



LAURA CLOTILDE DA COSTA MENDES DA SILVA AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS E A FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN



LAURA CLOTILDE DA COSTA MENDES DA SILVA AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS E A FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN

Projecto apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizado sob a orientação científica do Doutor Carlos Eduardo Machado Sangreman Proença, Professor Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos meus pais, irmão, namorado e amigos pelo apoio, compreensão e amizade que sempre demonstraram.

o júri

presidente

Professora Doutora Maria Cristina Nascimento Rodrigues Madeira Almeida Sousa Gomes
Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro

Professor Doutor António Jorge Rodrigues Cabral
Professor Auxiliar do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa

Professor Doutor Carlos Eduardo Machado Sangreman Proença
Professor Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer ao meu orientador, Professor Carlos Sangreman, pelo apoio e paciência que sempre demonstrou ao longo deste tempo. A sua orientação e conhecimentos foram essenciais, dando o espaço que eu precisava sem nunca desistir do meu trabalho. A sua boa disposição facilitou esta tarefa tão importante de conclusão de Mestrado.

Quero também agradecer à Dra. Maria Hermínia Cabral, Directora do Programa Gulbenkian de Ajuda ao Desenvolvimento da Fundação Calouste Gulbenkian, onde desempenhei funções, pela preocupação, disponibilidade e apoio. As conversas que tivemos foram fundamentais para a realização deste relatório.

O trabalho na Fundação Calouste Gulbenkian permitiu-me conhecer muitas pessoas, que me marcaram muito e a quem quero agradecer por todos os momentos passados juntos. Quero agradecer especialmente à Maria, com quem sempre contei e posso contar: muito obrigada pela ajuda, diversão e, principalmente, amizade.

Um obrigada muito especial para os meus pais e para o meu irmão que sempre acreditaram em mim, sempre me apoiaram e me fizeram crer que esta tarefa era possível e a nunca desistir. Sem o seu amor e apoio tudo isto não seria possível.

Ao Vítor, pela compreensão, apoio, incentivo permanente, amor e amizade. Sem ele não teria conseguido chegar até aqui.

Por último, a todos os meus amigos, em especial à Maria, Ana Catarina e Ana Luísa que foram fundamentais nesta etapa da minha vida, pela sua amizade e incentivo.

palavras-chave

Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, pobreza, saúde, Investigação & Desenvolvimento, Fundação Calouste Gulbenkian, Doenças Tropicais Negligenciadas.

resumo

Ao longo do tempo, a questão da saúde tem ganho importância nos compromissos assumidos internacionalmente bem como nas estratégias de desenvolvimento dos países recebedores e das estratégias de cooperação dos países doadores. A relação entre saúde/redução da pobreza e saúde/desenvolvimento tem-se revelado cada vez mais forte e a exigência para o aumento da cooperação no domínio da saúde, como forma de se alcançar a redução da pobreza através dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio – com a meta temporal traçada para 2015 –, é prova disso.

Com o relatório aqui apresentado pretende-se demonstrar que a Investigação & Desenvolvimento na área da saúde, especialmente no domínio das Doenças Tropicais Negligenciadas, é essencial para se alcançar a redução da pobreza e o desenvolvimento. Para além disto, deseja-se mostrar como a intervenção de novos actores na Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, neste caso a Fundação Calouste Gulbenkian, é fundamental para o alcance destes objectivos.

keywords

International Cooperation Development, poverty, health, Research & Development, Calouste Gulbenkian Foundation, Neglected Tropical Diseases.

abstract

Through times, health has become increasingly important on the international commitments, not only on the development strategies of the recipients countries but also on the cooperation strategies of the donor countries. The relation between health/poverty reduction and health/development has demonstrated to be very strong and the requirement to increase cooperation in health, as a mean to reduce the poverty through the Millennium Development Goals – until 2015 -, is an evidence of these relations.

This study aims to demonstrate that Research & Development in health, particularly on Neglected Tropical Diseases, is essential to achieve poverty reduction and development. Beyond this, it aims to show that the action and intervention of new actors on the International Cooperation Development, like Calouste Gulbenkian Foundation, is central to achieve these objectives.

ÍNDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	II
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. A COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO	6
2.1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	6
2.2. EVOLUÇÃO DA HISTÓRIA DA AJUDA.....	9
➤ ANTES DE 1949.....	10
➤ DE 1950 A 1970	11
➤ DE 1970 A 1980	13
➤ DE 1980 A 1990	15
➤ DE 1990 ATÉ À ACTUALIDADE	17
2.3. MOTIVOS PARA A PRESTAÇÃO DA AJUDA	23
2.4. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ACTUAL DA AJUDA	28
2.5. A COOPERAÇÃO PORTUGUESA	36
3. SAÚDE E COOPERAÇÃO.....	41
3.1. SAÚDE GLOBAL	41
3.2. TENDÊNCIAS DA SAÚDE NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	44
3.3. O CONTEXTO AFRICANO DE SAÚDE	47
3.4. COOPERAÇÃO PORTUGUESA NA ÁREA DA SAÚDE.....	48
4. A IMPORTÂNCIA DA AJUDA NA ÁREA DA SAÚDE.....	49
4.1. O SISTEMA DE FUNCIONAMENTO DA AJUDA	49
4.2. TENDÊNCIAS DE INVESTIMENTO	50
4.3. SAÚDE E.....	53
➤ DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO	53
➤ POBREZA	54
➤ DESIGUALDADE	54
5. AS FUNDAÇÕES.....	54
5.1. O CONTEXTO FUNDACIONAL	54
5.1.1. O QUE SÃO AS FUNDAÇÕES?.....	56
5.1.2. PAPÉIS DAS FUNDAÇÕES.....	60
5.1.3. AS FUNDAÇÕES E O ESTADO	63
5.1.4. AS FUNDAÇÕES E O TERCEIRO SECTOR.....	64
5.1.5. EM PORTUGAL.....	66
5.2. A FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN.....	66
6. AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS	70
6.1. DEFINIÇÕES	71
6.2. CARACTERÍSTICAS	72
6.3. IMPACTO DAS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS.....	73
6.4. AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS E OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO.....	74
6.5. O QUE SE TEM FEITO E O QUE HÁ A FAZER	75
7. A INICIATIVA DAS FUNDAÇÕES EUROPEIAS PARA AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS	80
8. ANÁLISE DOS CONTEÚDOS	82
9. CONCLUSÃO.....	86
10. BIBLIOGRAFIA.....	91

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

APD – Ajuda Pública ao Desenvolvimento
APD/RNB - Ajuda Pública ao Desenvolvimento / Rendimento Nacional Bruto
BM – Banco Mundial
CAD - Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
CEF – Centro Europeu de Fundações
CID – Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CISA – Centro de Investigação em Saúde no Caxito em Angola
DALY - Disability – Adjusted Life Years
DTN – Doenças Tropicais Negligenciadas
ECOSOC - Economic and Social Council
EFC – European Foundation Centre
EFINTD - European Foundation Initiative for African Research into Neglected Tropical Diseases
EUA – Estados Unidos da América
FCG - Fundação Calouste Gulbenkian
FMI – Fundo Monetário Internacional
IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
I&D – Investigação & Desenvolvimento
NU – Nações Unidas
ODA - Official Development Assistance
ODA/GNI - Official Development Assistance / Gross National Income
ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OCDE / CAD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico / Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development
OECD/DAC - Organisation for Economic Co-operation and Development / Development Assistance Committee
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organizações Não Governamentais
ONGD - Organização Não-Governamental para o Desenvolvimento
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PGAD – Programa Gulbenkian de Ajuda ao Desenvolvimento
PIB – Produto Interno Bruto
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RNB – Rendimento Nacional Bruto
SSDH – Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SWAp – Sector-Wide Approach

UE – União Europeia

UN – United Nations

UNDP – United Nations Development Programme

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

“Beyond its intrinsic value to individuals, health is also central to overall human development and poverty reduction.” (OECD, 2003, p. 21). Esta frase reflecte bem a questão que é discutida neste trabalho: o tema da saúde tem-se revelado muito importante não apenas para os indivíduos mas também como um caminho para a redução da pobreza e para o desenvolvimento. Assim, pode-se dizer que a saúde assume um papel fundamental no domínio da cooperação para o desenvolvimento.

