

COOPERAÇÃO
PORTUGUESA

IPAD Instituto Português
de Apoio ao Desenvolvimento

ESTRATÉGIA DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA PARA A SAÚDE

SUMÁRIO

A Cooperação Portuguesa em Saúde deve enquadrar-se num momento de especial interesse da comunidade internacional (política e académica) pela Saúde dos Países em Desenvolvimento: o volume de financiamento não tem precedentes, bem como a preocupação em coordenar o fluxo e utilização do mesmo. Este interesse reflecte a percepção das ligações entre Saúde e Desenvolvimento (ou, infelizmente, nalguns casos, entre má – Saúde e Pobreza) e a necessidade de reforçar os sistemas de saúde dos países mais pobres para fazerem avançar a Transição em Saúde. Os países de língua e expressão portuguesa, designadamente os PALOP e Timor-Leste, são espaços de intervenção prioritária da Cooperação Portuguesa. No âmbito do sector da saúde, verifica-se que na sua generalidade estes países dispõem de escassos recursos humanos qualificados, fracas instituições de gestão dos sistemas públicos, e fraco desenvolvimento tecnológico sectorial.

A Cooperação Portuguesa passou a dispor, em 2005, de uma “Visão Estratégica” que também enquadrou o sector Saúde numa perspectiva de apoio ao desenvolvimento. No entanto, a proporção do financiamento disponível afecto ao sector não tem sido elevado. Apesar disso, o volume de financiamento tem sido progressivamente utilizado em acções de reforço institucional, em parcerias estáveis, incentivando a previsibilidade dos apoios pelos organismos financiadores. A concentração dos actores e a persistência da Visão Estratégica manifesta-se também na coerência com as recentes definições sectoriais no âmbito da CPLP.

A Cooperação Portuguesa em Saúde com os PALOP - TL pode ter elevada efectividade se continuar a apostar na língua comum para a formação e assistência técnica para o reforço institucional. O esforço de coordenação com cada um dos PALOP - TL é outra “força” que deve ser enaltecida. Entre as “fraquezas” conta-se a dificuldade de preparação de projectos viáveis pelas instituições portuguesas, como consequência do reduzido financiamento. Espera-se que algumas das “ameaças” do passado recente não se manifestem tão intensamente nos próximos anos, em particular a instabilidade política de alguns PALOP - TL que reduziu a possibilidade de apropriação e sustentabilidade das intervenções.

O desenho da Estratégia de Cooperação em Saúde parte do conhecimento do contexto internacional e da experiência anterior. Assenta, também no respeito pelos compromissos internacionais e regionais assumidos pelo Estado português desde a fundação das ONU e 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 assume que se continue a defender uma visão de apoio ao desenvolvimento em que a Saúde é uma parte constituinte do esforço pela redução da Pobreza.

Propõe-se que a Estratégia tenha como objectivo geral *“fortalecer os sistemas públicos de saúde dos países em desenvolvimento enquanto elemento fundamental nas estratégias de redução de pobreza”*. Propõem-se princípios operativos que reflectem os consensos internacionais em matéria de efectividade e eficiência da Ajuda Externa sectorial. Propõem-se pilares de intervenção que se focam em: a) fortalecimento institucional (incluindo a formação de técnicos e gestores qualificados para melhorar as capacidades dos sistemas públicos); b) apoio ao desenvolvimento de instituições de referência ligadas ao conhecimento (ensino superior e pós-graduação médica) e investigação. Insiste-se no aproveitamento de sinergias com associações profissionais para estes objectivos.

Apresentam-se os “cruzamentos” da Estratégia sectorial proposta com prioridade 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).

Para a operacionalização da Estratégia sugerem-se alguns mecanismos: a) a continuação da coordenação através dos PIC; b) a Cooperação Técnica, que beneficia da vantagem da língua comum; c) a coordenação com os outros doadores sectoriais, tanto a nível dos fóruns internacionais, como a nível de cada país; d) a insistência na concentração em reduzido número de projectos e em parceria de actores portugueses (financiamento e execução).

Numa perspectiva de reforço financeiro da APD portuguesa, o sector da saúde deverá também contar com um maior investimento financeiro.

É reforçada a importância da monitorização e avaliação, em consonância com as preocupações da comunidade internacional: deve ser realizada em conjunto com os parceiros dos países recipientes e deve ser focada em resultados. Melhorias simples na própria formulação – aprovação de projectos permitirão aperfeiçoar a monitorização de resultados. A avaliação pode manter-se focada na eficiência do uso dos insumos e na produção identificada a nível de recursos humanos e instituições apoiadas.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Alto Comissariado da Saúde
AFRO	Escritório Regional para a África da OMS
APD	Ajuda Pública ao Desenvolvimento
APF	Associação para o Planeamento da Família
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CV	Cabo Verde
DAC	Development Aid Coordination
EVN	Esperança de Vida à Nascença
FCG	Fundação Calouste Gulbenkian
GAVI	Global AIDS Vaccine Initiative
G-B	Guiné-Bissau
HIV/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Vírus HIV)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
IHP	Internacional Health Partnership
IMVF	Instituto Marquês de Vale Flor
IPAD	Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODM	Objectivos para o Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PALOP-TL	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e Timor-Leste
PECS	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (CPLP)
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Planos Indicativos de Cooperação
PMD	Países Menos Desenvolvidos
RHS	Recursos Humanos de Saúde

SMI	Saúde Materno-Infantil
SSd	Sistemas de Saúde
STP	São Tomé e Príncipe
SWAp	Sector-Wide Approach
T-L	Timor-Leste
UE	União Europeia
USAID	Agência de Apoio ao Desenvolvimento dos EUA

ÍNDICE:

SUMÁRIO	2
LISTA DE ABREVIATURAS.....	4
PARTE UM - ENQUADRAMENTO	7
1. TENDÊNCIAS DA SAÚDE NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	7
1.1. Situação Mundial da Saúde.....	7
1.2 Prioridades, Desafios e Obstáculos.....	9
1.3 Saúde nas Prioridades Geográficas da Cooperação Portuguesa. Principais Problemas de Saúde nos PALOP e Timor-Leste.....	11
2. COOPERAÇÃO PORTUGUESA – ANTECEDENTES E EVOLUÇÃO NA COOPERAÇÃO PARA A SAÚDE	14
2.1 Introdução	14
2.2 Principais Instituições e Actividades.....	15
2.3 Cooperação Portuguesa no contexto global da Ajuda Bilateral em Saúde aos PALOP - TL: mais valias	19
PARTE DOIS – MARCO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO	22
3. MARCO DE INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA	22
3.1 Objectivo Geral	22
3.2 Princípios Operativos.....	22
3.3 Eixos Estratégicos e Sectores Prioritários.....	23
PARTE TRÊS – IMPLEMENTAÇÃO.....	24
4. OPERACIONALIZAÇÃO	24
4.1 Mecanismos e Instrumentos.....	24
4.2 Actores	25
PARTE QUATRO – MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E DIFUSÃO	29
5. MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO.....	29
6. INFORMAÇÃO E DIFUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXO – 1: Alguns Indicadores de Saúde e sócio - económicos dos PALOP e Timor - Leste	35

PROPOSTA DE ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE

PARTE UM - ENQUADRAMENTO

1. TENDÊNCIAS DA SAÚDE NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

1.1. Situação Mundial da Saúde

O conceito que permite maior amplitude na análise dos efeitos do desenvolvimento sobre a saúde é o da “Transição em Saúde”, com os seus três processos componentes: transição demográfica, alteração da exposição a riscos para a saúde (principalmente a urbanização – industrialização e a redução das exposições biológicas do período agrícola – rural) e cuidados de saúde efectivos (que reduzem a letalidade pela principais doenças causadoras de morte) (*Chen, 1994*). Nas últimas três décadas, o mundo assistiu a uma redução da mortalidade causada por doenças transmissíveis e ligadas à reprodução, enquanto que aumentava o peso relativo das chamadas doenças crónicas – degenerativas (do comportamento): os resultados incluíram a redução substancial da mortalidade infantil e materna, e um aumento substancial da esperança de vida à nascença, na maioria dos países de rendimentos médios e mesmo muitos de baixos rendimentos (*WHO, The World Health Report, 2005*). No entanto, muitos agentes internacionais continuam a preocupar-se que uma lista de países de baixa renda (maioritariamente africanos) não mostra sinais de progresso (*UNDP, 2005*).

A crescente globalização (da economia, da política e da vida social e cultural) associa-se aos processos motores da Transição em Saúde, na fácil disseminação tanto de tecnologias médicas como de novos hábitos de vida urbanos (estes ligados à ascensão das doenças crónicas e comportamentais). Mas, por outro lado, a rapidez da comunicação global (incluindo agora as grandes metrópoles dos países pobres) também faz recrudescer os riscos de pandemias.

Assim, a listagem das prioridades globais de saúde é também mais complexa do que há duas ou três décadas atrás, mesmo no grupo dos países menos desenvolvidos (PMD) (em que, à excepção de Cabo Verde, se incluem os PALOP): a) a combinação de doenças transmissíveis, má nutrição e problemas peri-natais continua a manter a mortalidade infantil em níveis elevados; b) algumas doenças endémicas, como a Malária, Tuberculose e HIV/SIDA, continuam a resultar em mortalidade e perda de qualidade de vida nos adultos (*Dean T. Jamison, 2006*); c) a escassa cobertura de serviços obstétricos faz com que a taxa de mortalidade materna seja o indicador que demonstra a maior desigualdade entre países (*Jennifer Bryce, et al, 2008, WHO, The World Health Report, 2005*); d) a mudança de estilos de vida nos maiores centros urbanos já faz com que a carga de doença por doenças crónicas (principalmente as doenças cardiovasculares) também esteja maioritariamente localizada nos países em desenvolvimento (*WHO, Preventing chronic diseases, 2005*). E novos problemas se preparam para sobrecarregar serviços médicos e políticas de saúde nos PMD, como a Saúde Mental e os acidentes de viação (*Margie Peden, et al, 2004*).

A advocacia do conceito de “direitos humanos e género” fez aumentar o grau de prioridade da “Saúde Reprodutiva e Sexual e Direitos conexos” na agenda internacional, em consequência da constatação, entre outros, da discussão não

terminada sobre o aborto, do limitado acesso a serviços de planeamento familiar, da influência do género no acesso a cuidados de saúde e do agravamento da posição da mulher (principalmente as jovens) como grupo vulnerável à transmissão do HIV. Nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), a acessibilidade a cuidados de saúde reprodutiva (incluindo planeamento familiar, Meta 5.B) veio adicionar-se à “Redução da Mortalidade Materna”.

A comunidade internacional dá-se também conta que as alterações climáticas globais terão repercussões graves nos PMD: eventos extremos (já) mais frequentes, menor capacidade de prevenção e resposta de emergência, as grandes cidades mais susceptíveis (incluindo como pontos de trânsito de doenças transmissíveis), a menor sustentabilidade da vida (por exemplo devido à seca e erosão dos solos).

