, quer de financiamento, e uma vez que este financiamento é incipiente e pouco organizado, esta dependência levanta consequentemente questões de impacto e eficácia para a cooperação portuguesa. Para gerir esta ameaça, nas estratégias de conversão a nível da *relação*, os elementos do grupo com que se investiga, apontam o estabelecimento de *parcerias internacionais e no espaço da CPLP*.

A somar às situações negativas do ambiente externo do país que poderão influenciar negativamente o desempenho da cooperação portuguesa no sector da saúde, foi ainda referida, a tendência em que o país incorre de cooperar de forma cada vez mais marginal, consequência da crise financeira nacional e da dimensão com que outros

países cooperam, quer em termos de verbas, quer em termos de áreas de actuação. No que concerne a este aspecto, como formas de conversão *macro*, foram apontadas, para além das parcerias mencionadas acima (conversão ao nível da *relação*): a necessidade de o país encarar os *financiamentos canalizados para a cooperação como um investimento em capital humano* e não como um gasto, com possibilidade de reflexos futuros em termos de mercados e economia mundial e nacional; apostar na *replicação de bons exemplos*, ou seja, pegar nas estratégias e projectos que apresentaram até hoje resultados comprovadamente eficazes, e replicá-los, apostando na discriminação positiva das entidades implementadoras já no terreno, por oposição a iniciativas *ad hoc*; e, independentemente das limitações económico-financeiras nacionais, que a cooperação portuguesa no sector da saúde não perca a noção do que é prioritário para a saúde de qualquer população, em qualquer lugar do mundo - *cuidados básicos de saúde* na sua transversalidade aos vários sectores. Uma outra forma de gestão aplicável a este contexto de crise financeira-cooperação marginal, é, como explica a amostra, num futuro próximo, apostar apenas em forma de cooperação multilateral, com todos os Estados a realizar a sua contribuição para uma mesma entidade ou conjunto de entidades, que serão depois responsáveis pela sua aplicação destes investimentos, extinguindo-se as formas de cooperação bilateral.

Ainda dentro das estratégias *macro* para conversão das ameaças em oportunidades, foi apontada a *saúde preditiva*: de acordo com as pessoas que participam neste estudo, com base em modelos matemáticos já existentes, é hoje possível desenhar cenários preditivos em termos de evolução de saúde das populações, o que abre a possibilidade aos cooperantes, de agir preventivamente em função destas previsões, possibilidade esta que nos parece, e particularmente em função das forças listadas para a cooperação portuguesa no sector da saúde, uma excelente mais-valia a ser aproveitada, no desenho de uma estratégia de enfoque por diferenciação neste sector da cooperação.

Às formas de conversão já apontadas ao longo deste eixo SWOT, há ainda que acrescentar as que foram consideradas num nível de análise *institucional* ou *intermédio*: a *profissionalização da ajuda*, através da formação graduada e pós-graduada dos actores de cooperação, ideia semelhante à já listada acima, na conversão das fraquezas em forças; a inclusão de Portugal em *redes internacionais de investigação*, pelas mais-

valias em termos de conhecimento que daí podem advir para melhoria da qualidade da cooperação; e a *sensibilização das crianças* desde a idade pré-escolar, para as questões globais, devido ao potencial impacto que esta capacitação pode ter no seu comportamento futuro.

Relativamente à aplicabilidade de um modelo holístico à cooperação, tal como acontece com as oportunidades, também as ameaças do sector, constituem igualmente ameaças à aplicabilidade deste modelo.

No que diz respeito às formas de conversão das ameaças em oportunidades, mais uma vez a *coordenação integrada*, também listada na conversão das fraquezas em forças, constituirá uma importante decisão estratégica potenciadora da aplicação de um modelo de intervenção holístico a este sector da cooperação: a coordenação dos vários actores que actuam no teatro da cooperação portuguesa no sector da saúde, permitirá, para além de uma intervenção multisectorial em relação a um problema de saúde – intervenção holística, a criação de sinergias de intervenção que surgem sempre que vários actores trabalham em função de um objectivo comum.

4.2- O CENÁRIO ACTUAL

A caracterização do actual cenário de cooperação internacional portuguesa no sector da saúde que a seguir se apresenta, foi feita, perspectivando-o como um cenário caracteristicamente negativo, na medida em que, com o diagnóstico estratégico realizado, já foi possível conhecê-lo globalmente enquanto organização, sobre ambos os pontos de vista, positivo e negativo.

Depois da apresentação horizontal dos dados relativa a cada um dos eixos temáticos utilizados para esta caracterização, segue-se a discussão dos resultados a partir da sua leitura vertical.

4.2.1-Eixo II: fragmentação – saúde

Na avaliação realizada em 2010 pelo CAD/OCDE, a cooperação internacional portuguesa, é classificada como “*fragmentada*”. Constituindo a saúde um fenómeno multideterminado, pretende-se saber, de que forma é que, na opinião dos entrevistados, esta “fragmentação” poderá afectar especificamente uma missão de cooperação para o desenvolvimento no sector da saúde.

O conjunto dos dados obtidos permite organizar, dentro deste eixo temático, quatro categorias de análise, tal como mostra a Figura 7:



Figura 7 - Categorias de análise do II eixo temático.

Cada uma destas categorias é a seguir descrita em pormenor. Os exemplos de fragmentação no sector da saúde referidos pelos entrevistados encontram-se descritos em anexo (Anexo IV).

a) Fragmentação - saúde

Relativamente à fragmentação da ajuda, a leitura dos dados permite constatar que, dentro do grupo de pessoas com que se investiga este fenómeno, existem dois níveis de concordância em relação à adjectivação utilizada pelo CAD/OCDE na sua avaliação:

- fragmentação total, com a opinião dos entrevistados a ir totalmente de encontro à adjectivação utilizada para caracterizar a cooperação, inferindo-se um nível de concordância total com a avaliação realizada, confirmada em afirmações como:

“A minha experiência diz-me que não é só no sector da saúde que a cooperação é fraccionada. É a cooperação portuguesa que é fraccionada” (D9)

- fragmentação parcial, com a opinião dos entrevistados parcialmente de acordo com a adjectivação utilizada pelo CAD/OCDE para caracterizar a cooperação portuguesa, inferindo-se um nível de concordância parcial, patente no exemplo:

“ (...) para já não concordo ... essa é uma das situações que o CAD não consegue...esse...o que ele diz, na minha óptica, é que nós temos uma boa cooperação: dão-nos uma nota muito boa, mas dão-nos uma nota muito má na quantidade. Ou seja, nós somos qualitativamente bons e somos quantitativamente maus! Não acho que a gente vá mudar isso no futuro próximo!” (D4).

b) Causas da fragmentação

Quanto aos factores ou situações que, de acordo com os entrevistados, se encontram na base desta fragmentação, foram referidos: a nível *macro*, a cooperação política e a dimensão do país parceiro; a nível *institucional/intermédio*, a resposta a especificidades, as intervenções *ad hoc*, o planeamento deficitário, a ausência de uma linguagem comum e a formação deficitária dos profissionais; a nível da *relação* macro-institucional, a descoordenação e os recursos financeiros limitados e a nível *micro* a atitude acomodação de recursos humanos (Figura 8).

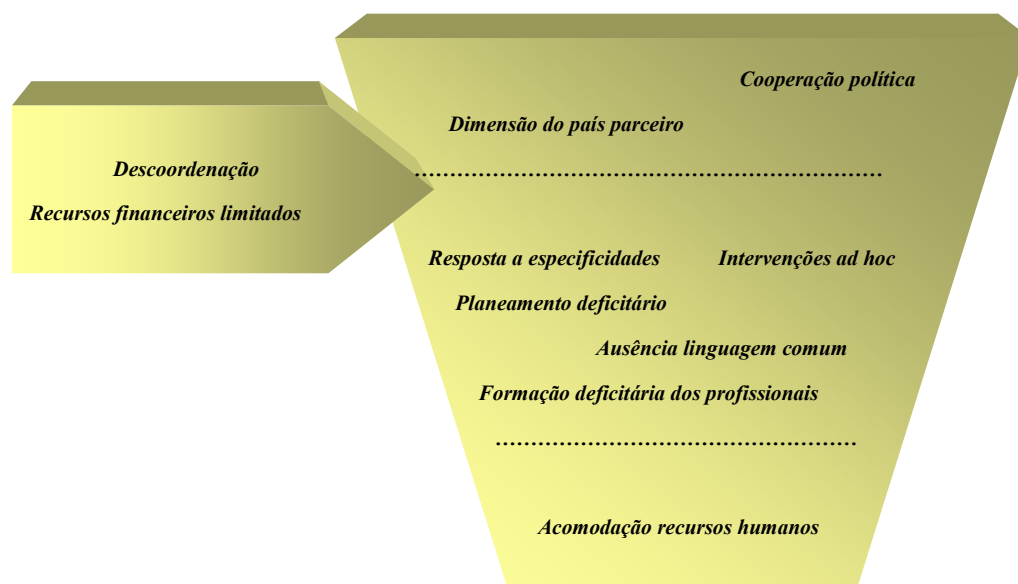


Figura 8 - Esquema resumo das causas, que, de acordo com o grupo com que se investiga, se encontram na base da fragmentação da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde.

▪A nível *macro*:

A cooperação política foi considerada pelos entrevistados como uma das causas, que a este nível, é explicativa da fragmentação que se verifica na cooperação internacional portuguesa no sector da saúde. Neste contexto, o termo cooperação política foi utilizado para designar uma cooperação com sobreposição de interesses

políticos em que, para além da saúde não ser considerada um sector prioritário, como se pode ler no testemunho de D9:

“ (...) porque a Saúde não é um sector prioritário da política de ajuda ao desenvolvimento de Portugal como sabe, com excepção de 2 ou 3 países(...)” (D9);

a ausência de uma estratégia sectorial clara e bem definida:

“ (...) não existe, foi elaborada uma suposta estratégia na área da saúde, na qual eu participei, mas que não foi aprovada pelo anterior secretário de Estado e neste momento não sou capaz de lhe dizer como é que isso está. Sei que um dos problemas que houve com a aprovação da estratégia, era porque queria que fosse o mais concentrada possível/pois/ e quer dizer, estava a ser difícil chegar, ou pelo menos tentar sentar as pessoas todas à mesma mesa e conversar com elas.” (D6)

ou a existência de uma estratégia sectorial baseada em generalidades

“ (...) os documentos formais de estratégia (sus+)o IPAD tem uma estratégia de saúde(<2)....de 2002/2003, mas que no fundo é (sus+), digamos um decalque daquelas coisas genéricas que entretanto...que saúde e pobreza... nah nah nahm(sus+)!e desenvolvimento nah, nah,nam...(sus+) e entretanto a comissão europeia(sus+) a união europeia, também aprova umas coisas de integrar saúde e desenvolvimento(sus+), porque...que a saúde reduz a pobreza, tarratatam tarratatam...muito bem! E digamos a estratégia de saúde do IPAD é um bocado à volta dessas coisas genéricas (...)” (D3)

tornam consequentemente, o processo de avaliação dos vários programas e projectos propostos e implementados, numa actividade com resultados pouco claros, deixando a impressão que “ está sempre tudo bem” :

“E quando se fica em generalidades, não havendo nada que serve de meta para dizer, olha «Atingimos ou não atingimos isto? sim ou não?», como não há, está sempre tudo bem!” (D3)

Tal acontece, porque a CP se encontra demasiadamente politizada, cumpre mais com objectivos políticos do que técnicos, como referem alguns entrevistados:

“Tudo isso, mas são coisas que interessam pouco ao Estado Português na sua globalidade! São intervenções que servem mais alguns interesses instalados. Servem mais alguns interesses instalados, do que os interesses da própria cooperação Portuguesa e, muito menos os interesses das populações. O interesse das populações parece de facto se sempre, a ultima questão que eu acho que é tida em conta nessa perspectiva!” (D1)

dispondo ainda, cada sector da cooperação, do seu ministério, do seu emissário e do seu programa de cooperação independentes:

“O que acontece na realidade é que cada ministério ahm (>2) efectivamente, tem o seu instrumento, o seu emissário da cooperação, o seu programa e apesar do esforço que tem sido ahm...tentado para fazer uma coordenação(...)” (D4)

Esta conjuntura arrasta consigo sérias dificuldades em termos de uma decisão política efectiva no sentido de uma maior coordenação:

“ (...)é fraccionada porque infelizmente não temos uma efectiva coordenação entre os diferentes ministérios e entre estes e o Ministério dos Negócios Estrangeiros. (...) não há decisão politica efectiva.” (D9)

que, associada a uma falta de conhecimento das necessidades de terreno, por parte daqueles que detêm o poder decisório relativamente às propostas de intervenção apresentadas para a cooperação:

“Não basta ir às reuniões das comissões mistas da cooperação, ficar na capital do país, ali com os assessores, é preciso ir ao terreno, (...) É de facto muito importante que as pessoas que são chamadas a opinar e decidir a estratégia conheçam bem o terreno! Mas sem esse conhecimento, nos gabinetes... (sus-) aqui (sus+) nada se consegue fazer com alguma acuidade, sem dúvida nenhuma! Essa é uma outra pecha muito importante!”(D1)

constituem, a nível *macro*, e de acordo com o grupo com que se investiga, um dos factores explicativos da fragmentação que o CAD constata como factor crítico a uma melhoria na qualidade de actuação da cooperação internacional portuguesa.

Ao nível das causas *macro* para a fragmentação, foi ainda referida a dimensão do país parceiro:

“Porque é que isto acontece? E é bom nós contextualizarmos isso! E nós temos países onde nós...temos 3 países: São Tomé, Guiné-Bissau e Timor, onde temos a nossa ajuda muito concentrada; e temos outros que são de mais difícil concentração: Angola, Moçambique e Cabo-Verde. Se nós formos ver a especificidade de cada um desses países, permite perceber porque é que isso acontece. (...)Ahm...no caso de Angola...não temos ahm(>2)temos...como é um país muito grande... (...) mas Angola é uma dispersão que nós não...quer dizer...jamais teríamos capacidade ... nem que tivéssemos o dinheiro para fazer isso!”(D5).

▪ **A nível *institucional ou intermédio*:**

O planeamento deficitário, ou seja, realizado com défices sucessivos, principalmente ao nível da formulação de objectivos, e consequentemente nas suas várias etapas, inclusive as de monitorização e avaliação, fundamentais para se perceber o que correu menos bem e é necessário rever para garantir a concretização dos objectivos da intervenção e a sua eficácia, impacto e sustentabilidade, é apontado como uma das causas de fragmentação:

“(...)Entendo que uma das características da cooperação Portuguesa, é essa falta de fio condutor, (...) Portanto não há uma programação(...)E portanto esse fraccionamento, que eu chamaria antes, alguma falta de planeamento eficaz, eu acho que é fundamentalmente isso, que é a grande pecha da cooperação Portuguesa, especialmente na área da saúde. Essa falta de planeamento (...)” (D1).

As intervenções *ad hoc* e a resposta a especificidades encontram-se também incluídas num nível explicativo *intermédio* das causas da fragmentação.

Relativamente à fragmentação - intervenções *ad hoc* D4 afirma:

“Não se podem fazer umas coisas ad hoc, ou é à direita ou é à esquerda!”(D4)

A resposta a especificidades está relacionado com o facto de Portugal cooperar bilateralmente com as suas ex-Colónias, o que lhe permite ter um conhecimento muito específico acerca das necessidades destes países:

“(...)nós acabamos por dispersar, precisamente porque conseguimos responder a especificidades que mais nenhum outro país pode, pelo conhecimento que nós temos daquela região (...)sob o ponto de vista do CAD isto é uma dispersão total; sob o ponto de vista de Portugal é uma eficiência muito grande (...) porque há muitos sectores em que eles só confiam em nós para fazer determinadas coisas, principalmente aquelas coisas que ninguém vai fazer desgarradas de nada: está uma recta, falta um segmento de recta, e nenhum país vai fazer esse segmento de recta! Só nós é que conseguimos chegar lá e fazer esse segmento de recta!”(D5).

Para além de todos os aspectos já referidos, são ainda referidos mais dois, como causadores de fragmentação:

- a ausência de uma linguagem comum, surge como um desses aspectos, devido aos consequentes efeitos que esta ausência tem em termos de planeamento, bem como na relação e coordenação entre actores:

“Até porque a cooperação Portuguesa, mesmo a própria linguagem entre os diversos actores é diferente, então prioridades, obviamente que também são (...)” (D6)

- e a formação deficitária dos profissionais que integram projectos de intervenção, sobre especificidades dos temas relacionados com a cooperação para o desenvolvimento:

“ (...)a tentativa que nós fizemos o ano passado (...) no sentido de trazer a sede da NOHA para Portugal(...) Mas quando eu falo disto a alguém interessado na cooperação, não há aqui grande desenvolvimento(...) Mas não há interesse. Ora, até nisto, porque isto significa que (...)podíamos receber formação. Sabe, quando eu acabei o curso de Higiene e Medicina Tropical, há muitos anos, eu tinha no meu curso Franceses, Norte-Americanos, Suíços, que vinham cá. (...) (E) Agora é o contrário? Completamente. Eu se quisesse (in), ou vou para Liverpool, ou vou para Londres (...) senão não tenho qualquer hipótese. O Instituto de Higiene e Medicina Tropical, que era quem simbolizava isto, hoje está entregue a veterinários, a biólogos, e a saúde...” (D16).

▪ **Na relação entre os níveis *macro-intermédio*:**

A descoordenação é apontada como uma das causas que se encontra na base da fragmentação da ajuda, como se pode subentender nos trechos de entrevista seleccionados:

“ (...) resumindo: acho que nunca tivemos uma coordenação séria, tanto oficial como oficiosa. (...) Hoje está tudo descoordenado.” (D16)

Esta falta de coordenação deve-se, segundo os entrevistados:

- ao elevado número de pequenas intervenções, a ser realizadas no terreno de forma independente e sem que os vários actores tenham conhecimento uns do trabalho dos outros, como se pode constatar em vários relatos:

“ (...) muitas na área da saúde, mas não compreendo muito bem porque é que cada um faz o seu trabalho, ou seja, eu faço o meu projecto, passado uma semana vai outra, aparece na Guiné, faz outro projecto, passado uma semana(...)” (D10)

- à falta de coordenação, em função de uma estratégia comum, entre os vários actores que intervêm na cooperação portuguesa na área da saúde, que em grande número, não só actuam, mas que também financiam:

“ (...) porque há uma variedade tão grande de actores, não só que actuam, mas que também financiam, na área da saúde, e a coordenação é pouco visível(...)” (D6);

- e a formas de cooperação reactivas, com organizações que nascem em contextos específicos e concretos, que apresentam os seus projectos para financiamento e vão para o terreno trabalhar de forma independente, muitas vezes desestabilizando acções já em curso. Terminado o financiamento desaparecem ou desistem. A referência a este factor está explícita na afirmação de D11:

“ (...) surgem do nada pessoas/organizações/associações, que quase nascem em contextos específicos, concretos, de anos europeus, de anos de efemérides, e que depois, estas grandes organizações que já estão no terreno, estas organizações que já tenham pouco uma coordenação, perde-lhe alguma rota, perde-lhe o rumo ahm, daquilo que estão a fazer ahm em relação a essa estrutura(...)mas esses projectos depois trabalham por si! Terminado o financiamento ou desaparecem ou desistem! Não sabemos o que é que fizeram!(...) como temos coisas menos boas, que vão acontecendo e que fraccionam isto! Porque se existir uma destas organizações que faça uma coisa menos boa num contexto ahm (>2)que até já poderia estar a seguir itinerários interessantes (...)” (D11)

Para além da descoordenação, a nível da *relação* surgem também como causa de fragmentação, os financiamentos pouco avultados reservados ao sector, dispersos em muitos projectos de curta duração e iniciativas pontuais:

“ (...) estamos a dispersar fundos que já são poucos em muitos projectos e iniciativas pontuais, além de seminários, formações, workshops(...)isso é muito grave num país que tem poucos recursos, não é?! O país tem poucos recursos! Se nós tivermos muito dinheiro para espalhar é uma coisa; se tivermos pouco e ainda o espalharmos ainda é mais grave (...)” (D7).

▪ **A nível *micro*:**

Como causa de fragmentação, é apontada a atitude acomodação dos recursos humanos na área da saúde, que por comodidade, se demonstram pouco disponíveis para integrarem projectos de média-longa duração internacionais:

“ (...)também não estou a ver neste momento em Portugal, técnicos de saúde dispostos a fazerem cooperação. (...) Eu tenho neste momento, uma lista de oitenta e tal pessoas que querem ir trabalhar para as ex-colónias. E quando pergunto quando, «ah, eu só posso ir o mês de férias». Percebe? Ou seja, não se pode fazer, pelo menos desenvolvimento (...) não se pode fazer num mês de férias. (...) E aqui se calhar fazem um excelente trabalho, e é um excelente profissional em termos europeus, mas não é capaz de se coadunar, não e capaz de se juntar a uma sociedade que ainda está desorganizada (...)” (D16).

c) Efeitos da fragmentação

A prestação de uma ajuda fragmentada tem consequências sobre a qualidade dos resultados em qualquer sector da cooperação. Relativamente aos efeitos desta fragmentação ao nível do sector da saúde, foram mencionados: a nível *macro*, a imagem da cooperação e a ausência de sustentabilidade; a nível *institucional ou intermédio*, a duplicação de intervenções e a ausência de resposta a grupos vulneráveis; e a nível da *relação*, muitos gastos dispersos (Figura 9).

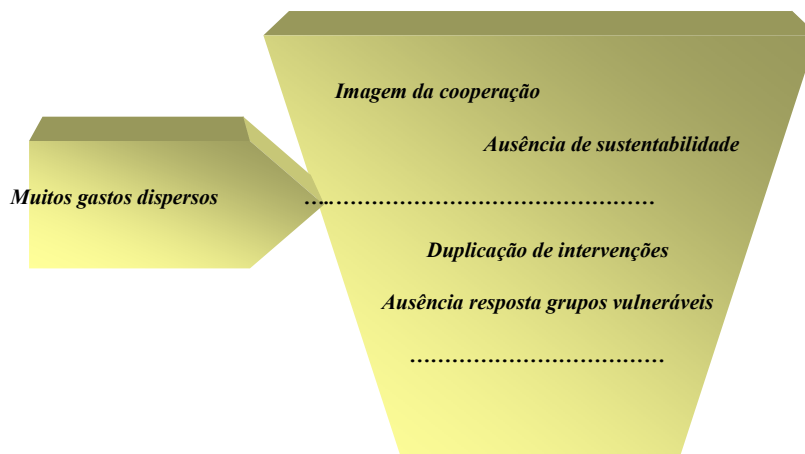


Figura 9 - Esquema resumo das consequências que, de acordo com o grupo com que se investiga, tem uma ajuda fragmentada no sector da saúde.

▪ A nível *macro*:

A forma como um país presta ajuda externa, projecta para o exterior a sua imagem de cooperação. O entrevistado D6 remete para esta questão:

“ (...) e penso que dificulta mais na questão da própria imagem e da própria direcção da cooperação Portuguesa!” (D6)

Uma ajuda fragmentada, faz por isso transparecer uma imagem de dispersão, de uma certa desorganização da CP:

“ (...) esta imagem de fraccionamento e dispersão é percebida pelos parceiros.” (D9)

ao mesmo tempo que possibilita, paralelamente, formas pouco claras para a obtenção de fundos para a prestação da ajuda:

“Por outro lado o fraccionamento permite que haja esquemas para chegar às ajudas, quando deveria ser transparente e toda a agente estar mais ou menos no mesmo barco (<2) e na mesma possibilidade de se candidatar e os melhores, aqueles com maior capacidade, teriam mais facilidade ou teriam a possibilidade de receber essas ajudas e desenvolver...o fraccionamento também, permite um bocadinho isso: que haja ahm (>2) orientação de fundos de ajuda ao desenvolvimento que à partida estão reservados para determinados ahm utilizadores[risos].” (D8)

situações, que no seu conjunto, contribuem para a construção de uma imagem pouco positiva relativamente à forma como Portugal coopera.

Para além dos aspectos anteriormente referidos, a nível *macro*, a fragmentação da ajuda tem igualmente como consequência a ausência de sustentabilidade das intervenções, ou seja, após o seu *terminus*, muitas vezes, as necessidades em termos de saúde que se pretendiam colmatar ou minimizar, mantêm-se sensivelmente na mesma: não se criaram capacidades para que, mesmo na ausência do projecto, os efeitos e benefícios da intervenção perdurem e permitam o desenvolvimento global, inovador, irreversível e autónomo das populações, de acordo com os recursos existentes:

“Do ponto de vista individual, deixamos lá qualquer coisinha. (...) Agora, eu diria, do ponto de vista, de deixar algo estruturado, não deixamos nada. Não deixamos nada.” (D16)

▪ **A nível *intermédio* ou *institucional*:**

Intervenções fragmentadas ao nível do sector da saúde podem ter duas consequências:

- a duplicação de intervenções, e
- a ausência de resposta a grupos vulneráveis, como explicam os entrevistados citados:

“Portanto neste fraccionamento e nesta dispersão, assistimos muitas vezes a uma sobreposição de intervenções; e outras áreas que estão completamente vazias (...)” (D9)

▪ **Na relação entre os níveis *macro* e *institucional*:**

Num país com recursos financeiros pouco avultados, esta fragmentação, implica paralelamente, muitos gastos, dispersos, associados às intervenções, sem que tal implique garantias em termos da sua qualidade e impacto:

“Aplica-se porque, em vez de estarmos a apoiar projectos de média - longa duração com alguma sustentabilidade e com impacto estamos a dispersar fundos que já são poucos em muitos projectos e iniciativas pontuais, (...) que depois têm pouco impacto no terreno e que a médio prazo não se percebe muito bem para que é que serviram.” (D7).

d) Conversão fragmentação-decisões estratégicas

De acordo com os entrevistados, para que seja possível minimizar a fragmentação no sector da saúde e que caracteriza a cooperação internacional portuguesa, existem determinadas decisões estratégicas que devem ser tomadas. A nível *macro*, será necessário o enquadramento da saúde de forma transversal a todas as políticas de desenvolvimento; a nível *institucional* ou *intermédio* serão importantes, a prospecção de necessidades, o planeamento e a formação e capacitação de recursos humanos locais; e na *relação* entre estes os dois níveis, será necessário existir uma coordenação integrada e a concentração das áreas de actuação, com o desenho de projectos de média-longa duração e a formação em cooperação (Figura 10).

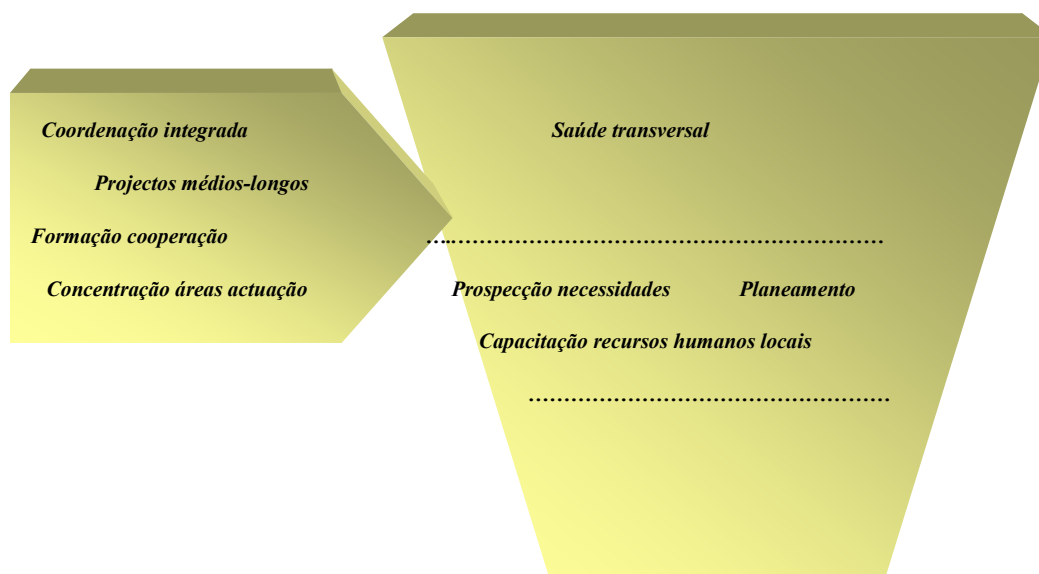


Figura 10 - Esquema resumo das decisões estratégicas necessárias para a redução da fragmentação na cooperação no sector da saúde, de acordo com o grupo com que se investiga.

▪ **A nível *macro*:**

A decisão estratégica necessária para a conversão da fragmentação, será o enquadramento da saúde de forma transversal a todas as políticas de desenvolvimento:

“ (...) porque ainda não introduzimos na nossa estratégia de cooperação para o desenvolvimento, um conceito que é «saúde global», e perceber até de que forma, a saúde pode estar presente em todos os outros sectores. (...) Portanto, se a estratégia da saúde do Fórum para a cooperação tenta compatibilizar diferentes intervenientes, não é arrojada suficiente para garantir um não fraccionamento e para garantir que a saúde tem de estar em todas as políticas do desenvolvimento.” (D9).

▪ **A nível *institucional* ou *intermédio*:**

Para redução da fragmentação será importante um conhecimento prévio, através da prospecção e avaliação participada no terreno, das reais necessidades das populações para as quais são elaborados programas e projectos de intervenção

“ (...) para já tem que se saber (sus-), tem que se partir sempre do ponto de situação dos países ahm....quais são as necessidades de um determinado país, de determinada zona(...)” (D4)

Deve apostar-se igualmente, no planeamento, ou seja, na elaboração de programas e projectos de intervenção que respondam nos seus objectivos e actividades,

de forma articulada e integrada, às necessidades avaliadas para cada cenário de intervenção, e que apresentem garantias de sustentabilidade:

“E nós tentamos, esforçamo-nos para que os projectos tenham continuidade, que não sejam actos isolados. (...) a nossa preocupação é que quando terminar o projecto, o projecto ter a sua autonomia, ou seja, o projecto tem que ser sustentado, para... no sentido do tempo em que está previsto, um ano, dois anos, três anos, quando o projecto terminar /hm/ , a equipa que beneficiou daquele projecto, tem que atingir a sua autonomia e tem que poder funcionar.” (D10).

A este nível será ainda importante, em termos estratégicos, a formação e capacitação de recursos humanos locais na área da saúde e a sua integração nos programas e projectos de cooperação, como uma das garantias para a posterior sustentabilidade das intervenções, como faz questão de salientar D10:

“Tem que ficar, as pessoas têm que poder adquirir alguma autonomia! Tem que ser, tem que ser! E nós, uma das nossas preocupações, além da prestação dos cuidados, é ensinar cuidados de saúde básicos (...) é fundamental. Porque nós vimos embora e eles têm que saber o que fazer (...) são esses que recebem a formação, e eles têm feito ahm, grandes milagres, mas literalmente, grandes milagres, fazem... fazem com o pouco que têm, e com o pouco conhecimento que têm, fazem grandes milagres!” (D10).

▪ **Na relação entre os níveis macro e institucional ou intermédio:**

Será necessário em termos estratégicos, que exista uma coordenação integrada:

“(...) é difícil de se entender e sobretudo num país tão pequeno como o nosso, e que a meu ver era capaz de não ser tão difícil, nós conseguirmos coordenar(...) Acho que seria mais fácil e não seria assim tão difícil a gente saber o que é que em cada ano ia acontecer, que tipo de ajuda ia acontecer, que tipo de iniciativas é que vão merecer a angariação de fundos, que tipo de iniciativas é que vão merecer envio de matérias-primas(...)” (D11)

por parte de um organismo ou entidade única:

“Pessoalmente, considero que a Cooperação Portuguesa deveria ter um organismo orientador que definisse as respectivas políticas, para dizer: «Agora vamos investir na saúde ou vamos investir na saúde e na agricultura, ou na saúde e educação, etc...»(...) chamem-lhe o que quiserem, mas que defina uma política para a cooperação (...).Deve haver depois um único

*organismo que implante, as diferentes políticas de cooperação, sejam elas em que vertente for!”
(D2)*

e tendo por base um documento único, elaborado em função das realidades de intervenção, a partir de um consenso entre os vários actores envolvidos na cooperação (públicos e privados; quer do lado do doador, quer do lado do receptor) relativamente a prioridades do sector e estratégia a seguir, com uma linguagem clara e específica, tal como reforça D6:

“(...)é que toda a gente, seja capaz de se reger pelo mesmo documento e seja capaz de estar de acordo com as mesmas prioridades e as mesmas linhas.” (D6).

Sendo os recursos em saúde caracteristicamente escassos para fazer face às necessidades, a sua maximização para obtenção de maior impacto e eficácia, dependerá portanto, desta coordenação entre os vários actores da cooperação em função de uma estratégia comum:

“Não havendo tantos recursos como isso, ahm (<2) era tão importante que fossem todos orientados no mesmo sentido(...)” (D6).

Outro dos pré-requisitos estratégicos para a redução da fragmentação a nível da *relação*, será a concentração das áreas de actuação, a duas ou três áreas dentro do sector da saúde, numa estratégia multissectorial, de média-longa duração, bem delineada:

“Segunda questão: vamos apostar só em dois sectores na área da saúde. (...) Conclusão, o concentrado ao longo dos anos (...). Nós vamos ajudar na saúde da Guiné-Bissau, não vamos ajudar em mais nada. Vamos por aquele hospital a funcionar nos próximos vinte anos. Isso é da nossa responsabilidade. As ONG que se quiserem integrar, o plano está aqui. Estou a falar de cuidados curativos só. É evidente que a partir dos vinte anos consecutivos, você teria algo [risos] eu penso que bem feito.”(D16)

Ainda a este nível, é feita referência, à formação em cooperação, ou seja, à importância de capacitar, em função das respectivas necessidades e cargos ocupados, a generalidade dos intervenientes na cooperação para o desenvolvimento, como um dos caminhos para se tentar minimizar um dos aspectos críticos do sector: a fragmentação.

“Acho que a tendência é acontecer cada vez menos porque cada vez tem havido mais educação para a cooperação e pronto... e fala-se muito nisto, mas acho que é uma componente da cooperação importantíssima (...)” (D15).

Transversalmente a todos os elementos apontados nesta alínea, e como exemplo de uma cooperação bem-sucedida no sector da saúde em Portugal, é deixado, por alguns entrevistados, o exemplo da actuação do IMVF em STP:

“Por exemplo na área da Saúde...nós só temos um país em que fazemos saúde de uma forma concentrada: é em S. Tomé e Príncipe! (...) aí estamos no topo (...)” (D5).

4.2.2- Eixo temático III: falhas - saúde

Qualquer intervenção de cooperação, apresenta aspectos de carácter pontual que podem conduzir à não consecução ou consecução parcial dos objectivos traçados para um projecto de cooperação no sector da saúde. Na ausência de relatórios de actividades que coloquem especificamente em relevo estes aspectos, para que estes possam ser conhecidos, analisados e colmatados ou contornados em intervenções subsequentes, e se possa perceber qual a ênfase que, neste contexto, é dada às abordagens holísticas na intervenção, procurou-se este tipo de informação junto do grupo com que se investiga o fenómeno, pela experiência de terreno que os seus elementos detêm.

O conjunto dos dados obtidos permite organizar, dentro deste eixo temático, duas categorias de análise, como mostra a Figura 11:



Figura 11 - Categorias analíticas do III eixo temático.

No texto que se segue é feita uma análise detalhada de cada uma destas alíneas, mantendo-se a informação organizada, sempre que os dados o permitam, e tal como já foi referido, em níveis *macro*, *institucional* ou *intermédio*, de *relação* e *micro*. Em anexo (Anexo IV) são apresentados exemplos de falhas e de boas práticas apontados pelos entrevistados para ilustrar o seu discurso.

a) Causas- falhas

Relativamente aos aspectos que, de acordo com os entrevistados, se encontram na origem das falhas que conduziram à não consecução ou consecução parcial dos objectivos traçados para um projecto de cooperação no sector da saúde, foram referidos: a nível *macro*, a politização, quem decide - desconhecimento do terreno, a cultura e o contexto de intervenção; a nível *intermédio* ou *institucional* um conjunto de fragilidades ou ausências base, as intervenções *ad hoc* e a logística; e na *relação* entre o nível macro e institucional, a ausência de uma estratégia e consequentemente de uma avaliação, a descoordenação, o desfasamento, as dificuldades de financiamento, a libertação de recursos limitada e as autoridades - protocolos médicos. A nível *micro* foram referidos, a falta de sensibilidade dos técnicos, a falta de interesse dos profissionais na consecução de algumas actividades dos projectos e as motivações erradas para trabalhar em cooperação internacional (Figura 12).

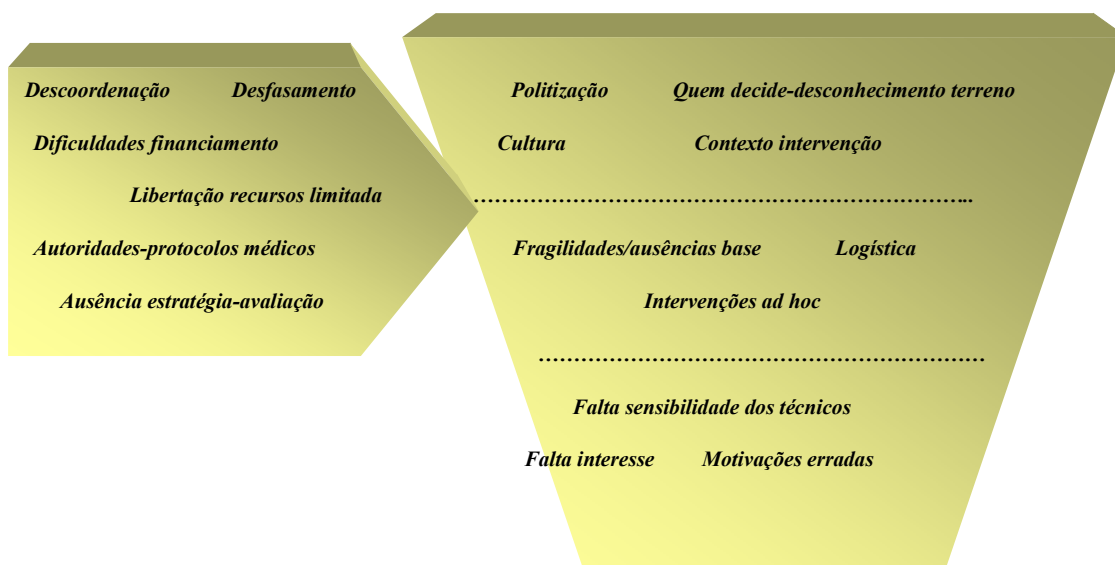


Figura 12 – Esquema resumo das causas de falhas no sector da saúde apontadas pelos entrevistados.

▪ **A nível *macro*:**

A politização, refere-se, neste contexto, ao facto de muitas das falhas que surgem na cooperação portuguesa acontecerem por esta se encontrar demasiadamente politizada e cumprir mais com objectivos políticos do que técnicos, como já referido anteriormente:

“Uma acho que tem a ver com a própria orientação dos próprios projectos (...) ou são orientados de acordo com orientações e prioridades políticas de quem financia, ou de quem quer implementar; não só de quem financia! [risos]” (D6)

Incluem-se nesta politização:

- a politização da acção, ou seja embora muitas pessoas com cargos de poder considerem a prospecção de terreno para avaliação de necessidades, uma actividade fundamental na cooperação, interesses políticos e *lobbies* fortes, impedem que estas intenções se transformem em acções:

“E aí sim, eu creio que aí seria um passo de gigante, que é muito difícil! Iria ser um passo gigante porque há uma ideia ainda hoje de que a prospecção é um desperdício (...) é um salto de gigante que não está a ser dado! É pena que algumas das pessoas que têm a mesma opinião que eu...por vezes têm cargos, mas depois têm dificuldade de facto a pôr isto na estrutura: há lobbies muito fortes em relação a isso! Políticos, sobretudo...mas pronto!” (D11);

- e a falta reconhecimento, com ONG portuguesas a actuar em território estrangeiro, a quem não é concedido o estatuto de representação pelo Estado Português:

“E depois o Estado também não nos reconhece, e eu acho que é aí que há uma incongruência (...) Nós para irmos (...) não poderíamos ir enquanto representantes de Portugal: portanto, nós tínhamos uma equipa militar que partia, ahm, mas nós não temos o mesmo estatuto de ahm (>2) representação! Que é assim uma coisa que não faz sentido nenhum, não é!” (D13).

Constitui ainda causa de falhas macro, o desconhecimento de terreno, referente, neste contexto, à falta de conhecimento das necessidades de terreno, por parte daqueles que detêm o poder decisório relativamente às propostas de intervenção apresentadas para a cooperação:

“ (...) é crónica (...) a falta de conhecimento no planeamento da acção... do conhecimento do terreno, com já expliquei há pouco.” (D1).

A cultura surge também neste contexto, como um importante factor causador de falhas nas intervenções de cooperação no sector da saúde, pelo facto das acções se desenvolverem em comunidades com culturas muito próprias e distintas da do “implementador”, como se pode constatar no relato:

“ (...) depois há aspectos culturais que a gente nunca atinge. Não vale a pena, quer dizer, não vale a pena você tentar meter-se na mentalidade de um homem, de um angolano, por exemplo, que tem seis mulheres. (...) E que está infectado de VIH e está a infectar as outras. (<2) (...) As respostas que eu tinha (...) dos enfermeiros em Moçambique, quando lhes tentam dizer «olha, usem pelo menos o preservativo», a resposta era «vocês são brancos, não querem é que a gente se reproduza». (...) Não é nada fácil lidar às vezes com estes aspectos culturais. E aí, você tem sempre falhas. Tem sempre falhas, não há volta a dar. [risos]” (D16)

Para além da cultura, como causas *macro* de falhas, foram ainda referidas situações imprevisíveis relacionadas com o contexto específico de cada intervenção, (ambiente físico, político) tanto do lado do cooperante, como do parceiro:

“ (...) prevemos o máximo que podemos, mas ainda não se tem a capacidade de ser um vidente não é?! [Risos]. E o que resulta, é que existem sempre contratempos, existem sempre aspectos que poderão não ter sido correctamente diagnosticados ou previstos (...) é que de facto houve uma reformulação (...) por políticas nacionais que foram alteradas, neste momento tivemos que suspender toda esta área. Portanto, todas as restantes áreas do projecto se mantêm, mas esta teve que ser suspensa (...) agora, não nos é possível saber dentro desta cadência o que é que vai ser alterado.” (D12).

▪ **A nível *intermédio* ou *institucional*:**

Foi apontado pelo grupo com que se investiga o problema, um conjunto de fragilidades ou ausências base, consideradas fundamentais para garantia da qualidade de uma intervenção de cooperação no sector da saúde. Integram este conjunto:

- o facto de muitos actores de cooperação consideram a prospecção/avaliação de necessidades no terreno um desperdício, um custo adicional para o orçamento, minimizando as mais-valias que esta avaliação pode ter na optimização de alguns recursos e na adequação da estratégia, muitas vezes traduzida em poupanças monetárias:

“(...)porque há uma ideia ainda hoje de que a prospecção é um desperdício(...)se esta prospecção for bem-feita por estes 2 elementos (...) se há uma credibilidade naquilo que se faz, não me digam que esses 5000 euros que se possam gastar antecipadamente(...), se não vai ser uma mais-valia, em relação àquilo que vai ser o financiamento à posteriori! Porque estas 2 pessoas vão ser os responsáveis depois, da aprovação dos projectos. Eles vão ter uma realidade tão grande do terreno, vão conhecer de tal forma ahm as estratégias adoptar no próprio terreno pelas várias organizações (...).Acho que até pode-se minimizar porque pode-se ajustar(...)De um momento para o outro, aquela ideia de 100 mil até ...realmente é só 70 mil! Portanto nós à cabeça já poupamos 25 mil euros(...) Portanto(>2), eu acho que isto era possível....agora acho que ahm(>2)é um salto de gigante que não está a ser dado!” (D11);

- a ausência de um projecto, com os actores a ir para o terreno sem qualquer tipo de projecto elaborado:

“Fazia parte dos objectivos do Centro (...) mas pela ausência de um projecto, (...) esta vertente para a qual foi o Centro criado acabou por ser subalternizada (...)” (D2);

- a realização de actividades isoladas, sem que estas estejam integradas com outras, na concretização de uma estratégia de um programa ou de um projecto, facto realçado por vários elementos do grupo com que se investiga:

“Estou a falar de projectos com alguma envergadura (...) A construção e equipamento foram efectuados e hoje (...) não responde às necessidades da população ou simplesmente não funciona. E não funciona porquê?! Porque não houve o cuidado de organização do seu funcionamento, antes da sua entrega ao Ministério da Saúde (...) Porque se não criamos, se não fazemos isso, a tal refuncionalização, tudo volta ao princípio (...) concorremos para outras acções complementares, porque é assim que garantimos a sustentabilidade, é com acções complementares, não é uma acção desgarrada (...)” (D1);

- o planeamento deficitário, ou seja, o planeamento realizado com défices sucessivos, principalmente ao nível da formulação de objectivos e consequentemente nas suas várias etapas, défices estes que podem comprometer a eficácia, impacto e sustentabilidade da intervenção:

“(...) Portugal tem muito pouco de planeamento. Ahm (>2)planeamento, gestão, tem muito pouco(...) Portanto nós não temos por base, não temos por hábito, ter um ciclo de planeamento. O que é que acontece nestas situações de intervenção? Se não existe um planeamento (...), quando vamos intervir há aspectos que falham porque não são pensados! (...) se calhar uma primeira falha, hoje, com que nós teríamos com que nós debater em geral, ahm mas sobretudo

nas ONG's (...)tem a ver com a necessidade de planeamento!(...)Portanto há aqui um desfasamento do planeamento, de objectivos, que têm que ser traçados ahm num quadro muito mais funcional! Este acho que é o maior entrave!” (D13)

- a ausência de manuais de procedimentos internos standardizados, em relação a situações que apresentam normalmente um carácter comum aos vários projectos, especificado por D6:

“Ausência de manuais e procedimentos internos standardizados – elaboração ad hoc de procedimentos, de acordo com necessidades do projecto.” (D6);

- modelos frágeis de monitorização e avaliação, o que limita todo o processo de planeamento, nomeadamente o aprofundamento do diagnóstico inicial em grandes projectos (5-6 anos), a possibilidade de melhorias e a demonstração de resultados:

“(...)porque mesmo que se faça um diagnóstico inicial, ele normalmente tem ahm (<2) limitações /Hm, hm/ de tempo, de recursos humanos, etc. (...) é importante fazer um diagnóstico aprofundado (...) E isso não se verifica! (...) e depois não conseguem demonstrar claramente resultados. Eu acho que esse é um dos pontos mais frágeis! Porque, as actividades em si vão sendo feitas, melhor ou pior; e onde nós temos grandes dificuldades de demonstrar realmente resultados, é porque o modelo de monitorização e avaliação é mais frágil! Ai é que eu acho que está o grande problema.” (D8);

- dificuldades na evolução das práticas, ou seja, em utilizar os conhecimentos adquiridos com a realização de outros projectos, para ir introduzindo melhorias em projectos futuros:

“(...) mas que depois existe uma incapacidade ou então de falta de vontade de poder assimilar as recomendações e as lições aprendidas e depois finalmente, acaba depois tudo por ficar no mesmo! Portanto, existe uma dificuldade, uma incapacidade grande de ir aprendendo e melhorando, e que essa aprendizagem seja introduzida naquilo que vamos fazendo.” (D6);

- e a ausência de apropriação e consequente sustentabilidade, resultante de projectos de cooperação em que a estratégia não inclui a participação da comunidade local e o seu empoderamento, o que a torna incapaz de dar continuidade às oportunidades criadas pelos projectos após o seu *terminus*:

“Isso vê-se no terreno depois, quando nós verificamos que a sustentabilidade não existe. E o mais triste de tudo o que pode acontecer é alguém que teve algum tempo no terreno, chegar

alguns anos depois, um ano, dois anos depois, e ver que tudo está pior do que estava(...)tudo volta ao princípio, tudo começa a funcionar da mesma maneira como era há 20 anos atrás. E as pessoas nunca trabalharam de outra forma.(...) se de facto não trabalharmos ombro a ombro com eles e não demonstrarmos na prática que é assim que as coisas resultam, as pessoas não vão lá e continuarão a fazer como faziam antes(...)! Não há educação para a saúde, não há formação. (...) Não é registar como grávida de risco e pronto! Isso não é nada! Mas é isso que se faz! É isso que se faz na maior parte dos países onde temos andado (...)" (D1)

Como causa de falhas de nível *intermédio* ou *institucional* são ainda apontadas:

- as intervenções *ad hoc*, intervenções pontuais realizadas para a resolução de uma situação específica ou problemas concretos momentâneos:

" (...) começámos a fazer o plano de vacinação na altura. Com o plano de vacinação morreram muito menos crianças (...) a mortalidade infantil diminuía (...). Mas o que não aumentou, foi a comida para aquela gente. E portanto, a certa altura nós questionávamo-nos nesta missão, afinal o que é que nós estamos a fazer? (...) estamos aqui dar saúde às pessoas, mas no fundo estamos a criar condições para que haja mais fome de futuro, se aqui não for feita intervenção ao nível agrícola." (D16);

- e as dificuldades com a logística no terreno, enfrentadas por alguns actores:

"Problemas logísticos relativos ao abastecimento de medicamentos ao país." (D18)

" (...) Sem logística, não se faz nada. Literalmente nada. (...) [risos] Portanto, nós falhávamos nessas coisas (...) Cedo em apercebi que as pessoas viviam tão longe do sítio onde eu estava que nem sequer podiam vir. Os doentes não chegavam. Portanto, eu só acabava por ver as pessoas que estavam ali ao lado." (D16)

▪ **Na relação entre o nível *macro* e *institucional*:**

Como causa de falhas a este nível é apontada pelos entrevistados a inexistência de uma estratégia clara e bem definida para o sector ou existência de uma estratégia baseada em generalidades o que torna difícil a aplicação de um sistema de avaliação:

"O que é que acontece nestas situações de intervenção? Se não existe (...) uma estratégia prévia definida, quando vamos intervir há aspectos que falham porque não são pensados! E depois por vezes não é feita uma avaliação de acordo, portanto!" (D13)

Outra causa de falhas mencionada é a falta de coordenação dos vários actores de cooperação em função de uma estratégia comum, devido à falta de partilha de conhecimento das competências e áreas de actuação de cada um. Esta descoordenação inclui a falta de estabelecimento de parcerias no sentido de uma maior coordenação de esforços e potenciação de sinergias, que é ainda pouco valorizado e realizado, como se pode ler no trecho de entrevistas seleccionado:

“ (...) há coisas em que há sempre espaço para melhorar, não é?! Nomeadamente, em termos, se calhar, de maior articulação com outros actores da saúde cá: nós temos algum trabalho mas se calhar podíamos ter feito mais.(...) Portanto acho que se pode melhorar a questão da articulação cá, antes da missão e depois, já com as missões no terreno (...) Acho que às vezes não temos, as coisas não têm sido tão eficazes, porque... por haver uma dispersão.” (D7)

O desfasamento, é igualmente apontado a nível intermédio como uma importante causa de falhas nas intervenções de cooperação no sector da saúde, porque o pensamento político, estratégico e operacional e as decisões nos respectivos meios, quer em Portugal, quer nos países parceiros, não se coadunam com a objectividade das situações reais às quais é necessário responder:

“ (...) muitas vezes o pensamento operacional, o pensamento estratégico, o pensamento técnico e o pensamento político, e a decisão nestes meios todos, não se conjugam com a objectividade! Muitas vezes cada um (sus-)...há um/os interesses/os interesses são diferentes, as agendas são diferentes (...)” (D4).

Este desfasamento acontece a dois níveis:

- ao nível da escrita, com um desfasamento entre a linguagem e ítems a que os projectos escritos têm que obedecer para serem aprovados e financiados, e o que é necessário para a sua concretização no terreno, situação esta relatada por D11:

“ (...)é claro que muitas vezes os objectivos pensados a partir do nosso contexto português, a partir, por vezes da nossa secretária [risos] ahm, e sobretudo, por vezes, os limites ou aquilo que eventualmente ahm, os projectos têm que obedecer – às linguagens, aos itens, há um desfasamento entre aquilo que eu tenho que deixar por escrito para obter o que pretendo num contexto de missão, e a concretização desse mesmo projecto no terreno.(...).Mas imaginemos que entretanto eu já tinha estado lá, na parte da emergência, e trago todo um relatório feito através da prospecção e começo a verificar que alguns daqueles itens que me são exigidos para o financiamento posterior do próprio projecto ou da própria missão, alguns deles não fazem

nenhum sentido. Mas se eu tentar reclamar ou reajustar isso, provavelmente o projecto não é aprovado.” (D11);

- e a nível documental, quando os responsáveis pela implementação dos projectos têm que comprovar perante os seus financiadores, o que fizeram e como fizeram, exigência esta nem sempre fácil de concretizar, na medida em que, muitas vezes, não existem documentos acessíveis, porque os países parceiros não se encontram financeira e administrativamente organizados para isso:

“(...) os recursos que têm que ser perfeitamente adequados, que têm que ser geridos de forma adequada, tem que haver um controlo de toda essa área, mas as metodologias é que não se adequam ao que encontramos no terreno e portanto, criam dificuldade, na resposta às exigências do governo Português, quando nos obriga a tomar determinados procedimentos que no terreno são muito difíceis! Trata-se de demonstrar na prática aquilo que fizemos e como fizemos. E muitas vezes, como compreende, não há documentação acessível que permita essa situação! Se não há documentação acessível esse dinheiro não volta (...)” (D1).

Devido a estas exigências, o desfasamento vai verificar-se conseqüentemente, ao nível da programação, com programas e projectos que nos seus objectivos não respondem às necessidades e problemas reais das populações a quem são dirigidos:

“(...)as programações são desfasadas e portanto(sus+)....tanto a agenda de cá como a agenda dos países beneficiários(...)” (D4)

A dificuldade em encontrar em Portugal, profissionais de saúde com formação e experiência em cooperação, disponíveis para incorporarem projectos internacionais de longo prazo devido a dificuldades na obtenção de autorização/ licenças sem perda de direitos relativamente a um vínculo institucional, foi também um factor de *relação* mencionado como causador de falhas nas missões internacionais realizadas neste sector da cooperação, cenário este que é descrito pelo entrevistado:

*“ Pela dificuldade em conseguirmos recrutar, nomeadamente na área da saúde, técnicos de saúde que estejam disponíveis, para poder partir, pelas dificuldades, porque nós pensamos: temos muitas pessoas no desemprego, *OK*! Mas estão disponíveis para ir para fora? (...)As pessoas que estão cá empregadas, não conseguem sair! Porque as instituições não as deixam sair! Acabaram as licenças sem vencimento, as comissões gratuitas de serviço então já são uma miragem ahm, e as pessoas se querem sair podem sair, mas quando regressarem ahm (>2), quer dizer(>2) « Temos pena!», já não têm lugar assegurado, e claro que as pessoas não querem,*

não é! Portanto estamos com um vácuo muito importante em termos depois de, quando queremos recrutar profissionais também, capacitados para poderem dar resposta! Em termos de saúde então, é difícilimo!” (D13)

Para além dos recursos humanos, as dificuldades na obtenção de financiamentos para a consecução de projectos, é também mencionado a este nível:

“Quando se trata de missões financiadas pelo governo Português, é crónica a falta de verbas e a escassez de recursos disponíveis, é de facto essa a questão central (...) Nós fazemos uma acção, por exemplo, durante um ano e meio, porque o financiamento que temos disponível não chega para mais!” (D1)

Por último, mas não menos importantes, na *relação* entre os níveis *macro* e *institucional*, foi ainda referido como causa de falhas, a incapacidade das autoridades locais em obrigarem as diferentes organizações internacionais a utilizar protocolos médicos, como se pode ler no contributo de D18:

“Ausência de capacidade das autoridades locais para “obrigarem “ à utilização de protocolos médicos comuns às diferentes organizações internacionais.” (D18)

▪ **A nível *micro*:**

A este nível, foram mencionados como causadores de falhas:

- a falta de sensibilidade dos técnicos, nomeadamente dos médicos expatriados para a capacitação de recursos humanos locais:

“Ausência de sensibilidade do pessoal médico expatriado para a capacitação do pessoal local.” (D18);

- a falta de interesse dos profissionais na consecução de algumas actividades dos projectos na medida em que elas implicam condições de trabalho e vida contrárias às comodidades a que estão habituados:

“(…) creio não errar em considerar também a falta de interesse das pessoas em quererem ir desenvolver os seus trabalhos de investigação para o terreno(...) o facto do trabalho se desenvolver em África, implica algum incomodo pessoal: abdicar das mordomias que normalmente temos quando estamos em casa, junto da família, o que leva muita gente não querer privar-se destes aspectos, sem dúvida importantes.” (D1);

- e a motivação errada associada ao interesse de trabalhar em cooperação internacional, o que faz com que as pessoas não estejam preparadas psicologicamente para as realidades que vão ter que enfrentar:

*“Pela dificuldade em conseguirmos recrutar, nomeadamente na área da saúde, técnicos de saúde que estejam disponíveis, para poder partir, pelas dificuldades, porque nós pensamos: temos muitas pessoas no desemprego, *OK*! Mas estão disponíveis para ir para fora? Algumas não estão, outras não têm uma estrutura psicológica suficientemente codificada para poder partir, não é! Porque partir há mesmo uma saída física que nos parte mesmo ao meio, porque há uma parte de nós que fica cá, e se interiormente nós não estamos bem, se estamos a ir para uma missão porque estamos a fugir de um problema, estamos com problemas financeiros ou problemas amorosos, não vai correr bem! /Claro, claro! / Não é! Não vai correr bem!” (D13).*

De salientar que, acordo com os entrevistados, embora pesem as falhas, na maioria das situações em que elas se verificam, os objectivos de uma intervenção acabam por ser sempre cumpridos, se não na sua totalidade, pelo menos parcialmente, como se pode ler no relato abaixo:

“No entanto, nenhum deles deixou de atingir os objectivos por esse facto ou por qualquer outro!” (D1)

porque, como referem os entrevistados, deve existir em relação a estas falhas, uma capacidade de adaptação, de ajuste:

“E quer dizer, e depois temos de nos adaptar a essas alterações.” (D12).

e a longo prazo, sempre que possível, como concluíram, elas devem servir como fontes de aprendizagens para melhorar a actuação em intervenções futuras:

“Aspectos ahm que podem ser melhorados? Há! Há sempre! Aprendemos sempre também com os erros” (D13).

b) Conversão falhas-decisões estratégicas

De acordo com os entrevistados, face às falhas que ocorrem no sector da saúde, existe uma série de decisões estratégicas que deveriam ser tomadas, para que estas possam ser corrigidas e a qualidade e eficácia das intervenções progressivamente melhorada, rumo à construção de um cenário desejado de intervenção. A nível *macro* foi referida como estratégia a cooperação norte - sul - sul; a nível intermédio ou *institucional*, uma abordagem integrada e integrante, o planeamento, uma monitorização e avaliação eficazes, uma intervenção sustentável e recursos humanos capacitados. Na *relação* entre estes dois níveis, foi apontado como pressuposto estratégico, o conhecimento de terreno por parte dos financiadores (Figura 13).

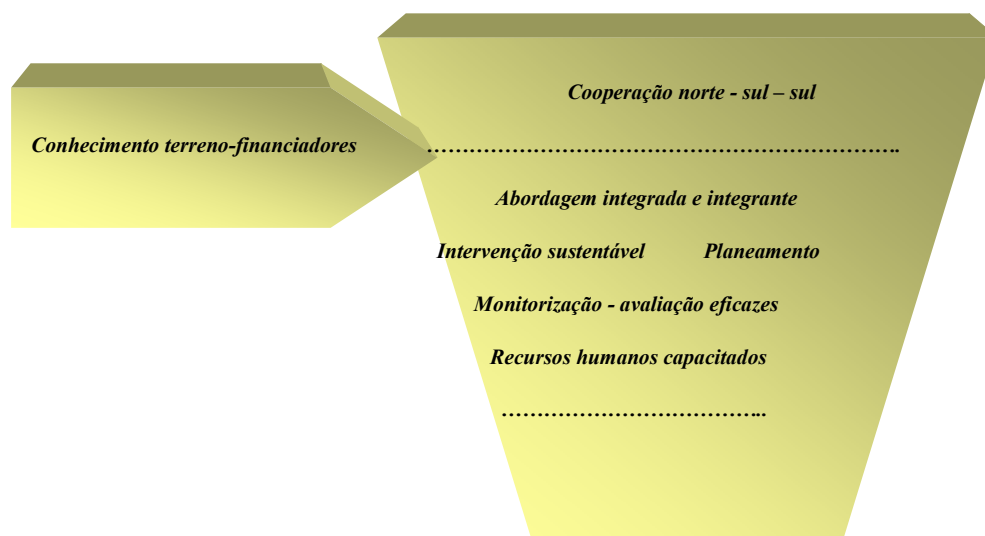


Figura 13 - Esquema resumo das decisões estratégicas necessárias na cooperação no sector da saúde, para correcção/conversão das falhas.

▪A nível *macro*:

Como forma de corrigir as falhas existentes, foi apenas referido como decisão estratégica, a necessidade de formas de cooperação norte - sul - sul:

"(...) hoje é muito importante a cooperação sul-sul. Países que viveram situações de dificuldade no passado estão mais capacitados para entender e serem escutados do que o modelo

ultrapassado de cooperação norte-sul. E no mundo atual e globalizado, os países desenvolvidos estão buscando parcerias de países emergentes e em transição para formar o que se chama de cooperação norte-sul-sul.”(D17).

▪ **A nível *intermédio* ou *institucional*:**

Para conversão das falhas, segundo D4, é necessário conseguir-se actuar através de uma abordagem integrada e integrante, ou seja, com base numa intervenção realizada de forma transversal aos vários sectores, com o objectivo geral de proporcionar a toda uma população cuidados básicos de saúde, com uma forte aposta nos seus recursos endógenos, principalmente os humanos e sua capacitação:

“(...)uma intervenção integrada e integrante é preciso muita(>2) muita sorte e muito apoio! E se nós temos a sorte de conseguirmos esta visão, e espero bem que consigamos ahm....ter, com esta boa prática (...)” (D4).

Para realizar este tipo de abordagem, os entrevistados consideram fundamental o planeamento, relativo à necessidade de realizar um bom diagnóstico inicial, com base nas necessidades reais, observadas e expressas, para que em função dos problemas detectados, se possa responder, com a intervenção, da forma mais eficiente possível, com os recursos disponíveis. Inclui a prospecção de necessidades no terreno e uma logística adequada, conjunto de aspectos estes, mencionados por vários elementos do grupo com que se investiga este problema:

“Atrevo-me a pensar que o conhecimento concreto da realidade do terreno é o aspecto mais importante, bem como o adequado planeamento da intervenção, assegurar o financiamento, para além da definição das prioridades de intervenção.” (D1)

É ainda necessário, a nível institucional, reservar em todos os projectos e obrigatoriamente na apresentação da proposta, uma parte do financiamento para a elaboração de um bom sistema de monitorização e avaliação:

“Então, na fase inicial de projectos de maior dimensão - estou a falar de projectos de 4/5 anos, é importante fazer um diagnóstico aprofundado, fazer um estudo de linha de base mais séria e aí deveria ser obrigatório reservar uma parte do financiamento....e quando digo obrigatório, nas condições de proposta, uma parte do financiamento ser todo para esta actividade: portanto, monitorização e avaliação!”(D8);

e que a intervenção seja sustentável, ou seja, que os projectos sejam elaborados de forma participada (“doador - receptor”) e incluam na sua estratégia a participação da comunidade local e o seu empoderamento, para que estes sejam capazes de dar continuidade às oportunidades criadas pelas intervenções após o seu *terminus*. Implica recursos locais e o estabelecimento de parcerias também locais:

“A participação dos parceiros locais é fundamental para o sucesso de qualquer missão, seja ela na área da saúde ou outra.(...) Pode ser mais demorado, mas é importante que o país que esteja recebendo ajuda sinta-se parte do projeto e tenha capacidade de dar continuidade acção.”
(D17)

Uma última decisão estratégica *institucional* para a conversão das falhas é a existência de recursos humanos capacitados, como explica o entrevistado D8, profissionais de saúde com formação específica em acção humanitária e cooperação, dispostos a desenvolverem a sua carreira a nível internacional:

“Felizmente, penso que devido à crise, nos últimos 2 anos começamos a ter muito mais enfermeiros a tentar assumir uma posição de que esta é...pode ser a sua carreira/Sei/Saúde Internacional! Começamos a ter mais pessoas formadas, formadas na área da saúde e cooperação ou na área da ajuda humanitária a quererem desenvolver carreira nesta linha.”
(D8).