Este conjunto de argumentos expõe a complexidade dos determinantes de saúde ligados ao processo de desenvolvimento (ou ausência de desenvolvimento), em que se integram condições básicas de vida, os contextos políticos e o respeito pelos direitos individuais e a acessibilidade a cuidados de saúde eficazes (que, por sua vez, pressupõem instituições públicas e governação) (*WHO, CSDH, 2008*).

A responsabilização global com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) foi contemporânea com outro desenvolvimento conceitual: a de que a Saúde também contribui para o Desenvolvimento (*WHO Commission on Macroeconomics and Health, 2002*). São hoje consensuais os mecanismos deste segundo sentido da ligação entre Saúde e Desenvolvimento: o nexa demográfico (maior longevidade e produção individual), os rendimentos familiares (menos doença, menos perdas de rendimentos e menos gastos), melhor aplicação dos gastos públicos, atracção de investimento em zonas anteriormente de maior risco de doença, entre os mais importantes. Aliás, este segundo sentido da ligação tem sido um dos mais importantes suportes para a continuidade do financiamento internacional para os ODM da área da Saúde.

A obtenção de melhorias no estado de saúde das populações dos PMD não se consegue sem serviços (e cuidados) de saúde efectivos. As tecnologias médicas (preventivas e curativas) hoje disponíveis (muitas delas simples e de baixo custo) poderiam ter um efeito ainda maior na redução da mortalidade, principalmente infantil e materna, nos PMD (*Jennifer Bryce, et al, 2008*). No entanto, as doenças preveníveis com essas tecnologias continuam a ser responsáveis por uma grande parcela da mortalidade infantil: porque a cobertura obstétrica é muito reduzida, porque os técnicos não informam adequadamente as mães para a importância das datas certas para as vacinas ou a dormida com a protecção de rede mosquiteira, ou porque se permite a rotura de stocks de antibióticos para as infecções respiratórias, entre outros exemplos. Estes exemplos de falhas na “periferia” das redes prestadoras são reflexos de problemas institucionais da própria administração dos sistemas públicos de saúde: sub-financiamento, falta de recursos humanos, fraca capacidade de planeamento e monitorização, fraquezas na logística e manutenção, etc., particularmente notórias nos PMD (*Phyllida Travis, et al, 2004*). Mesmo os financiadores das grandes “iniciativas globais de saúde” se têm dado conta que devem apoiar o reforço dos sistemas de saúde para que as novas tecnologias cheguem até aos seus destinatários (*Michael R Reich, 2009*).

Por último, convém lembrar que o conceito de “desenvolvimento humano” não se limita a insistir na responsabilidade pública pela criação de condições básicas de vida: os cidadãos devem ter maior voz política (pelos seus direitos) e exigir prestação de contas pelas instituições públicas (*Sharma, P. 2006*). A pandemia do HIV/SIDA colocou na ordem do dia o respeito pelos direitos de grupos sociais marginalizados, e as ONGs’ passaram a incluir o rol das instituições não-estatais que podem contribuir

para a realização das utilidades públicas (*WHO Commission on Macroeconomics and Health, 2002*). São esses mesmos motivos que também colocam nova ênfase na responsabilidade dos governos em criar tanto as condições básicas de vida, como o ambiente político de respeito pelos direitos dos cidadãos que os incentive a uma participação activa.

1.2 Prioridades, Desafios e Obstáculos

A constatação da continuação da pobreza extrema para mais de um quinto da população mundial foi um dos factores instigadores da Declaração de Desenvolvimento do Milénio, e respectivos “objectivos” e “metas”. As ligações entre doença e pobreza são reflectidas no número de objectivos e metas ligadas ao sector saúde, nos ODM. O movimento que levou aos ODM teve duas importantes consequências: a) trouxe o problema da pobreza (persistente) dos círculos académicos da economia do desenvolvimento (e das publicações técnicas dos Banco Mundial e CAD) para as agendas de todas as instituições internacionais e agências bilaterais e conferências de líderes políticos mundiais (G8, G20, etc.), bem como dos blocos regionais (como a União Africana) (*African Union, 2003, Commission for Africa, 2005*); b) forneceu argumentos para o reforço substancial do financiamento internacional para a cooperação em saúde (porque esta passou a ser visto como um “factor” de desenvolvimento).

O volume financeiro comprometido com a Saúde a nível internacional aumentou substancialmente, embora ainda focado em número limitado de problemas ligados aos ODM e às grandes endemias ligadas à pobreza (Malária, Tuberculose e HIV/SIDA) (*Landis MacKellar, 2005*).

Este crescimento de financiamento trouxe consigo novas formas de coordenação na ajuda ao desenvolvimento em saúde: a) a pujante presença de grandes organizações filantrópicas como financiadores destacados (por exemplo, no Fundo Global de Controle da Malária, Tuberculose e HIV, na Iniciativa Global pela Investigação em Vacinas, etc.); b) as redes informais coordenando diversas agências por objectivos precisos (investigação, acessibilidade a medicamentos específicos, etc.). O resultado foi uma maior coerência entre as agendas e prioridades (incluindo geográficas) de agências multilaterais, bilaterais e iniciativas globais.

No entanto, estas novas formas de coordenação geraram uma multiplicidade de fundos sectoriais, por vezes difíceis de gerir pelos países parceiros, o que se traduz, muitas vezes, na perda de oportunidades de financiamento, e consequentemente com implicações ao nível da eficácia da ajuda.

Importa referir também que a prioridade dada à temática HIV/SIDA, tem resultado no desvio de financiamento em relação a outras doenças, o que tem limitado a capacidade de intervenção noutros problemas na área da saúde.

De referir que as agendas das agências internacionais influenciaram a cooperação bilateral, resultando na priorização dos PMD e dos ODM, como receptores da ajuda externa no sector da Saúde. O aumento do financiamento levou também as agências multilaterais e bilaterais à procura de maior coordenação de intervenções, entre si e com os países potencialmente receptores, com eventos marcantes como o Fórum de Alto Nível de Paris sobre Efectividade, Harmonização, Alinhamento e Resultados da Ajuda Externa (*High Level Forum, 2005*).

Exercícios paralelos de coordenação passaram a ter lugar nos países receptores, sob a forma de “*sector-wide approaches*” (SWAP) que gradualmente integraram recursos anteriormente dispersos por “projectos” e os canalizaram para “fundos comuns” e outras estruturas com maior decisão dos governos dos países receptores. Foram negociadas condições que permitiram a utilização desses financiamentos coordenados tanto no reforço de capacidade como em gastos correntes dos sistemas de saúde mais carentes (consumíveis e mesmo despesas com pessoal).

Esta coordenação de compromissos e recursos entre fontes de financiamento e países receptores é também um marco institucional recente e que vai provavelmente prolongar-se no futuro próximo, por serem de longo prazo as reformas organizacionais e de governação que darão suporte à eficácia pretendida. Entre outras medidas recentes, devem citar-se a insistência na preparação de Planos de Alívio da Pobreza Absoluta (como pré-condição para os PMD acederem a perdão da dívida externa) ou a Parceria Global de Saúde (em que os doadores se comprometem à previsibilidade do seu apoio, condicional a reformas na gestão dos sistemas de saúde receptores).

No caso dos PALOP - TL, as consequências deste esforço internacional de coordenação manifestam-se em: a) do lado das fontes de apoio, a coordenação de prioridades e financiamentos entre as agências internacionais, a Comissão Europeia e a cooperação bilateral; b) um fluxo assinalável de ajuda externa para o sector saúde (que inclui ainda outras fontes de financiamento como bancos regionais de desenvolvimento e agências bilaterais não – europeias, como a USAID, a cooperação chinesa e japonesa); c) diversificação das entidades executoras da ajuda externa, incluindo universidades, ONG, consórcios, etc. d) alguns dos PALOP - TL constituindo casos de estudo para os mecanismos de coordenação local (como Moçambique).

A preocupação dos fóruns de coordenação da ajuda internacional em relação aos PMD acentuou-se em relação aos chamados “estados frágeis”, em cuja lista se incluem alguns dos PALOP: à relativa incapacidade das redes públicas para satisfazerem as necessidades básicas das populações, associa-se a história recente de conflitos internos (agravando fragilidades da governação e criando situações catastróficas de população deslocada) (*OECD/DAC, 2005*). Os “estados frágeis” são geralmente caracterizados por baixa capacidade de absorção da ajuda externa.

Desafios principais

O reforço de recursos (e instâncias de coordenação) da ajuda externa em saúde tem-se concentrado em alguns objectos fundamentais: a) novas tecnologias; b) reforço dos sistemas de saúde; c) boa governação. Quanto às tecnologias, o ênfase tem sido colocado na investigação sobre novos meios diagnósticos, preventivos e terapêuticos para as Grandes Endemias ligadas à Pobreza, bem como a constituição de redes logísticas e instrumentos legais que facilitem o acesso a tecnologias já existentes mas financeiramente inacessíveis às administrações de saúde dos PMD. Paralelamente, a investigação passou a fazer-se cada vez mais em parcerias que envolvem instituições dos PMD.

O objectivo fundamental do reforço dos sistemas de saúde (SSd) públicos tem a ver com a redução das vulnerabilidades dos “mais pobres”: menos episódios de doença e menos despesas catastróficas. A longo prazo, trata-se também de responder ao desafio das doenças crónicas, que implicará maiores custos e novas formas de organização de serviços para cuidados continuados.

A necessidade de reforçar os SSd tem sido apresentada como prioridade tanto pela OMS como pelas grandes iniciativas de “Saúde Global” (Fundo Global, GAVI, Fundo

do Presidente dos EUA, etc.): sem SSd operacionais, as novas drogas e vacinas não chegam aos grupos – alvo. Mesmo os grandes agrupamentos políticos regionais e globais têm feito declarações de preocupação e compromisso com o reforço dos SSd dos PMD (*Task Force, 2009*).

As prioridades acordadas entre as grandes agências internacionais e bilaterais vão para a capacitação institucional de gestão, incluindo, entre outros, a capacidade para planeamento, a gestão financeira, a logística da distribuição de medicamentos, os sistemas de informação para a monitorização.

Desde 2006, com a publicação pela OMS do Relatório Mundial de Saúde sobre Recursos Humanos – “Trabalhando juntos pela Saúde”, que o tema da formação (incluindo capacidade para formação) e gestão dos recursos humanos de saúde (RHS) passou a ser proeminente na Região Africana da OMS, aonde se estima que seja necessário um aumento de mais de 100% em relação ao actual número disponível de médicos, enfermeiros e parteiras (*WHO, The World Health Report, 2006*). E as necessidades em formação podem incluir a capacidade para pós-graduação médica nos países de origem, por se constatar que a formação especializada no exterior é um dos mais frequentes motivos de migração de médicos (*James Buchan, 2009*).