▪ **Na relação entre os níveis *macro* e *institucional*:**

Foi apontada como decisão estratégica necessária para a conversão das falhas, o conhecimento das necessidades no terreno, para cada cenário de intervenção, por parte de financiadores, previamente à elaboração dos critérios que servirão de base para avaliar os vários projectos de cooperação que se candidatam a um financiamento:

“(...)de uma forma muito bem estruturada, muito bem coordenada, possa existir uma prospecção por parte dessas entidades financiadoras ou dessas organizações financiadoras, de poder mandar uma equipa lá e dizer assim « Para este projecto, os itens vão ser estes!». Então, provavelmente aqui, todas as organizações que estiverem no terreno vão entender que itens são aqueles e aquelas organizações que provavelmente não estiveram no terreno e que se vão querer candidatar, vão ter dificuldade em preencher os itens. Então aqui vai existir uma grande diferença entre aquelas organizações que simplesmente andam atrás de financiamentos (...) daqueles que realmente trabalham no terreno, com objectivos muito concretos (...)”(D11) .

Constituindo a saúde um fenómeno multideterminado, e que pressupõe por isso, como têm demonstrado as evidências relatadas ao longo da história, uma abordagem dirigida à totalidade dos seus determinantes - “holística” na conceptualização de Smuts, a utilização recorrente, pelo CAD/OCDE em 2010, do adjectivo “fragmentada” para caracterizar a generalidade da cooperação internacional portuguesa, se aplicável à cooperação no sector da saúde, coloca no mesmo contexto, conceitos e abordagens que idealmente se situariam em cenários opostos.

Uma vez que a prestação de uma ajuda fragmentada diminui, de acordo com vários relatórios internacionais (ONU,2006; BM, OCDE, OMS,2008; OMS,2007; CE,2010;Pedra,2011), a sustentabilidade das intervenções, a capacidade de apropriação e consequentemente a eficácia da cooperação, parte-se do pressuposto que o actual cenário de cooperação internacional portuguesa no sector da saúde é caracteristicamente negativo. Uma comparação entre os elementos apontados pelas pessoas que detêm um conhecimento particular sobre esta situação, como causas de fragmentação e causas de falhas - outra categoria de análise em discussão para caracterização deste cenário, permite reconhecer que, muitas das causas de fragmentação listadas pela amostra são igualmente situações que conduzem à ocorrência de falhas e à não consecução ou consecução parcial dos objectivos traçados para os projectos de cooperação no sector da saúde, facto que sustenta a negatividade atribuída ao cenário actual da cooperação e permite certificar, mais uma vez, as consequências menos positivas que a sua manutenção pode acarretar, caso se mantenha, para a qualidade e eficácia da cooperação internacional no sector da saúde num futuro próximo.

Relativamente à crítica realizada pelo CAD/OCDE à cooperação internacional portuguesa, embora existam pessoas do grupo com que se investiga que se encontram totalmente de acordo com a característica de “fragmentada” que lhe é atribuída, outros, no entanto, argumentam que embora concordem com esta crítica, consideram que esta fragmentação apenas se faz sentir do ponto de vista quantitativo - fragmentação de financiamentos, considerando de qualidade, a ajuda internacional prestada pelo país.

Uma leitura atenta do documento de avaliação publicado em 2010, permite confirmar que embora seja feita referência pelo CAD, ao facto de Portugal manter a sua dificuldade em atingir o montante de APD internacionalmente estabelecido, tendo

atingido em 2010 apenas 0,29% do RNB (estimativas do IPAD,2011 a) dos 0,51% estabelecidos para a data pela UE (RCM nº196/2005), esta entidade reconhece que Portugal, embora envolvido num dos mais importantes e desafiantes cenários internacionais de desenvolvimento, e dos significativos progressos realizados desde a ultima avaliação (em 2006), mantém uma ajuda “fragmentada” porque a “History also influences how Portugal works with is partner countries.” (CAD/OCDE,2010, s.p.).

Uma apreciação posterior das causas apontadas pelos entrevistados como justificativas desta fragmentação, permite concluir que, de acordo com a sua opinião, ambos os argumentos utilizados, quantitativos e qualitativos, são válidos para fundamentar esta crítica apontada à cooperação internacional realizada pelo país. Uma leitura dos dados permite observar que, de acordo com a amostra, as causas para esta fragmentação se concentram, essencialmente, a nível *institucional* ou *intermédio*. A limitação de recursos financeiros particularizada como justificação, surge entre as causas apontadas ao nível da *relação*, que conjuntamente com o nível *macro*, são os dois patamares de análise que em termos de concentração de número de elementos, se seguem ao anterior (intermédio/institucional), com mais elementos justificativos desta “fragmentação”. O nível *micro*, é o nível onde foram apontadas menos elementos - causa deste factor crítico.

Relativamente às causas de falhas, a concentração acontece maioritariamente ao nível da *relação* macro-institucional; segue-se depois o nível institucional/intermédio, e os níveis *macro* e *micro*, com igual número de elementos relativamente a este aspecto.

Dada a importância da fragmentação no cenário de cooperação actual e a sobreposição de alguns factores causadores de falhas e de fragmentação, optou-se por realizar uma discussão vertical destes elementos, utilizando como fio condutor a concentração dos elementos - causa de fragmentação.

No patamar de análise que reúne maior número de elementos justificativos - nível *intermédio/ institucional* - foram apontadas como causas de fragmentação: a resposta a especificidades, as intervenções *ad hoc*, o planeamento deficitário, a ausência de uma linguagem comum, e a formação deficitária dos profissionais. Como causas de falhas, a este mesmo nível, foram mencionadas: uma série de fragilidades/ausências

base (prospecção como desperdício, ausência de projecto, actividades isoladas, planeamento deficitário, ausência de manuais de procedimentos standard, modelos frágeis de monitorização e avaliação, dificuldades na evolução das práticas, ausência de apropriação e consequente sustentabilidade), as intervenções *ad hoc* e as dificuldades de logística no terreno.

Relativamente à fragmentação, de acordo com as pessoas com que se investiga este fenómeno, ela acontece, em parte, porque no plano bilateral, Portugal coopera essencialmente com as suas ex-colónias, facto que lhe dá um conhecimento privilegiado acerca da realidade e necessidades destes países, e conduz o país, ao procurar responder a estas especificidades, a fragmentar a sua ajuda. Assim, se por um lado o conhecimento da realidade constitui uma força da cooperação portuguesa no sector da saúde, como se conclui no *SWOT* realizado, este aspecto está, paralelamente, e em sentido oposto, a contribuir para que a ajuda portuguesa seja fragmentada, porque, embora respondendo eficazmente a necessidades, se estas necessidades são, como afirmam os entrevistados, “desgarradas” – *actividades isoladas* realizadas na *ausência de um projecto* (*fragilidades/ausências base* causadoras de falhas ao nível *intermédio*), estará comprometida a longo prazo, como apontam os vários relatórios internacionais, a sua sustentabilidade e consequente eficácia. Como recorda Dan Pedra (2011, p.7), no seu relatório sobre o IV Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda, as ajudas ao desenvolvimento devem fazer face às causas da pobreza e não aos seus sintomas e por isso, parece-nos, neste contexto, que se Portugal mantiver esta postura de actuação, o conhecimento da realidade que detém acerca dos seus principais parceiros bilaterais, em vez de constituir um elemento a somar para a qualidade da sua cooperação no sector da saúde, constituirá o factor de uma soma nula.

Outra das causas apontadas como originadoras de fragmentação no sector, são as intervenções *ad hoc*, por definição, programas verticais autónomos de curto espectro e muito pouca integração no sistema de saúde dos países “receptores” (Magnussen, Ehiri e Jolly, 2004), que por este facto contrariam, tal como as actividades isoladas referidas atrás, aspectos fundamentais em cooperação: a apropriação por parte dos países parceiros e a consequente sustentabilidade das intervenções. A confirmar a negatividade associada a estas intervenções está o facto de, para além de já terem sido apontadas

como fraquezas da cooperação no sector da saúde no diagnóstico estratégico realizado nesta investigação, serem igualmente referidas como causa de falhas a nível intermédio.

Tal como acontece com as intervenções ad hoc, também o *planeamento deficitário* listado nas causas da fragmentação, é apontado como causador de falhas no sector da saúde (fragilidade/ausência base), tendo sido já considerado uma fraqueza na análise SWOT atrás apresentada. Constituindo o planeamento, tal como defende o MS e a DGS (2004) um instrumento que contribui para a sustentabilidade técnica, política e financeira das actividades realizadas no sector, se subvalorizada a sua importância e correcta aplicação, todos estes aspectos sairão defraudados em qualquer intervenção, com o conseqüente comprometimento da qualidade da cooperação.

Na base destes défices de planeamento, poderão estar, os dois outros aspectos apontados como causadores de fragmentação a nível *intermédio/institucional*: a *ausência de uma linguagem comum* entre os actores envolvidos no teatro da cooperação, com as respectivas conseqüências em termos de relação e coordenação; e a *formação deficitária dos profissionais* que integram projectos de intervenção, sobre a especificidade dos temas relacionados com a cooperação para o desenvolvimento, já apontada como uma fraqueza na análise SWOT realizada e que talvez possa explicar a anterior causa de fragmentação apontada.

Se nos concentrarmos nas *fragilidades/ausências base* listadas, como causas intermédias de falhas na cooperação internacional no sector da saúde, percebemos, que muitas delas estão relacionadas com a sequência dos três elementos referidos anteriormente: *formação deficitária dos profissionais*, *ausência de uma linguagem comum* e *planeamento deficitário*.

Para que, enquanto instrumento, o planeamento, permita a cada país uma racionalização na aplicação dos seus recursos de saúde, caracteristicamente escassos (Giraldes *in* Tavares, 1990, p. 14), de forma a que a transformação da realidade se processe da maneira mais eficiente possível (Imperatori *in* Tavares, 1990, p.13), é necessário que ele tenha como ponto de partida, como defende a CE (2004), o conhecimento da realidade que se propõe melhorar. Segundo Duran (1989, p.63) para um bom conhecimento da realidade, a “(...)exploração directa do terreno é

indispensável e é também a fonte mais fiável” para ir até às primeiras causas da situação encontrada. Contudo, de acordo com o grupo com que se investiga, e talvez devido à *formação deficitária dos profissionais* que dinamizam a cooperação e, naturalmente, a *ausência de uma linguagem comum*, em Portugal muitos actores consideram a prospecção/avaliação de necessidades no terreno um desperdício, um custo adicional para o orçamento, minimizando as mais-valias que esta avaliação pode ter na optimização de alguns recursos e na adequação da estratégia. Uma vez que, de acordo com CE (2004), qualquer objectivo de intervenção é construído com base no conhecimento da realidade, a consequência desta desvalorização, será, de acordo com Ruivo e Ferrito (2010) uma visão distorcida da situação e a tomada de decisões consequentemente equívocas: as falhas.

Se a metodologia de projecto, falha no seu primeiro pressuposto - o conhecimento da realidade de intervenção, este défice conduz necessariamente a que todo o restante ciclo de planeamento, apresente logicamente falhas, nomeadamente o modelo de monitorização e avaliação, que será neste contexto, naturalmente frágil.

De acordo com a CE (2004) a monitorização constitui um importante instrumento de gestão interna de apoio à tomada de decisão eficaz, na medida em que permite analisar o progresso do projecto em relação aos resultados planeados e corrigir eventuais desvios. A avaliação, segundo a OMS (1981), é por sua vez, uma forma de aprender com a experiência, e utilizar as lições apreendidas para melhorar as acções presentes e planificar mais eficazmente no futuro. Ambos os processos são considerados em “*Uma estratégia*” como “(...) mecanismos indiscutivelmente necessários para a construção de uma cooperação para o desenvolvimento que seja de qualidade e eficaz” (RCM nº196/2005, p.7200), encontrando-se a sua realização prevista na “*Estratégia de Cooperação Portuguesa para a saúde*”. Mas, se como apontam os entrevistados, uma das falhas intermédias/institucional da cooperação no sector da saúde, é a *fragilidade do sistema de monitorização-avaliação*, constituindo este sistema uma mecanismo de retroacção sobre as diversas etapas anteriores de planeamento, na presença desta fragilidade, todo o processo ficará limitado, nomeadamente o aprofundamento do diagnóstico inicial em grandes projectos, a demonstração de

resultados e a possibilidade de melhorias para *evolução das práticas* em projectos futuros, como argumentam.

Para que possa atingir o seu verdadeiro potencial, o planeamento, para além de ter como pressuposto o conhecimento da realidade, deve ainda assumir, de acordo com Brissos (2004) a forma de um processo de negociação participativa, hoje em dia um requisito fundamental em todas as fases de planeamento (Brissos, 2004) de uma política de desenvolvimento (CE, 2004), na medida em que esta participação facilita a consecução de objectivos e aumenta a capacidade de aprendizagem e inovação dos actores. De acordo com Guerra (2000), os projectos de intervenção devem ter por isso como pressupostos, o desenvolvimento socioeconómico integrado das comunidades, na medida em que as acções com maior sustentabilidade são aquelas que repousam sobre o reconhecimento dos grupos sociais para se auto-organizarem e a capacidade de intervenção de uma comunidade sobre si própria. Se, de acordo com as pessoas com que se investiga, muitos projectos de cooperação não incluem na sua estratégia esta participação e empoderamento local, a população a quem eles são dirigidos, não será capaz, após o seu *terminus*, de dar continuidade às oportunidades criadas: falha assim a sua apropriação e logicamente a sua sustentabilidade, e concludentemente, o impacto e a qualidade da cooperação.

De todas as falhas apontadas dentro das fragilidades/ausências base, falta ainda mencionar a *ausência de manuais de procedimentos standard*, que de acordo com a amostra constituiriam uma mais-valia em relação a situações que apresentam um carácter comum aos vários projectos, na medida em que minimizariam esforços e permitiriam agilizar processos.

A última causa de falhas referida a nível intermédio, são as dificuldades de logística no terreno, enfrentadas por alguns actores de cooperação. Constituindo os recursos materiais e técnicos, de acordo com Duran (1989), alguns dos recursos fundamentais para a realização no terreno das actividades planeadas, falhas a este nível vão indubitavelmente comprometer a concretização da actividade e, como defende Basto (2004), previsivelmente, a sustentabilidade do projecto.

Relativamente às causas de fragmentação, a seguir ao nível intermédio/institucional, são os níveis macro e de relação a concentrar mais elementos justificativos para este acontecimento.

A nível da *relação* macro-institucional, foram apontadas como causadoras de fragmentação: a descoordenação e os recursos financeiros limitados. Este mesmo nível, é aquele em que, relativamente às causas de falhas, se concentram mais elementos que justificam a sua ocorrência. Segundo amostra são causas de falhas a este nível: a descoordenação, as dificuldades de financiamento, a ausência de uma estratégia e consequente processo de avaliação, o desfasamento, a libertação de recursos humanos limitada e a dificuldade das autoridades em fazer cumprir os protocolos médicos.

Já apontada como uma fraqueza da cooperação portuguesa no sector da saúde no *SWOT* aqui realizado, a descoordenação volta a ser mencionada pelos entrevistados como elemento caracterizador do cenário actual, quer como causador de fragmentação, quer como causador de falhas, o que reforça a importância desta crítica também tecida pelo CAD em contexto de avaliação.

Segundo argumentam os entrevistados, esta falta de coordenação deve-se: ao elevado número de actores, que actuam e financiam projectos na área da saúde sem que exista entre eles uma coordenação em função de uma estratégia comum; ao elevado número de pequenas intervenções que são realizadas no terreno de forma independente; a formas de cooperação reactivas, com organizações que nascem em contextos concretos e actuam de forma independente; e à falta de estabelecimento de parcerias, pelo diminuto valor que ainda lhe é atribuído no contexto da cooperação em Portugal.

Tal como já foi discutido na análise *SWOT*, a descoordenação é uma crítica com tendência a tornar-se crónica para a cooperação em Portugal, face ao conjunto de iniciativas que têm vindo a ser desenvolvidas para colmatar este aspecto e à persistência da situação. Se particularizarmos a crítica para o sector da saúde, este aspecto encontra-se, de certa forma justificado e torna-se até compreensível, se pensarmos que Portugal apenas tem uma estratégia traçada para o sector, há sensivelmente meio ano (meados de 2011), o que significa que a grande variedade de actores, como afirmam os entrevistados, que dinamizam o sector, entre o final de 2005 e a publicação do

documento estratégico específico, tinham como fio condutor para a sua actuação, as 16 linhas de orientação para o sector da RCM N°196/2005. Perante este novo documento, algumas das causas apontadas como causadoras de descoordenação podem ser minimizadas - formas de cooperação reactivas - e outras invertidas em benefício da qualidade - variedade de actores e de projectos - na medida em que todas as iniciativas terão que se reunir em torno do objectivo geral de intervenção definido para o sector neste documento.

Relativamente à falta de parcerias, apesar de serem apontadas neste estudo como elemento causador de descoordenação pela falta de importância que ainda lhe é atribuída neste contexto, o seu estabelecimento enquanto importante elemento de coordenação e meio para operacionalizar com maior qualidade e credibilidade os projectos e programas de cooperação, encontra-se decretado desde 2005, em “*Uma estratégia*” (RCM n°196/2005, p.7195), encontrando-se também contempladas na estratégia do sector (IPAD,2011 a, p.16).

A situação com que nos deparámos para a descoordenação, repete-se neste estudo, quando falamos das dificuldades de financiamento no sector da saúde, anotada como fraqueza, causa de fragmentação e falhas.

De acordo com os entrevistados, e como apontam dados do IPAD, o financiamento reservado ao sector da saúde apresenta um valor diminuto - 4%do total da APD em 2010 (IPAD,2011 b). Todavia, mesmo sendo reduzido, ele ainda se encontra fragmentado por dezenas de pequenos projectos e iniciativas, cujo impacto e sustentabilidade se tornam, obviamente questionáveis, como argumentam os entrevistados. A limitação de financiamentos causa falhas, na medida em que, como explicam, quando são propostos projectos de maior dimensão - os mais adequados e sustentáveis em termos de desenvolvimento - e que portanto necessitam de um financiamento mais avultado, este financiamento nem sempre se encontra disponível para a sua implementação, tendo muitas vezes que ser reduzido o tempo de actuação, o que poderá propiciar o surgimento de falhas.

Tendo sido já discutidas todas as causas de fragmentação apontadas ao nível da *relação*, é necessário ainda debater os restantes elementos apontados como causadores

de falhas a este nível: a ausência de uma estratégia e consequente processo de avaliação, o desfasamento, a libertação de recursos humanos limitada e a dificuldade das autoridades em fazer cumprir os protocolos médicos.

Aquando da realização das entrevistas às pessoas com que se investiga este fenómeno, a estratégia de cooperação no sector da saúde ainda não tinha sido publicada. Este facto justifica uma das situações listadas como causadora de falhas no sector. De acordo com o grupo, a inexistência de uma estratégia definida para o sector ou a existência de uma estratégia baseada em generalidades, torna difícil a aplicação de um sistema de avaliação, na medida em que apenas se pode avaliar aquilo que é corretamente planeado. Portanto, se o ciclo de projecto não se cumpre, porque não existe uma estratégia de base, muito menos se poderá cumprir o seu mecanismo de avaliação, e as falhas acontecerão, embora não seja possível avaliá-las. Como decretado em “*Uma estratégia*” “Nesta matéria, é hoje urgente recuperar o tempo perdido, regressando ao processo de consolidação de um sistema de avaliação.”(RCM nº196/2005, p.7200), uma vez que o pré-requisito que faltava, uma estratégia sectorial, já se encontra disponível como “fio-condutor” das actividades de cooperação a planear para o sector.

Outra das causas de falhas a nível intermédio, é segundo os entrevistados, o *desfasamento*. Segundo descrevem, o pensamento político, estratégico e operacional e as decisões nos respectivos meios, quer em Portugal, quer nos países parceiros, não se coadunam com a objectividade das situações reais às quais é necessário responder. Este desfasamento acontece, tanto ao nível dos documentos escritos, com um desfasamento entre a linguagem e itens a que os projectos escritos têm que obedecer para serem aprovados e financiados, e o que é necessário para a sua concretização no terreno; quer a nível documental, na prestação de contas, quando os responsáveis pela implementação dos projectos têm que comprovar perante os seus financiadores, o que fizeram e como fizeram, exigência esta nem sempre fácil de concretizar, na medida em que, muitas vezes, não existem documentos acessíveis, porque os países parceiros não se encontram financeira e administrativamente organizados para isso. As consequências destas situações fazem-se depois sentir ao nível da programação, quando os projectos e programas, nos seus objectivos e actividades não respondem às necessidades e

problemas reais das populações a quem são dirigidos, o que conduz indubitavelmente a falhas, e torna questionáveis as acções de cooperação e os seus resultados.

Outra das causas de falhas apontadas, tal como tem vindo a acontecer na caracterização deste cenário, foi já apontada no *SWOT* realizado, como uma fraqueza: a dificuldade em encontrar em Portugal, profissionais de saúde com formação e experiência em cooperação, disponíveis para incorporarem projectos internacionais de longo prazo, justificada por constrangimentos na obtenção de autorização/ licenças sem perda de direitos relativamente a um vínculo institucional. Para além do que já foi mencionado na análise SWOT, uma leitura atenta de “*Uma estratégia*” (RCM nº196/2005, p.7199), permite contactar, que sob o tópico “[9.6.] *Voluntariado para a Cooperação*”, este constrangimento já se encontra assinalado, em relação à generalidade dos recursos humanos ao serviço de instituições públicas, tendo ficado legislado, que “Há, portanto, que criar condições legais e mecanismos que permitam integrar de forma profissional a disponibilidade voluntária dos indivíduos(...)”. Contudo, se continuarmos a leitura deste tópico, percebemos neste documento, a ocorrência do desfasamento atrás apontado como falha, uma vez que o público - alvo problema desta medida eram “(...) os recursos humanos existentes nas instituições públicas(...)”, e a resposta é depois dirigida “(...) a dois públicos alvo mais disponíveis(...)os jovens e as pessoas já reformadas, os séniores.”

A última causa de falhas apontada a nível da *relação*, é a incapacidade das autoridades locais em obrigarem as diferentes organizações internacionais a utilizar protocolos médicos, importantes enquanto meios para a normalização de procedimentos em determinadas situações de actuação, para minimização da ocorrência de falhas.

Relativamente à fragmentação, com igual número de elementos justificativos que o nível de relação, encontra-se o *macro*, onde foram apontados como causadores deste facto: a cooperação política (saúde-sector não prioritário; ausência de estratégia; generalidade da estratégia - avaliação “está sempre tudo bem”; politização; sectorização; quem decide - desconhecimento do terreno; falta de vontade política) e a dimensão do país parceiro. São causadores de falhas a este mesmo nível: a politização (politização da acção, falta de reconhecimento), quem decide-desconhecimento do terreno, o contexto de intervenção e a cultura.

A nível macro, a *cooperação política* foi considerada pelos entrevistados como uma das causas explicativas da fragmentação que se verifica na cooperação internacional portuguesa no sector da saúde. O termo *cooperação política* foi utilizado neste contexto, para designar uma cooperação com sobreposição de interesses políticos em que, para além da saúde não ser considerada um sector prioritário, como fica explícito no montante que lhe é atribuído do total da APD, a *ausência de uma estratégia sectorial* clara e bem definida até meados do ano de 2011, torna conseqüentemente, o processo de avaliação dos vários programas e projectos propostos e implementados no sector, numa actividade com resultados pouco claros, deixando a impressão que “ está sempre tudo bem”, como já analisado anteriormente.

Tal acontece, porque a cooperação Portuguesa, como também se explicou no seu diagnóstico estratégico, quando se discutiu este factor, apontado nesse contexto como uma fraqueza, se encontra demasiadamente *politizada*, cumpre mais com objectivos políticos do que técnicos. O documento produzido pelo BM, a OCDE e a OMS, no âmbito do III Fórum de Alto Nível de Accra - “*Effective aid, better health*”- vem corroborar esta opinião dos entrevistados, quando ao justificar a fragmentação no sector da saúde, refere que “ «activities» at country level are more likely to attract political attention, to warrant significant technical input and – crucially - to be of a scale that impacts on health and the health delivery systems in recipient countries.” (BM, OCDE e OMS, 2008, p.9-10). Este aspecto é ainda reforçado na sua negatividade, uma vez que, como se pode concluir, para além de uma fraqueza, e causador de fragmentação, é também apontado, a este mesmo nível , pela amostra, como causador de falhas.

Enquanto causador de falhas, os entrevistados consideram ainda que esta politização é muitas vezes impeditiva da acção, porque, embora muitas pessoas com cargos de poder considerem a prospecção de terreno para avaliação de necessidades, uma actividade fundamental na cooperação, interesses políticos e lobbies fortes, impedem que estas intenções se transformem em acções. Para além disso, influencia igualmente o reconhecimento de algumas ONG Portuguesas a actuar em território estrangeiro, a quem não é concedido o estatuto de representação pelo Estado Português.

Para além do já mencionado, verifica-se que em Portugal, para além da cooperação portuguesa ser descentralizada - um factor que lhe é característico (RCM

nº196/2005), cada sector da cooperação, dispõe ainda, do seu ministério, do seu emissário, do seu programa de cooperação e de financiamento independentes, subentendendo-se facilmente, perante esta variedade de entidades, o porquê desta *sectorização* ser considerada também uma causa de fragmentação, ainda mais se tivermos em conta outro aspecto apontado como caracterizador da cooperação portuguesa: a descoordenação.

Se somarmos a todos os elementos já listados relativamente à *cooperação política*, a *falta de conhecimento das necessidades de terreno*, por parte daqueles que detêm o poder decisório relativamente às propostas de intervenção apresentadas para a cooperação (causa de fragmentação e falhas), percebemos as dificuldades, que segundo as pessoas com que se investiga existem, em termos de uma decisão *política efectiva* para uma maior coordenação, a nível *macro*, alguns dos factores explicativos da fragmentação que o CAD reconhece como factor crítico a uma melhoria na qualidade de actuação da cooperação internacional portuguesa.

Como factor justificativo para a fragmentação, foi ainda apontado a este nível a dimensão do país parceiro. Como argumentam as pessoas com que se investiga, a fragmentação da cooperação portuguesa é proporcional à dimensão do país parceiro: concentrada em STP, GB e TL; e mais fragmentada em Angola, Moçambique e CV. Parece-nos contudo que este argumento será questionável, se lermos apenas, e de forma atenta, um dos primeiros argumentos apresentados pelo CAD para explicar esta fragmentação: “(...) co-operation is based on the involvement of a large number of actors, and close personal and institutional relationships among them. Such broad-based approach has the advantage of drawing in a wide range of departments and skills, but it also means the system is fragmented (...)” (CAD/OCDE, 2010, s.p.). Portanto, a fragmentação, acontece mais devido às bases em que Portugal fundamenta a sua cooperação – laços históricos, através de uma abordagem muito alargada, provavelmente demasiado ambiciosa para a sua dimensão enquanto doador - do que com a dimensão do país, mesmo porque, na sua avaliação, o CAD não particulariza esta fragmentação em relação a nenhum país parceiro, referindo-se à generalidade da cooperação bilateral.

Findas as causas macro de fragmentação, ficam por analisar as restantes causas de falhas a este nível. De acordo com a amostra podem propiciar falhas, o *contexto de*

intervenção, devido a situações imprevisíveis (ambiente físico, político) tanto do lado do cooperante, como do parceiro; e a *cultura*, pelo facto das acções se desenvolverem em comunidades com culturas muito próprias e distintas da do “implementador” que, no caso específico da saúde, podem muitas vezes conduzir à ocorrência de falhas, principalmente se não se procura prestar um cuidar culturalmente coerente e integrado.

Relativamente às causas de fragmentação micro, foi apontada pelos entrevistados a atitude dos recursos humanos na área da saúde, pouco disponíveis para integrarem projectos de média-longa duração internacionais, pela perda de comodidades que isso implica. Este factor vem de encontro a um outro elemento apontado também a este nível como causa de falhas: a falta de interesse dos profissionais já no terreno, para a consecução de algumas actividades dos projectos na medida em que elas implicam condições de vida e trabalho contrárias às que estão habituados. Ambas as situações vêm contudo, e de certa forma, contrariar uma das forças apontadas na análise *SWOT* enquanto característica psicossocial dos Portugueses: a solidariedade e o humanismo, pelo que, para benefício da qualidade da cooperação no sector da saúde, se espera que esta causa de fragmentação e falhas se verifique apenas com carácter de excepcionalidade.

Para além da causa de falhas micro já referida, foram ainda listadas pelos entrevistados: a falta de sensibilidade dos médicos expatriados para a capacitação de recursos humanos locais, um importante aspecto negativo, na medida em que esta capacitação, por definição, a habilitação das pessoas para agirem e gerarem resultados valiosos (PNUD,2010),é fundamental para a apropriação das mais-valias geradas pelos projectos e para a sua conseqüente sustentabilidade, comprometendo-se este aspecto quando acontecem falhas a este nível; e as motivações erradas associadas ao interesse de trabalhar em cooperação internacional, o que faz com que muitas vezes as pessoas não estejam preparadas psicologicamente para a realidade que vão ter que enfrentar, já analisada no diagnóstico estratégico atrás, como fraqueza da cooperação internacional no sector.

Por tudo o que foi comentado até agora, torna-se óbvio que o actual cenário de fragmentação que caracteriza a generalidade da cooperação internacional portuguesa, e por consequência, a realizada no sector da saúde, tem conseqüências negativas para a

actividade. Para além da ausência de sustentabilidade, já apontada nos relatórios internacionais e confirmada, como consequência *macro* para a fragmentação, pelos entrevistados neste estudo, para o grupo com que se investiga, as consequências deste cenário vão mais além. A nível *institucional/intermédio*, segundo argumentam, esta fragmentação dá origem, não apenas à *duplicação de intervenções*, mas também à *ausência de respostas a grupos mais vulneráveis*. Paralelamente e num país com recursos financeiros pouco avultados, a manutenção desta forma de actuação, implica igualmente, como consequência ao nível da *relação, muitos gastos, dispersos*, associados às intervenções, sem que tal implique garantias em termos da sua qualidade e impacto. Algumas evidências ao nível do sector ajudam a corroborar este facto: se nos concentrarmos nos números da cooperação no sector da saúde, e cientes que Portugal não é o único país a cooperar com os PALOP-TL, percebemos que apesar do montante destinado à saúde, embora percentualmente pouco significativo, ter vindo a aumentar nos últimos anos (IPAD, 2011 a), os 3 ODM com ela directamente relacionados, não foram, segundo dados de 2008 do *MDG Monitor da ONU*, atingidos na maioria destes países, factos que sustentam que, embora pese um maior investimento, com acções fragmentadas, ficam comprometidos os seus resultados, o que significa que mais investimento não implica necessariamente mais saúde. Actuando desta forma, Portugal afasta-se assim da missão de “*Contribuir para a realização de um mundo melhor e mais estável, muito em particular nos países lusófonos (...)*” (RCM nº196/2005, p.7184), uma vez que, tal como argumenta Chan (2010, p.13), embora com maior investimento, sem o pressuposto da sustentabilidade, “(...)*the need for aid will never end.*”. E, de acordo com as pessoas com que se investiga, esta é a imagem (consequência *macro* da fragmentação) que Portugal transmite, ou seja, ao prestar uma ajuda fragmentada, para além desta fragmentação continuar a possibilitar formas pouco claras para a obtenção de fundos de financiamento, faz transparecer para o exterior, uma imagem de dispersão e de desorganização, e em consequência, a construção de uma imagem pouco positiva por parte dos outros países, relativamente à forma como Portugal coopera, situação que poderá trazer dividendos para o país, nomeadamente, em termos de estabelecimento de parcerias.

4.3- O CENÁRIO DESEJADO

Em oposição ao actual cenário de cooperação no sector da saúde, considerado caracteristicamente negativo, o cenário desejado que a seguir se descreve, foi pensado como caracteristicamente positivo.

Tal como no ponto anterior, também neste caso será primeiramente feita a apresentação horizontal dos dados relativa a cada um dos eixos temáticos utilizados para a caracterização deste cenário, para depois se realizar a discussão e interpretação dos resultados a partir da sua leitura vertical.

4.3.1 - Eixo temático IV: sustentabilidade - saúde

Qualquer intervenção de cooperação, independentemente do sector em que é realizada, deve ser sustentável. Com o objectivo de se perceber qual o lugar ocupado pelas estratégias holísticas neste contexto, o conjunto de entrevistados foi questionado acerca de quais são as bases para a sustentabilidade de uma intervenção de cooperação para o desenvolvimento no sector da saúde.

O conjunto dos dados obtidos permite organizar, dentro do eixo temático, quatro categorias de análise (Figura 14):



Figura 14 – Categorias analíticas do IV eixo temático.

Em anexo (Anexo IV) são apresentados alguns exemplos, apontados ao longo das entrevistas e que ilustram algumas das categorias apresentadas. Cada uma delas é descrita de forma pormenorizada no texto que se segue.

a) Condições anti-sustentabilidade

As condições anti-sustentabilidade estão relacionadas com as situações que, de acordo com os entrevistados, contrariam os princípios da sustentabilidade numa intervenção de cooperação para o desenvolvimento no sector da saúde. Mantendo-se o agrupamento da informação recolhida em subcategorias *macro*, *intermédia*, de *relação* e *micro*, foi ainda possível, em função dos dados recolhidos, distinguir situações directamente relacionadas com o “doador” e com o “parceiro”. De salientar que relativamente ao país parceiro, foram apenas distinguidos factores de nível *macro*: os conflitos armados, a corrupção e o desinteresse na auto-apropriação. Do lado do “doador” contraria o princípio da sustentabilidade a este mesmo nível, a politização. A instabilidade política é também mencionada neste contexto, como um factor *macro* comum a ambos os lados: “doador” e “parceiro”.

Como situações *institucionais* ou *intermédias*, foram referidos, do lado do “doador”, a fragmentação, os modelos de cooperação verticais, a prioridade na oferta e a curta duração dos projectos. Na *relação* entre os dois níveis anteriores, os entrevistados especificam, a descoordenação e os recursos financeiros escassos, como situações contrárias à sustentabilidade (Figura 15).

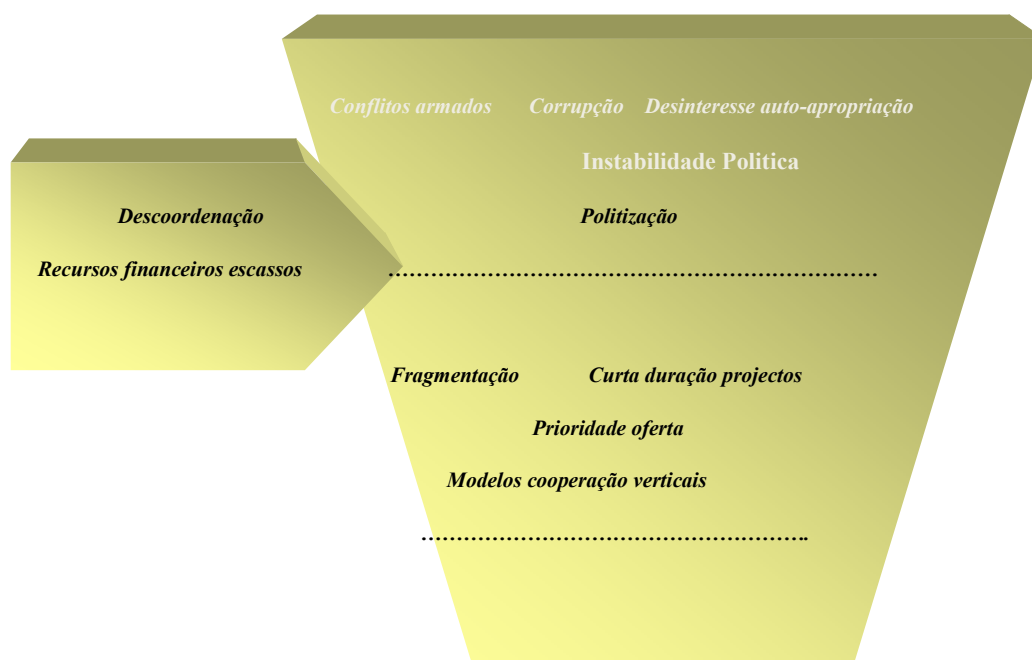


Figura 15 - Esquema resumo das condições anti-sustentabilidade que, de acordo com os entrevistados existem por parte do “parceiro”, “doador” e comuns a ambos.

▪ **A nível *macro*:**

As condições relacionadas com a forma como o país parceiro “recebe” a ajuda e que contrariam os princípios da sustentabilidade numa intervenção de cooperação para o desenvolvimento no sector da saúde, incluem, como referido acima:

- os conflitos armados:

“(...) quando você me fala em sustentabilidade, às vezes há situações anómalas. Sei lá, era impensável ter algo sustentável durante a guerra de Angola. Agora, num período de paz, é perfeitamente possível (...)” (D16);

- a corrupção, com desvio dos fundos financeiros oficiais de ajuda ao desenvolvimento:

“(...)Mas não é só por isso. Uhm nestes países a corrupção é imensa. E quando você está a dar dinheiro, e estou a falar a nível dos países, que é oficial, e sabe que metade desse dinheiro cai em saco roto, vai para os bolsos de alguém, a ajuda também é logo travada e começa haver algum problema.(...) as pessoas também se aproveitam daquilo e aquele acto pontual, acabam por entrar dentro dum sistema semi-corrupto que acaba por tirar as coisas.”(D16);

- e o desinteresse na auto-apropriação, visível quando os países “beneficiários” da ajuda não estabelecem as suas próprias estratégias de desenvolvimento para se apropriarem do projecto durante a sua consecução, por considerarem a intervenção da responsabilidade total do “doador” e quando o projecto é dado como terminado, termina mesmo, na medida em que não se desenvolveu capacidade de auto-apropriação:

“Sem a participação, colaboração (...) locais não é possível a continuidade ou sustentabilidade de nenhum projeto.” (D17).

Do lado do “doador”, contrariam a este nível o princípio da sustentabilidade, a politização. Como já foi descrito anteriormente, a cooperação portuguesa encontra-se demasiadamente politizada, cumprindo mais com objectivos políticos do que técnicos:

“Mas verdade é uma, e isso tem haver muito com os objectivos, com o nosso próprio enquadramento, hoje, da política de cooperação, que é muito orientada para os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio; e muito pouco orientada para sustentabilidade da manutenção desses objectivos. E esse é um problema que os actores para o desenvolvimento vão ter que enfrentar.” (D9).

Um factor transversal *macro*, que afecta “doador” e “parceiro” em termos de sustentabilidade, é a instabilidade política, ou seja, a velocidade a que mudam os círculos políticos e as consequências que estas mudanças podem acarretar em termos de definição das políticas de cooperação, suas prioridades e estratégias:

“Infelizmente, qual é o problema? É a política, os círculos políticos estão a variar a uma velocidade tal, que aquilo que se combina hoje não é aquilo que está combinado daqui a 3 anos, daqui a 4 anos. E isto tanto é valido para o doador, como é valido para o receptor.” (D5).

▪ **A nível *institucional* ou *intermédio*:**

Os factores que, do lado do “doador”, contrariam o princípio da sustentabilidade são:

- a fragmentação, conceito que espelha a ausência de uma visão global das realidades de intervenção com segmentação dos fundos de financiamento e respectivas intervenções e consequente baixa qualidade de resultados – impacto:

“(...)quando isto é aos soluços, porque há alguém que se lembra de manhã, ou arranhou algum dinheiro e «eu agora vou apoiar o hospital central de São Tomé e vou lá deixar uns medicamentos, (...)é evidente que os doentes que foram tratados ou isso, tenham alguma coisa. Mas depois não fica nada. Acabam-se os pensos, acabam as drogas que foram e depois voltamos outra vez á estaca zero sem nada.” (D16)

- os modelos de cooperação verticais, baseados em intervenções *ad hoc*:

“Os países desenvolvidos devem abster-se dos modelos de cooperação verticais.” (D17);

- a prioridade na oferta, com projectos desenhados em função do que se é capaz de oferecer, e não de necessidades reais, expressas ou sentidas:

“Acho que muitas vezes oferecemos soluções para problemas que não existem ou soluções muito desajustadas à realidade local.” (D7)

- e programas e ou projectos de curta duração (até uma ano):

*“ (...) o doador não pode esperar que o receptor consiga responder à apropriação, eh pá..., ao fim do projecto! Isso é trivialidade e um *naífismo* que a mim me faz confusão, mas que existe! Existe cada vez mais! Na União Europeia há um projecto, e acaba, e parte-se para outro! Não! (...) há que estabelecer um diálogo, que não pode ser num curto prazo....Acções de desenvolvimento nunca acontecem num curto prazo(...)” (D5)*

▪ **Na relação entre níveis *macro* e *intermédio*:**

São consideradas condições anti-sustentabilidade do “doador”:

- a falta de coordenação dos vários actores de cooperação em função de uma estratégia comum, devido à falta de partilha de conhecimento das competências e áreas de actuação de cada um:

“E aqui, muitas vezes, algumas organizações ligadas à saúde, reclamam para si também esse papel, enquanto que esse papel podia perfeitamente ser entregue a outras organizações que não tenham tanto essa característica directa de ter um médico, mas que tinham técnicos especializados noutra área de saída ou pessoas, que podiam perfeitamente fazer a prevenção, formação de prevenção, a distribuição de medicamentos, a própria vacinação ahm(>2), toda uma logística que depois proporcionasse, aí sim, que a cooperação portuguesa no terreno, quando chegasse, ter os meios, ter identificado as pessoas, ter já, com algum conhecimento(...)”(D11);

- e os recursos financeiros escassos, com a APD no sector da saúde a ser influenciada pelos montantes canalizados para a evacuações de doentes:

“Boa parte das verbas da cooperação para o desenvolvimento na área da saúde, são investidas no tratamento de doentes, que não têm condições de ser tratados nos seus Países, o que é humanamente fundamental que continue, naturalmente, mas que devia ter um tratamento à parte e poderia ser considerada de uma outra forma e não competir com verbas que são destinadas à melhoria real e concreta das condições de vida (...)”(D1)

b) Pré-requisitos para a sustentabilidade

Para que uma intervenção de cooperação no sector da saúde permita garantir às gerações futuras a mesma atenção concedida à actual, é necessário que tenha subjacente determinados princípios ou factores. De acordo com os entrevistados, constituem pré-requisitos *macro* para a sustentabilidade, uma dupla vontade e o cumprimento da Declaração de Paris (Figura 16).

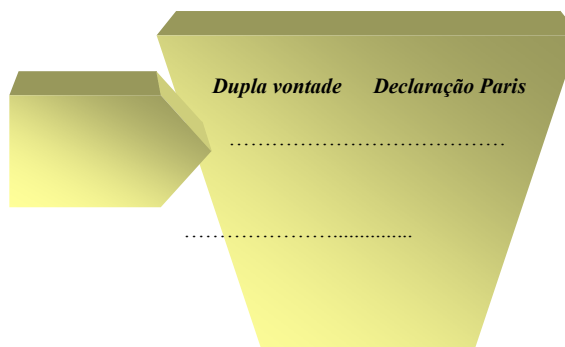


Figura 16 - Esquema resumo dos pré-requisitos mencionados pelos entrevistados como fundamentais para a sustentabilidade das intervenções de cooperação no sector da saúde.

▪A nível *macro*:

Para que uma intervenção sustentável é necessário:

- uma dupla vontade, com alguém que quer ajudar e alguém que quer ser ajudado:

“(...) esta acção para ser sustentável tem que ter sempre 2 partes: quem quer intervir e ahm e onde vai ser feita a intervenção também tem que haver esta cooperação, tem que haver esta dupla vontade. Portanto tem que haver uma dupla vontade em que alguém quer ajudar e alguém quer ser ajudado (...)” (D13);

- e ter em conta, no desenho da estratégia, os 5 itens que constam da Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda:

“É preciso não esquecer os princípios básicos da Declaração de Paris e da Agenda Accra que nós muitas vezes privados não damos a devida atenção.” (D9).

Com base nesta declaração e de acordo com os entrevistados, deve-se assim partir sempre no desenho de qualquer intervenção, de um equilíbrio, em que o país “doador” estabelece linhas para garantir a apropriação do projecto por parte do “receptor” e este colabora nesta estratégia de modo a garantir a auto-apropriação e o prolongamento a longo prazo dos efeitos do projecto, quando a intervenção do “doador” cessar:

“Portanto, então, chegar a este meio-termo é a chave do sucesso! Ou seja, o doador perceber até quando é que tem que estar, o receptor perceber que o doador só pode estar, não é nos próximos 20 anos, mas nos próximos 4 anos. Portanto, ter essa capacidade!(...) para perceber até onde é que nós podemos ir, e até onde é que eles podem ir, e portanto, desse diálogo honesto, verdadeiro, cara-a-cara, é que pode nascer de facto a sustentabilidade! Sem isso, não vejo como!”(D5).

Este equilíbrio implica que exista:

- um alinhamento, com os “doadores” a basear todo o seu apoio nas estratégias nacionais, instituições e procedimentos dos países parceiros:

“(...) primeiro é que esteja alinhado com os grandes eixos das políticas de saúde do país, do país receptor.” (D8);

- capacidade financeira do beneficiário para garantir o funcionamento de estruturas e equipamentos resultantes da implementação de um projecto, após este terminar:

“Ficam os meios, mas se alguns deles deixam de existir, essa falta é responsável por algum fracasso, como é o caso da incapacidade dos governos de alguns países, através do orçamento do estado, garantirem o mínimo para o funcionamento das estruturas. Não havendo esse orçamento mínimo para o funcionamento das estruturas (...) para a manutenção ou reparação (...) tudo vai acabar por contribuir para a incapacidade real do adequado funcionamento das Unidades de saúde.” (D1)

- e apropriação, ou seja, a assunção das responsabilidades por uma determinada intervenção de desenvolvimento, por parte do seu beneficiário, como explicam vários dos elementos do grupo com que se investiga:

“ (...) possam ser continuados pelo governo e pelas populações locais (...)o objectivo de um projecto deve ser o de promover a sua apropriação e continuidade para além do apoio da ONG.” (D18).

c) Decisões estratégicas necessárias para a sustentabilidade

De acordo com os entrevistados para garantir a sustentabilidade das intervenções de cooperação no sector da saúde é necessário tomar algumas decisões em termos estratégicos. Apesar de não existirem a nível *macro*, a nível *intermédio* ou *institucional* são necessárias decisões que conduzam à existência de bases para realizar um planeamento eficaz, projectos credíveis, a formação dos voluntários, garantir o desenvolvimento das organizações da sociedade civil local, o estabelecimento de parcerias e a participação dos locais. Na *relação* entre os níveis *macro* e *institucional*, são necessárias para garantir a sustentabilidade da intervenção, uma estratégia global multisectorial, bases para realizar uma coordenação integrada e a disponibilidade de recursos (Figura 17).

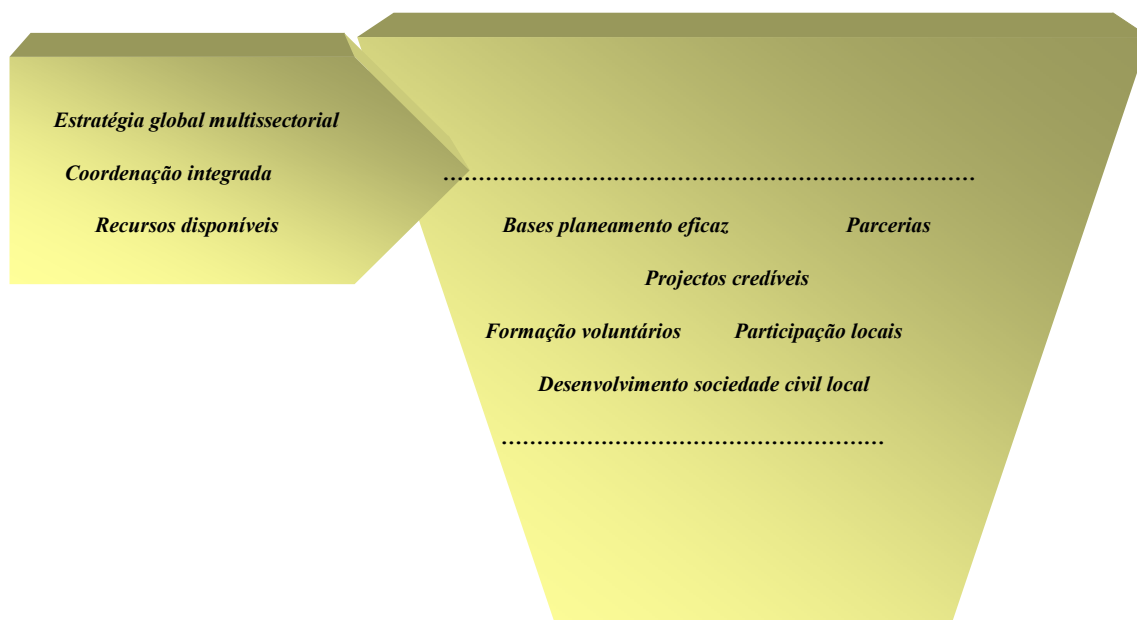


Figura 17 - Esquema resumo das decisões estratégicas mencionadas pelos entrevistados como necessárias para a sustentabilidade das intervenções de cooperação no sector da saúde.

▪ **A nível *intermédio* ou *institucional*:**

Para que uma intervenção seja sustentável são necessários, projectos credíveis, ou seja, cuja estratégia de intervenção garanta, a médio-longo prazo, a resolução do problema da população e a sustentabilidade da intervenção. O conceito de “projecto credível” inclui neste contexto:

- um projecto adaptado ao cenário de intervenção, que responda a necessidades reais particulares, observadas e expressas, de forma eficaz e com impacto:

“Projecto adequado às verdadeiras necessidades da população, que utilize meios de prevenção, diagnóstico e tratamento realistas.” (D18)

- de média-longa duração:

“Como é que os vamos prolongar (in) ao longo do tempo é a tal sustentabilidade- (...)” (D16)

- com replicabilidade, que será o mesmo que dizer, que gere mais-valias para além do simples “output” do projecto, fazendo-se sentir estas mais-valias a todos os níveis (social, económico,...) e sectores:

*“E o «algo a ganhar» não seja o *output* simples do projecto! Ou seja, é um projecto que tenha, que gere mais-valias que sejam reconhecidas. (>2) E que essas mais valias sejam a todos os níveis, se não directamente, que tenham uma replicabilidade a todos os sectores, seja a nível social como económico.” (D6);*

- que garanta o reforço institucional do “parceiro”:

“Projecto que inclua sempre uma componente de capitação local dos serviços de saúde (...)” (D18);

- que inclua a formação e capacitação de recursos humanos locais:

“Depois fazer a formação dos técnicos que trabalham connosco, é fundamental : dar-lhes condições para melhorarem as suas práticas, deixar no terreno as condições para melhorarem as sua práticas e com isso são garantir que as coisas podem continuar a funcionar depois de terminado o projecto.” (D1)

- com equipas expatriadas para os acompanhar:

“(...)é necessário, por uma razão ou por outra, equipas expatriadas, quer seja para assessoria técnica ou mesmo para um trabalho mais existencialista.” (D12);

- recursos locais, ou seja, deverá ser um projecto implementado com base nos recursos, técnicos e materiais existentes à disposição da população e país beneficiário, e os seus efeitos a médio - longo prazo deverão ser potenciados com base nesses recursos, como evidencia a citação abaixo:

“ (...)tem que haver capacidade técnica(...) isto tudo tem que ser de um modelo que cresce de raiz no país e depende dos recursos desse país//desse país//, mesmo se não de um esforço imediato, a curto -médio prazo, para ser sustentável(...)”(D4);

- e uma estratégia de saída, programada em função da apropriação do projecto por parte do “receptor”:

“Isso é uma questão importante. (...) A sustentabilidade é quando um projecto tem que ser desenhado com uma estratégia de saída. Nem que seja a 10 ou 15 anos. Mas tem que ter uma estratégia de saída!” (D9).

Para se desenharem programas e projectos cedíveis, eficazes e com impacto são ainda fundamentais as bases de que se parte para realizar o planeamento:

“Segundo aspecto importante ahm(>2) parece óbvio, mas bater um bocadinho na questão do planeamento: não vale a pena partir sem termos bem definido aquilo que nós queremos de facto.” (D13).

Estas bases incluem:

- um conhecimento prévio, através da prospecção no terreno, das reais necessidades das populações para as quais são elaborados programas e projectos de intervenção, no sentido de conhecer da forma mais global possível, todas as causas e consequência do problema que o projecto procura solucionar/minimizar:

“Tem que se ler o contexto do país beneficiário e da população beneficiária. Isso é primordial! (...)que cresça de raiz (...)Tem que se fazer um processo que cresce (sus+) que cresça do terreno (...)” (D4)

- e a realização de um bom diagnóstico inicial, decorrente do conhecimento real e actualizado das necessidades de uma população, como reforçam alguns entrevistados:

“ (...) primeiro é um diagnóstico (...): um bom diagnóstico de necessidades e saber qual é que é a linha base de onde se está a partir.” (D7)

A nível intermédio são igualmente decisões estratégicas fundamentais para a sustentabilidade, o estabelecimento de parcerias no país “beneficiário”:

- quer parcerias com organizações locais:

“(...)o que devia estar na base da sustentabilidade: em primeiro lugar é a colaboração estreita...o trabalho em estreita pareceria com as organizações locais e com as populações locais(...)” (D1)

- quer institucionais, com os ministérios do país parceiro/autoridades locais, consideradas relevantes para a concretização do projecto:

“(...)trabalho com envolvimento das (...) autoridades locais desde a concepção do projecto.”(D18)

- quer parcerias estado - estado - sociedade civil, ou seja, perspectivas de intervenção estado - a - estado, que por sua vez se concretizem através de agentes da sociedade civil, como ONG:

“Finalmente seria ter perspectivas de intervenção que tivessem ou favorecer perspectivas de intervenção, por um lado ligadas ao estado, estado - a - estado, mas usando os agentes da sociedade civil, nomeadamente as ONG’s.” (D8)

Associado a estas parcerias, surge igualmente como fundamental para a sustentabilidade, a participação efectiva da população à qual é dirigido o projecto, em todas as fases do seu ciclo, com respeito pela cultura, conhecimentos e competências locais:

“(...)no terreno sentirem que de facto aquilo é uma necessidade que eles têm, sentirem que são parte integrante do processo: que não são só aquela palavra terrível, que nós às vezes usamos de “beneficiários”, que dá um ar de passivo, mas que também estão envolvidos na definição do trabalho que se vai fazer.” (D7)

Para além dos factores já listados, é ainda fundamental a nível *intermédio*:

- destinar em todos os projectos, principalmente os de longa duração, uma parte do orçamento para ajudar a crescer as organizações da sociedade civil locais:

“Dado que em muitos casos esta sociedade é muito frágil, quase que seria obrigatório, na minha opinião, e este obrigatório seria exigir que algum volume do financiamento fosse orientado neste sentido, que era, ajudar a crescer as organizações da sociedade civil nesses países. (...) Procurar desenvolver abordagens que permitam perspectivas no mínimo 5 a 10 anos de intervenção. Para quê? Para que durante estes processos se crie a possibilidade de desenvolver acções de sociedade civil. Hoje o IPAD já começa a ter alguma dessa abordagem, mas tornava-se necessário, institucionalizá-la, ter, se calhar até mesmo programas em que, permitissem desenho de projectos no mínimo de 5 anos (>2) e isso permite, e por exemplo, nesses projectos obrigar a que houvesse uma componente, ligada ao reforço de parceiros da sociedade civil, por exemplo. Isso seria uma forma de, por um lado garantir a sustentabilidade e por outro, exigir um aumento da qualidade das próprias organizações portuguesas.” (D8);

- e a formação dos voluntários acerca das condições de terreno e o que se espera do seu comportamento:

“Depois é preciso seleccionar bem os voluntários, as pessoas que vão para o terreno, fazer-lhes uma clara introdução àquilo que vão encontrar, o confronto com situações de miséria extrema, o confronto com práticas que não aceitamos e fazê-los perceber como é que se lida com essas situações, a impotência para resolver problemas diários de condições de vida de extrema pobreza.” (D1).

▪ **Na relação entre os níveis *macro* e *institucional*:**

Constitui um elemento de garantia da sustentabilidade de uma intervenção de cooperação no sector da saúde, uma estratégia global multisectorial: um conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras que determine e revela a vontade da cooperação em termos de objectivos de longo prazo, para fazer face ao meio envolvente de forma eficaz. Inclui o desenho de uma estratégia global que responda da melhor forma possível a todos os determinantes de um problema, com base numa abordagem multisectorial:

“É definir uma linha estratégica, seja ela qual for, e não alargarmos nos próximos tempos, até atingir o objectivo.(...) Isto é já trabalhar de uma maneira séria. Porque você pegou num assunto e seguiu ao longo do tempo, fez aquilo que tinha que fazer (...)”(D16)

No desenho desta estratégia está deste modo implícito, o conceito de saúde enquanto fenómeno transversal:

“(...)a saúde acaba por ser transversal(...)Quando se fala muito em fome, é um problema de saúde. É um problema de saúde porque a fome está...as consequências são de saúde! Portanto a fome vai provocar carências e fragilidades ao nível orgânico. Ora se é ao nível orgânico, é ao nível da própria saúde! Portanto saúde é transversal” (D11)

Na relação entre os dois níveis, é igualmente uma decisão estratégica importante para garantir a sustentabilidade das intervenções, a disponibilidade de recursos, financeiros e humanos, por parte do “doador”:

“Portanto, primeiro garantir o financiamento. Depois ou em simultâneo assegurar a disponibilidade das próprias pessoas na implementação do projecto.” (D2)

Por último, para garantir que uma intervenção é sustentável, é igualmente importante, a existência de uma coordenação integrada dos vários actores de cooperação em função de uma estratégia comum adequada à realidade de intervenção:

“Outro é a questão, como estávamos a dizer, da articulação de actores e de haver competências que são ahm(>2) que são divididas consoante a especialidade(...) e essa articulação com outros actores é importante ahm (>2) se bem que nem sempre é fácil.” (D7).

d) Decisões estratégicas para aumentar a sustentabilidade

Relativamente à questão da sustentabilidade, alguns dos elementos com quem se investiga, deixaram algumas ideias concretas de decisões estratégicas, dirigidas à situação específica da CP, que poderão contribuir para aumentar a sua sustentabilidade no sector da saúde.

Visto que uma das situações que mais financiamento mobiliza é a da evacuação de doentes, segundo os entrevistados, deveria apostar-se em programas de média-longa duração para formação pós-graduada de recursos humanos locais, seleccionando as especialidades que motivam mais evacuações, com estabelecimento de parcerias institucionais entre “doador” “receptor”:

“ (...)Mas o quê em concreto? Muito bem! Ahm...trazer uns médicos para especialidades, muito bem! Agora, quais dessas é que contribuem para haver menos evacuações de lá para cá? Então vamos formar nessas áreas e vamos convencer os nossos parceiros de lá a formarem em cardiologia, nefrologia, cirurgia não sei das quantas...e durante 10 anos a gente só forma naquelas áreas. Ponto final parágrafo! (...) E durante 5 anos o vai e vem de alunos, de professores, e de exames e de artigos e de teses e de doutoramentos... é feito entre aquelas 2 instituições. As pessoas de cada uma delas são responsáveis por pôr aquilo a funcionar bem e pronto! (...)O programa de formação em não sei quê e não sei quê entre estas 2 instituições vai continuar! Portanto aquilo está a gastar 300mil por ano: aqui não se mexe! Portanto mexa no resto! Aqui não pode!” (D3)

Apostar na saúde escolar, foi outra das ideias deixadas, devido aos vários “*outputs*” que projectos nesta área podem ter e a sua potencialidade em termos de efeitos noutros sectores:

“ (...) a saúde escolar. Não tem ninguém dedicado a saúde escolar. E saúde escolar o que é que é? é ir... porque por exemplo, eu sei que nestes países, para 50% das crianças nem vão à escola, portanto há ali uma população que me está a escapar. Mas os que vão, não estão organizados. Há crianças que vêem mal, há crianças que ouvem mal(...) mas depois falha tudo a nível da saúde escolar.(...) Principalmente mulheres (...)em Angola, tenho uma média de 7,2 filhos por mulher(...)Eu vou pedir dinheiro para a saúde escolar e ninguém me dá.” (D16).

4.3.2-Eixo temático V: visão holística - cooperação - saúde

Sendo a saúde um fenómeno multideterminado, procurou perscrutar-se junto dos entrevistados, qual o lugar que a visão holística ocupa no desempenho da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde. Ao abordar-se especificamente este questão, o conjunto dos dados obtidos permite organizar, dentro do eixo temático, seis categorias de análise (Figura18):



Figura 18 – Categorias analíticas do V eixo temático.

Cada uma destas categorias é apresentada de forma pormenorizada no texto que se segue.

a) Visão holística - grau de operacionalização

Dentro do grupo com que se investiga o problema, foi possível identificar dois níveis de opinião relativamente à operacionalização da visão holística na cooperação portuguesa no sector da saúde:

- a maioria dos entrevistados (77.8%) consideram-na concretizável:

“(...)é operacional, é necessária, (...)Nem faz sentido trabalhar de outra maneira!”(D13)

- sendo os restantes (22.2%) de opinião, que a visão holística na CP no sector da saúde é pouco concretizável:

“Operacional não sei se será(...)” (D14)

b) Visão holística - nível de importância

Relativamente ao nível de importância atribuída, a grande maioria dos entrevistados (94.4%) consideram a visão holística um aspecto positivo, importante ou fundamental na cooperação no sector da saúde:

“Essa visão é essencial! Se há local onde essa visão é essencial é nesta área!”(D1)

Para os restantes (5.6%), a visão holística tem uma importância relativa, na medida em que depende do nível de organização do sistema de cuidados de saúde do país, sendo apenas importante quando já existe um sistema de saúde organizado. Antes disso, como afirmam, são mais importantes intervenções dirigidas (verticais):

“Sim e não! Ou seja, há ... é assim, se me vai perguntar no caso de S. Tomé, acho que a visão holística hoje é mais importante que no passado, porque já estamos numa fase de desenvolvimento. Numa fase em que nós vamos começar a cooperação com a saúde, eu acho que a visão individual vale mais do que a holística, ou seja, a visão holística só tem algum sentido depois de percebermos onde é que aquilo vai dar.”(D5).

c) Opostos - visão holística

Relativamente à visão holística, uma série de situações podem opor-se à sua concretização. De entre estas situações, a nível *macro*, foi apontado pelos entrevistados a cooperação multilateral; a nível *institucional* ou *intermédio*, a fragmentação e as intervenções *ad hoc*; e na *relação* entre os dois níveis anteriores, o reduzido financiamento e a descoordenação (Figura 19).