Outro foco de atenção é a integração de serviços actualmente dispersos em Cuidados Primários de Saúde, fragmentados desde a Conferência de Alma-Ata: os efeitos esperados incluem tanto a eficácia das tecnologias, como a comunicação com utentes e famílias (*WHO, The World Health Report, 2008*). Paralelamente, o tema da acessibilidade financeira para os estratos mais pobres tem sido alvo de debates e experiências em diversos PMD da África subsaariana (*Mark Pearson, 2005*), levando mesmo o Banco Mundial a rever conceitos fundamentais de há duas décadas atrás (*Deininger, K., Mpuga, P., 2004*).

Por último, é cada vez mais consensual que a boa governação é uma base indispensável a sistemas de saúde eficazes e com capacidade de absorver a ajuda externa de modo eficiente. A boa governação inclui a reforma dos papéis da administração pública em Saúde, para passar a assumir a “condução de actores” não-estatais e descentralizados, bem como a advocacia social dos processos intersectoriais (com influência na saúde) pelos Ministérios da Saúde. A boa governação inclui também o incentivo às organizações da sociedade civil (incluindo as organizações não – governamentais ligadas ao desenvolvimento ou especificamente técnicas em saúde) para participarem na prestação de cuidados e execução de programas de utilidade pública em saúde.

1.3 Saúde nas Prioridades Geográficas da Cooperação Portuguesa. Principais Problemas de Saúde nos PALOP e Timor-Leste

Dado que a Região Africana da OMS acolhe a maioria dos países alvo da cooperação portuguesa em saúde, é útil citar as principais recomendações do Escritório Regional da OMS para a África (AFRO). O Relatório Regional sobre a Saúde na Região Africana da OMS (2006) reflecte: a) um estado de saúde com as características acima mencionadas de início da transição (doenças infecciosas, mortalidade perinatal e malnutrição), mas também já marcado pela ascensão das doenças crónicas nos principais centros urbanos; b) situações de catástrofe que incluem número elevado de conflitos (e população deslocada); c) a grave falta de RHS que constitui um dos

obstáculos mais difíceis de resolver para o reforço dos sistemas de saúde (*WHO-AFRO, 2006*).

Os indicadores de saúde nos PALOP - TL apresentam alguma homogeneidade, embora a situação de Cabo Verde (CV) seja frequentemente melhor que a dos restantes países (*tabela no Anexo - 1*).

A Mortalidade Infantil e a Mortalidade Materna ainda apresentam elevados níveis, o que se reflecte na baixa Esperança de Vida à Nascimento (EVN). A Transição em Saúde encontra-se na fase inicial, à excepção, mais uma vez, de CV: os “anos de vida perdidos” são maioritariamente pelo grupo das doenças infecciosas, perinatais e deficiências nutricionais. Paralelamente, a fertilidade ainda tem níveis elevados - acompanhada de fraca utilização de serviços de planeamento familiar: contribui para a elevada taxa de mortalidade materna. A ascensão das doenças crónicas já se verifica em CV (aonde a % de População com Idade “> 60 Anos” já é de 10%), mas também está já a iniciar-se em São Tomé e Príncipe e Moçambique (urbano): elevadas frequências de hipertensão, Diabetes e excesso de peso (*WHO-SYS, Country Log-Files*).

Os Sistemas de Saúde (SSd) ainda têm baixa cobertura (e acessibilidade): menos de metade dos Partos são assistidos por pessoal qualificado em 4 países. A carência de recursos é frequente: os gastos em saúde e os ratios de pessoal qualificado / população são inferiores às médias africanas. Os Recursos Humanos em Saúde são insuficientes (para se conseguir implementar os ODM em África) e frequentemente de baixo nível de formação (*Dussault G, Fronteira I, IHMT, 2009*). A gestão dos grandes efectivos de RHS é deficitária (combina baixo moral – maus salários – com desperdício – ausência de monitorização e supervisão): gasta-se em maus serviços quase 50% dos orçamentos de Saúde (*A. Jorge Cabral, 2007*). Os gastos com saúde / per capita são muito baixos em Angola, G-B e Moçambique (abaixo da média africana). E a dependência da Ajuda Externa é grande, excepto em Angola e CV.

Os PALOP apresentam limitações sérias de capacidade institucional em diversos domínios: a) planeamento central ainda muito dependente de assessoria externa; b) fraca gestão de recursos na rede prestadora; c) capacidade de formação e investigação insuficiente para responder à procura nacional e dependente de ajuda externa¹. A dimensão dos países também está a levar a alguma diferenciação: a) Angola e Moçambique herdaram e mantiveram instituições de formação e investigação; b) Guiné-Bissau (G-B), São Tomé e Príncipe (STP) e Timor-Leste (T-L) são demasiado pequenos para justificarem facilmente estes investimentos².

Esta diferença de capacidades institucionais tem consequências para a capacidade de negociar e absorver – apropriar a Ajuda Externa: a) Angola e Moçambique absorvem volumes relevantes de Ajuda; b) enquanto que G-B, STP e T-L são exemplos de “estados frágeis” (que também se caracterizam por atrair – absorver pouca Ajuda Externa)³.

Conforme estes diferentes níveis de desenvolvimento institucional, os países podem (*grosso modo*) tender para focar o uso da Ajuda Externa em: a) necessidades

¹ As prioridades definidas no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (Maio de 2009) centram-se em: formação, investigação, vigilância epidemiológica, elaboração de planos, manutenção de equipamentos hospitalares.

² As próprias intenções de trabalho dos jovens médicos mostram que a pequena percentagem que pretende dedicar-se ao ensino e investigação só permite materializar instituições nacionais quando o contingente de técnicos superiores nacionais ultrapassa algumas centenas (Paulo Ferrinho et al, 2009).

³ Os doadores (bilaterais e multilaterais) consideram o apoio a esses países como um exercício de risco e esses estados frágeis tendem a ter ajuda externa menos regular que outros países de baixa renda mas com governação mais estável (OECD/DAC, 2005).

imediatas de funcionamento mínimo dos Serviços (por exemplo, garantir medicamentos essenciais); b) ou desenvolver as instituições de planeamento, formação e investigação que permitirão, no futuro, prestar melhores serviços.

Por último, podem também resumir-se os determinantes sociais e políticos e as condições de vida que influenciam o estado de saúde. Diversos PALOP (e TL) partilham características de “estados frágeis”: baixo PIB, elevada dívida externa, dependência da ajuda externa, deterioração de condições políticas e sociais, fraca capacidade das instituições públicas e de governação, conflitos internos prolongados. Os PALOP - TL ocupam lugares no extremo inferior da tabela de “índice de desenvolvimento humano” (IDH) do PNUD: só STP e CV têm IDH superior ao lugar 150 nos últimos anos (*UNDP, 2008*). ⁽⁴⁾

Além do contexto sociopolítico, os PALOP também apresentam situações graves de pobreza e carência nas condições básicas de vida - as manifestações na doença e fraca saúde são de esperar: malnutrição infantil e situações frequentes de dependência de ajuda alimentar internacional; deficiente acesso a água e saneamento em zona rural; elevada taxa de analfabetismo em adultos e taxa de escolaridade menor nas raparigas; baixo PIB per capita; elevada percentagem da população em situação de pobreza extrema (sobrevivência com menos de 1 – 2 Dólares por dia).

No entanto o crescente grau de urbanização da população cria condições para melhor acesso a serviços básicos (por exemplo em Angola, Cabo Verde, STP). Por outro lado, esta urbanização vai acelerar a transição para as doenças crónicas e, conseqüentemente, uma pressão muito maior sobre os serviços de saúde.

Necessidade de soluções a longo prazo

Os problemas listados solicitam, na sua maioria, intervenções de longo prazo, de reforço institucional, ou de melhorias transversais nas condições de vida da população. A formação de RH, em quantidades e qualidade para colmatar as faltas actuais, é um processo demorado: pressupõe criação de instituições (incluindo a formação de corpo docente) e definição de políticas de desenvolvimento destes recursos. E a melhoria de condições que reduzam a migração de profissionais médicos implica, por exemplo, a criação de condições locais para a pós-graduação especializada.

Por outro lado, a melhoria nos determinantes saúde/doença que condicionam o padrão actual pressupõe também modificações substanciais nas condições de vida, ou intervenções médicas mais exigentes. Por exemplo, as três “Endemias - Doenças de Pobreza” (Malária, Tuberculose, HIV/SIDA) estão enraizadas na ecologia tropical, nas precárias condições de vida e na fraca capacidade de resposta dos SSd. E a redução da Mortalidade Materna exige a proximidade de serviços obstétricos e hospitalares, o que implica um enorme investimento em equipamento e recursos humanos para cirurgia. As outras componentes da Saúde Reprodutiva e Sexual e Direitos conexos vão tendo lenta progressão nas políticas e serviços. São raros ainda os inquéritos epidemiológicos aos factores de risco para as Doenças Crónicas que, por isso, mal começam a ser reconhecidas como problema de saúde pública. Por último, a melhoria da Saúde Infantil implica melhorias nas condições de vida (principalmente alimentação, água potável e literacia feminina) e serviços de saúde de melhor qualidade (as debilidades de qualidade dos actuais serviços foram o principal motivo para programas internacionais como o da OMS para a “Atenção Integrada às Doenças da Infância”) (*S. Gove et al., 1997*).

⁴ Angola foi reclassificado para o lugar 143 no IDH, em 2009.

2. COOPERAÇÃO PORTUGUESA – ANTECEDENTES E EVOLUÇÃO NA COOPERAÇÃO PARA A SAÚDE

2.1 Introdução

Desde 2005, com a aprovação do documento “Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa”, que passou a ser assumido o conceito internacional de que a Saúde é uma componente fundamental do desenvolvimento humano, um objectivo do combate à pobreza e um direito humano inalienável.

A cooperação sectorial portuguesa formalizou prioridades e eixos estratégicos, integrando-os na “Visão Estratégica” e tendo por base os esforços de concretização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

Os países de língua e expressão portuguesa, designadamente os PALOP e Timor-Leste, são espaços de intervenção prioritária da Cooperação Portuguesa.

No âmbito da cooperação no sector da saúde tem-se assistido a uma progressiva coordenação de objectivos e estratégias entre as instituições portuguesas financiadoras e de assistência técnica, materializando-se em algumas parcerias para criação – reforço de instituições nos PALOP - TL.

No entanto, este sector tem recebido uma parcela diminuta dos financiamentos oficiais portugueses. Efectivamente no período de 2003-2008 a Cooperação em Saúde absorveu um volume financeiro de €46.484.405, correspondendo a 2,79% do total da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) bilateral portuguesa. Este volume financeiro reflecte também o custo com a evacuação dos doentes dos PALOP, na medida em que a APD representa o esforço de todas as entidades portuguesas para o desenvolvimento.