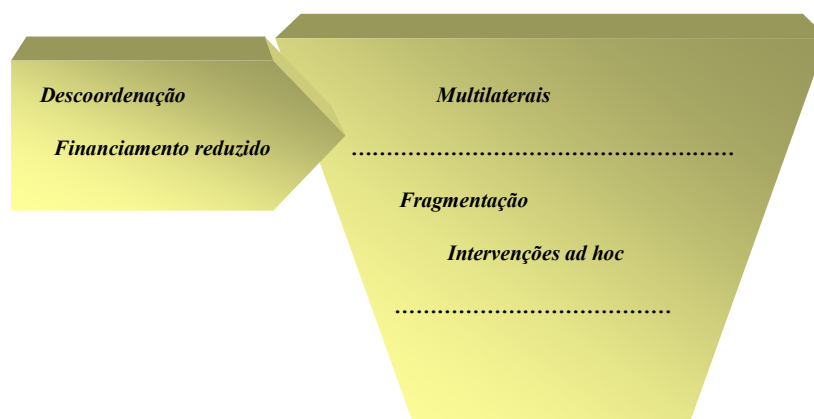


Figura 19 – Esquema resumo das situações que, de acordo com o grupo com que se investiga, se opõem à concretização da implementação de uma abordagem holística na cooperação portuguesa no sector da saúde

▪A nível *macro*:

A cooperação multilateral foi apontada como um oposto à concretização da visão holística, pelo facto de privilegiar mais as intervenções do tipo vertical:

“Os programas verticais são muito condicionantes, limitam muito a intervenção. Isso por exemplo acontece, nós vemos isso muito nos multilaterais, ou seja, vemos campanhas que são só para colocação de mosquiteiros e distribuição de anti-palúdicos. (...) intervenções verticais, mas isso acontece mais com os multilaterais do que propriamente com os bilaterais (>2).” (D7).

▪ **A nível institucional ou intermédio:**

A fragmentação é apontada pelo grupo com que se investiga, como um acontecimento oposto à visão holística neste sector da cooperação, devido à ausência de uma visão global das realidades de intervenção com segmentação das respectivas intervenções e consequente baixa qualidade de resultados - impacto:

“ (...) depois uma coisa é uma ONG que vai fazer um pequeno programa de intervenção nutricional, mas (in) as crianças vão continuar mal nutridas(...)” (D3).

As intervenções *ad hoc*, baseadas em modelos biomédicos, são igualmente apontadas como uma situação contra-prudente à implementação de uma abordagem mais global de intervenção:

“(...)por um lado há uma tentação muito grande na área da saúde em trabalhar com programas verticais, não é?! Mas isso em termos de resultados, todos os estudos mostram que isso, em termos de impacto, não tem funcionado, em muitos países!” (D7)

▪ **Na relação entre os dois níveis anteriores:**

Opõem-se a um modelo de cooperação de base holística:

- o reduzido financiamento:

“Isto quando há falta de financiamento as pessoas acabam por ser quase forçadas a fazer intervenções verticais(...)” (D7);

- e a falta de coordenação dos vários actores de cooperação em função de uma estratégia comum:

“A falta de coordenação entre as várias instâncias de poder inviabilizam acções de saúde.” (D17).

d) Ideal cooperação - saúde

O grupo com que se investiga o problema, considera que o ideal para a concretização da cooperação no sector da saúde será a existência de uma estratégia geral ao nível da *relação* entre os níveis *macro* e *institucional*, que permita, a nível *macro*, a construção de um sistema de cuidados de saúde em pirâmide (Figura 20).

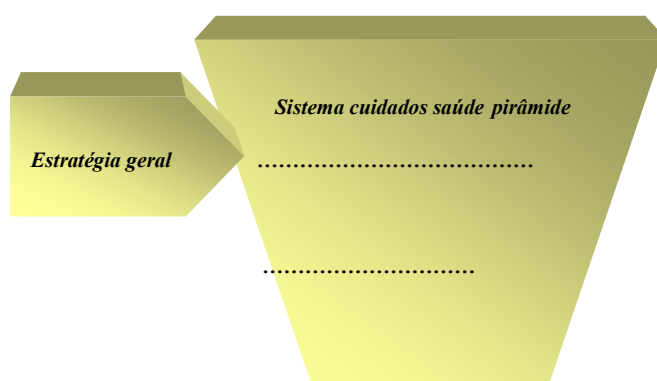


Figura 20 - Esquema resumo da situação ideal para a concretização da cooperação no sector da saúde.

▪A nível *macro*:

O ideal será que a cooperação no sector da saúde permita construir um sistema de cuidados em pirâmide: a base, alargada, e de baixo custo, deverá permitir responder a cerca de 80-90% das necessidades básicas de saúde e incluirá, desde os cuidados com base na comunidade até aos cuidados de saúde primários. A resposta a necessidades mais específicas, que carecem de cuidados mais diferenciados, será dada em hospitais distritais e centrais, nos níveis superiores da pirâmide. Esta construção evolutiva, deverá permitir o reforço institucional e ser partilhada por “doador-receptor” e, posteriormente, no sentido de garantir a sua sustentabilidade, ser apropriada pelo país beneficiário:

“(...)temos que construir uma pirâmide de acesso onde uma base $ahm(<2)$ seja larga e de baixo custo, integrando muitos serviços: desde a prevenção até aos cuidados primários, que permita resolver 80- 90% das situações e $ahm(>2)$ sucessivamente aumentar, com meios mais diferenciados e hospitais distritais e centrais, cada um com o seu nível de especificidade, para dar uma resposta adequada! Portanto, é preciso para a saúde, fazer uma pirâmide de base alargada e custos baixos e aumentarmos sucessivamente, para construir um sistema de saúde! E neste sistema de saúde há uma parte que depende do país beneficiário e outra parte que dependerá da cooperação: terá que haver uma integração das forças para construir esta pirâmide de uma forma sustentável!”(D4).

▪ **Na relação entre os níveis *macro - intermédio*:**

A construção desta pirâmide de cuidados, vai depender da existência de uma estratégia geral conducente a uma visão holística de saúde, o que não implica que todas as intervenções tenham que ser de carácter holístico, como reforça e relembra D8:

“ E ahm , o facto de se ter a visão holística, não quer dizer que todos os projectos, todas as abordagens, tenham que ser holísticas! Significa é que a estratégia geral deve ser conducente a essa linha.”(D8)

Esta estratégia implica que se parta da concepção de saúde enquanto fenómeno multideterminado:

“Não é mais possível falar de saúde isoladamente. A saúde de uma população está diretamente relacionada com fatores económicos, culturais, sociais. Isso já vem sendo discutido há mais de uma década sob o nome de Determinantes Sociais da Saúde. É inegável que as condições sociais, de moradia, emprego, lazer, educação, raciais, psicológicos estão intimamente relacionadas e influem nas condições de saúde de uma população.(...) Tudo está relacionado e tem que ser considerado parte de um todo.”(D17);

e parte integrante do desenvolvimento:

“Temos de pensar o que é que a saúde pode trazer às diferentes áreas prioritárias da cooperação para o desenvolvimento, ou cooperação portuguesa (...) Portanto, temos que incluir esta preocupação em termos transversais(…)”(D9)

Implica ainda metodologias multilaterais, como refere D13:

“(...)portanto a transversalidade é essencial! E em termos disciplinares pressupõe então a visão holística! Sem isso não vale a pena irmos intervir em lado nenhum!” (D13)

com equipas multiprofissionais:

“Eu julgo que é importante, que haja trabalho desenvolvido por vários actores na área da saúde, tal como noutros sectores.”(D12)

e) Decisões estratégicas implementação - visão holística

Para que seja possível implementar um modelo de cooperação no sector da saúde de base holística, terão que existir, de acordo com os entrevistados, determinadas decisões estratégicas para a sua concretização. Estas decisões concentram-se a dois níveis: a nível *intermédio/institucional*, terá que se realizar um bom planeamento; e por sua vez, ao nível da *relação* entre os níveis *macro* e *intermédio*, terá que se verificar uma concentração das áreas de actuação no sector, existir um financiamento adequado e uma coordenação que permita desenhar projectos de média-longa duração (Figura 21).

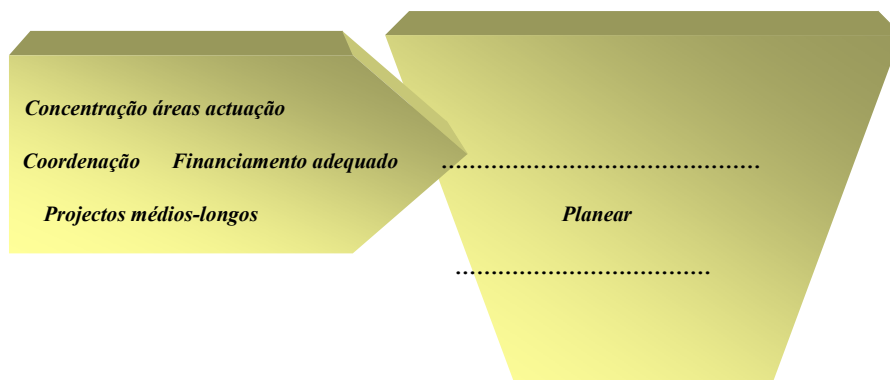


Figura 21 – Esquema resumo das decisões estratégicas que, de acordo com os entrevistados são necessárias para a implementação de uma visão holística na cooperação portuguesa no sector da saúde.

▪A nível *intermédio* ou *institucional*:

Foram consideradas condições fundamentais para a implementação de um modelo de cooperação de base holística, um rigoroso planeamento das intervenções, o que implica conhecer as necessidades reais e actuais de saúde das populações:

“Ah, isso obriga a planear, a definir estratégias, a definir objectivos, a monitorizar, etc., etc.!” (D3)

▪ **A nível da *relação* entre *macro-intermédio*:**

A delimitação das áreas de actuação, a duas ou três situações, dentro do sector da saúde, foi uma das decisões estratégicas de *relação*, apontada pelo grupo com que se investiga, como necessária para a implementação de uma visão holística:

“(...)Aqueles pozinhos que a gente dispersava...não se faz mais! A gente vai concentrar em duas ou três coisas!».” (D3).

São ainda necessários, em termos temporais, projectos de média-longa duração:

“É possível ter intervenções com consequências sistémicas, mas mais uma vez têm que ser escolhidas: são de longo prazo(...)” (D3).

Para que, por sua vez, seja possível a sua implementação, é fundamental a existência de financiamentos adequados, como referem os entrevistados:

“(...)custam dinheiro...portanto a cooperação tem que aceitar que (in) a gente vai gastar 2 milhões de euros para ter lá 3 ou 4 pessoas a fazer acontecer (in) o resultado final! (...)É possível ter intervenções com consequências sistémicas, mas mais uma vez têm que ser escolhidas(...) e custam dinheiro(...)” (D3).

Para além das decisões estratégicas anteriores, é ainda imprescindível a coordenação dos vários actores (Ministérios, financiadores, ONG, parceiros) de cooperação em função de uma estratégia comum. Esta coordenação implica, vontade política efectiva, no sentido de implementar uma estratégia geral de base holística e paralelamente, flexibilidade e negociação entre os vários actores envolvidos no teatro de actuação:

“Os ministérios da educação, economia, desenvolvimento, planeamento tem que trabalhar junto com os Ministérios da Saúde para sair do ciclo vicioso. Naturalmente isso não é simples. Ainda vivemos numa sociedade com governos muito hierarquizados e verticais.” (D17)

De acordo com os entrevistados, três aspectos positivos advêm da aplicação de uma visão holística na cooperação internacional portuguesa no sector da saúde (Figura 22):

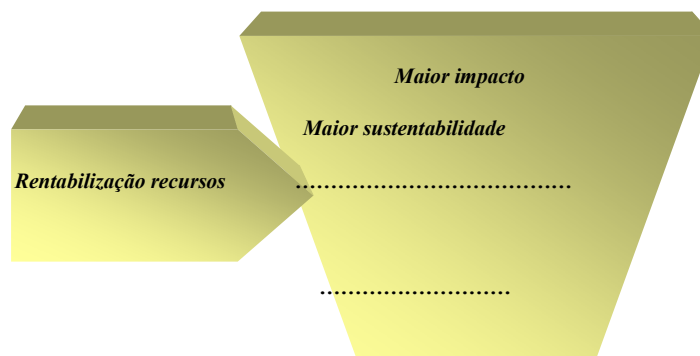


Figura 22 – Esquema resumo dos benefícios da implementação de uma visão holística na cooperação no sector da saúde.

▪ **A nível *macro*:**

A aplicação de uma visão holística na cooperação dá origem a intervenções mais sustentáveis, ou seja, cujos efeitos perduram para além do projecto:

“(…) ia acima de tudo permitir que os projectos sejam sustentados, e que eles possam adquirir a sua autonomia(…)” (D10)

e com maior impacto, porque são dirigidas aos vários determinantes dos problemas, benefício este expresso nas citações:

“(…) actuar mais eficazmente na resolução desses problemas!” (D14)

▪ **Na *relação* entre os dois níveis anteriores:**

Intervenções holísticas permitem rentabilizar recursos: humano, técnicos, materiais e financeiros:

“(…) existe uma mais-valia não só para o povo que está no terreno como para as próprias instituições! Seria um rentabilizar ou evitar desperdícios, quer na área financeira, quer na área dos recursos humanos, quer na área(…) rentabilizar, não só os recursos financeiros, claro; mas os técnicos, os humanos; de haver uma melhor rentabilização de todos esses recursos (…)” (D10).

Constituindo a saúde um fenómeno multideterminado e a melhoria sustentável das condições de saúde, o objectivo máximo dos projectos de cooperação internacional no sector, o cenário desejado em saúde deverá ser, neste sentido, aquele que permita realizar intervenções baseadas nestas duas qualidades subsequentes: intervenções holísticas e sustentáveis.

De acordo com a OMS (1987) o desenvolvimento sustentável é aquele que permite a satisfação das necessidades no presente, sem comprometer a capacidade das gerações futuras, satisfazerem as suas. De acordo com as pessoas com que se realiza esta investigação, em contexto de cooperação no sector da saúde, para que se consiga atingir esta sustentabilidade numa intervenção, existem dois pré-requisitos fundamentais, de nível *macro*: uma dupla vontade e o cumprimento dos princípios da Declaração de Paris.

Tal como argumentam os elementos da amostra, e em oposição à criticada reactividade da sociedade civil, apontada como fraqueza *macro* no *SWOT* realizado nesta investigação, para garantir a sustentabilidade em intervenções de cooperação, é necessário que exista uma dupla vontade, ou seja, alguém que quer ajudar e, paralelamente, alguém que precisa e quer ser ajudado, com a ajuda a ser prestada, não em função do que é possível oferecer, mas em função de necessidades. De acordo com a OCDE (2008), este compromisso foi um dos três desafios centrais estabelecidos em Acra: a necessidade de fortalecer o controlo do desenvolvimento por parte dos países parceiros, garantindo a sua liderança nos programas de desenvolvimento, pois apenas assim se entende que as intervenções respondam com pressupostos de relevância, pertinência, sustentabilidade e continuidade, princípios operativos apontados na “*Estratégia de Cooperação Portuguesa para a saúde*” (IPAD, 2011 a, p.22), às necessidades reais destes países e das suas populações.

O outro pré-requisito listado é o cumprimento da Declaração de Paris, resultante do II Fórum de Alto Nível para a Eficácia da Ajuda. Segundo descrevem as pessoas com que se investiga, no desenho de qualquer intervenção de cooperação, “doador” e “receptor”, numa atitude de responsabilidade mútua, devem sempre negociar um ponto de equilíbrio para a intervenção, com o “doador” a estabelecer as linhas para garantir a apropriação do projecto por parte do “receptor”, e este a colaborar nesta estratégia de

modo a garantir a auto-apropriação e o prolongamento, a longo prazo, dos seus efeitos, quando a intervenção do “doador” cessar. Nesta negociação, para fins de sustentabilidade, são assim destacados, para além da responsabilidade mútua, o *alinhamento*, a *apropriação* e a *capacidade financeira do “beneficiário”*: a importância dos “doadores” basearem a sua ajuda nas estratégias nacionais, instituições e procedimentos dos países parceiros, na medida em que, segundo a Declaração de Paris, este alinhamento reforça de modo duradouro a capacidade do país parceiro elaborar, aplicar e responder pelas suas políticas (OCDE, 2006, p.5); a assunção das responsabilidades, sobre as estratégias de desenvolvimento, por parte dos países parceiros, pois apenas agindo desta forma poderão dar continuidade a médio-longo prazo e de forma eficaz e sustentável à ajuda que lhes é prestada; e a existência de capacidade financeira por parte do “beneficiário”, para que possa dar continuidade, em termos de recursos materiais e humanos, às mais-valias geradas por esta ajuda.

No caso específico da Cooperação internacional Portuguesa no sector da saúde, de acordo com a opinião das pessoas que detêm um saber especial sobre esta situação, dentro daqueles que são os seus eixos estratégicos de intervenção e os seus princípios operativos no sector, a sustentabilidade e eficiência das intervenções poderia ser aumentada, se o país apostasse:

- na formação graduada e pós-graduada, em programas de média longa duração, de recursos humanos locais nas especialidades médicas que motivam mais evacuações de doentes dos países parceiros, dada a influência que o montante destinado a estas evacuações tem sobre o total da APD destinada ao sector da saúde e as mais valias que este tipo de programas proporcionaria, em termos de capacitação de recursos humanos locais e reforço institucional, imprescindíveis em termos de sustentabilidade em cooperação; decisão coerente com a apontada na operacionalização da estratégia no sector (IPAD, 2011 a, p.28);

- e em programas de saúde escolar, dados os *outputs*, para além dos gerados para o sector da saúde, que têm intervenções nesta área específica e ainda subvalorizada do sector da saúde.

O cumprimento destas apostas, integrar-se-ia dentro daquele que foi considerado por estas mesmas pessoas, como o ideal para a concretização da cooperação no sector da saúde em termos de efeitos futuros de impacto e sustentabilidade das intervenções. De acordo com o que argumentam, o ideal seria a existência de uma estratégia geral de base holística (factor ao nível da *relação*) que embasasse todas as intervenções a realizar no sector e que conduzisse, em termos de acção, à construção de sistemas de cuidados de saúde em pirâmide nos países parceiros (factor de nível *macro*).

Quando falam em estratégia de base holística, salientam os entrevistados, tal implica que, é o conjunto dos programas e projectos nela integrados que devem conduzir a esta resposta global e alargada, e não cada uma destas iniciativas individualmente. Isto significa que, desde que integradas, têm lugar neste contexto, as tão criticadas iniciativas *ad hoc*. Esta perspectiva vem corroborar os argumentos apresentados por Smuts (1926), relatados por Adler (2009) e Alonso (2003), quando defende que o princípio mecanicista e holístico não são opostos: o homem tem por base ambos os mundos, e embora a sua totalidade seja holística, alguns dos seus processos são regidos por princípios mecanicistas podendo, por isso, ser colmatados por estas intervenções *ad hoc*, desde que integradas.

Esta estratégia implica portanto, segundo a amostra, a concepção de saúde enquanto parte integrante do desenvolvimento e fenómeno multideterminado, pressupostos que a história alicerçou em factos e melhorias significativas do bem-estar humano, associadas a uma melhoria equitativa e sustentável das condições de saúde das populações nas mais variadas partes do mundo. Para que intervenções no sector tenham um real impacto sobre o desenvolvimento humano, são assim necessárias, acções que abarquem da melhor forma possível, o conjunto dinâmico e interactivo dos múltiplos factores pessoais, socioeconómicos e ambientais, que actuam, segundo a OMS (2011 a), na determinação do estado de saúde de indivíduos e populações. Como defendem a OMS (2000;2005) e a CDSS (2010), a acção sobre esta totalidade, tem assim que envolver a acção coordenada de vários actores, nas palavras dos entrevistados, equipas multiprofissionais, na medida em que as melhorias nas condições de saúde, advém de um alargado número de *inputs*, na sua maioria, fora do controlo directo do sector da saúde (Chan,2008).

Uma estratégia delineada sobre estes pressupostos deverá possibilitar a construção de sistemas de cuidados de saúde sobre a forma de pirâmide, na expressão de Dan Pedra, ao referir-se à importância da “(...) «propriedade» do desenvolvimento, seguindo uma abordagem da base para o topo, de não fragmentação da ajuda(...)” (2011,p.6-7): a base, alargada, e de baixo custo, deverá permitir responder a cerca de 80-90% das necessidades básicas de saúde e incluirá, desde os cuidados com base na comunidade até aos cuidados de saúde primários, tal como preconizado pela comunidade internacional em Alma Ata, quando determina e define os CSP como o elemento-chave para alcançar a meta de “*Saúde para todos no ano 2000*”(OMS,2005 a; Cueto,2004; Brown, Cueto e Fee,2006). De acordo com esta declaração, este tipo de cuidados, deve constituir o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o sistema nacional de saúde, e sendo cientificamente fundamentados e socialmente aceites, deverão permitir uma melhoria sustentável e equitativa das necessidades básicas dos indivíduos, famílias e comunidades, mediante a sua plena participação e o envolvimento de todos os sectores aos quais a saúde é transversal (OMS e UNICEF, 1978).

A resposta a necessidades mais específicas, que carecem de cuidados mais diferenciados, deverá depois ser dada, segundo o grupo com que se investiga, em hospitais distritais e centrais, nos níveis superiores da pirâmide. Esta construção evolutiva, deverá permitir, paralelamente, o reforço institucional e ser partilhada, tal como tem vindo a ser discutido e defendido nos vários Fóruns de Alto Nível para a Eficácia da Ajuda, por “doador” e “receptor” e, posteriormente, no sentido de garantir a sua sustentabilidade, ser apropriada pelo país “beneficiário” da ajuda.

Esta construção, rotulada neste estudo de “ideal”, assenta, como é claro, numa visão holística como paradigma para a prestação de cuidados de saúde, a considerada para o desenho do cenário desejável para a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde nesta investigação. A confirmar os aspectos positivos associados a esta visão e que justificam a sua eleição como base para a construção deste cenário, estão as mais-valias, que, segundo a amostra, se associam à sua aplicação à cooperação neste sector: a nível *macro*, maior impacto e sustentabilidade para as intervenções, e, a nível da *relação*, rentabilização de recursos, não apenas financeiros, mas também técnicos, materiais e humanos, o que para o país, um pequeno doador, seria, concerteza uma

importante conquista em termos de efectividade das suas acções, e lhe permitiria, a médio-longo prazo, revitalizar a sua imagem perante os demais doadores internacionais, neste momento afectada, como já descrito, pela forma fragmentada como o país presta a sua ajuda. Esta transformação da imagem, decerto traria outras consequências positivas, nomeadamente, em termos de estabelecimento de parcerias, mais um factor, que embora indirectamente, se poderia considerar como um ponto positivo resultante da aplicação desta visão, a este sector específico da cooperação.

No que diz respeito ao seu nível de importância e operacionalização, embora a maioria dos entrevistados a tenha considerado operacionalizável e importante ou fundamental para a cooperação no sector, um pequeno número alega que a sua importância é relativa, na medida em que depende do nível de organização do sistema de cuidados de saúde do país: em países em que ainda não existe um sistema de cuidados organizado, serão mais importantes intervenções dirigidas, do tipo vertical, para resolução imediata de problemas e satisfação de necessidades, apresentando as intervenções de base holística apenas lugar, quando já existe um sistema de cuidados de saúde organizado. Esta opinião teria o seu fundamento, se, tal como tem vindo a demonstrar a história e tem sido discutido nos vários fóruns internacionais destinados a melhorar a qualidade e eficácia da ajuda, este tipo acções, quando isoladas, não contrariassem um pressuposto fundamental de uma intervenção de cooperação: a sustentabilidade, na medida em que são subvalorizados, os atrás mencionados, princípios da Declaração de Paris.

Embora em número também pouco significativo, algumas pessoas consideram a visão holística pouco concretizável, colocando em dúvida o seu potencial e considerando a sua implementação uma dificuldade, devido à existência, na cooperação realizada por Portugal, de um conjunto de situações que lhe são opostas. Se cruzarmos a percentagem de pessoas que consideram esta visão pouco concretizável (22.2%), com a percentagem que afirma que ela tem uma importância relativa (5.6%), concluímos que, embora pese a sua importância, algumas pessoas encaram simultaneamente este cenário como pouco concretizável, corroborando a ideia de Fulder (2005), quando afirma que, embora o holismo seja uma direcção, plena de oportunidades retóricas, nem sempre é fácil de alcançar.

Na cooperação internacional realizada por Portugal no sector da saúde, esta dificuldade é justificada por uma série de factores. A nível *macro*, a cooperação multilateral é apontada como um oposto à intervenção holística, pelo facto de privilegiar, quase exclusivamente, intervenções do tipo vertical, isoladas. A nível *institucional/intermédio* foram apontadas como situações adversas a este cenário, a fragmentação, ou seja, à ausência de uma visão global das realidades de intervenção, com segmentação das intervenções e consequente baixa qualidade de resultados e impacto; e as intervenções *ad hoc*, já várias vezes debatidas nesta investigação, relativamente ao papel que poderão ocupar em actividades de cooperação. A nível da *relação*, foram consideradas como situações contra prudentes à sua implementação, a já analisada falta de coordenação dos vários actores em função de uma estratégia comum - a descoordenação, a curta duração dos projectos e o reduzido financiamento, encontrando-se o nível *micro*, desprovido de elementos nesta situação.

No que diz respeito à curta duração dos projectos, é um aspecto que se opõe ao que internacionalmente tem vindo a ser estabelecido em termos de eficácia da ajuda e Portugal subscreve nos seus documentos, nomeadamente na Estratégia de Saúde, onde se pode ler que “A maioria dos projectos deste tipo são de médio-prazo (...)” (IPAD, 2011 a, p.28). Relativamente ao reduzido financiamento, embora constitua uma situação que provavelmente colocaria, numa fase inicial, alguns entraves à implementação deste paradigma à cooperação, a médio-longo prazo, o investimento realizado, teria o seu retorno, não apenas em termos financeiros, mas, ao nível de uma série de mais-valias, como já mencionado acima pelas pessoas com que se investiga, quando apontam os benefícios da aplicação desta visão à cooperação. Para além disto, visto que uma das consequências de uma ajuda fragmentada - a prestada no cenário actual - são os *muitos gastos dispersos* associados às intervenções, sem que tal implique garantias em termos da sua qualidade e impacto, reorientando o paradigma de trabalho rumo ao cenário desejado, talvez se mantivessem muitos gastos, mas esses gastos, gerariam mais-valias, como já debatido, em termos de eficácia e sustentabilidade.

Uma leitura vertical dos aspectos apontados como *opostos à implementação de uma visão holística*, com os listados como *condições anti-sustentabilidade*, e o cruzamento destes, com as *fraquezas* e as *causas de falhas e fragmentação*, referidas no

diagnóstico estratégico e na caracterização do cenário actual da cooperação no sector da saúde em Portugal, permite verificar a sobreposição repetitiva de alguns elementos: a nível da *relação*, a descoordenação e os recursos financeiros escassos são mencionados nas cinco situações; a nível *institucional/intermédio*, a fragmentação, como seria lógico acontecer, apenas não é apontada como causa de fragmentação; e as intervenções *ad hoc* apenas não são consideradas nas condições anti-sustentabilidade, embora se possa considerar que fazem parte dos modelos de cooperação verticais mencionados. Esta constatação parece-nos ter um significado relevante, na medida em que torna claros os obstáculos que será necessário ultrapassar ou contornar, no momento de delinear uma estratégia, que coloque a cooperação actual, na direcção para a concretização daquele que é considerado o seu cenário desejado.

A somar aos elementos já referidos, como condições anti-sustentabilidade, as pessoas com que se investiga acrescentaram mais alguns a esta lista. Onde se concentram mais situações, o nível *macro*, foram referidos como condições anti-sustentabilidade: nos países parceiros, os conflitos armados, a corrupção e o desinteresse na auto-apropriação; em Portugal, a politização, também já apontada como *fraqueza, causa de falhas e fragmentação*; e comum a ambos - Portugal e países parceiros - a instabilidade política, também já listada, no *SWOT* desta investigação, como uma *ameaça*.

Relativamente às situações que se verificam nos países parceiros, Portugal está envolvido, tal como considera o CAD/OCDE (2010, s.p.) nalguns dos mais importantes e desafiantes teatros internacionais de desenvolvimento, tendo em conta a actual situação dos países que constituem os seus principais parceiros de cooperação bilateral: três estão em situação de pós-conflito (Angola, G-B e TL) e quatro em situação de fragilidade (Angola, G-B, STP e TL) (IPAD, 2010), o que torna particularmente difícil, a implementação de projectos em relação aos quais seja possível assegurar a sustentabilidade, dada a instabilidade e insegurança associada e estes contextos. A corrupção é outra das situações considerada como prejudicial para a sustentabilidade, na medida em que lhe estão associados desvios de fundos financeiros oficiais da ajuda. A constatação deste facto foi já assinalada pelo CAD/OCDE, quando paralelamente a aconselhar os países parceiros a estabelecer as suas próprias estratégias de

desenvolvimento como forma de melhorar a eficácia da ajuda, os incentiva a combater a corrupção existente (OCDE,2009,p.2). O desinteresse na auto-apropriação, contrariando o primeiro princípio da Declaração de Paris (OCDE, 2006,p.4), contraria obviamente a sustentabilidade que aqui se analisa.

A politização da cooperação em Portugal, afecta a sustentabilidade das intervenções, porque, como já foi debatido e dão exemplo os entrevistados, o país responde mais nas suas acções, a objectivos políticos do que técnicos: são desenhados programas para responder a cada um dos 3 ODM de saúde, mas não se programam outros que visem a manutenção dos resultados alcançados.

O último factor *macro*, que afecta “doador” e “parceiro” em termos de sustentabilidade, é a instabilidade política, ou seja, a velocidade a que mudam os círculos políticos e as consequências que estas mudanças podem acarretar em termos de definição políticas de cooperação, suas prioridades e estratégias.

Por ultimo, a nível *intermédio/institucional*, para além da fragmentação e dos modelos de cooperação verticais já mencionados, tem ainda um efeito pouco positivo sobre a sustentabilidade das acções de cooperação a *prioridade na oferta*, com os projectos a serem desenhados em função do que é possível oferecer e não em função de necessidades reais, situação que vai contra a recomendação número sete descrita no “*Memorando da cooperação 2010*”, realizada pelo CAD em 2006 (IPAD e MNE,2010, p.59) e o estabelecido na “*Estratégia de cooperação Portuguesa para a saúde*”, sob o ítem “*Génese e sustentabilidade dos Projectos*”, onde está descrito que os projectos implementados na âmbito da cooperação bilateral em Portugal resultam de prioridades consensualizadas por Portugal e pelos países parceiros no âmbito dos PIC, com inclusão sequente a missões técnicas que deverão avaliar a sua pertinência e viabilidade (IPAD, 2011 a, p.19).

4.4- DECISÕES ESTRATÉGICAS

As decisões estratégicas, como já referido, emergem nesta investigação como um dado não previsto resultante da análise dos dados. Por se encontrarem presentes em

todos os eixos temáticos, como foi possível constatar, optou-se por realizar a sua apresentação integrada nesses mesmos eixos, destinando-se esta secção, à discussão e interpretação vertical dos resultados. As categorias a analisar, encontram-se reunidas na figura 23:

Figura 23- Esquema resumo das categorias analíticas que reúnem as decisões estratégicas necessárias para colocar a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde rumo ao seu cenário desejado.