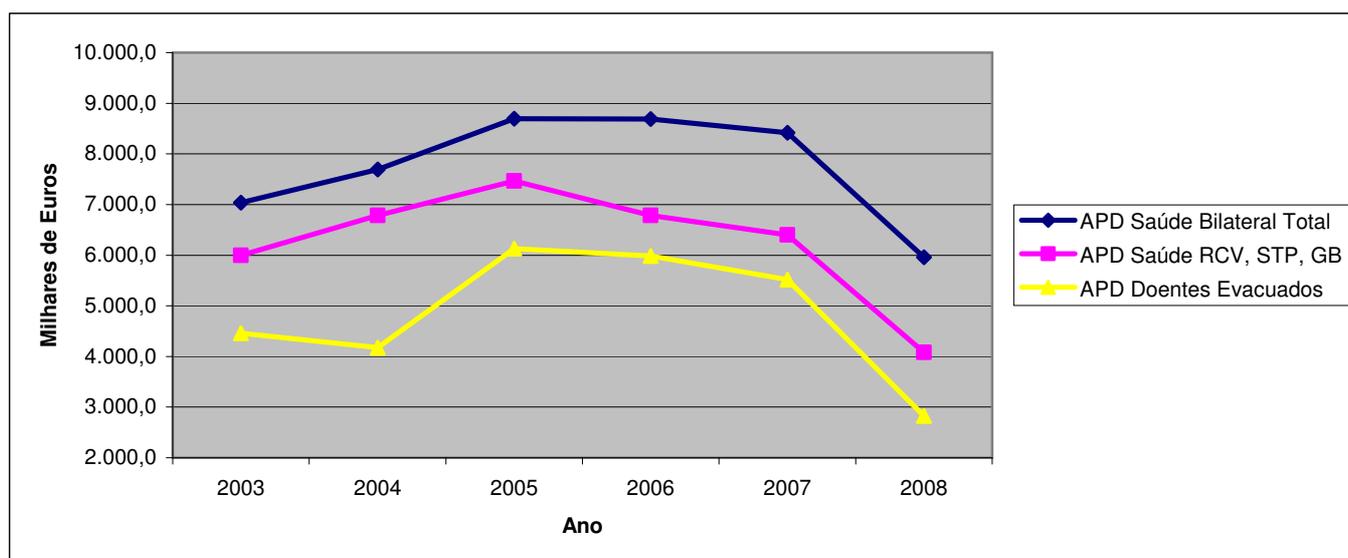
Importa referir que o custo com as evacuações não implica um desvio dos montantes disponíveis para a cooperação na área da saúde, dado que aquele financiamento é proveniente do Sistema Nacional de Saúde português, não estando afecto ao orçamento da cooperação portuguesa.

No seu conjunto, o financiamento para a APD sectorial no mesmo período concentrou-se em Cabo Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe (81% para o período 2003-2008, variando entre 69% e 88%). Veja-se o **Gráfico – 1** e a **Tabela – 1** abaixo⁵.

Dado que o IPAD é o principal financiador de intervenções e projectos, e sendo a cooperação com cada PALOP-TL regida pelos Planos Indicativos de Cooperação (PIC) acordados entre entidades governamentais, a maior parte das intervenções tem como contraparte instituições públicas ou a própria administração de saúde do país receptor (o que também reflecte a intenção de reforçar as instituições destes países). O progressivo financiamento de intervenções com ONG portuguesas é um processo que se intensifica a partir de meados da década, com a atribuição de uma linha de financiamento própria, traduzida num processo anual de candidaturas.

⁵ Os valores reais dos custos da presença dos doentes de PALOP - TL em Portugal podem não ser exactamente aqueles incluídos nos orçamentos e relatórios financeiros dos últimos anos do MS: os custos completos só começaram a ser imputados a partir de 2007 (até aí utilizavam-se “custos médios” para todos os doentes).

Gráfico – 1: Cooperação Bilateral em Saúde, 2003 – 2008



Fonte: Direcção de Serviços de Planeamento - Divisão de Planeamento e Programação, IPAD

Tabela – 1: PALOP destinatários do financiamento da APD em Saúde. 2003 – 2008

Milhares de Euros

Países	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	TOTAL	%
Angola	257,7	3,7%	133,9	1,7%	375,0	4,3%	898,2	10,3%	1.330,8	15,8%	816,0	13,7%	3.811,6	8,2%
Moçambique	649,0	9,2%	563,9	7,3%	706,6	8,1%	686,3	7,9%	166,8	2,0%	271,8	4,6%	3.044,3	6,5%
Guiné-Bissau	1.515,8	21,5%	2.251,2	29,3%	2.305,3	26,5%	3.139,9	36,1%	3.320,0	39,4%	1.063,5	17,9%	13.595,7	29,2%
Cabo Verde	2.208,8	31,4%	1.901,2	24,7%	2.640,8	30,4%	1.853,0	21,3%	1.567,0	18,6%	1.875,8	31,5%	12.046,5	25,9%
São Tomé e Príncipe	2.270,8	32,3%	2.635,2	34,3%	2.520,7	29,0%	1.794,4	20,7%	1.512,0	18,0%	1.142,7	19,2%	11.875,8	25,5%
Timor Leste	135,3	1,9%	80,1	1,0%	144,0	1,7%	137,6	1,6%	166,2	2,0%	239,2	4,0%	902,4	1,9%
CPLP/Outros	0,0	0,0%	128,3	1,7%	0,0	0,0%	176,5	2,0%	356,0	4,2%	547,2	9,2%	1.208,0	2,6%
TOTAL	7.037	100	7.694	100	8.693	100	8.686	100	8.419	100	5.956	100	46.484	100

Fonte: Direcção de Serviços de Planeamento - Divisão de Planeamento e Programação, IPAD

2.2 Principais Instituições e Actividades

O IPAD e a Cooperação em Saúde

A “Visão Estratégica” define, como áreas prioritárias de intervenção em saúde e com base nos ODM, a redução da mortalidade infantil, a melhoria dos cuidados maternos, o combate à incidência do HIV/SIDA, das doenças sexualmente transmissíveis e da malária e tuberculose. A visão dá especial ênfase aos cuidados primários e de higiene e à satisfação das necessidades de saúde básicas das populações.

Neste contexto, e para além das contribuições para fundos e instituições multilaterais do sector, em conjunto com o Alto Comissariado da Saúde, as intervenções prioritárias na área da Saúde, co-financiadas pelo IPAD, têm incidido no Desenvolvimento dos recursos humanos, na Assistência Técnica para o reforço institucional e para a reorganização/criação de serviços e valências e no Controlo e investigação da Malária e outras Doenças Tropicais.

Com base no financiamento disponível, têm sido apoiadas, em conjunto com o Ministério da Saúde, instituições académicas e nalguns casos com fundações e ONGD (particularmente em Angola e São Tomé e Príncipe (STP), iniciativas que permitem algumas previsões promissoras para o futuro próximo:

- A “formação” e o “apoio institucional” têm sido consistentes e coordenados entre as partes: o apoio à formação, incluindo especialidades, ocorre tanto em Portugal como nos países parceiros, e tem sido complementado por apoios de investimento e gestão dos serviços clínicos;
- Os programas de reforço institucional são alvo de parcerias (entre instituições financiadoras e executoras técnicas) com garantias de maior estabilidade a médio prazo, como por exemplo: a) a colaboração com a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) em instituições de formação e investigação em Timor – Leste (TL) e Angola; b) as colaborações com a Universidade do Porto e com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) para apoio à Faculdade de Medicina de Luanda e ao Ministério da Saúde (capacitação de quadros), em Angola, no controlo da Malária em STP, e apoio a uma pós-graduação em Saúde Pública em Moçambique;
- No caso específico de São Tomé e Príncipe (STP), o IPAD, em Parceria com o Instituto Marquês de Valle Flor (IMVF) e o Ministério da Saúde de STP, vem apoiando um projecto, “Saúde para Todos”, desde 2005, que visa garantir a qualidade na prestação universal e na gestão de um conjunto integrado de cuidados de saúde, actuando aos níveis da prestação dos cuidados de saúde primários, da prevenção e sensibilização das populações e no acesso ao saneamento básico e água potável. O projecto vem apostando na melhoria da qualidade e sustentabilidade técnica e financeira do sistema nacional de saúde são-tomense, tendo iniciado, desde 2009, o chamado “Saúde para Todos – Especialidades, a partir do diagnóstico que o projecto inicial permitiu fazer e com o objectivo de reforçar os cuidados médico preventivos com a prestação de cuidados médicos secundários e terciários especializados. Pode afirmar-se que todo o sistema de saúde pública são-tomense é apoiado por esta parceria.
- O crescimento contemporâneo do financiamento das ONG, pelo IPAD;

Ministério da Saúde: Direcção Geral da Saúde e Alto Comissariado da Saúde

O ACS passou a assumir, dentro do Ministério da Saúde, a “...*coordenação da actividade do MS no domínio das relações internacionais e a sua articulação com o Ministério dos Negócios Estrangeiros...*” (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro).

O ACS assume como prioridades de cooperação em saúde com os PALOP: formação, investigação, expansão de cuidados de saúde.

O ACS coordena a intervenção dos serviços clínicos de hospitais públicos em acções de assistência técnica e formação pós-graduada. Em 2008, as missões de técnicos tiveram um custo aproximado de 749.000 Euros (62% dos quais representam os custos da missão técnica do INEM em Timor-Leste). Inclui também o financiamento de projectos de longa duração em apoio a hospitais de referência, em Angola e Cabo Verde.

Por outro lado, o ACS financia diversos eventos e actividades técnicas de colaboração entre instituições portuguesas e dos PALOP (com um custo conjunto aproximado de 230.000 Euros, em 2008). Os apoios técnicos vão desde o apoio à elaboração de políticas específicas (saúde mental, oncologia, HIV/SIDA, pex.) à elaboração de planos estratégicos sectoriais (por exemplo, de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, em Angola, Guiné-Bissau e Moçambique).

A DG de Saúde assume o encaminhamento e os custos dos doentes evacuados dos PALOP para os hospitais do SNS. Em 2009, os Hospitais do SNS da Região da Grande Lisboa passaram a ter uma coordenação para a recepção destes doentes⁶.

O ACS assume ainda, em colaboração com o IHMT a participação portuguesa na coordenação da cooperação em Saúde no âmbito da CPLP. Esta posição do ACS permite-lhe insistir na coerência das intervenções das instituições públicas portuguesas com as estratégias acordadas a nível governamental como, por exemplo, no reforço da capacidade de vigilância epidemiológica em Angola.

Instituições Não – Governamentais e Filantropia

Para além das instituições governamentais envolvidas na Ajuda Bilateral Oficial, os outros actores importantes são: a) Universidades e Institutos públicos, executores técnicos de diversos programas acima mencionados; b) entidades não – governamentais e filantrópicas, cuja intervenção se tem vindo a coordenar progressivamente com as prioridades definidas a nível oficial entre os governos de Portugal e dos PALOP - TL.

A Fundação Calouste Gulbenkian é a entidade filantrópica de maior relevo na cooperação em Saúde com os PALOP - TL, tanto como financiador, como promotor técnico. Desde 2003, a área da Saúde faz parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da FCG: esta interpretação conceitual tem facilitado a complementaridade e parceria com a APD em Saúde.

As suas principais áreas de intervenção incluem temas comuns: a Saúde Materna e Infantil (S.M.I.), as Doenças Infecciosas, a Saúde Pública (i.e. reforço de sistemas de saúde locais), a formação, o reforço da capacidade de intervenção das ONG, e a advocacia (nacional e internacional) sobre novos temas da agenda internacional de Saúde.

Nos últimos anos, a FCG apoiou um pequeno número de projectos de formação e investigação de maior envergadura, constituindo parcerias duradouras com instituições técnicas portuguesas públicas e privadas.

O apoio da FCG às ONG inclui o fortalecimento das ONG dos PALOP - TL. Os assuntos de advocacia incluem, por exemplo, as Doenças Tropicais Negligenciadas, fazendo parte da intervenção de diversas fundações europeias em resposta a desafios internacionais.

A contribuição da FCG para a cooperação em Saúde conta ainda com uma parte substancial do seu programa de apoio à formação universitária e pós-graduada (apoio institucional e bolsas de estudo).

⁶ Um pequeno número de doentes provenientes dos PALOP são tratados em Portugal com custos suportados pelo Ministério da Defesa Nacional.

No período 2003-07, a FCG investiu na cooperação em Saúde com os PALOP - TL cerca de um milhão de Euros anuais, com participação crescente dos gastos com formação e doenças infecciosas.

A Cooperação Portuguesa em Saúde com os PALOP - TL vem também utilizando de modo crescente as capacidades de Organizações Não – Governamentais (ONG), associações profissionais e outras Fundações, como o Instituto Marquês de Valle Flor (IMVF).

Dado o histórico acumulado, é previsível que estas instituições continuem a ser actores privilegiados na execução de programas oficiais de cooperação em Saúde:

- ONG médicas: prestadores localizados de serviços (aonde as redes locais sejam insuficientes, ou em resposta a emergências), frequentemente enquadrados em programas multisectoriais e com participação comunitária. Progressivamente, os projectos vão incluindo componentes de apoio à gestão dos sistemas locais de saúde nos países recipientes
- ONG ligadas ao Desenvolvimento: um pequeno número de ONG portuguesas tem uma notável experiência em projectos de desenvolvimento sustentável e intervenções multisectoriais com componente saúde;
- Associações Profissionais: vão desde a Ordem dos Médicos (e o seu apoio às congéneres dos PALOP) à actividade de advocacia social (como, por exemplo, o papel da Associação para o Planeamento da Família (APF) na advocacia e suporte a programas de Saúde Reprodutiva e Sexual e Direitos conexos)

Progressivamente, também, diversas ONG têm conseguido diversificar as suas fontes de financiamento, combinando a APD, fundos europeus e projectos de agências técnicas internacionais.

A intervenção destas instituições tem um significado especial: que a cooperação portuguesa não se limita a reforçar a “oferta” pública de serviços, mas também a reforçar a organização e capacidade de intervenção da sociedade civil nos PALOP - TL.

A estratégia de Cooperação em Saúde da CPLP

O Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) aprovado pelos Ministros da Saúde dos países da CPLP em Maio de 2009 (Estoril) inclui como princípios orientadores diversos pontos comuns com a Estratégica definida pelo IPAD: os ODM e a coordenação da ajuda externa; a urgência de ultrapassar a escassez de recursos humanos; respeito pelos Planos Nacionais de Saúde de cada país; melhorar o conhecimento da situação de saúde das populações⁷.

Por outro lado, o PECS assume os seguintes eixos:

- Formação e Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde
- Investigação em Saúde
- Vigilância Epidemiológica e Monitorização da Situação de Saúde
- Emergências e Desastres Naturais

⁷ A participação portuguesa no PECS da CPLP é coordenada pelo Ministério da Saúde, através do Alto Comissariado da Saúde.

Importa destacar o último eixo estratégico por dois motivos: a) o aumento da frequência dos fenómenos climáticos extremos já se manifesta em número crescente de emergências de grandes proporções, em países com fraca capacidade de resposta e resiliência; b) passou a ser incluído nos eixos estratégicos da cooperação bilateral em saúde de diversos países europeus⁸.

Por último, deve destacar-se uma área de coordenação entre as instituições portuguesas: a Formação Médica Especializada nos Países de Língua Portuguesa (em que está envolvida a Ordem dos Médicos de Portugal) é um dos projectos prioritários aprovados pelo PECS da CPLP. Corresponde à necessidade de reduzir a evacuação de doentes, e reflecte o reforço da intervenção da sociedade civil.

Génese e sustentabilidade dos Projectos

Por definição, os projectos implementados no âmbito da cooperação bilateral em Saúde resultam de prioridades consensualizadas por Portugal e pelos países parceiros no âmbito dos PIC. A inclusão dos projectos é sequente a missões técnicas que avaliam a sua pertinência e viabilidade.

No âmbito da sociedade civil, os projectos são apresentados no âmbito de linhas de financiamento anuais e resultam de uma identificação de necessidades no terreno.

A sustentabilidade das intervenções financiadas tem estado associada à harmonização dos objectivos às prioridades dos Planos Nacionais de Saúde, à capacitação de recursos humanos locais e ao envolvimento de entidades governamentais e não governamentais do país receptor.

2.3 Cooperação Portuguesa no contexto global da Ajuda Bilateral em Saúde aos PALOP - TL: mais valias

Alguns dos PALOP - TL têm mantido um nível relativamente elevado de simpatia da comunidade internacional, incluindo na área da Saúde (apesar de a definição de “estado frágil” pressupor maiores riscos e atracção reduzida de ajuda externa). Nos PALOP - TL de maior dimensão, alguns agentes internacionais e/ou bilaterais despendem anualmente dezenas de milhões de Euros em projectos (com temas específicos) ou apoios integrados ao funcionamento corrente dos sistemas públicos prestadores. A cooperação portuguesa envolve recursos mais modestos.

Por outro lado, os mesmos PALOP - TL apresentam frequentemente um elevado número de problemas de saúde por resolver (tornando difícil a priorização) e têm instituições com fracas capacidades (o que obriga a esforços maiores de criação de sustentabilidade).

Pontos “Fortes” e “Fracos” da Cooperação com recursos modestos

As instituições e actividades da Cooperação Portuguesa deverão procurar: a) responder eficazmente aos problemas dos PALOP - TL (em áreas em que o

⁸ As razões para a inserção das “emergências” entre os eixos estratégicos dos programas de cooperação em saúde com os PALOP - TL de outras agências bilaterais incluem a frequência dos conflitos internos como causa de situações de emergência, na história recente de alguns destes países.

conhecimento e capacidade de intervenção das instituições portuguesas sejam de nível elevado); b) preencher lacunas em que as outras fontes de ajuda externa sejam menos eficientes (e de que a vantagem da língua para a formação é o exemplo tradicional, se bem que insuficientemente valorizado).

Um exercício de identificação de “forças e fraquezas” e “oportunidades e ameaças” revelou os seguintes pontos principais⁹:

Forças e Oportunidades:

- a) A Cooperação portuguesa pode desempenhar um papel ainda mais relevante para a Formação (de técnicos de saúde e quadros de gestão para as instituições), não só pela vantagem óbvia da língua comum, mas também por algumas semelhanças dos sistemas de saúde (predominância do sector público prestador e papel regulador do Estado) e pela experiência que Portugal detém em matéria de doenças tropicais;
- b) As prioridades afirmadas recentemente na agenda da Saúde Internacional voltam-se para o reforço das capacidades desses sistemas públicos: a formação de quadros e o reforço das instituições apoia a constatação anterior e anuncia o potencial de aproveitamento da experiência das instituições portuguesas;
- c) A consistência, coordenação e continuidade das instituições portuguesas que se vem constatando nos últimos anos, permitiu construir uma base de confiança com decisores políticos e técnicos dos PALOP - TL;
- d) A coordenação entre as instituições portuguesas tem-se manifestado particularmente na articulação de objectivos complementares de assistência técnica, formação e reforço institucional, e agora estende-se ao PECS da CPLP;
- e) Esta coordenação tem sido facilitada pela pequena dimensão de Portugal e do conjunto das instituições intervenientes;
- f) Algumas instituições portuguesas (públicas e não – governamentais, académicas ou prestadoras de serviços) têm capacidades especializadas para responder aos interesses dos PALOP - TL, na vigilância de doenças infecciosas, na formação, na organização de serviços e no trabalho de base comunitária (incluindo participação em redes internacionais);
- g) O Governo e as instituições portuguesas têm participado activamente na promoção de maior esforço da comunidade internacional para com o desenvolvimento humano nos países de baixos rendimentos.

Fraquezas e Ameaças:

- a) São limitados os financiamentos para intervenções de carácter mais estruturante no sector da saúde;

⁹ Exercício realizado em conjunto por parceiros do Fórum da Cooperação para o Desenvolvimento, no 1.º Semestre de 2009

- b) Estas limitações de recursos bem como as dificuldades associadas à demora na preparação de um projecto com financiamento garantido, levam por vezes ao desperdício de oportunidades por parte dos parceiros dos PALOP - TL;
- c) Em anos transactos, o financiamento disponível distribuiu-se por pequenos projectos, com reduzido impacto na saúde das populações dos PALOP - TL e/ou na capacidade das instituições locais, e reduzido potencial de sustentabilidade;
- d) Os resultados limitados não contribuem para a visibilidade da Cooperação Portuguesa;
- e) A instabilidade política e administrativa de alguns dos países prioritários para a Cooperação Portuguesa dificultam a sustentabilidade e apropriação;
- f) A insuficiente capacidade de definição de políticas, prioridades e estratégias, nos países receptores, coloca riscos adicionais à relevância e coerência externa das propostas de intervenções de instituições portuguesas.

PARTE DOIS – MARCO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO

3. MARCO DE INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA

3.1 Objectivo Geral

Fortalecer os sistemas públicos de saúde dos países em desenvolvimento enquanto elemento fundamental nas estratégias de redução de pobreza

O apoio da Cooperação Portuguesa no Sector Saúde nos PALOP - TL deve contribuir para aumentar a capacidade dos Sistemas públicos de Saúde para desempenhar o papel de apoio às estratégias de desenvolvimento, de redução da pobreza em cada país e de cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Estes objectivos estratégicos pressupõem o reforço das instituições dos PALOP - TL nas áreas da formação, do conhecimento e da gestão eficiente, de modo que os sistemas públicos prossigam os objectivos de melhor saúde e a materialização de direitos fundamentais. A integração entre saúde e desenvolvimento deve ser fortemente participada pela sociedade civil.