A figura abaixo (Figura 24) apresenta esquematicamente, em função dos quatro níveis de análise já utilizados ao longo do trabalho, a informação resultante da sobreposição dos dados reunidos em torno destas cinco categorias analíticas:

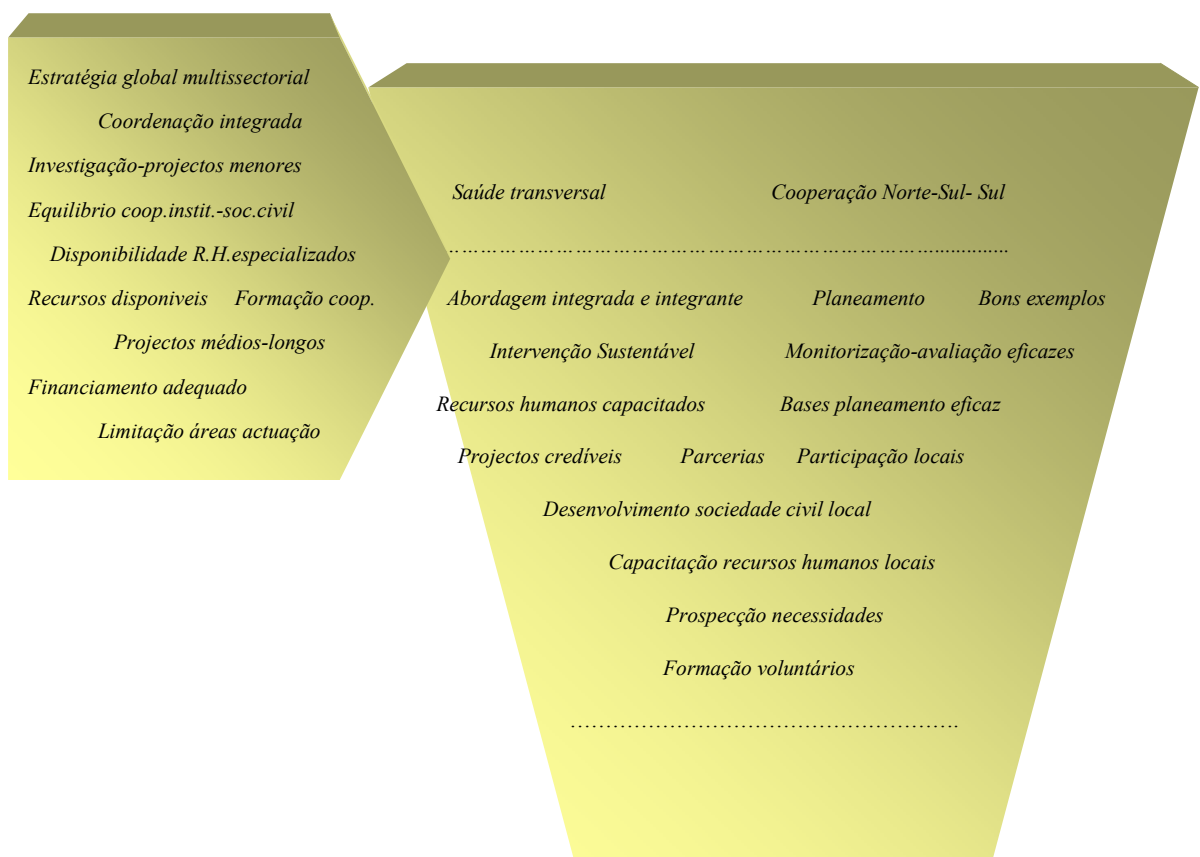


Figura 24- Esquema resumo das decisões estratégicas necessárias para colocar a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde rumo ao seu cenário desejado.

A leitura das recomendações realizadas pelo CAD à Cooperação Internacional Portuguesa, após a sua avaliação em 2010, permite concluir, como salienta Cravinho, que apesar das melhorias desde a última avaliação realizada pelos pares em 2006, existe ainda“(…)decididamente lugar para francas melhorias com vista a reduzir a fragmentação da ajuda.” (Cravinho, 2011, s.p) do seu cenário actual.

De acordo com a opinião das pessoas que detêm um conhecimento especial sobre esta situação, relativamente à cooperação no sector da saúde, como é possível constatar pelo esquema-resumo acima apresentado (Figura 25), o nível que mais decisões estratégicas reúne para que esta mudança possa acontecer, é o *intermédio/institucional*. Segue-se depois o nível da *relação*, com um peso também preponderante; o nível *macro*, com um pequeno número de elementos para a acção, encontrando-se o nível *micro*, como tem sido comum em toda esta investigação, desprovido de elementos estratégicos.

De entre os vários referidos a nível intermédio/institucional, é apontado, como decisão estratégica fundamental para melhorar a qualidade e eficácia da cooperação portuguesa no sector da saúde, rumo ao seu cenário desejado, a necessidade de se apostar na *prospecção e avaliação participada no terreno, das reais necessidades das populações* para as quais são elaborados os programas e projectos de intervenção. Esta necessidade vem de encontro ao que está descrito na “*Estratégia de cooperação portuguesa para a saúde*” (IPAD, 2011 a, p.19), quando é feita referência à *Génese e Sustentabilidade dos projectos*. Sob esta alínea pode ler-se que “No âmbito da sociedade civil, os projectos apresentados (...) resultam de uma identificação de necessidades no terreno.”, visto que, como argumenta a CE (2004), sem este conhecimento, corre-se o risco de formular objectivos de intervenção desadaptados e pouco realistas. Para além dos vários métodos existentes para a construção de um bom referencial teórico, Duran (1989) considera assim que, para um conhecimento

aprofundado e realista da realidade, a exploração directa de terreno, é, para além de indispensável, também a fonte mais fiável para ir até às primeiras causas de uma situação. Apenas reunindo a globalidade desta informação, será possível a compreensão do carácter sistémico de cada situação particular de intervenção para a realização de um *diagnóstico inicial* real e adaptado, como consideram os entrevistados, na sequência da prospecção das necessidades no terreno, outra das *bases fundamentais para a realização do planeamento* e a construção de estratégias, que vão de encontro, nas suas intervenções, às áreas causais mais vulneráveis e cuja minimização mais influenciará o estado de saúde de uma população.

A prospecção de terreno e um bom diagnóstico inicial, constituem, como ficou claro anteriormente, as bases de outro dos elementos apontados como necessários para que Portugal melhore a sua forma de cooperar no sector: o *planeamento*, também referido e analisado no diagnóstico estratégico desta investigação, como forma de conversão das fraquezas em forças. De acordo com o grupo com que se investiga, para redução da fragmentação e correcção das falhas que acontecem na cooperação realizada pelo país no sector da saúde, é necessário que se aposte na elaboração de programas e projectos de intervenção que respondam nos seus objectivos e actividades, de forma articulada e integrada, e com os recursos disponíveis, às necessidades avaliadas para cada realidade de intervenção. De acordo com Duran (1989) a possibilidade de se atingir este fim, depende, contudo, da qualidade do plano elaborado, da capacidade da sua gestão, bem como dos interesses e valores que a sociedade e indivíduos atribuem à saúde. Assim, apesar da saúde ser actualmente considerada como parte integrante do desenvolvimento, não existe, segundo Tavares (1990), neste sector específico, uma longa história de planeamento, argumento que nos parece apoiado pelos resultados ainda não atingidos relativamente à maioria dos três ODM de saúde nos países com os quais Portugal coopera bilateralmente e corrobora o facto de ele ser repetidamente apontado, nesta investigação, como forma de melhorar a qualidade e eficácia dos resultados neste sector específico da cooperação.

Ao abordar este assunto, Brissos (2004) alerta-nos ainda, para mais um importante facto, ao acrescentar que, a análise multisectorial que a realidade hoje impõe a esta metodologia, é apenas utilizada para conhecer os determinantes de saúde,

conseguindo-se apenas a sua aplicação parcial ao nível da programação, o que conduz à prevalência de uma visão sectorizada e fragmentada dos problemas, tal como se tem vindo a analisar neste estudo. Em consequência disso, e ao invés daquilo que a história tem vindo a demonstrar, as estratégias de saúde que têm sido seguidas, como argumenta Brissos (2004), não têm conseguido privilegiar uma visão multisectorial integradora e sistémica das realidades de intervenção - uma visão holística, nas palavras de Smuts (1926) - a única que, contudo, e como também consideram as pessoas com que se investiga, pode integrar um processo de desenvolvimento e deve, por isso, ser adoptada, como elemento de base estratégica, quando se planeiam actividades de cooperação para o desenvolvimento. Porque, como afirma Chan (2008,s.p.), embora a saúde possa não ser o alvo principal de todas as políticas sociais, como “ (...) nearly all social determinants of health fall outside the direct control of the health sector”, apenas com uma intervenção realizada de forma transversal aos vários sectores da cooperação, numa *abordagem integrada e integrante*, permitirá melhorar de forma sustentada e equitativa a saúde das populações às quais são dirigidos estes programas.

Partindo destes pressupostos Portugal conseguirá elaborar, o que o grupo com que se estuda este fenómeno, designa de *projectos credíveis*: projectos de *média-longa duração*, que respondem a necessidades reais e particulares, observadas e expressas, de forma eficaz e com impacto *transversal aos vários sectores*; implementados com base nos *recursos humanos, técnicos e matérias endógenos* existentes à disposição da população; cuja estratégia inclui a *formação e capacitação de recursos humanos locais e equipas expatriadas* que os acompanharão sempre que se justificar; o *reforço institucional*; e uma *estratégia de saída programada* em função da apropriação do projecto por parte do país parceiro.

De todos estes aspectos, considerados nesta investigação como pilares de uma *intervenção sustentável*, são colocados em destaque, pela sua repetição na definição de várias subcategorias empíricas (*intervenção sustentável, planeamento, projectos credíveis, prospecção de necessidades, parcerias*), a importância do desenvolvimento da sociedade civil local, a capacitação dos seus recursos humanos e a sua participação efectiva nos projectos de cooperação. A opinião reforçada relativamente a estes três aspectos, vem de encontro à ideia de Duran (1989), quando considera que a participação

da comunidade é a única forma de garantir que no desenvolvimento de um processo de cooperação, deram entrada nas estruturas e funções do poder político, todas as correntes que emanam do poder real de uma sociedade. Esta participação não deve, contudo, ser encarada como mera questão ética ou ideológica, mas, como considera Guerra (2000), uma necessidade técnica dos processos de desenvolvimento, ponto de vista que é apoiado pela CE (2004), quando a considera como pressuposto para o desenvolvimento socioeconómico integrado das comunidades. Ciente da mais-valia representada por esta participação, Portugal define por isso, na sua Estratégia de Saúde, o “empoderamento social”(IPAD, 2011 a, p.23) como segundo *Eixo Estratégico e Sector Prioritário* de actuação e de entre os seus *Princípios Operativos* (IPAD, 2011 a, p.22-23), ressalta a promoção “(...)da participação da sociedade civil na formulação e acompanhamento dos projectos incluídos nos PIC.”, como uma forma de garantir a *Sustentabilidade e Continuidade* das intervenções que implementa. Com uma opinião que vem de encontro a estes pontos estratégicos, as pessoas com que se investiga, consideram assim, que, para colocar a cooperação portuguesa rumo ao seu cenário desejado, os projectos desenvolvidos devem privilegiar, com respeito pela cultura, conhecimentos e competências locais, a participação efectiva das populações em todas as fases do seu ciclo de projecto; garantir a sua capacitação para que as mais-valias geradas possam ter continuidade finda a intervenção; e destinar uma parte do orçamento para apoiar o desenvolvimento das organizações da sociedade civil do local, dado o reconhecimento destas organizações enquanto mais-valias nos processos de cooperação, como decretado em “*Uma Visão Estratégica*”(RCM nº196/2005).

Integrada neste contexto de análise, é também apontada como decisão estratégica de nível intermédio/institucional, para incrementar a qualidade e eficácia da cooperação portuguesa no sector da saúde, o estabelecimento de *parcerias*, já referidas no diagnóstico estratégico, como uma força da cooperação portuguesa neste sector.

Consideradas de extrema importância em “*Uma Visão Estratégica*” por permitirem operacionalizar com maior qualidade e credibilidade projectos e programas de cooperação pelas sinergias em termos de recursos que permitem criar, a sua importância é igualmente reconhecida nos *Princípios Operativos* da Estratégia do Sector, relativos à *Coordenação e Coerência interna e Divisão do Trabalho* (IPAD,

2011 a, p.23). Neste estudo considera-se que são relevantes, não apenas as criadas com organizações da sociedade civil locais, mas também as institucionais, com as autoridades locais ou os ministérios do país parceiro considerados importantes para a concretização de cada projecto. Para além destas, e pela importância que o país reconhece à sociedade civil, considera-se igualmente, que as parcerias estado-estado-sociedade civil, poderão constituir uma importante decisão estratégica para o sector, pois permitirão que, ao mesmo tempo, se incremente o desenvolvimento destas organizações nos países parceiros e que Portugal melhore a sua eficácia e eficiência na actuação e, conseqüentemente, o seu desempenho em termos de cooperação.

Para que o país consiga melhorar progressivamente este desempenho e avaliar os resultados e impacto da ajuda prestada no sector, tal como já foi analisado anteriormente, é também necessário que todos os projectos e programas implementados, sejam rigorosamente *monitorizados e avaliados*. Dada a importância destas duas actividades, uma importante decisão estratégica para o sector, seria portanto, a obrigatoriedade de reservar em todos os projectos, uma parte do financiamento para a elaboração de um sistema de monitorização e avaliação eficazes, com a descrição das actividades a implementar para a sua concretização na apresentação da proposta de cada projecto. Apontados em “*Uma Visão Estratégica*” como “(...) mecanismos indiscutivelmente necessários para a construção de uma cooperação para o desenvolvimento que seja de qualidade e eficaz.”, é igualmente reconhecido neste documento, a necessidade de recuperar e consolidar esta cultura de avaliação, interrompida “(...) nos últimos anos”.(RCM nº196/2005, p.7200). Assim se compreende que na estratégia publicada para o sector da saúde, em 2011, tenha sido reservado um capítulo completo a estas duas actividades, facto revelador da importância que começa novamente a ser atribuída a estas duas etapas do ciclo de projecto.

Uma outra forma do país se posicionar rumo ao cenário desejado em saúde, poderá ser ainda, *replicando bons exemplos*, ou seja, as estratégias, projectos ou programas que apresentaram até hoje resultados comprovadamente eficazes. Um destes exemplos, apontado pelo grupo com que se investiga, é o programa “*Saúde para Todos*” em STP. Implementado com o objectivo de alcançar uma cobertura universal e a sustentabilidade dos cuidados de saúde preventivos básicos, cobre actualmente, de

acordo com dados do documento “*Cooperação Portuguesa 2005-2010*” (IPAD, 2011b, p.112), 100% da população deste país. Resultante de uma parceria público-privada entre o IPAD e a ONGD portuguesa implementadora, Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF), este projecto conta ainda com a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) e a participação do Ministério da Saúde de STP. O projecto “*Saúde para Todos - medicina especializada*” surge como um complemento, resultante da evolução proporcionada pelo projecto anterior, e é essencialmente dirigido ao desenvolvimento de cuidados de saúde secundários e terciários. Como se pode constatar, para além destes dois projectos constituírem no seu conjunto, a objectivação no terreno, de um *sistema de cuidados de saúde em pirâmide*, considerado como o ideal em saúde nesta investigação por partir, na sua génese, de uma visão holística da saúde, foi notificado pelos resultados que tem permitido obter e de acordo com “*Uma leitura dos quinze anos de cooperação*” (IPAD e MNE, 2011, p. 400), como um dos projectos emblemáticos da cooperação portuguesa e um exemplo de boas-práticas, pelo que nos parece que deve constituir um importante instrumento de reflexão e análise, a ser replicado em posteriores actividades de cooperação no sector, dada a sua proximidade em relação ao que é considerado neste estudo, como o cenário desejado para a cooperação em saúde.

Para que na sua forma de cooperar, o país chegue o mais próximo possível deste cenário, foram por último apontadas, como decisões estratégicas de nível institucional/intermédio: a necessidade de aumentar os *recursos humanos no sector da saúde capacitados* nas áreas específicas da acção humanitária e cooperação para o desenvolvimento, dispostos a desenvolver a sua carreira a nível internacional; e a *formação dos voluntários* sobre aspectos relacionados com as realidades de intervenção e o que se espera da sua actuação no terreno, ambos os aspectos já analisados nas formas de conversão das fraquezas em forças, quando se faz referência à necessidade de aumentar a formação de nível superior dos agentes de cooperação e a formação da sociedade civil para a generalidade dos temas relacionados com a cooperação.

Depois do nível *intermédio/institucional* é o nível da *relação* entre os factores macro e institucional, que reúne mais elementos estratégicos, que se aplicados à prática, são passíveis de melhorar a qualidade da cooperação internacional realizada pelo país no sector da saúde.

Um dos elementos que, de acordo com este estudo, garantirá a sustentabilidade das intervenções de cooperação no sector da saúde, será a existência de uma *estratégia global multisectorial*, ou seja, um conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras que determine e revele a vontade da cooperação em termos de objectivos de longo prazo, para fazer face ao meio envolvente, através de uma abordagem global e multisectorial, de forma eficaz. Como já foi debatido anteriormente, até há alguns meses atrás, esta era, de facto, uma necessidade da cooperação portuguesa no sector da saúde, visto que o seu único documento orientador, era até então, “*Uma visão Estratégica*”, com a pouca objectividade que se considera característica deste documento. Seguindo as orientações do CAD, é publicada, em Maio de 2011, a “*Estratégia da Cooperação Portuguesa no Sector da Saúde*”, decerto, e de acordo com os pares, um grande passo em termos estratégicos para a cooperação realizada dentro do sector, se comparada com as 16 linhas que lhe eram reservadas, na RCM nº196/2005. Uma análise deste documento permite-nos, porém, tirar várias conclusões relativamente àquilo que era de esperar para um documento estratégico deste nível. Uma leitura daquele que foi apontado como “*3.1 Objectivo Geral*” (IPAD, 2011 a, p.22-23) - “Fortalecer os sistemas públicos de saúde dos países em desenvolvimento enquanto elemento fundamental nas estratégias de redução da pobreza” - mesmo que associado aos seus três “*3.3 Eixos Estratégicos e Sectores Prioritários*” (i)Aumento da capacidade para prestar cuidados de saúde de qualidade; ii) Fortalecimento institucional e empoderamento social; iii) Conhecimento e inovação), permite-nos concluir, que dentro destas linhas orientadoras, pela sua abrangência, continua a ser possível integrar, a grande maioria dos projectos propostos para intervenções ao nível do sector. Constituindo a fragmentação da ajuda uma das críticas que o CAD tece à forma como o país coopera, e que esta organização justifica, entre outros pontos, pelo elevado número de pequenas intervenções realizadas de forma descoordenada, se aquela que é suposto ser uma orientação sectorial se mantém revestida de tanta subjectividade, dificilmente, contribuirá para que este aspecto seja colmatado ou minimizado, com as consequências negativas que daí continuarão a advir, para os resultados obtidos na actuação do país. O mesmo acontece se nos concentrarmos no descrito sob o ítem “*2.2 Principais Instituições e Actividades*”, onde, apesar de se subentender a importância dos programas destinados à formação e apoio institucional, se encontram listadas, embora sempre

associadas aos 3ODM do sector, as mais variadas actividades que é possível desenvolver dentro do sector da saúde, sem uma preocupação pela *concentração das áreas de actuação*, recomendada pelo CAD (CAD/OCDE, 2010, s.p.; OCDE,2009,p.4), e igualmente apontada neste estudo, como uma necessidade em termos de estratégia do sector, para que possam ser melhorados os seus resultados e impacto das acções desenvolvidas.

Relativamente ao conceito de saúde subjacente a este documento, que de acordo com as pessoas com que se investiga, idealmente deverá ser “global” e “multisectorial”, apesar de no “*Sumario*” do documento ser feita alusão à *transversalidade da saúde* aos demais sectores da cooperação, de onde se subentende, que a estratégia descrita terá na sua base um modelo holístico de intervenção, os “(...)«cruzamentos» da Estratégia sectorial proposta com prioridades horizontais(Direitos Humanos, Luta contra a pobreza, Igualdade de Género, Diversidade Cultural, sustentabilidade Ambiental) e sectoriais(Boa Governação, Participação e Democracia, Desenvolvimento Sustentável e Luta Contra a Pobreza, Educação para o Desenvolvimento).” (IPAD, 2011 a, p.3), resumem-se apenas, à citação aqui transcrita, uma vez que se folhearmos o documento, este assunto não se encontra desenvolvido em nenhum dos seus pontos. Para além disso, e tal como acontece na maioria dos restantes sectores da cooperação em Portugal, também no caso da saúde, em consequência dos eixos estratégicos definidos, preconiza-se que a CT continue a constituir o principal instrumento para a operacionalização da ajuda no sector. Se nos concentrarmos na definição desta modalidade da ajuda – “(...)inclui a assistência técnica, formação e bolsas de estudo(...)” (IPAD e MNE, 2011 b, p.15), embora se considere, dada a comprovada importância que tem a existência de recursos humanos capacitados para a melhoria das condições gerais da saúde das populações nos PmD, que esta deve continuar a ter um lugar relevante na forma de cooperar no sector, parece-nos que existem outras modalidades que se adequariam mais à prestação de cuidados de saúde, baseados num modelo holístico de intervenção, a ser adoptados. Uma observação semelhante é feita pelo CAD (CAD/OCDE,2010,s.p.) quando recomenda ao país uma reflexão sobre as modalidades de ajuda, e de acordo com as boas práticas internacionais, a adopção de modalidades inovadoras. No caso específico da saúde parece-nos que as *SWAP*, como a que está ser implementada em Angola, e os Clusters da Cooperação, pelos princípios que lhe estão subjacentes, constituiriam

formas de intervenção mais adequadas, uma vez que para além de muito provavelmente contribuir para a redução da fragmentação geral característica na forma como o país coopera, iriam contribuir para que, paralelamente, a cooperação no sector específico da saúde se conseguisse aproximar mais do seu cenário desejado de intervenção holística.

Adoptar estas modalidades de ajuda, implica, contudo, que o país invista mais, tal como considera o grupo com que se estuda este fenómeno e corrobora o BM, a OCDE e a OMS (2008,p.18) quando apontam as condições necessárias para a implementação das *SWAP*, na *coordenação integrada* dos vários actores envolvidos no teatro da cooperação no sector, em função de uma estratégia comum. De acordo com o documento “*Effective Aid, Better Health*” resultante do 3º Fórum de Alto Nível de Accra, vários estudos demonstraram que para implementação, nomeadamente das *SWAP*, são importantes, entre outros pré-requisitos “(...) strong government leadership and commitment at both sector and macro level; strong coordination among donors and with government(...)strong multisectorial linkages(...)” (BM, OCDE,OMS,2008,p.18). Tal como apontam estas entidades, para que esta *coordenação* seja possível, é portanto necessária, *vontade política efectiva*, no sentido de implementar uma estratégia geral de base holística e paralelamente, *flexibilidade e negociação* entre os vários actores envolvidos no teatro de actuação. Tal como já se analisou e é também ressaltado pelo CAD na sua ultima avaliação, a falta de coordenação é uma pecha fundamental sobre a qual a cooperação no sector terá que se debruçar e investir, visto que, como se pode constatar pelos resultados deste estudo, a *coordenação integrada* é apontada como decisão estratégica fundamental para a conversão das fraquezas em forças, para a conversão das ameaças em oportunidades, como necessária para a redução da fragmentação, como pressuposto de sustentabilidade e condição para a implementação de uma visão holística ao sector, repetição que revela a importância premente em investir neste ponto frágil e nas decisões que a possibilitem, para a melhoria da qualidade e eficácia da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde e na sua generalidade.

Tão importante como a coordenação, para que o país melhore a sua actuação no sector, é ainda necessário que existam *recursos disponíveis*: não apenas *recursos humanos especializados*, mas também *recursos financeiros adequados*, que possibilitem a implementação de *projectos de média-longa duração*, como analisado anteriormente,

os únicos que, em termos temporais se coadunam com os princípios de sustentabilidade que requerem os projectos de cooperação para o desenvolvimento.

Relativamente aos recursos humanos, a sua capacitação para o desenvolvimento de actividades de cooperação, implica, tal como consideram as pessoas com que se investiga e já foi analisado anteriormente no diagnóstico estratégico, a sua *formação* considerada neste contexto, como mais uma importante decisão estratégica a ter em conta pelo país para a melhoria da sua actuação no sector.

No que diz respeito ao financiamento, embora a percentagem de APD destinada ao sector da saúde seja diminuta em Portugal e implementar uma estratégia de base holística implique um *financiamento adequado*, é também necessário ter em conta, que, tal como se concluiu nesta investigação, que, entre os benefícios resultantes da implementação deste paradigma, resultará, segundo consideram os entrevistados, a *rentabilização de recursos*, pelo que um investimento nesta forma de actuação naquele que é aqui apontado como um cenário desejável, trará, a longo prazo, os seus dividendos em termos de ganhos em saúde das populações e capital humano, aquele que deverá ser tido como o objectivo último de qualquer intervenção na área da saúde, e no âmbito da cooperação para o desenvolvimento.

Associado a estes financiamentos, as pessoas com que se investiga, consideram ainda que, uma decisão estratégica que poderia ter impacto na melhoria da qualidade da cooperação no sector, seria o *conhecimento das necessidades no terreno por parte de financiadores*, previamente à elaboração dos critérios de base para avaliar os vários projectos de cooperação que se candidatam a financiamentos. Segundo consideram, este procedimento iria permitir a distinção entre as organizações que “andam simplesmente atrás de financiamentos” e as conhecedoras do terreno, já com trabalho estruturado e desenvolvido, facto que seria um importante passo, se tivermos em conta a limitação de fundos a que o sector está sujeito e que, tendo em conta o contexto nacional e internacional, se irá agravar num futuro próximo, e a fragmentação no sector, associada à variedade de actores e múltiplas intervenções.

Para além de todas as decisões estratégicas de relação aqui analisadas, foram ainda apontadas como importantes, mais dois aspectos:

- a atribuição de financiamentos a projectos, que embora menores, tenham como fim a investigação associada às intervenções de cooperação no sector da saúde, dada a importância dos resultados que daqui poderão advir, para a melhoria progressiva das práticas nesta área específica, sugestão esta que vem de encontro ao descrito em “*Uma Visão Estratégica*”, quando ao referir-se à importância da criação de saber em matérias de cooperação para o desenvolvimento, decreta que a investigação “(...) deve contribuir para o conhecimento das realidades e para que se encontrem estratégias comuns e soluções técnicas e indicativas para os problemas dos países;” (RCM nº196/2005, p.7197);

- e o desenvolvimento de maior número de projectos onde se equilibrem melhor, a cooperação institucional país-a-país com as intervenções da sociedade civil, dada a importância já analisada, que tem o envolvimento específico destes actores, não apenas, , no exercício de uma cidadania activa e responsável, como descrito em “*Uma Visão Estratégica*” (RCM nº196/2005, p.7195), mas, também, em termos de apropriação das intervenções e sua consequente sustentabilidade, se nos focarmos na sociedade civil dos países parceiros.

De todas as decisões estratégicas resultantes desta investigação, faltam apenas analisar as apontadas a nível *macro*.

A este nível foi apontada como fundamental a já referida necessidade de se enquadrar a saúde de forma transversal a todas as políticas de desenvolvimento, porque, tal como reforçado ao longo de todo este estudo, a saúde é um fenómeno determinado por múltiplos e variados factores, e embora ela possa não ser o alvo principal de todas as políticas sociais, deve, tal como defende Chan (2008), constituir um dos seus resultados fundamentais, uma vez que apenas assim se conseguirão melhorias sustentáveis no estado de saúde de populações e comunidades.

Por último, foi apontado como decisão importante, a necessidade de se apostar mais em formas de cooperação Norte-Sul-Sul, dado o conhecimento resultante de uma experiência recente que os países emergentes têm acerca do percurso a realizar rumo ao desenvolvimento, o que, segundo argumentam os entrevistados neste estudo, os capacita para prestar uma ajuda mais adequada e eficaz aos PmD, sugestão corroborada por Dan

Pedra, quando no Relatório sobre o 4º Fórum de Alto Nível, nos relata a importância do “(...)fomento da cooperação sul-sul(...)”(2011,p.6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento humano, em relação ao qual a saúde é consequência e pré-condição necessária, como escreveu um dia Martin Luther King Jr. (*cit in* PNUD, 2010, p.12) “(...) nunca rola sobre as rodas da inevitabilidade. Chega-nos por via de esforços incansáveis e trabalho persistente.”.

Consciente deste facto e da sua responsabilidade individual enquanto agente social de mudança, a crítica tecida pelo CAD-OCDE à cooperação internacional realizada por Portugal, relativamente à forma “fragmentada” como continua a prestar a sua ajuda, focalizou a atenção da investigadora, pelo facto da sua aplicação, na forma desta adjectivação ao sector da saúde, colocar no mesmo contexto, dois cenários conceptualmente opostos: a prestação de uma ajuda fragmentada num sector cujo foco é holístico e multideterminado, a saúde. Esta constatação, a somar ao fracasso a que estarão devotados os ODM e as consequências que isso representa em termos de saúde e bem-estar da humanidade, levantaram a questão que iria conduzir toda a investigação relatada: *A ausência de uma abordagem holística condiciona o desempenho da cooperação internacional Portuguesa (publica e privada) no sector da saúde?*

Para responder a esta questão, em termos metodológicos, dada a ausência de estudos académicos ou outras publicações na área, optou-se pela utilização de uma abordagem qualitativa, que segundo se considera, permitiu atingir de forma satisfatória todos os objectivos delineados para este estudo, na medida que possibilitou às pessoas que tornam a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde uma realidade e fazem acontecer todos os dias, se expressassem livremente e discorressem sobre as experiências significativas da sua vida, enquanto importantes actores deste teatro, factos que contribuíram para uma melhor compreensão do sua situação actual, fragmentada, e permitiram perceber, como seria e como chegar ao seu cenário desejado, holístico.

Relativamente ao primeiro objectivo de investigação delineado - *Realizar o diagnóstico estratégico da cooperação internacional portuguesa (publica e privada) no sector da saúde, utilizando como instrumento a análise SWOT* - concluiu-se com este

estudo, através da visualização da matriz SWOT construída, uma forte incidência de ameaças associadas a uma concentração de pontos fracos, situação indicativa, segundo Muller (2003), da necessidade de sobrevivência deste sector da cooperação.

Uma análise focada no *ambiente interno* do sector, permitiu constatar que as *forças* identificadas, todas elas importantes factores de sustentação para a implementação de uma abordagem holística, se concentram particularmente a nível *intermédio/institucional*. São depois relevantes a nível *macro* e *micro*, respectivamente, encontrando-se o nível de *relação* entre os níveis macro-institucional, desprovido de qualquer elemento de competição positiva. Tal como acontece com as forças, também as fraquezas do sector se concentram maioritariamente a nível *intermédio/institucional*. Assumem depois igual relevo, nos níveis *macro* e de *relação*, sendo o nível *micro* o lugar onde elas se encontram em menor número. Ao contrário do que acontece no ambiente interno positivo da cooperação, neste caso, todos os níveis de análise apresentam pontos fracos que contribuem negativamente para a possibilidade de implementação de uma abordagem holística às intervenções de cooperação na área da saúde, constituindo simultaneamente alguns deste aspectos negativos - *fragmentação, intervenções ad hoc, planeamento deficitário e descoordenação* - importantes indícios acerca da falta de aplicação deste paradigma nos programas e projectos actualmente realizados.

Uma visão global deste *ambiente interno*, permitiu portanto concluir que, em termos de concentração, as fraquezas da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde se sobrepõem às suas forças, facto que indica o grande investimento estratégico que terá que ser realizado, no sentido de minimizar e controlar estes pontos negativos, para assim evitar que eles segreguem os positivos ainda existentes e o risco que a cooperação no sector da saúde corre de, internamente, ficar desprovida de qualquer valor competitivo. No sentido de o evitar, as estratégias que permitem a conversão destas fraquezas em forças, concentram-se, essencialmente, de acordo com o que também se concluiu, ao nível da *relação* macro-institucional; são depois relevantes a nível *intermédio /institucional*, pouco significativas no nível *macro*, encontrando-se o nível *micro* desprovido de qualquer decisão estratégica que permita à cooperação que

Portugal realiza, reposicionar-se no sentido de garantir uma melhor qualidade para a sua intervenção no sector.