3.2 Princípios Operativos

Para além dos princípios filosóficos, jurídicos e humanitários fundamentais descritos atrás, a intervenção da Cooperação Portuguesa em Saúde nos PALOP - TL baseia-se em alguns princípios operativos fundamentais, os quais, por sua vez, expressam o conhecimento adquirido sobre os problemas de saúde dos PALOP - TL, o presente enquadramento conceitual internacional sobre saúde e desenvolvimento, bem como a experiência adquirida pelas instituições portuguesas intervenientes.

Os princípios operativos fundamentais organizam-se em:

Relevância e Pertinência (das intervenções): que devem basear-se em: a) direccionamento aos problemas prioritários de saúde, tal como identificados pelas autoridades e instituições dos próprios PALOP - TL; b) aceitação das diferenças de dimensão e capacidade institucional de cada país

Coerência externa: rigor na verificação da compatibilidade das prioridades aprovadas para os PIC com os Planos Nacionais de Saúde

Sustentabilidade e Continuidade: particularmente importantes tendo em conta os princípios da eficácia e eficiência e a distribuição de recursos limitados a muitas necessidades. Estes princípios devem basear-se em: a) aprovar no âmbito do PIC de cada País, caso a saúde seja definida como sector prioritário para a cooperação bilateral com Portugal, um número reduzido de projectos estruturantes; b) manter a coerência das prioridades dos sucessivos PIC no médio prazo; c) reforço das instituições dos PALOP - TL, que deve incluir advocacia bilateral pelo

reconhecimento da importância social das instituições do conhecimento e investigação; d) designação formal de contrapartes para cada projecto; e) promover a participação da sociedade civil na formulação e acompanhamento dos projectos incluídos nos PIC.

Coordenação e coerência interna: com as outras instituições portuguesas empenhadas na cooperação sectorial nos PALOP - TL, particularmente para o desenho de iniciativas conjuntas de reforço de capacidade de instituições estratégicas, tanto com as instituições oficiais, como com a sociedade civil dos PALOP - TL. Deve, em particular, manter a coordenação com outras iniciativas sectoriais em curso no quadro da CPLP, com participação oficial portuguesa.

Divisão de trabalho: particularmente da cooperação bilateral europeia e das instituições da Comissão Europeia, bem como das instituições internacionais e das novas iniciativas globais de financiamento. Com o objectivo de preencher janelas de oportunidade criadas pela mais valia única que as instituições portuguesas possam trazer em cada caso.

Eficiência (do uso dos recursos portugueses): que poderá ser atingida pela complementaridade de: contenção em reduzido número de intervenções de elevada relevância para os PALOP - TL (e consequente facilidade de apropriação); utilização regular de instituições portuguesas de reconhecida capacidade técnica e experiência de terreno; coordenação com outros programas de ajuda externa sectorial, particularmente os que se destinam ao reforço institucional.

3.3 Eixos Estratégicos e Sectores Prioritários

O cruzamento entre: a) os problemas de saúde dos PALOP - TL, e; b) os pontos fortes e fracos das instituições portuguesas, sugerem que a cooperação sectorial se deveria organizar em torno dos seguintes pilares:

- i. 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. 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;
- iii. Conhecimento e inovação: para responder (com progressiva auto-suficiência) às necessidades em recursos humanos na prestação de cuidados e na gestão, e para que os PALOP - TL participem plenamente nas crescentes redes internacionais de investigação;

PARTE TRÊS – IMPLEMENTAÇÃO

4. OPERACIONALIZAÇÃO

4.1 Mecanismos e Instrumentos

A existência de uma língua comum com os principais parceiros de cooperação faz com que a **cooperação técnica** seja o instrumento privilegiado no quadro das relações de cooperação com esses países.

Assim, a **Cooperação Técnica** continuará a ser uma vertente importante da Cooperação Portuguesa na área da saúde. Poderá materializar-se em diversas modalidades, em consequência dos eixos estratégicos sugeridos no ponto “4.c – Eixos Estratégicos e Sectores Prioritários”:

- O apoio à formação dos técnicos dos diversos níveis (incluindo o superior e pós-graduado), e o reforço das capacidades de instituições (incluindo as de investigação), através da combinação de missões de assessoria técnica e bolsas de estudo / investigação em instituições portuguesas;
- Participação no desenho de programas estruturantes nos PALOP - TL, dando ênfase a prioridades tais como anteriormente listadas: desenvolvimento de recursos humanos, programas de pós-graduação (com realização local), desenvolvimento e reforma do aparelho de gestão dos sistemas públicos de saúde; programas específicos de prestação de cuidados e/ou controle de doenças com implicações nos Planos Nacionais de Alívio da Pobreza;
- Facilitação da integração de técnicos e/ou instituições dos PALOP - TL em redes internacionais, para ensino pós-graduado e/ou investigação.

A participação portuguesa em **fóruns, instituições e agências técnicas internacionais** deve ultrapassar o simples quadro das obrigações financeiras e técnicas inerentes à presença do Estado Português nessas instituições. A participação financeira nos esforços internacionais pela redução da carga de doença e pobreza implica o seguimento do desenvolvimento de iniciativas globais do sector (para expansão de acesso a tecnologias actuais, para formação, para investigação e desenvolvimento de novas tecnologias) e decisão periódica sobre o interesse estratégico das mesmas para a cooperação com os PALOP - TL. A participação oficial portuguesa esforça-se por transmitir a interpretação das ligações entre saúde e desenvolvimento e o papel da ajuda externa para esse objectivo. A participação oficial portuguesa promove também a concertação com os PALOP - TL na advocacia por novas prioridades e pela sustentabilidade da ajuda externa dirigida aos Estados Frágeis.

A cooperação sectorial portuguesa procura também a **coordenação da ajuda externa** em diversos níveis e instâncias:

- A coordenação com o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP, que inclui, para além da coordenação entre o conjunto dos países participantes: a complementaridade do planeamento e intervenção técnica com o Brasil; a

concertação de posições da CPLP nos órgãos deliberativos das agências internacionais e grupos de pressão das iniciativas globais de saúde;

- A coordenação com a União e Comissão Europeias e Estados Membros, para a previsibilidade dos apoios sectoriais aos PALOP - TL;
- A coordenação com os outros actores de ajuda externa sectorial em cada PALOP-TL, para aumentar a eficiência e apropriação.

O **co-financiamento de ONGD** será também um instrumento a utilizar, para intervenções consequentes com os princípios estratégicos sugeridos no ponto 3.3 – Eixos Estratégicos e Sectores Prioritários. O financiamento das ONGD por parte do IPAD está assegurado através de regulamento próprio.

Em resposta a crises humanitárias, onde se incluem catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem e após solicitação dos países afectados, poderá ser fornecida **ajuda humanitária**. Esta ajuda, que deverá respeitar os princípios do Consenso Europeu em matéria de Ajuda Humanitária poderá ser prestada de acordo com diferentes modalidades (bilateral e multilateral), tendo em conta a natureza da crise em si, a avaliação das necessidades e os recursos disponíveis.

Em termos de ajuda bilateral, esta poderá ser prestada através de missões/acções coordenadas pelo IPAD e em conjunto com outros actores humanitários mas também via Governos dos países beneficiários (através de contribuições directas) ou ainda através de Organizações da Sociedade Civil, tendo em conta a sua presença no terreno, flexibilidade e muitas vezes do seu elevado grau de especialização.

Quanto à ajuda multilateral, deverá ser referido que a ONU e as suas agências humanitárias estão no centro do sistema humanitário internacional, enquanto entidade definidora de normas, coordenadora e prestadora de ajuda humanitária, de modo que a canalização de meios e recursos potenciará as vantagens, capacidades e competências de actuação no terreno daquelas organizações.

Os **Planos Indicativos de Cooperação (PIC)** continuarão a constituir o instrumento de coordenação de intervenções em cada PALOP-TL. Deve, no entanto, aprimorar-se a avaliação *ex-ante* das propostas de intervenções a apresentar a co-financiamento no âmbito de cada PIC, para garantir que estas respondam: às prioridades da estratégia agora delineada; aos planos nacionais de saúde; à capacidade de intervenção das instituições portuguesas; à coordenação com outras fontes de ajuda externa sectorial de cada PALOP-TL.

4.2 Actores

Entre os actores da Cooperação Portuguesa destacam-se:

As entidades financiadoras e organizadoras das intervenções:

IPAD: É a entidade coordenadora da cooperação portuguesa responsável pela negociação dos PIC com cada um dos países parceiros e co-financiador dos programas e projectos. Promove os eixos prioritários desta estratégia e é responsável pela monitorização e avaliação dessa mesma cooperação.

Alto Comissariado da Saúde: entidade do Ministério da Saúde que coordena a cooperação sectorial portuguesa, garantindo a participação da rede hospitalar e de outras instituições no sector da saúde, como sejam os institutos públicos, na execução de acções de cooperação técnica. O ACS faz ainda a coordenação da participação portuguesa no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS-CPLP).

Ainda no âmbito das atribuições do Ministério da Saúde, os serviços centrais da DGS coordenam as evacuações dos doentes dos PALOP-TL.

As entidades executoras potenciais:

Centros de Investigação: vocacionados para os problemas de saúde dos PALOP - TL, quer na investigação básica, quer no desenvolvimento e aplicação de tecnologias. São vocacionadas para tomarem a seu cargo: a) o acolhimento de bolseiros; b) o fornecimento de assistência técnica específica; c) a atracção dos centros parceiros nos PALOP para redes internacionais.

As Universidades: podem desempenhar as mesmas funções que os “Centros de Investigação”.

Hospitais públicos: podem participar na disponibilização de AT em especialidades clínicas, para missões e programas de formação; podem receber estagiários e internos de especialidades médicas e de administração hospitalar; e acolhem os doentes evacuados.

As ONGD: devem continuar a desenvolver as suas actividades.

As Associações e Ordens Profissionais: devem também continuar a ser parceiros preferenciais tanto nos projectos de reforço institucional, como no apoio à criação - crescimento das suas congéneres dos PALOP-TL

Organismos Internacionais: em situações e áreas em que se reconheça existir conhecimento e capacidades acrescidas por parte destes organismos.

Outros parceiros: a intervenção de outros agentes da sociedade civil poderá ser incentivada sempre que na sua actuação se verifique uma consonância com estas orientações estratégicas e que procurem dar resposta a reais necessidades dos países parceiros, no quadro das prioridades identificadas nas Estratégias de Desenvolvimento Nacionais. Neste contexto poderão ser promovidas Parcerias público-privadas que potenciem as intervenções definidas em resposta a necessidades específicas.

Dada a relevância da Cooperação Técnica, como instrumento privilegiado de cooperação sectorial com os PALOP - TL, as instituições executoras devem demonstrar a disponibilidade não apenas de conhecimentos, mas também de recursos humanos, em longa duração, para intervenções de assessoria técnica e tutoria.

As entidades financiadoras e organizadoras empenham-se na coordenação com outras fontes de financiamento não-estatal (onde, na filantropia, assume papel predominante a Fundação Calouste Gulbenkian).

É necessário e importante que a Cooperação Portuguesa disponha, na figura do IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, 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 um conjunto de actores envolvidos na acção de cooperação para a saúde.

Países prioritários

A prioridade geográfica da Cooperação Portuguesa em Saúde é constituída pelos PALOP e Timor-Leste.

As necessidades ainda não satisfeitas no processo de desenvolvimento socioeconómico e institucional dos PALOP - TL estão sistematizadas na secção “1.3 - Saúde nas Prioridades Geográficas da Cooperação Portuguesa. Principais problemas de saúde nos PALOP e Timor-Leste”. A maioria dos PALOP - TL podem ainda definir-se como “estados frágeis”.

O potencial de impacto da Cooperação Técnica portuguesa, que resulta da língua oficial comum, das semelhanças das estruturas e dos quadros jurídico-administrativos, da capacidade das instituições portuguesas para satisfazer as necessidades dos países parceiros, determina que estes países se definam como os alvos prioritários da Cooperação Portuguesa neste sector (ver 2.3 Cooperação Portuguesa no contexto global da Ajuda Bilateral em Saúde aos PALOP - TL: mais valias).

Programação e Financiamento

Os objectivos e prioridades identificados nesta estratégia ajudarão a nortear a intervenção portuguesa nos planos bilateral e multilateral e apoiarão a tomadas de decisão sobre as iniciativas, programas e projectos, devendo para isso:

- Reforçar o papel do IPAD no diálogo político com os países parceiros, nomeadamente na elaboração dos Programas Indicativos de Cooperação (PIC);
- Garantir que o planeamento e a programação sejam efectivamente exercidos pelo IPAD, insistindo na priorização das intervenções sugeridas na Estratégia;
- Assegurar os recursos financeiros necessários à implementação desta estratégia, através da sua advocacia;
- Assegurar a qualidade das intervenções neste domínio, através do processo de avaliação ex-ante das propostas de projectos e instituições intervenientes;
- Assegurar que os projectos da Cooperação Portuguesa tenham a adequada apreciação das questões da saúde;
- Incentivar a coordenação entre o IPAD, o Ministério da Saúde, outras instituições não estatais potenciais financiadoras de intervenções, e as instituições públicas e privadas com capacidade de intervenção para a implementação de programas e projectos (definidos ou potenciais);
- Contribuir para fortalecer o trabalho da UE, da OMS e de outras agências técnicas do sistema das Nações Unidas, no domínio da saúde através de uma maior coordenação e desempenho das respectivas intervenções;

- Fortalecer o conhecimento sobre saúde, quer dentro do IPAD, quer nos restantes actores da Cooperação Portuguesa;
- Fomentar um ambiente em que o IPAD e os parceiros do desenvolvimento tenham em conta o impacto dos programas e projectos de saúde noutros sectores e áreas e o impacto que intervenções noutros sectores tais como a educação, as infra-estruturas, a água e saneamento e o desenvolvimento rural, por exemplo, podem ter para a promoção das condições de saúde.

Os objectivos e prioridades identificados nesta estratégia serão particularmente utilizados pelo IPAD para: i) o diálogo com as lideranças de saúde dos PALOP - TL para a selecção de intervenções a incluir nos PIC; ii) a selecção de compromissos em parceria com outras entidades portuguesas.

A presente proposta de estratégia dá prioridade ao reforço institucional dos PALOP - TL. A maioria dos projectos deste tipo são de médio – prazo, o que implica: i) compromissos financeiros que podem extravasar o limite temporal de um PIC, obrigando à procura de instrumentos legais que permitam assegurar esse financiamento plurianual (superior a 3/4 anos); ii) monitorização de meio – caminho que permita avaliar a relação do IPAD com os actores envolvidos – financiados.

A estratégia procurará influenciar a implementação de um programa de médio – prazo para progressiva adequação do financiamento sectorial à estratégia aqui definida, com três componentes principais: i) aumento do volume total de financiamento destinado ao sector (reconhecendo-se a sua fraca representação proporcional actual nos gastos totais com APD); ii) aumento da proporção da APD sectorial total destinada a reforço institucional e formação; iii) redução da necessidade da evacuação de doentes através da programação de acções de capacitação do sistema nacional, de modo a evitar situações clínicas ou humanitárias dramáticas.

Enquanto esse programa de adequação financeira não atinge os objectivos que se venham a definir, é importante: i) continuar a concentrar o financiamento em número reduzido de intervenções estruturantes e/ou de reforço de capacidade institucional; ii) garantir a previsibilidade do financiamento das intervenções de reforço institucional em sucessivos PIC; iii) assegurar financiamento distinto para eventuais intervenções em situações de emergência; iv) incentivar parcerias com outras possíveis fontes de financiamento nacionais e/ou internacionais, dirigidas aos mesmos objectivos da presente estratégia.

PARTE QUATRO – MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E DIFUSÃO

5. MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO

A Monitorização e a Avaliação constituem ferramentas de análise essenciais de informação, aprendizagem e decisão sobre o desempenho, eficácia e impacto das intervenções realizadas e financiadas pela Cooperação Portuguesa no sector da saúde.

A avaliação e monitorização da Cooperação Portuguesa em Saúde deve adequar-se aos princípios estabelecidos no âmbito da OCDE, nomeadamente através das Declarações de Roma, Paris e Acra. O Grupo de Trabalho sobre Monitorização e Avaliação da International Health Partnership (IHP) permite resumir em três pontos essenciais a adaptação dos princípios da Declaração de Paris particularmente orientada à questão da eficácia da ajuda, para a monitorização e avaliação dos programas de Ajuda Externa em Saúde:

- Coordenação com as autoridades nacionais, na utilização preferencial dos sistemas de informação de saúde já existentes, responsabilidade mútua e apropriação do processo de avaliação;
- Harmonização e coordenação com os outros doadores em cada país recipiente;
- Gestão por resultados (IHP, 2008).

As prioridades de intervenção que são propostas no ponto 3.3 – Eixos Estratégicos e Sectores Prioritários, sugerem que a Cooperação Portuguesa em Saúde se foque em actividades de reforço institucional e de criação de recursos humanos. Desse modo, a A avaliação e monitorização pode focar-se, no curto prazo, em indicadores de insumos (recursos utilizados), processos (práticas institucionais nos países recipientes) e produtos (instituições e pessoas). Com vista à mudança expectável a médio prazo, a manterem-se as presentes prioridades de intervenção, a avaliação deve incluir indicadores de reforço de sistemas de saúde, a complexificar de acordo com outros actores internacionais de cooperação e desenvolvimento.

A **monitorização** deve ser um exercício regular dos actores da cooperação portuguesa sobre os projectos e intervenções aprovados e em curso, focalizada:

- Na coerência dos projectos submetidos e/ou aprovados com os objectivos estratégicos da cooperação sectorial;
- No cumprimento, em cada projecto aprovado, da correspondência entre problemas identificados com a definição, qualidade e hierarquia de objectivos, resultados e actividades, eficiência e eficácia de cada intervenção;
- Na articulação com outras políticas e programas, desenvolvidos e apoiados pela cooperação portuguesa e contribuição para os principais consensos da agenda internacional, nomeadamente para os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e outros acordos internacionais ratificados, políticas nacionais e intervenções executadas em cada um dos países recipientes.

A **avaliação** deve focar-se no valor do conjunto das intervenções para:

- Os objectivos estratégicos sectoriais dos PALOP-TL;
- Os objectivos estratégicos globais da Cooperação Portuguesa, incluindo os compromissos acordados pela comunidade internacional e subscritos por Portugal e objectivos nacionais dos países beneficiários;
- A prossecução dos eixos estratégicos e sectores prioritários, de acordo com o referido na secção 3.3.

Sugerem-se alguns **critérios** fundamentais para a avaliação da estratégia sectorial, no que respeita aos objectivos estratégicos sectoriais dos PALOP-TL:

- O efeito estruturante nos planos de desenvolvimento sectorial dos PALOP-TL, incluindo o desenvolvimento de recursos humanos e o reforço da capacidade institucional;
- A contribuição para a materialização dos Planos Nacionais de Saúde e reforço da acção de parceiros com actuação em Saúde, nomeadamente da sociedade civil;
- O potencial para sustentabilidade e apropriação.

Quanto aos **mecanismos**, sugere-se ainda que a avaliação se faça de modo integrado (conjuntos de intervenções), por países, ou por áreas temáticas:

a. **Por país recipiente**, incluindo:

- Objectivos estruturantes: i) Nas políticas sectoriais, o aumento da capacidade de planeamento estratégico, incluindo o papel regulador do Estado, as instâncias de decisão e a participação das entidades não-governamentais; ii) No desempenho dos SNS, o aumento da capacidade de planeamento, gestão de recursos e funcionalidade das unidades hospitalares de referência; iii) Aumento da capacidade de formação de recursos humanos, incluindo a nível superior e pós-graduado;
- Coordenação com outras fontes de ajuda externa sectorial;
- Eficácia, eficiência e impacto das intervenções.

b. **Por áreas temáticas**, incluindo os itens críticos previsíveis (a médio prazo) das agendas das iniciativas globais de saúde:

- Aumento da capacidade de liderança e gestão sectorial (nos PALOP-TL), conforme a alínea “a)” acima. Podem ser definidos indicadores específicos, como: elaboração de Planos Estratégicos sectoriais, taxas de cobertura e utilização de Cuidados primários, gastos totais em saúde;
- Aumento da disponibilidade de recursos humanos em saúde. Podem ser definidos indicadores específicos de RHS / Habitante;
- Controle dos principais problemas de saúde – doença, particularmente os relacionados com as Metas do Milénio: saúde infantil, saúde reprodutiva e materna, controle da Malária, Tuberculose e HIV/SIDA.

A avaliação deve permitir analisar o grau de integração das prioridades definidas na Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde, a nível global e nacional. A nível multilateral, a adequação da estratégia medir-se-á pelo grau de alinhamento entre as prioridades definidas na Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde e as prioridades destes organismos.

As recomendações do DAC/OCDE são úteis como indicação do nível organizacional a que devem ocorrer a monitorização e a avaliação (*DAC Network on Development Evaluation, 2004*):

- A monitorização deve ser uma actividade interna dos distintos actores da cooperação portuguesa, fomentada pelas entidades com responsabilidades no financiamento e coordenação;
- A avaliação deve ser realizada com a máxima independência possível (pelo menos em relação aos Departamentos encarregues da gestão dos projectos) e deve sempre envolver o nível local – país recipiente (representação do IPAD – Embaixada Portuguesa e Governo recipiente).

As mesmas recomendações do DAC/OCDE salientam a importância de se fazer uso dos resultados das avaliações para revisão da adequação da presente estratégia: o uso da evidência como base para a (re) formulação de políticas e tomada de decisões.