No *ambiente externo*, as *oportunidades* são “inúmeras” e concentram-se, essencialmente, ao nível *macro* e *intermédio/institucional*, respectivamente, encontrando-se os restantes dois níveis - de *relação* e *micro* - vazios no que respeita a este aspecto. Relativamente às ameaças, apesar de em número significativo quando comparadas com o número de elementos apontados nos restantes campos da análise *SWOT*, verifica-se que estas se concentram exclusivamente a nível macro, encontrando-se por isso essencialmente relacionadas com políticas nacionais, globais; factores culturais e efeitos de longo prazo, existentes, quer nos países parceiros, quer a nível global ou nacional.

Relativamente à aplicabilidade de um modelo de intervenção holístico, mesmo que de forma indirecta, cada uma das oportunidades e das ameaças apontadas, constituem igualmente aspectos positivos e negativos que, respectivamente, permitirão e constituirão obstáculos, à cooperação no sector para a tradução deste paradigma para a prática.

Um olhar sobre a totalidade deste *ambiente externo* à cooperação realizada no sector, dá-nos assim conta de uma sobreposição das ameaças sobre as oportunidades, confirmativo da fragilidade do contexto em que a cooperação internacional actua e da importância do desenho de uma estratégia capaz de maximizar as forças do seu ambiente interno, para que a cooperação possa estar mais preparada para evitar as ameaças e aproveitar as várias oportunidades existentes de maneira ágil e eficiente. De acordo com o que se conclui neste estudo, no desenho desta estratégia, as decisões a tomar concentram-se deste modo, essencialmente, a nível *macro*; depois disso, ao nível *institucional/intermédio* e da *relação*, respectivamente, com o nível *micro*, mais uma vez, desprovido de qualquer decisão relevante nesta situação.

No que diz respeito ao segundo objectivo deste estudo - *Caracterizar o actual cenário de “fragmentação” da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde* – a maioria das pessoas com quem se decidiu estudar este fenómeno, concorda com o adjectivo que foi utilizado pelo CAD-OCDE e escolhido neste estudo, para

caracterizar a situação geral da cooperação internacional realizada por Portugal no momento actual.

De acordo com o que se concluiu, no sector da saúde, as causas que explicam esta fragmentação concentram-se, essencialmente, a nível *institucional* ou *intermédio*. Seguem-se depois os patamares da *relação* e *macro*, constituindo, mais uma vez, o nível micro, aquele em que foram apontadas menos elementos - causa deste factor crítico. Relativamente às causas de falhas, utilizadas para complementar a operacionalização deste objectivo, a concentração acontece maioritariamente ao nível da *relação* macro-institucional; segue-se depois o nível *institucional/intermédio*, e os níveis *macro* e *micro*, com igual número de elementos relativamente a este aspecto.

A corroborar a negatividade que a investigadora decidiu associar a este cenário, por oposição ao que foi considerado desejado, está o facto de se ter concluído, através da leitura dos dados que emergiram deste estudo, que muitas das causas que justificam a fragmentação que acontece no sector da saúde, se sobrepoem a algumas das causas de falhas e fraquezas apontadas no diagnóstico estratégico realizado para a cooperação no sector. De acordo com o que foi possível averiguar, constituem, simultaneamente, causas de fragmentação, falhas e fraquezas: a nível da *relação*, a descoordenação e aspectos relacionados com a dificuldade e limitação de recursos financeiros; a nível *intermédio/institucional*, o planeamento deficitário (fragilidade/ausência base causador de falhas) e as intervenções *ad hoc*; e a nível *macro*, a politização, integrada na cooperação política enquanto elemento causador de fragmentação. A somar a este aspecto e a confirmar a situação pouco favorável associada ao contexto em que actualmente o país presta a sua ajuda no sector, encontram-se aquelas que foram consideradas como consequências de uma prestação fragmentada: a nível macro, uma imagem pouco positiva da cooperação realizada pelo país e a ausência de sustentabilidade, confirmada por vários documentos que se debruçam sobre esta fragilidade da cooperação, considerada também como característica a muitos outros actores internacionais; a nível *intermédio/institucional*, a duplicação de intervenções e a ausência de resposta a grupos vulneráveis; e a nível da *relação*, muitos gastos dispersos, sem que estes tenham como mais-valia a prestação de uma ajuda de maior qualidade e com impacto.

Na caracterização deste cenário, há ainda a salientar, pela sobreposição de dados constatada e que representa, a dificuldade em encontrar em Portugal, profissionais de saúde com formação e experiência em cooperação, disponíveis para incorporarem projectos internacionais de longo prazo, justificada por constrangimentos associados à obtenção de autorização/ licenças sem perda de direitos, relativamente a um vínculo institucional, elemento considerado simultaneamente como fraqueza e causador de falhas, para as actividades a desenvolver no sector e que, apesar de já sinalizado como uma fragilidade em “*Uma estratégia*” (RCM nº196/2005, p.7199), não tem neste documento ou em qualquer outro publicado, uma solução coerente operacionalizada. Dado o enquadramento desta averiguação, parece-nos que esta é portanto uma situação que carece de desenvolvimento, quer em termos de investigação em estudos posteriores, quer de resolução, a curto-médio prazo.

Constituindo a saúde um fenómeno multideterminado e a melhoria sustentável das condições de saúde, o objectivo máximo dos projectos de cooperação internacional no sector, a *caracterização do cenário desejado - “holístico”- para a cooperação internacional portuguesa no sector da saúde*, o terceiro e último objectivo deste estudo, foi operacionalizado em torno destes dois conceitos subsequentes: intervenções holísticas e sustentáveis.

De acordo com o que foi possível averiguar, em contexto de cooperação no sector da saúde, para se conseguir atingir a sustentabilidade numa intervenção, os pré-requisitos fundamentais são de nível *macro*. Dadas as características da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, a sua sustentabilidade poderá ser maximizada com apostas, na formação graduada e pós-graduada de recursos humanos locais nas especialidades médicas que motivam mais evacuações de doentes dos países parceiros, decisão entretanto corroborada pelo documento que operacionaliza a estratégia do sector (IPAD, 2011 a, p.28); e com programas de saúde escolar, dada a multiplicidade de *outputs* que assim podem ser gerados, para além dos directamente relacionados com a saúde.

O cumprimento destas apostas, integrar-se-ia dentro daquele que foi considerado pelas pessoas com que se investiga, como o ideal para a concretização da cooperação no sector da saúde: a existência de uma estratégia geral de base holística (factor de *relação*)

que embase todas as intervenções a realizar no sector e que conduza, em termos de acção, à construção de sistemas de cuidados de saúde em pirâmide nos países parceiros (factor *macro*), nas palavras de Dan Pedra “(...)segundo uma abordagem da base para o topo, de não fragmentação da ajuda(...)” (2011,p.6-7).

De destacar que, de acordo com o que se concluiu, quando se fala de estratégia de base holística, tal implica que é o conjunto dos programas e projectos nela integrados que devem conduzir a esta resposta global e alargada, e não cada uma destas iniciativas individualmente, o que significa que, desde que integradas, têm lugar neste contexto, as tão criticadas iniciativas *ad hoc*, facto corroborado por Smuts (1926), quando defende que o princípio mecanicista e holístico não são opostos, e que o homem, embora um ser holístico, tem por base ambos os mundos.

Da aplicação deste paradigma holístico às intervenções de cooperação, resultam, como foi possível constatar com este estudo, uma série de mais-valias a considerar para o sector: a nível *macro*, maior impacto e sustentabilidade para as intervenções, e, a nível da *relação*, rentabilização de recursos, o que para o país, um pequeno doador, seria, concerteza uma importante conquista em termos de efectividade das suas acções, e lhe permitiria, a médio-longo prazo, revitalizar a sua imagem perante os demais doadores internacionais, neste momento afectada, pela forma fragmentada como o país presta a sua ajuda.

No que diz respeito ao seu nível de importância e operacionalização, a maioria dos entrevistados considerou-a operacionalizável e importante ou fundamental. Contudo, como foi possível determinar com esta investigação, na forma como o país coopera, uma série de situações constituem uma dificuldade para a sua aplicação efectiva à prática, concentrando-se a sua maioria nos níveis de *relação* e *institucional/intermédio*. Relativamente a um dos factores apontados a nível da relação - o reduzido financiamento - concluiu-se, através dos restantes dados reunidos que, embora esta constitua uma situação que provavelmente colocaria, numa fase inicial, alguns entraves à implementação deste paradigma à cooperação, a médio-longo prazo, o investimento realizado, teria o seu retorno na série de mais-valias apontadas como benéficas da aplicação desta visão às práticas da cooperação.

Uma nova leitura vertical dos aspectos apontados como *opostos à implementação de uma visão holística*, com os listados como *condições anti-sustentabilidade*, e o cruzamento destes, com as *fraquezas* e as *causas de falhas e fragmentação*, referidas no diagnóstico estratégico e na caracterização do cenário actual da cooperação no sector da saúde em Portugal, permitiu verificar, para além de sobreposições já constatadas a nível da *relação* (descoordenação e limitação de recursos financeiros), outras ainda não listadas a nível *institucional/intermédio*: a fragmentação e as intervenções *ad hoc*, no seu conjunto relevantes, na medida em que tornam claros os obstáculos que será necessário ultrapassar ou contornar, no momento de delinear uma estratégia, que coloque a cooperação actual, na direcção para a concretização daquele que é considerado o seu cenário desejado. De salientar ainda nestas sobreposições, a politização, que tendo sido apontada neste estudo, como já destacado, como *fraqueza, causa de falhas e fragmentação*, é novamente mencionada, na caracterização do cenário desejado para a cooperação internacional no sector, como condição anti-sustentabilidade, e portanto, como mais uma situação a considerar no momento de traçar uma estratégia que permita reposicionar a cooperação na saúde rumo a uma actuação de maior qualidade, mais eficiente e com impacto.

Com esta investigação, para além de ter sido possível conhecer as decisões estratégicas consideradas fundamentais para a conversão do ambiente negativo da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, num ambiente mais positivo e favorecedor da sua qualidade, a leitura dos dados permitiu ainda, embora não se encontrasse previsto no *desenho de investigação* inicial, chegar a importantes conclusões acerca das decisões estratégicas a tomar para chegar do seu cenário actual fragmentado, ao seu cenário desejado, holístico. De acordo com a opinião das pessoas que detêm um conhecimento especial sobre esta situação, o nível que mais decisões estratégicas reúne para que esta mudança possa acontecer, é o *intermédio/institucional*. Segue-se depois o nível da *relação*, com um peso também preponderante; o nível *macro*, com um pequeno número de elementos para a acção, encontrando-se o nível *micro*, como comum em toda a investigação, desprovido de elementos estratégicos. Destacam-se de entre estas decisões, pela sua repetição relativamente às formas de conversão referidas no diagnóstico estratégico, as relativas, a nível *institucional/intermédio*, a uma maior necessidade em termos de planeamento e

capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de actividades de cooperação; e a nível da *relação*, a uma maior disponibilidade de recursos e a necessidade de uma coordenação integrada.

Entre as decisões consideradas como necessárias para garantir a sustentabilidade de uma intervenção e colocar a cooperação actual no sector da saúde rumo ao seu cenário desejado, foi ainda apontada a necessidade da existência de uma estratégia global multisectorial, de facto uma pecha no sector da saúde, que entretanto foi colmatada no decorrer desta investigação, com a publicação *online* da “*Estratégia da Cooperação Portuguesa no Sector da Saúde*”, elemento a assinalar, enquanto acontecimento revelador da vontade para a acção que é necessária, para que melhores dias possam acontecer para a cooperação internacional portuguesa neste sector.

Como qualquer investigação, também a relatada nesta dissertação, apresenta as suas limitações, decorrentes das escolhas que tiveram que realizar-se ao longo de todo o percurso investigativo percorrido.

De entre as limitações processuais, a primeira a apontar, relaciona-se directamente com o tipo de amostragem utilizado e o tamanho da amostra conseguida, que não sendo representativa do universo em estudo, não permite que as conclusões obtidas possam ser generalizadas. Por outro lado, a assimetria da amostra em termos de formação académica, organização representada, cargo ocupado e experiência de terreno dos seus participantes, não permite a comparação, dentro do estudo, de aspectos relacionados com a operacionalização da visão holística e importância que lhe é atribuída no contexto da cooperação em saúde, ausências que, poderão ser concretizadas e exploradas em investigações seguintes.

No momento da recolha de dados, a utilização, em dois casos, de um IRD adaptado, diferente do utilizado para a maioria dos elementos da amostra, associada a constrangimentos por parte das pessoas a entrevistar, poderá ter igualmente conduzido a limitações neste estudo. Estas limitações estão relacionadas com a qualidade dos dados recolhidos, dado ter-se incorrido no risco, com esta opção, de perder duas das mais-valias fundamentais associadas à utilização, em estudos desta natureza, da entrevista semi-estruturada, enquanto modalidade para a recolha de dados: a espontaneidade da

resposta e a possibilidade da sua exploração. Nesta mesma etapa do processo investigativo, a pouca experiência da investigadora na condução de entrevistas semi-estruturadas, pode ter conduzido também a um menor grau de focalização das respostas dos entrevistados no sector específico da saúde, embora muitos tenham considerado essa desrinça, um aspecto difícil e nem sempre possível de concretizar, facto que, todavia, não leva a que este deixe de ser considerado pela investigadora, como um factor limitativo deste estudo.

Relativamente às limitações teóricas, há a apontar a dificuldade sentida em realizar a selecção da bibliografia a utilizar para fundamentar o estado da arte sobre o tema em estudo, não só pela sua abrangência conceptual, mas igualmente pela inúmera diversidade de documentos e publicações sobre os assuntos abarcados. Considera-se no entanto, que apesar deste facto, em função da vasta pesquisa realizada, se conseguiu reunir um conjunto de obras e documentos, que permitiram realizar uma revisão bibliográfica pertinente, actualizada e adequada aos objectivos de investigação. Dada a ambiciosidade destes, sentiu-se ainda necessidade de optar, ao longo do percurso da investigação, entre o desenvolvimento coerente e lógico de um estudo, na sua natureza abrangente e multifacetado, e a legislação da faculdade, limitadora em termos de número de páginas para o seu desenvolvimento, tendo-se decidido, embora com consciência das consequências que daí possam advir, pela qualidade do trabalho, que se pensa ter sido conseguida.

Por se considerar que esta investigação constituiu apenas um primeiro e insignificante passo, para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, dada a validade e abrangência da informação reunida, pensa-se que esta poderá ser organizada, para a realização de estudos posteriores, sobre a forma de um questionário, que permita explorar de forma mais aprofundada, alguns dos assuntos aqui retratados e discutidos e responder a novas questões entretanto suscitadas, nomeadamente, e entre muitas outras:

- .Qual a relação entre o número de experiências de terreno em programas/projectos de cooperação para o desenvolvimento no sector da saúde e a opinião relativamente à operacionalização da visão holística nas intervenções de cooperação no sector?

▪ Qual a relação entre a formação académica de base dos elementos da amostra e a sua opinião relativamente à operacionalização da visão holística nas intervenções de cooperação no sector?

▪ Existem diferenças estatisticamente significativas entre a opinião acerca da operacionalização da visão holística nas intervenções de cooperação, entre as organizações da sociedade civil e as responsáveis pela cooperação oficial no sector? E entre financiadores e entidades implementadoras?

▪ Qual a relação entre o cargo ocupado pelos elementos da amostra no interior da cooperação no sector da saúde e a sua opinião relativamente à importância atribuída à abordagem holística nas intervenções de cooperação no sector?

▪ Quais as decisões estratégicas mais prementes para a operacionalização da visão holística na cooperação internacional portuguesa no sector da saúde?

Considera-se ainda que a apresentação dos resultados sobre a forma de uma matriz *SWOT* adaptada e os restantes esquemas resumo resultantes desta investigação, poderão facilitar, não apenas uma reflexão sobre o actual estado da cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, mas também, face ao clima de fragilidade em que se conclui que ela se situa, constituir uma fonte de informação para que o seu posicionamento estratégico, interno e externo, possa ser repensado rumo a um desempenho colmatador das suas falhas e conseqüentemente de maior qualidade. O conjunto de decisões estratégicas reunidas, ao conduzirem a um cenário que as evidências históricas têm demonstrado ser mais eficiente para as intervenções no sector da saúde, poderão igualmente servir de base para reajustes e alterações em alguns dos elementos que embasam a actuação da cooperação no sector, de forma a que estes se tornem mais ajustados e coerentes com estas escolhas.

Como continuou a escrever Martin Luther King Jr. (*cit in* PNUD, 2010, p.12) “Sem esse trabalho árduo, o próprio tempo torna-se um aliado das forças da estagnação social.” e, por isso, embora um mundo perfeito constitua uma realidade utópica, a incapacidade para o concebemos não nos deve distrair de fazermos o que é possível para originar a mudança, dado que esta, por *insignificante* que pareça, terá implicações

importantes no alívio do sofrimento e vulnerabilidades, de milhões de pessoas em todo o mundo. A autora desta dissertação espera por isso ter conseguido, com o seu pequeno contributo materializado nesta investigação, ao conduzir a uma reflexão acerca dos temas abordados e ao incentivar o desenvolvimento de estudos que aprofundem esta questão, que o seu país, ao seu longo passado solidário, possa associar uma imagem mais marcante em termos de qualidade da sua cooperação, num sector, tão importante e fundamental, para que a mais anos de vida, algumas pessoas, lhe possam somar alguma qualidade e desenvolvimento, num mundo que assim se poderia tornar, *insignificantemente* mais justo.

(Ana Catarina Cardoso de Almeida)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Adler, R.H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*. 67, pp.607-611.
- 📖 Afonso, M.A. e Fernandes, A.P. (2005). *ABCD - Introdução à Cooperação para o desenvolvimento*. Lisboa, Instituto Marquês de Valle Flôr e OIKOS – Cooperação e desenvolvimento.
- 📖 Alonso, Y. (2003). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*. 53, pp.239-244.
- 📖 Ávila - Pires, F. D. (1989). Ecologia das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*. 5 (2/Abr.-Jun.), pp.210-218.
- 📖 Bangdiwala, S. *et alii* (2010). Workforce resources for health in developing countries. *Public Health reviews*. 32(1), pp.296-318.
- 📖 Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- 📖 Bolander. V.R. (1998). *Sorensen e Luckman – Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa, Lusodidacta.
- 📖 Bonds, M. *et al.* (2010). Poverty trap formed by the ecology of infectious diseases. *Proceedings of the Royal Society B*. 277, pp.1185-1192.
- 📖 Boudon, R. (1990) *Os métodos em Sociologia*. Lisboa, Edições Rolim.

📖 Brissos, M. A. (2004). O Planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Planeamento de serviços de saúde*. 22 (1/ Janeiro -Junho), pp.43-55.

📖 Brown, T. Cueto, M., Fee, E. (2006). A transição da saúde pública “internacional” para a “global” e a Organização Mundial de Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 13 (3/ Jul.-Set.), pp.623-647.

📖 Brown, T.M. (1989). Cartesian Dualism and Psychosomatics. *Psychosomatics*. 30(3),pp.322-331.

📖 Caetano, J.A.M. (1998). As doenças do século. In: s.n. (Ed.). *O estado do mundo: actas do VI cursos internacionais de verão de Cascais*. Cascais, Câmara Municipal de Cascais, I, pp.153-161.

📖 Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária.

📖 Carneiro, J.M., Cavalcanti, M. A. e Silva, J.F. (1997). Porter Revisitado: Análise Crítica da Tipologia Estratégica do Mestre. *RAC*, 1(3/Set.- Out.), pp.7-30.

📖 CDSS (2007). *A conceptual Framework for action on the social determinants of health- discussion paper*.

📖 CDSS (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais- Relatório final da Comissão para os determinantes sócias de saúde*. Portugal, OMS.

📖 CE (2004). *Aid delivery methods: Project cycle management guidelines – supporting effective implementation of EC External assistance*. Brussels, EuropeAid Cooperation Office.

📖 Collière, M. F.(1999). *Promover a Vida*. Lisboa - Porto - Coimbra, Lidel - Edições técnicas, Lda. e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

📖 Coutinho, M. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. Coimbra, Almedina.

📖 Craveiro, I. e Ferrinho, P. (2001). Planear estrategicamente a saúde: a prática do SNS. *Política de saúde*. 19 (2/ Jun. - Dez.), pp.27-37.

📖 Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*. 94 (11/November), pp.1864-1874.

📖 Czeresnia, D. (2001) Constituição epidémica: velho e novo nas teorias e práticas da Epidemiologia - constituição epidémica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 8 (2/ Jul.-Ago.), pp.341-356.

📖 DGS (2003). *Saúde na comunidade: guia orientador para elaboração de indicadores*. Lisboa, Divisão de saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

📖 Duarte, S. (2002). *Saberes de saúde e doença: porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra, Quarteto.

📖 Duran, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa, Departamento de estudos e planeamento da saúde.

📖 Engel, G .L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196(4286/Apri.8), pp.129-136.

📖 Fernandes, A.P. (2004). *Cooperação para o desenvolvimento – Ficha Formativa nr.2*. (Fev.). Lisboa, Instituto Marques de Valle Flor

📖 Fernandes, M.M. (2008). *A saúde também se educa*. Lisboa, Instituto Piaget.

📖 Ferreira, E. P. (2004). *Valores e Interesses – Desenvolvimento Económico e Política Comunitária de Cooperação*. Coimbra, Almedina.

📖 Ferreira, G. (1978). *Moderna saúde pública*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

- 📖 Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- 📖 Freeman, J. (2005). Towards a definition of holism. *British Journal of general practise*. (February), pp.154-155.
- 📖 Fulder, S. (2005). Remembering the holistic view. *The journal of alternative and complementary medicine*. 11(5/ October), pp.775-776.
- 📖 Furtado, C. e Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Nova de Lisboa.
- 📖 Gil, A.C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, Editora Atlas.
- 📖 Godet, M. (1993). *Manual de prospectiva estratégica: da antecipação à acção*. Lisboa, Dom Quixote.
- 📖 Godlee, F. (1994). WHO in crisis. *British Medical Journal*. 309 (November), pp.1424-1428.
- 📖 Godlee, F. (1995). WHO's special programmes: undermining from above. *British Medical Journal*. 310 (January),pp.178-182.
- 📖 Gostin, L.O. e Mok, E.A. (2009). Grand challenges in global health governance. *British Medical Bulletin*, 90, pp.7-18.
- 📖 Gostin, L.O. e Taylor, A. L. (2008). Global health law: a definition and grand challenges. *Public Health Ethics*, 1(1), pp.53-63.
- 📖 Gostin, L.O.(2007). *Meeting Basic survival needs of the world's least healthy people: toward a Framework convention on global health*. Washington D.C, Georgetown University Law Center.

📖 Graff, K., Mossman, C. e Slobodnik, M. (1989). Arte y ciencia de la enfermería humanista: Florence Nightingale- Enfermería moderna. *In: Marriner, Q. (Ed.). Modelos y teorías de enfermería.* Barcelona, Editora Rol, pp.53-58.

📖 Grande, N. (2000). Ética e Investigação. *Revista Investigação em Enfermagem.* 2 (Agos.), p. 49-53.

📖 Grimm, M. (2010). Does inequity in health impede economic growth? - Working paper. *Oxford Journals - Economic & Social sciences.* 501(May), pp.1-28.

📖 Grinker, R.R. (1979). *Fifty years in Psychiatry: a living history.* Springfield, Thomas.

📖 Guerra, I. C. (2000). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção: o planeamento em ciências sociais.* Cascais, Principia.

📖 Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.* Loures, Lusociência.

📖 Hill, M. e Hill, A. (2002). *Investigação por questionário.* Lisboa, Edições Sílabo.

📖 Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto.* Loures, Lusociência.

📖 Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência.* Loures, Lusociência.

📖 Hungler, B. e Polit, D. (1994). *Investigación Científica em Ciencias de la Salud.* Rio de Janeiro, Interamericana McGraw- Hill.

📖 Hutchinson, S. e Wilson, H. (2007). Entrevistas de investigação e terapêuticas – uma perspectiva pós-estruturalista. *In: Morse, J. (Coord.). Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa.* Coimbra, Formasau., pp. 294 – 307.

📖 Huynen, M., Martens, P. e Hilderink, H. (2005). The health impacts of globalization: a conceptual framework. *Globalization and Health,* (August), pp.1-12.

- 📖 Imperatori, E. e Giraldes, M.R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- 📖 Kunitz, S. (2002). Holism and the idea of general susceptibility to disease. *International journal of Epidemiology*. 31, pp.722-729.
- 📖 Lalonde, M.(1974). *A new perspective on the health of Canadians - a working document*. Ottawa, Government of Canada.
- 📖 Laville, C. e Dionne,J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre, Editora UFMG.
- 📖 Lawrence, C. e Weisz, G. (1998). *Greater than the parts: holism in biomedicine 1920-1950*. New York, Oxford University press.
- 📖 Lee, K. (2004). Globalisation: what is it and how does it affect health?.*MJA*, 180 (February), pp.156-158.
- 📖 Leininger, M. (2007). Critérios de avaliação e de crítica de estudos de investigação qualitativa. In: Morse, J. (Ed.). *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra, Formasau,pp.102-121.
- 📖 Lessard- Hébert, M., Goyette,G. e Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa: fundamentos e prática*. Lisboa, Instituto Piaget.
- 📖 Lima, J. A. (2006). Ética na Investigação. In: Lima, J. A e Pacheco, J. A (Org.). *Fazer Investigação - contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto, Porto Editora,pp.127-159.
- 📖 Lima, P.V.A. (2008). O holismo de Jan Smuts e a Gestalt- terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*. XIX (1/ Jan.- Jun.), pp.3-8.
- 📖 Magnussen, L., Ehiri, J. e Jolly,P. (2004).Comprehensive versus selective primary health care : lessons for global health policy. *Health Affairs*. 23(3), pp.167-176.

- 📖 Marques, F. V. e Torgal, J. (2002). Contributo para a definição de uma estratégia da cooperação Portuguesa para o desenvolvimento no sector da saúde. *Revista Portuguesa de saúde Publica: cooperação internacional*. 20(1/Jan.-Jun.), pp.21-26.
- 📖 Martin, J.P. (2006). Releitura do desenvolvimento e dos direitos: lições de África. *SUR- Revista internacional de direitos humanos*. 4(ano3),pp.90-101.
- 📖 McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 32, pp.86-92.
- 📖 Mertens, D. (1998). *Research Methods in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative and qualitative approaches*. London, Sage Publications.
- 📖 Minayo, M. C. (2007). *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Editora Hucitec.
- 📖 Mintzberg, H., Ahlstrand, B. e Lampel, J. (2000). *Safari de Estratégia*. Porto Alegre, Bookman.
- 📖 MS e DGS (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos* . Vol. I. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- 📖 Nightingale, F. (2005). *Florence Nightingale: notas sobre enfermagem*. Loures, Lusociência.
- 📖 Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*., Lisboa, Climepsi editores.
- 📖 Oliveira, M.A.C. e Egry, E.Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*.34 (1/Mar.), pp. 9-15.
- 📖 OMS (2010 a). *Relatório mundial de saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. Lisboa, CPLP.

📖 OMS (2008). *Cuidados de Saúde Primários: agora mais do que nunca - Relatório Mundial de saúde 2008*. Lisboa, Alto Comissariado da Saúde.

📖 OMS(1981). *Health programme evaluation: guiding principles for its application in the managerial process for national health development*. Geneve, WHO.

📖 Pacheco, N. (1996). *Tempos de “sozinhos” em Pasárgada: estratégias identitárias de estudantes dos PALOP em Portugal*- Tese de Doutoramento em Ciências da Educação não publicada da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto.

📖 Pourbohloul, B. e Kieny, M.P. (2011). Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy. *Bulletin of the World Health Organization*.89,p.242.

📖 Poynton, J.C. (1987). Smuts’s holism and evolution sixty years on. *Transactions of the Royal society of South Africa*. 44 (issue3), pp.181-198.

📖 Públio, M. A. (2008). *Como Planejar e Executar uma campanha de propaganda*. São Paulo, Atlas.

📖 Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais: trajectos*. Lisboa, Gradiva.

📖 Reis, J.C. (2005). *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa, Editora Nova Veja.

📖 Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*.Lisboa, Fundação Merck Sharp & Dohme.

📖 Sangreman, C. (2009). *A Teoria da Cooperação Internacional para o desenvolvimento e o estado de arte da cooperação Portuguesa* - Documento de trabalho nº80. Lisboa, Centro de Estudos sobre África e o Desenvolvimento do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.

- 📖 Schwartz, P. (2000). *A arte da visão de longo prazo: planejando o futuro em um mundo de incertezas*. São Paulo, Editora Nova Cultural.
- 📖 Shaw, I.F. (1999). *Qualitative evaluation*. London, Sage Publications.
- 📖 Simões, M. , Rodrigues, M. e Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Referência* .7 (II.ª Série/ Out.), pp.97-105.
- 📖 Smuts, J.C. (1926). *Holism and Evolution*. London, Macmillan.
- 📖 Sournia, J. C. (1991). *História da medicina e dos médicos*. Larousse, Paris
- 📖 Sousa, A.T. (1981). *Curso de história da medicina: das origens aos fins do século XVI*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- 📖 Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade e centrados na população*. Loures, Lusodidacta.
- 📖 Straub, R.O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre, Artomed Editora.
- 📖 Streck, D.R. (2008). *Dicionário Paulo Freire*. Belo Horizonte, Autêntica.
- 📖 Svihus, R. H. (1979). On healing the whole person: a perspective. *The Western journal of Medicine*.131 (6/ December), pp.478-481.
- 📖 Tarapanoff, K. (org) (2001). *Inteligência Organizacional e Competitiva*. Brasília, Editora UNB.
- 📖 Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde - cadernos de formação n°2*. Lisboa, Departamento de recursos humanos da saúde.
- 📖 Tavares, C. (1993). *Iniciação à visão holística*. Rio de Janeiro, Nova Era.

📖 Trilling J.S. (2000).Psychoneuroimmunology: validation of the biopsychosocial model. *Family Practise* - Oxford University Press, 17, pp.90-93.

📖 Tubiana, M. (2000). *História da Medicina e do pensamento médico*. Lisboa, Editorial Teorema.

📖 UN Millennium Project (2005). *Investing in development: a practical plan to achieve the millennium development goals - Report to the UN Secretary-General*. New York.

📖 Walt, G. (1993). WHO under stress: implications for health policy. *Health Policy*.24 (2/May),p.125-144.

📖 Whitehead, M. e Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: leveling up Part 1*.Denmark, WHO Regional Office for Europe.

REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS

@ ACS e MS (2011). *PNS 2011-2016: Estratégias para a Saúde: III.2) Eixos Estratégicos equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde (Versão Discussão)*. [Em linha]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/02/ea_16-03-2011.pdf>. [Consultado em 29/09/2011].

@ Albuquerque, N. (2006). *Ferramentas aplicadas em planeamento estratégico: projecção e análise de cenários e mini-cenários*. [Em linha]. Disponível em <http://www.administradores.com.br/_resources/files/_modules/academics/academics_443_20100228182502ddcf.pdf>. [Consultado em 20/02/2012].

@ Andion, M.C. e Fava, R. (2002) Planeamento estratégico. *Colecção Gestão empresarial*, 2, pp.27-38, Curitiba, FAE Centro Universitário e Editora Gazeta do Povo. [Em linha]. Disponível em <<http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/empresarial/3.pdf>>. [Consultado em 20/02/2012].

@ Aulicino, A.L. (2001). Métodos de elaboração de cenários que são interligados às abordagens técnicas de planeamento estratégico. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ead.fea.usp.br/eadonline/grupodepesquisa/publica%C3%A7%C3%B5es/martinho/21.pdf>>. [Consultado em 29/02/2012].

@ Basto, H. R. (2004). *Ciclo de projecto - Ficha formativa nº6*. Lisboa, Instituto Marquês de Valle Flôr. [Em linha]. Disponível em <http://www.esec-carlos-amarante.rcts.pt/giesca/docs7planificacao_TrabalhoProjecto.pdf>. [Consultado em 25/09/2011].

@ BM (2010). *The World Bank annual report 2010: year in review*. [Em linha]. Disponível em

<<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTANNREP/EXTANNREP2010/0,,contentMDK:22626653~menuPK:7148629~pagePK:64168445~piPK:64162309~theSitePK:7074179,00.html>>. [Consultado em 28/05/2011].

@ BM, OCDE e OMS (2008). *Effective aid: better health - report prepared for the Accra level forum on aid effectiveness 2-4 September 2008*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.oecd.org/dataoecd/62/7/41212222.pdf>>. [Consultado em 30/09/2011].

@ CAD/OCDE (2010). *Portugal (2010) DAC Peer Review – Main Findings and Recommendations*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/imagens/stories/Ficheiros/dac.pdf>>. [Consultado em 28/02/2011].

@ Chan, M. (2010). Global Health challenges stretch beyond the Millennium Development goals. (Ed.). *Creating a global health policy worthy of the name: discussion paper*. pp.12-13. Brussels, Development policy Forum and Europe's World. [Em linha]. Disponível em <http://www.friendsofeurope.org/Portals/13/Documents/Reports/DPF_Report_Global_Health_11.2010.pdf>. [Consultado em 25/05/2011].

@ Chan, M. (2008). *Statement to the press in the Launch of the final report of the Commission on Social Determinants of Health*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080828/en/index.html>>. [Consultado em 29/09/2011].

@ Correia, M. (2011). *Lançamento do Relatório sobre a situação da População Mundial 2011: O lugar dos Direitos Humanos e do Desenvolvimento na Agenda da Cooperação e Negócios Estrangeiros*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Noticias/ArquivoNoticias/Documents/343o%20IPAD%20ARepublica.pdf>>. [Consultado em 25/11/2011].

@ Cravinho, J.G. (2011). Análise do Relatório do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE. *Newsletter da OIKOS*. (Jan/Fev). [Em linha]. Disponível em <

http://www.oikos.pt/index.php?option=com_content&task=view%id=529&Itemid=115
>. [Consultado em 20/03/2011].

@ De Negri, A. (2010). Why equity in global Health is not a utopian dream. *In: Development policy forum (Ed.). Creating a global health policy worthy of the name: discussion paper.* pp. 26-27. Brussels, Development policy forum and Europe's World. [Em linha]. Disponível em <http://www.friendsofeurope.org/Portals/13/Documents/Reports/DPF_Report_Global_Health_11.2010.pdf>. [Consultado em 25/05/2011].

@ DL nº5/2003 de 13 de Janeiro – *Ministério dos Negócios Estrangeiros*. Diário da República nº10, Série I, parte A. [Em linha]. Disponível em <http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/DGTF/Documentos/SucessaoEntidadesExtintas/FFR-GB-DL_5_2003.pdf>. [Consultado em 28/10/2011].

@ DL nº212/2006 de 27 de Outubro – *Lei orgânica do Ministério da saúde*. Diário da República nº208, Série I, Capítulo III: secção I. [Em linha]. Disponível em <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20212-06.pdf>>. [Consultado em 28/10/2011].

@ Fernandes, J.A. (2008). O direito ao desenvolvimento como um Direito Humano e prerrogativa dos Estados nas relações internacionais do século XXI. *Revista Âmbito Jurídico*. 50 (ano XI/Fev.). [Em linha]. Disponível em <<http://www.didinho.org/revista-ambito%20juridico.pdf>>. [Consultado em 25/08/2011].

@ Ferreira, M.A. *et al.* (2005). A importância do planeamento estratégico para o crescimento das empresas. *Maringa Management: Revista de Ciências Empresariais*, 2(nº1, Jan./Jun.), pp.34-39. [Em linha]. Disponível em <<http://www.maringamanagement.com.br/novo/index.php/ojs/article/view/28/14>>. [Consultado em 20/02/2012].

@ Fidler, A.H. (2010). Connecting global health with other parts of development strategy. *In: Development policy forum (Ed.). Creating a global health policy worthy of the name: discussion paper.* pp. 30-32. Brussels, Development policy forum and

Europe's World. [Em linha]. Disponível em <http://www.friendsofeurope.org/Portals/13/Documents/Reports/DPF_Report_Global_Health_11.2010.pdf>. [Consultado em 25/05/2011].

@ IAPMEI (2007). *Gerir - Guias práticos de suporte à gestão: análise SWOT*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.iapmei.pt/iapmei-art-03.php?id=2344>>. [Consultado em 20/07/2011].

@ IPAD (2011 a). *Estratégia de Cooperação Portuguesa para a Saúde*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/EstrategiaCooperacao/Documents/EstrategiasaudeMaio2011.pdf>>. [Consultado em 17/07/2011].

@ IPAD (2011 b). *A cooperação Portuguesa 2005-2010*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/EdicoesProprias/Estudos/Documents/CP-Relat%C3%B3rio2005-2010%20REV%20final.pdf>>. [Consultado em 25/08/2011].

@ IPAD (2009). *Estratégia Portuguesa de cooperação Multilateral*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/CooperacaoEuropeiaMultilateral/estrategiamultilateral/Documents/EstrategiaMultilateral.pdf>>. [Consultado em 25/04/2011].

@ IPAD e MNE (2006). *Estratégia da Cooperação Portuguesa - Operacionalização*. [Em linha]. Disponível em <<http://ns1.ipad.mne.gov.pt/images/stories/Publicacoes/OperacioEstrategia.pdf>>. [Consultado em 10/03/2011].

@ IPAD e MNE (2010). *Memorando da Cooperação Portuguesa 2010*. [Em linha]. Disponível em <http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/Memorandos%20da%20Cooperacao%20Portuguesa/Documents/Memorando_2010_Final.pdf>. [Consultado em 03/05/2011].

@ IPAD e MNE (2011). *Uma leitura dos últimos quinze anos de cooperação para o desenvolvimento: 1996-2010*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/EdicoesProprias/Estudos/Paginas/default.aspx>>. [Consultado em 02/07/2011].

@ Martins, M.C. (2005). *A promoção da Saúde: percursos e paradigmas*. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>>. [Consultado em 15/03/2011].

@ Muller, C. (2003). *Modelo de gestão integrando planeamento estratégico, sistemas de avaliação de desempenho e gerenciamento de processos* - Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de Doutor em Engenharia-Enfase em Gerência da produção. [Em linha]. Disponível em <http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/publicacoes/claudio_muller_tese.pdf>. [Consultado em 20/02/2012].

@ OCDE (2009). Desenvolvimento da cooperação – Relatório 2009. *Jornal sobre desenvolvimento da OCDE*. 10(1), pp. 1-8. [Em linha]. Disponível em <<http://www.oecd.org/dataoecd/37/49/42400990.pdf>>. [Consultado em 15/03/2011].

@ OCDE (2008). *3º Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda: Agenda para a Acção de Acra*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.oecd.org/dataoecd/58/59/41202060.pdf>>. [Consultado em 15/03/2011].

@ OCDE (2006). *Paris declaration on Aid Effectiveness*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.oecd.org/dataoecd/56/41/38604403.pdf>>. [Consultado em 15/03/2011].

@ OMS (2005 a). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf>. [Consultado em 28/09/2011].

@ OMS (2007). *Aid effectiveness and health- making health systems work*. Working paper nº9. Geneve, Department for health policy, development and services. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/management/working_paper_9_en_opt.pdf>. [Consultado em 30/09/2011].

@ OMS (2011 a). *The determinants of health*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>>. [Consultado em 23/09/2011].

@ OMS (2005 b). *A carta de Bangkok para a promoção da saúde num mundo globalizado*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. [Consultado em 15/08/2011].

@ OMS (2010 b). *Análise dos Recursos Humanos da saúde (RHS) nos países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) – Human Resources for Health observer: Issue nº2*. Genebra, Dussalt *et alii*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/hrh/resources/observer2/en/index.html>>. [Consultado em 20/10/2011].

@ OMS (2011 b). *Health transition*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/trade/glossary/story050/en/index.html>>. [Consultado em 22/08/2011].

@ OMS (1946). *Consitution of WHO*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. [Consultado em 28/09/2011].

@ OMS (2011 c). *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/WHO_NDT_report_update_2011.pdf>. [Consultado em 17/11/2011].

@ OMS (1998). *Health promotion glossary*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf>. [Consultado em 23/08/2011].

@ OMS (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>. [Consultado em 04/06/2011].

@ OMS (1987). *Our Common Future: Report of the World Commission on Environment Development*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.un.org/documents/ga/res/42/ares42-187.htm>>. [Consultado em 25/09/2011].

@ OMS (2000). *The fifth global conference on health promotion – Health promotion: bridging the equity gap, 5- 9th June 2000, Mexico City*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_en.pdf>. [Consultado em 15/08/2011].

@ OMS (2006). *The world health report 2006: working together for health. Chapter 1 – Health workers: a global profile*. Geneve, WHO. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/whr/2006/06_chapter1_pr.pdf>. [Consultado em 12/03/2011].

@ OMS e UNICEF (1978). *Declaration of Alma-Ata*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. [Consultado em 29/05/2011].

@ ONU (2008 a). *International Conference on financing for Development: Follow-up International Conference on Financing for Development to Review the Implementation of the Monterrey Consensus*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.un.org/esa/ffd/doha/>>. [Consultado em 15/03/2011].

@ ONU (2008 b). *MDG monitor: tracking the millennium development goals*. . [Em linha]. Disponível em <http://www.mdgmonitor.org/country_progress.cfm?c=AGO&cd=24>- para Angola; <http://www.mdgmonitor.org/country_progress.cfm?c=CPV&cd=132> para CV; <http://www.mdgmonitor.org/country_progress.cfm?c=GNB&cd=624> para G-B; <http://www.mdgmonitor.org/country_progress.cfm?c=MOZ&cd=508> para

Moçambique; http://www.mdgmonitor.org/country_progress.cfm?c=STP&cd=678 para STP; http://www.mdgmonitor.org/country_progress.cfm?c=TMP&cd=626 para TL. >. [Consultado em 25/02/2011].

@ ONU (1945). *Constitution of the World health organization*. [Em linha]. Disponível em <http://www.opbw.org/int_inst/health_docs/WHO-CONSTITUTION.pdf>. [Consultado em 28/05/2011].

@ ONU (2000). *Declaração do Milénio*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. [Consultado em 12/04/2011].

@ ONU (1992). *Declaração sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-ao-Desenvolvimento/declaracao-sobre-meio-ambiente-e-desenvolvimento.html>>. [Consultado em 15/08/2011].

@ ONU (1986). Resolução 41/128 de 4 de Dezembro de 1986: *Declaração sobre o Direito ao desenvolvimento*. [Em linha]. Disponível em <http://www.un.org/documents/ga/res/41/a41r128.htm> .[Consultado em 29/08/2011].

@ ONU (2011). *The millennium development goals report 2011*. [Em linha]. Disponível em <http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf>. [Consultado em 19/09/2011].

@ ONU (1948). *The Universal declaration of Human rights*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>>. [Consultado em 28/05/2011].

@ OPAS e OMS (2001). *Resoluções e outras acções da 54ª Assembleia Mundial da saúde e interesse para o Comité Regional*. Washington, D.C., Organização Pan-Americana de saúde e Organização Mundial de saúde. [Em linha]. Disponível em <www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd43_27-p.pdf14/2>. [Consultado em 28/05/2011].

@ OUA (1981). *Carta Africana dos direitos Humanos e dos Povos - Carta de Banjul*. [Em linha]. Disponível em < <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm>>. [Consultado em 25/06 /2011].

@ Pedra, C.D. (2011). *Relatório sobre o quarto fórum de alto nível sobre a Eficácia da Ajuda*. Comissão de desenvolvimento do Parlamento Europeu. [Em linha]. Disponível em <<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//NONSGML+REPORT+A7-2011-0313+0+DOC+PDF+VO//PT>>. [Consultado em 28/09/2011].

@ PNUD (2010). *Relatório do desenvolvimento Humano 2010 – A verdadeira riqueza das Nações: vias para o desenvolvimento humano* (Edição do 20º aniversário). New York.[Em linha]. Disponível em < <http://hdr.indp.org/>>. [Consultado em 30/06/2011].

@ RCM nº43/99. *A cooperação portuguesa no limiar do século XXI: documento de orientação estratégica* - Diário da República nº115, Série I parte B, de 18 de Maio de 1999. [Em linha]. Disponível em < http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node_id&value=618073>. [Consultado em 02/03/2011].

@ RCM nº 196/2005. *Uma visão Estratégica para a cooperação Portuguesa* - Diário da República I Série – B, nº 244 de 22 de Dezembro de 2005. [Em linha]. Disponível em <<http://dre.pt/pdf1sdip/2005/12/244B00/71807201.PDF>>. [Consultado em 25/04/2011].

@ Teixeira, H. (2001). *Holismo e Medicina*. 2º Congresso Internacional de nefrologia pela internet. [Em linha]. Disponível em < <http://www.uninet.edu/cin2001-old/conf/teixeira/teixeira.html>>. [Consultado em 09/03/2011].

@ UE (2007). *Código de conduta sobre a complementaridade e a divisão das tarefas na política de desenvolvimento*. [Em linha]. Disponível em < <http://europa.eu/legislationsummaries/development/generaldevelopmentframework/r13003pt.htm>>.[Consultado em 30/04/2011].

@ UE (2005). *O Consenso Europeu para o desenvolvimento*. [Em linha]. Disponível em <<http://europa.eu/legislationsummaries/development/generaldevelopmentframework/r12544pt.htm>>. [Consultado em 30/04/2011].

@ UE (2010). *Relatório anual 2010 sobre as políticas de desenvolvimento da ajuda externa da UE e respectiva execução em 2009*. [Em linha]. Disponível em <http://ec.europa.eu/europaaid/multimedia/publications/publications/annual-reports/2010_en.htm>. [Consultado em 28/02/2011].

@ UNESCO (1986). *Declaração de Veneza - Comunicado final do Colóquio "A Ciência diante das Fronteiras do Conhecimento"*. [Em linha]. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0006/000685/068502por.pdf>>. [Consultado em 09/03/2011].

@ UNICEF (2008). *Lições aprendidas a partir de sistemas e práticas de cuidados de saúde em evolução - Capítulo 2*. [Em linha]. Disponível em <<http://unicef.org/brazil/sowc2008final/cap2.htm>>. [Consultado em 28/09/2011].

@ Zukany (2010). *A reestruturação do desenvolvimento mundial (Versão Portuguesa) - World economic and social survey 2010*. New York, UN:Departamento de Assuntos económicos e sociais. [Em linha]. Disponível em <http://plataformaongd.pt/conteudos/documentacao/documentos/centrodocumentacao/500/Reestruturacao%20Desenv%20Mundial_UN.PDF>. [Consultado em 28/05/2011].
<<http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/EdicoesProprias/Estudos/Documents/CP-Relat%C3%B3rio2005-2010%20REV%20final.pdf>>. [Consultado em 25/08/2011].

Anexo I

Guião da entrevista

Guião de entrevista

Dados para caracterização da amostra:

- Nome;
- Idade
- Formação Académica;
- Instituição que representa; cargo que desempenha
- Participação em missões

1♦ Participação em missões: as mais marcantes e porquê.

2♦ Exame de 2010 do CAD à cooperação Portuguesa: “fragmentada”
Fragmentação – influencia numa missão de cooperação na área da Saúde

3♦ Missões de cooperação na área da saúde em que participou: aspectos que não foram devidamente tomado em consideração para o sucesso da final acção

4♦ Princípios/factores - bases para a sustentabilidade de uma intervenção de cooperação para o desenvolvimento em saúde

5♦ Análise SWOT da cooperação Portuguesa no sector da saúde

a)Forças

b) Fraquezas

c) Transformar as fraquezas em forças

d) Oportunidades

e) Ameaças

f) Transformar as ameaças em oportunidades

6♦ Visão holística em saúde: operacional / prejudica/atrasa/inviabiliza as estratégias de cooperação

Anexo II

Questionário



Este questionário constitui um dos instrumentos de recolha de dados utilizado para a concretização da componente empírica da tese de mestrado “*A Cooperação Internacional Portuguesa no Sector da Saúde: Diagnóstico Estratégico, do actual cenário de fragmentação ao cenário desejado holístico*”, a realizar no âmbito do mestrado em Acção Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Universidade Fernando Pessoa – Porto, sob orientação do Prof. Dr. Fernando Jorge Cardoso.

Como objectivo de investigação, este estudo pretende proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, da cooperação internacional portuguesa (pública e privada) no sector da saúde, explorando-a e descrevendo-a enquanto sistema- *diagnóstico estratégico* - para assim se descobrir qual o lugar ocupado pelas estratégias holísticas neste contexto, caracterizando-se o *actual cenário* de “*fragmentação*” e o *cenário ideal ou desejável*, o “*holístico*”.

A sua participação é *voluntária*.

Apesar da pertinência de dar a conhecer a sua identidade, enquanto elemento de garantia da qualidade deste estudo, as suas respostas serão *anónimas e confidenciais*: não haverá qualquer associação entre estas e os seus dados pessoais uma vez que a cada uma será atribuído um código representativo do seu informante ficando as respectivas correspondências apenas e exclusivamente, na posse do investigador.

As suas respostas serão apenas utilizadas neste estudo.

Agradece-se desde já a sua colaboração!

- Nome:

- Idade:

- Formação Académica:

- Instituição que representa:

- Cargo que desempenha:

1-Já participou em missões? Qual/**ais** o/a marcaram mais? Porquê?

2-No exame realizado em 2010 pelo CAD à cooperação Portuguesa, a palavra que mais ressalta pela sua recorrente utilização é “fragmentada”. De que forma é que esta fragmentação da ajuda, afecta uma missão de cooperação na área da Saúde?

3-Nas missões de cooperação na área da saúde em que participou, existiu algum aspecto/s que considera não ter (em) sido devidamente tomado(s) em consideração para o sucesso da acção em que participou (analisou ou planeou)?

3.1-Que aspectos foram esses?

3.2-Hierarquize-os (do menos para o mais importante) e comente cada um deles e o seu lugar na classificação.

4-Enumere o /os princípios/ factores que considera como bases para a sustentabilidade de uma intervenção de cooperação para o desenvolvimento em saúde.

4.1-Justifique a sua opinião.

4.2-Se enumerou mais do que um factor/princípio, hierarquize-os (do menos para o mais importante) e justifique a sua opinião e classificação.

5-Na sua opinião quais são:

- a) As forças da cooperação Portuguesa na área da saúde?
- b)E as fraquezas?
- c) Como transformaria a principal fraqueza numa força? (análise interna)
- d) E as oportunidades?
- e)E as ameaças?
- f) Como transformaria a principal ameaça numa oportunidade? (análise externa)

6-Considera que a visão holística em saúde é operacional ou prejudica/atrasa/inviabiliza as estratégias de cooperação?

Obrigado pela sua colaboração!

A investigadora:

Ana Almeida

Anexo III

Tabela de convenções utilizadas na transcrição das entrevistas

Tabela de convenções utilizadas na transcrição

Notação usada	Comportamentos Verbais e/ou Não Verbais
E.	Entrevistadora (locutores)
(1)(2)(...)	Número da questão
D1; D2, D3...	Pessoas entrevistadas (interlocutores)
(in)	Segmento inaudível/ ininteligível
(int)	O locutor interrompe o interlocutor e vice-versa
(sus +)	Suspensão de frase com entoação ascendente
(sus -)	Suspensão de frase com entoação descendente
(sil)	Ausência de resposta a uma solicitação
(<2)	Pausa silenciosa breve
(>2)	Pausa silenciosa longa

?	Marca prosódica de uma questão
!	Marca prosódica de uma exclamação
.	Marca de fronteira de frase
...	O locutor abandona a ideia, a frase
uhm	Sinal que o interlocutor/entrevistador segue o discurso
hm	O locutor e/ou o interlocutor concorda com aquilo que está a ser dito
ahm	O locutor e/ ou o interlocutor gaguejam/ hesitam
<i>*network*</i>	Introdução de uma língua não prevista
-	O hífen indica que a palavra foi abandonada de forma abrupta
[fala baixo]	O interlocutor desce o tom de voz
	Segmento de discurso proferido em simultâneo quer pelo locutor,

//itálico//	quer pelo interlocutor
/	Inicia-se um enunciado que se sobrepõe ao anterior
[comportamento não verbal]	Descrição de um comportamento não verbal realizado pelo interlocutor
[risos]	O locutor e o interlocutor manifestam riso
«»	O locutor enuncia um segmento de discurso proferido por outra pessoa
“”	O enunciado do locutor não está gramaticalmente correcto ou possui algum outro erro de outra natureza.

Anexo IV

Exemplos apontados pelos elementos da amostra ao longo das entrevistas

Exemplos apontados pelos elementos da amostra ao longo das entrevistas

1) Exemplos de fragmentação no sector da saúde;

Como exemplos desta ajuda fragmentada, prestada pela cooperação internacional portuguesa no sector da saúde, os entrevistados remetem-nos para alguns exemplos - a oferta de uma ambulância para STP e a evacuação de doentes dos PALOP:

“Todo aquele show de levar uma ambulância para São Tomé é caricato, porque quem sabe da saúde de São Tomé, de certeza absoluta que não precisam de ambulância nenhuma. Mas o que surge aqui deste lado, é que vai-se salvar vidas, vai estar lá. Claro que ambulância, oito dias depois, está a servir para outras coisas, e ainda bem [risos]. Porque o resto, não há. São Tomé, é pequenino. Guadalupe, que é a segunda maior ou a terceira maior cidade da Trindade até à cidade capital são doze ou treze quilómetros. Mesmo que haja uma coisa urgente, não é por haver uma ambulância que vai resolver. (...) A ambulância depois não tem gasóleo, depois não há dinheiro. Portanto, dar a ambulância é oferecer absolutamente nada.” (D16)

“ (...) por exemplo, a evacuação dos doentes não pode ser vista como uma actividade, sem que ahm...solta ...e sem haver articulação com actividades de cooperação no terreno. Quando, por exemplo, o ministério da saúde e a DGS aqui lidam com as questões das evacuações e aqui (sus+)...de uma forma desfasada ahm, dos programas da cooperação(...)” (D4)

2) Exemplos de falhas

A título de exemplo, inserido neste eixo, os entrevistados relatam algumas situações da sua experiência de terreno em que é possível constatar alguns factores causadores de falhas no sector da saúde descritos anteriormente.

D1 relata a sua experiência relativamente a uma maternidade na GB que após a construção e equipamento, foi directamente entregue ao MS de Guiné:

como esta construção não se encontrava enquadrada num projecto que incluísse nas suas actividades a refuncionalização do espaço através da formação de técnicos locais, actualmente ela não funciona:

“(...)construção de maternidades Guiné-Bissau, financiadas pelo FNUAP (Fundo das Nações Unidas para a População) e com o apoio da cooperação Portuguesa. A construção e equipamento foram efectuados e hoje a Maternidade não responde às necessidades da população ou simplesmente não funciona. E não funciona porquê?! Porque não houve o cuidado de organização do seu funcionamento, antes da sua entrega ao Ministério da Saúde da G-B. Deixando estas situações entregues aos técnicos de saúde locais, com toda a dificuldade que têm em termos de organização, falta de verbas para pôr as coisas a funcionar e a dificuldade de gestão que têm naturalmente nessa matéria, isso inviabiliza que as coisas funcionem! É apenas um exemplo do que é na prática o desperdício, penso eu, da cooperação portuguesa nalgumas áreas! Este exemplo poderá repetir-se em Bafatá, onde estivemos, vai ser também construída uma nova maternidade, pensamos irá acontecer uma situação semelhante, se não forem consideradas estas questões. Agora nós já avisámos!”(D1) .

O entrevistado D3 exemplifica uma falha, ao falar dos PIC, que quando seguidos à risca apenas nos permitem fazer uma avaliação da cooperação portuguesa no sector, do tipo contabilístico, não sendo possível uma avaliação em termos qualitativos.

“ (...) «planos indicativos por país»(PIC), não é...ah claro que os planos indicativos por país, eles teoricamente procuram fazer, digamos, uma conciliação de objectivos(sus-) na realidade acabam por ser uma resposta pragmática...o PIC com a Guiné-Bissau é capaz de dizer «Olhe, evacuação de doentes...continuação do apoio ao hospital não sei das quantas e(<2) continuação de mais 3 enfermeiros não sei a onde...», e é isso! Estratégia? zero! (...)Como é que se vai verificar a eficácia ou a importância ou o impacto de uma...de uma coisa...Em termos estratégicos continuamos na mesma! [risos]Portanto, infelizmente, os PIC's por país, se seguimos isso á risca, não é (sus+) apenas nos permitem fazer uma avaliação do tipo contabilístico: era previsto irem 3 enfermeiros, foram! (...)A gente faz uma avaliação contabilística: ninguém roubou nada, estava tudo a funcionar dentro da ética profissional prevista...mas mais nada!”(D3).

Também D13 partilha uma situação no Iraque, que considera como exemplo de falha ao nível da cooperação no sector da saúde:

*“Nós tivemos forças Portuguesas lá! Bom, a representar o nosso país na NATO, nós estivemos lá, *OK*! Nós para irmos para o Iraque não poderíamos ir enquanto representantes de Portugal: portanto, nós tínhamos uma equipa militar que partia, ahm, mas nós não temos o mesmo estatuto de ahm (>2) representação!”(D13).*

A situação utilizada como exemplo por D12, está relacionada com alterações políticas ocorridas no decorrer de uma intervenção na GB e que conduziram a uma mudança no papel das matronas e agentes de saúde comunitários, figuras já incluídas num projecto de cooperação de uma ONG, que em consequência teve que suspender a área do projecto relacionada com estas figuras:

“ (...) posso dar o exemplo(...)a nível dos cuidados de saúde primários, integrados, isto na Guiné, integrados na Iniciativa de Bamaco, quem tem inclusão de (...)unidades de saúde comunitária, e nas quais existem trabalhadores(...) os agentes de saúde comunitária e as matronas ou parteiras, que serão tradicionais e que ao longo do tempo foram formadas e integradas dentro do sistema. E aliás, dentro do plano nacional de saúde, estes elementos estavam mencionados. Ahm e de facto nós trabalhamos com eles, e trabalhamos já durante alguns anos, e actualmente, neste ano(...)houve uma reformulação (...) no papel destas figuras(...) por políticas nacionais que foram alteradas, neste momento tivemos que suspender toda esta área. Portanto, todas as restantes áreas do projecto se mantêm, mas esta teve que ser suspensa.”(D12)

O último exemplo, é relatado por D16 e está relacionado com a implementação de um plano de vacinação na GB, em 1985. De acordo com o entrevistado com a intervenção diminuiu-se a mortalidade infantil a curto prazo, mas a longo prazo, como a população aumentou, mas não aumentaram outros recursos, como por exemplo, alimentos, as taxas de mortalidade voltaram sensivelmente para os mesmos níveis existentes antes da intervenção:

“(...)foi em 85, no leste da Guiné(...) começamos a fazer o plano de vacinação na altura. Com o plano de vacinação morreram muito menos crianças (...) registávamos, tínhamos números. E, num ano, apercebemo-nos que a população estava realmente, a mortalidade infantil diminuída, etc, embora os números que tivéssemos não fossem certos (...) Mas o que não aumentou, foi a comida para aquela gente (...) estamos aqui dar saúde às pessoas, mas no fundo estamos a criar condições para que haja mais fome de futuro (...)” (D16)

3) Exemplos de boas práticas

Por último, neste eixo, dois entrevistados, deixam alguns exemplos de boas práticas de cooperação no sector da saúde - a linha de financiamento da Fundação Calouste Gulbenkian para a realização do diagnóstico inicial em projectos de cooperação e o programa “Saúde para Todos” em STP, com uma actuação integrada e integrante:

“Felizmente, apareceu agora, financiado pela Gulbenkian uma linha que ajuda a financiar o trabalho de diagnóstico inicial.” (D8)

“ (...) com esta boa prática, que foi notificada como um dos projectos bandeira da cooperação Portuguesa(...) cooperação em saúde em S. Tomé ... também....ter um exemplo de boas práticas para serem seguidas noutras áreas(...)” (D4).

4) Exemplos anti-sustentabilidade

Tal como acontece nos restantes eixos temáticos, também neste caso, o grupo com que se investiga continua a socorrer-se de situações práticas para exemplificar as suas opiniões. Relativamente à sustentabilidade, são exemplos de situações reais que contrariam os seus princípios numa intervenção de cooperação para o desenvolvimento no sector da saúde, as falsas expectativas, quando aproveitando os cenários de concretização dos projectos, muitas pessoas neles envolvidos, aproveitam para realizar actividades para responder a objectivos pessoais, abandonando depois o local sem qualquer feedback para a população, o que gera falsas expectativas e dificulta a aceitação e implementação de projectos futuros, como explica D2:

“Às vezes as pessoas implicadas nos projectos, não estou só a referir-me aos projectos da saúde, limitam-se a ir colher ao terreno os dados de que precisam para os seus objectivos, aproveitando-se das carências locais, após o que regressam deixando as pessoas que estão no terreno, a quem por vezes criaram falsas expectativas a olhar para as mãos vazias! Esta maneira de actuar dificulta no futuro, a aceitação de novos projectos, dado que as pessoas sentem-se até certo ponto, ludibriadas.” (D2);

o envio de contentores de alimentos, medicamentos, roupas e outros bens, sem qualquer tipo de critérios de selecção e adequabilidade e como actividades isoladas, para países em vias de desenvolvimento, julgando-se, que assim se resolvem situações de carências, como relata D11:

“Muitas vezes as pessoas acham que esta questão da subnutrição, basta chegar um contentor com alimentos, distribui-se e as pessoas ficam bem!”(D11);

basear a avaliação de uma intervenções de cooperação apenas em dados quantitativos, do tipo contabilístico, mencionado no relato:

“(...)se o sucesso é apenas e só obter números de recuperações «recuperamos x», então eventualmente aí aplicaremos estratégias específicas para isso! Se nós queremos que neste caso, a curto-...a curto é difícil, mas a médio - longo prazo, aquela comunidade possa viver ahm ao nível daquilo que habitualmente é frágil (...) então tem que haver todo um leque ahm(<2) de pessoas, um leque de áreas(...)”(D11);

e as bases em que assentam os PIC's, muito genéricos e pouco adaptados às realidades de intervenção dos países, como se subentende do relato de D3:

“Cada uma destas coisas institucional demora, pelo menos 5 anos. Não pode estar à mercê dos PIC's! Quando a gente chega ao PIC eventualmente o Ministro da Saúde diz : «Ah e que tal se a gente...» ... Na, nah, não! O programa de formação (...) entre estas 2 instituições vai continuar! Portanto (...) aqui não se mexe! Portanto mexa no resto! Aqui não pode! [risos] Isto de certeza que não pode andar a ser fragmentando anualmente...portanto...mas são coisas que...não tem dinheiro para cada 2/3 anos negociar.” (D3).

5) Exemplos de sustentabilidade

Por fim, foi também apontada uma situação real de intervenção, considerada como sustentável no sector da saúde por D16: a estratégia seguida pelo Rotary Club, em parceria com a UNICEF para a erradicação da polio, que embora seja um programa vertical tem por detrás uma estratégia de longo prazo:

“(...)os Rotary Club, têm uma estratégia que é, vamos acabar com a Pólio no mundo e põem o dinheiro que conseguem arranjar á disposição da (in), UNICEF, da não sei o quê, para fazer todas as vacinas que quiserem da Pólio. Isto é uma estratégia. (...) Isto é sustentável. E você pode-me dizer assim «mas isto é um programa vertical, dirigido só para uma doença». Está bem, mas pelo menos tem uma estratégia em relação aquela doença.” (D16).