6. INFORMAÇÃO E DIFUSÃO

A Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde deve conceder um papel de relevo à sua divulgação, junto dos principais actores da cooperação portuguesa, actuais e futuros, assim como promover a sua difusão junto de um leque de actores internacionais que apoiam e enriqueçam a intervenção da cooperação portuguesa para a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A. Jorge Cabral. **Consultoria sobre Abolição das Taxas aos Utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique**. Relatório Final (DFID / Ministério da Saúde). Maputo, Setembro, 2007
2. African Union: **Maputo declaration on Malaria, HIV/AIDS, Tuberculosis, and other related infectious diseases**. Addis Ababa; 2003.
3. Berry C.H. et al. **Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments**. PRDE Working Paper 3. 2004.
4. Brown, A. **Integrating vertical programmes into sector wide approaches: experiences and lessons**. Londres. Institute for Health Sector Development. 2001.
5. Carine Ronsmans, Wendy J Graham (on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group). **Maternal mortality: who, when, where, and why**. www.thelancet.com Vol 368 September 30, 2006
6. Cassels, A. **A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements**. Genebra: World Health Organization.1997.
7. Chen, L., et al (editors) **Health and Social Change in International Perspective**. Harvard University Press, 1994
8. Commission for Africa. **Our common interest: an argument**. London: Penguin Books; 2005.
9. CSDH (2008). **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**. Geneva, World Health Organization.
10. De Renzio. **Scaling up versus Absorptive Capacity: Challenges and Opportunities for Reaching the MDGs in Africa**. ODI Briefing Paper, May 2005.
11. Dean T. Jamison, Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, Anne Mills, and Philip Musgrove, eds. 2006. **Disease Control Priorities in Developing Countries**, 2nd ed. New York: Oxford University Press.
12. Deininger, K., Mpuga, P. **Economic and Welfare impact of the abolition of user fees: evidence from Uganda**. Journal of African Economies, 14, N.º 1, 55-91
13. Dussault G, Fronteira I (coordenadores). **Recursos Humanos da Saúde (RHS) nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)**. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, UNL – Lisboa, Relatório para o Projecto 9.ACP.MTR.04 (OMS / C.E.), Março de 2009
14. European Commission. **EU Strategy for Action on the crisis in Human Resources for Health in Developing Countries**. 2005.
15. Graham Dukes, Denis Broun, **Pharmaceutical Policies: Rationale and Design**, World Bank, 1994, citados em Graham Dukes. **Interim Report of Task Force 5 Working Group on Access to Essential Medicines**, Interim Report of the Millennium Project Task Force 5 (for UN Secretary General), Feb. 2004
16. Global Forum for Health Research. **The 10/90 Report on Health Research**. 2000.
17. GTZ. **The Maputo Protocol of the African Union – An instrument for Human Rights in Africa**. 2006.

18. High Level Forum, Joint Progress towards Enhanced AID Effectiveness. **Paris Declaration on AID Effectiveness, Ownership, Harmonisation, Alignment, Results and Mutual Accountability.** Paris, Feb. 28 – March, 2, 2005.
19. International Health Partnership⁺, Monitoring & Evaluation Working Group. A common framework for monitoring performance and evaluation of the scale-up for better health. February 2008
20. James Buchan, Barbara McPake, Kwadwo Mensah, George Rae. **Does a code make a difference - assessing the English code of practice on international recruitment.** Human Resources for Health. 2009, 7:33
21. Jané E., García A., Martínez J., Wilde D. **Qué son y cómo se emplean los enfoques sectoriales: una vía para la armonización de la ayuda oficial al desarrollo.** 2005.
22. Jennifer Bryce, et al, on behalf of the Countdown to 2015 Core Group. **Countdown to 2015 for maternal, newborn and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions.** www.thelancet.com Vol 371 April 12, 2008
23. Kreisel W., von Schirnding Y. **Intersectorial action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century.** World Health Statistic Quarterly. 1998
24. Landis MacKellar. **Priorities in global assistance for health, AIDS and population (HAP).** OECD Development Centre. Working Paper No. 244. June 2005
25. Margie Peden, et al (edits). **World report on road traffic injury prevention.** World Health Organization, Geneva, 2004
26. Mark Pearson. **Abolishing user fees in Africa? It depends...** HLSP Institute. Technical approach paper. London, December 2005
27. Michael R Reich, Keizo Takemi. **G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Tokyo summit.** www.thelancet.com Published online January 15, 2009
28. OECD/DAC. **Health in Fragile States: An Overview Note.** High-Level Forum on the Health MDG's. Paris, 14-15 November 2005
29. Oliveira-Cruz V., et al. **Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate.** Journal of International Development 15: 67–86. 2003
30. Paulo Ferrinho et al. **The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique.** Communication to the Conference on “Human Resources for Health Results”, Addis Abeba, May, 2009 (World Bank)
31. Phyllida Travis, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. www.thelancet.com Vol 364 September 4, 2004
32. S. Gove et al. **Integrated management of childhood illness by outpatient workers: technical basis & overview.** Bull. WHO, 1997, 75, Supplement 1, 7 – 24
33. Sharma, P. **Introduction to Human Development.** Capit. 1 - Readings in Human Development. UNDP, 2006
34. Sojo, D., et al. **Salud y Género - Guía práctica para profesionales de la cooperación.** 2005
35. Task Force on Global Action for Health System Strengthening. **G8 Hokkaido Tokyo Summit. Follow-Up Global Action for Health System Strengthening. Policy Recommendations to the G8.** Japan Center for International Exchange. 2009
36. Travis P., et al. **Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals.** 2004.

37. United Nations Development Programme. Human Development Report, 2005: International cooperation at a crossroads. UNDP, New York, 2005
38. United Nations Development Programme. **Human Development Report, 2008. Statistical Annexes.** UNDP, New York, 2008
39. OMS/EMRO (2005). **Strengthening health sector response to HIV/AIDS and sexually transmitted infections in the WHO Eastern Mediterranean Region (2006–2010).** 2005.
40. WHO – WONCA. **Integrating mental health into primary care: a global perspective.** World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008
41. WHO Commission on Macroeconomics and Health. Working Group 1. **Health, economic growth and poverty reduction: the report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health.** World Health Organization, Geneva, 2002
42. WHO-AFRO. **The African Regional Health Report, 2006.** Brazzaville, 2006
43. WHO-SYS, **Country Log-Files: Angola, Cape Vert, Guinea-Bissau, Mozambique, São Tomé & Príncipe, Timor – Leste.** WHO, Geneva.
44. World Health Organization. **Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO Global report.** WHO, Geneva, 2005
45. World Health Organization. **The World Health Report 2005: Make every mother and child count.** WHO, Geneva, 2005
46. World Health Organization. **The World Health Report 2006: Working together for Health. Chapter 1 – Health workers: a global profile.** WHO, Geneva, 2006
47. World Health Organization. **The World Health Report 2008: Primary Health Care: now more than ever.** WHO, Geneva, 2008
48. Yach D., Kreisel W. **Think and Act Globally and Intersectorally to protect national health. Ginebra: OMS.** 1997.

ANEXO – 1: Alguns Indicadores de Saúde e sócio - económicos dos PALOP e Timor - Leste

ANEXO – 1: Alguns Indicadores de Saúde e sócio - económicos dos PALOP e Timor - Leste

	ANGOLA	CABO VERDE	GUINÉ - BISSAU	MOÇAMBIQUE	SÃO TOMÉ	MÉDIA AFRO	TIMOR LESTE	
Indicador	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	
MORTALIDADE	Taxa de Mortalidade 0 - 5 Anos, ambos sexos (2006)	260	34	200	138	96	167	55
	Taxa de Mortalidade 0 - 1 Ano, ambos sexos (2006)	154	25	119	96	63	100	47.0
	Esperança de Vida à Nascença (2006)	41	70	48	50	61	48	66.0
	Taxa de Mortalidade Materna (por 100.000 Nados-Vivos) (2006)	1400	210	1100	520	ND	910	660
	% dos Anos de Vida perdidos, Doenças Transmissíveis (2002)	84.0	51.0	86.0	91.0	67.0	82	63.0
	% dos Anos de Vida perdidos, Trauma e Violência (2002)	8.0	12.0	6.0	2.0	12.0	10	11.0
	% dos Anos de Vida perdidos, Doenças Não - Transm. (2002)	8.0	37.0	8.0	7.0	21.0	8	26.0
COBERTURA SERVIÇOS	% Partos assistidos por Pessoal Qualificado (2003)	45	89	39	48	81	43	27.2
	Taxa de Utilização de Contraceptivos (2001)	6.2	52.9	7.6	16.5	29.3	ND	10.0
	% Vacinação 0-1 Ano com DPT (3 Doses) 2006	44	72	77	72	99	66	67
FACTORES DE RISCO	% Crianças 0-5 Anos Baixa Altura / Idade (2001)	50.8	ND	36.1	47.0	35.2	ND	55.7
	% Recém-Nascidos com Baixo peso (2000)	12	13	22	14	ND	14	10
	% População rural com acesso regular a Água Potável (2006)	39	73	47	26	83	45	56
	% Popul. rural com acesso regular a Saneamento Básico (2006)	16	19	26	19	18	28	32
RECURSOS PARA SAÚDE	Camas Hospitalares / 10.000 Habitantes (2005)	1.0	21.0	7.0	8.0	32.0	ND	
	Gasto Públ. como % do Gasto Total em Saúde (2005)	81.5	81,8	31.9	63.6	84.8	46.1	86.6
	Ajuda Ext. como % do Gasto Total em Saúde (2005)	7.3	15	31.8	66.5	49.9	6.8	57.2
	Gasto em Saúde per Capita (2005)	41	258	32	47	122	112	145.0
	Pessoal Enfermagem - Obstetrícia / 10.000 Habitantes (2004)	8	9	7	3	5,7	12	22.00
	Gastos c/ RHS como % do Gasto Total (Público) em Saúde	47	70	ND	45	ND	ND	
	Gasto Total em Saúde como % do PIB (2005)	1.8	5.6	5.2	4.3	9.8	5.8	13.7
CONDIÇÕES SÓCIO - ECONÓMICAS	% de Analfabetismo Adulto (2004)	67.4	81.2	ND	38.7	84.9	60	58,6
	Posição na escala do Index de Desenvolvimento Humano (2008)	162	102	175	172	123		150
	PIB / Capita (PPP internacional \$) (2006)	2360	5980	830	1220	1230	2074	478
	% da População que vive com < 2 Dól. EUA por dia (2002)	68	36.7	66.7	59	53.8	ND	41
	% da População que vive com < 1 Dól. EUA por dia (2002)	26	19.7	21	36.2	15.1	44	20
	Taxa de Escolarização Feminina (2001)	49.0	89.0	37.0	73.0	95.0	63	67.0
	Taxa de Crescimento Anual da População (2006)	2.8	2.3	3.0	2.1	1.6	2.2	4.3
	% da População em Áreas Urbanas (2006)	54	58	30	35	59	38	27.0
	% da População com < 15 Anos (2006)	46.0	39.0	48.0	44.0	41.0	ND	45.0
	Taxa de Fecundidade Total (por Mulher) (2006)	6.5	3.5	7.1	5.2	4.0	5.3	6.7