Como veremos adiante, a ajuda ao desenvolvimento é uma questão muito complexa e muito debatida em diferentes foras. Por ajuda ao desenvolvimento pode-se considerar que é a percentagem da ajuda externa que tem como objectivo apoiar o bem-estar das pessoas e o desenvolvimento dos territórios. A APD tem crescido continuamente, com algumas oscilações, sendo uma componente relevante nas relações internacionais (Riddell, 2007). Na opinião de de Haan (2009), a ajuda internacional deve ser mesmo considerada como uma indústria, como sendo uma parte da actividade económica, na medida em que apesar de utilizar dinheiro público – dos contribuintes ou doado de forma voluntária – este é despendido através de procedimentos específicos, exigindo relatórios e envolvendo funcionários experientes. Para além disto, para este autor, no conceito de ajuda subentende-se um desequilíbrio nas relações de poder, sendo necessário que as relações no domínio da cooperação para o desenvolvimento se tornem mais equilibradas.

As perspectivas acerca da ajuda para o desenvolvimento não são unânimes: por um lado, existem autores que defendem que a ajuda actual não é suficiente e que é necessário aumentar os valores da ajuda; por outro lado, há estudiosos que afirmam que é dada demasiada ajuda. Numa situação intermédia estão autores, tal como Riddell, que será referido neste trabalho, que se centram na forma como a ajuda é distribuída e na necessidade de uma melhor avaliação (de Haan, 2009).

Aqueles que consideram que demasiado dinheiro é gasto na ajuda ao desenvolvimento argumentam que muito poucos resultados positivos são alcançados, na maior parte dos casos devido a corrupção por parte dos países que recebem a ajuda. Nesta posição estão aqueles que exigem que os valores para a ajuda diminuam na medida em que há a percepção que a ajuda falhou e que os países recebedores não estão comprometidos com o desenvolvimento e com a redução da pobreza, que existe uma grande dependência por parte dos países em desenvolvimento relativamente à ajuda, que os países recebedores não têm capacidade política ou administrativa para absorver eficazmente a ajuda que lhes é concedida e que os países doadores continuam a orientar os motivos e as estruturas de concessão da ajuda (de Haan, 2009).

Num ponto intermédio, entre aqueles que defendem o aumento da ajuda e os que defendem que muita ajuda tem sido concedida, estão autores que se preocupam mais com a forma como a ajuda é prestada que com aumentar ou diminuir os seus valores. Deste modo, referem que os objectivos da ajuda não estão bem definidos e que muito dinheiro é atribuído a países que não são considerados os mais pobres (devido a laços históricos, políticos e razões estratégicas), que grande parte da ajuda não chega às pessoas mais pobres, que a ajuda não é utilizada da forma mais eficaz pelos países recebedores por falta de capacidades destes, que os comportamentos dos países doadores condicionam a eficácia da ajuda (imprevisibilidade dos fluxos da ajuda, concessão da ajuda dependente dos ciclos económicos e das prioridades dos doadores e não das necessidades

dos recebedores, existência de muitos doadores que não trabalham de uma forma coordenada) e que a “ajuda ligada” limita a boa aplicação da ajuda (de Haan, 2009).

Os objectivos de prestação de ajuda foram-se alterando ao longo do tempo, tendo existido sempre mudanças quanto às questões que deveriam ser focadas: industrialização dos países e como prevenir as falhas de capital injectando dinheiro para estimular a economia, alívio e redução da pobreza e satisfação das necessidades básicas, estabilidade económica e ajustamento estrutural. Afonso (2005b) refere que 2 factores que se têm revelado de importância fundamental nas políticas e nas acções de cooperação são o pensamento geopolítico e o pensamento acerca do desenvolvimento. E tal verifica-se actualmente: de Haan (2009) afirma que, actualmente, os motivos para a prestação da ajuda estão ligados ao alívio da pobreza no Sul bem como com as questões de segurança global que ganharam um novo ênfase após os ataques de 11 de Setembro de 2001.

Muitos encontros têm sido realizados (Conferência do Milénio, Conferência de Monterrey, Conferência de Paris) e muitas metas têm sido traçadas (ODM, aumento da percentagem do RNB dirigido para a ajuda, aumento da eficácia da ajuda e da ajuda desligada). Ao longo dos anos o contexto da ajuda tem vindo a alterar-se, tornando-se cada vez mais complexo, pela existência de muitos actores (doadores, recebedores, novos agentes) e pelas suas funções se misturarem (um país recebedor também pode ser doador, por exemplo). Cada vez mais os debates no domínio da ajuda para o desenvolvimento relacionam-se com questões ambientais, de género e de participação política.

Relativamente a Portugal, a Cooperação Portuguesa procura estar em sintonia com as metas internacionais (o seu fio condutor são os ODM, está comprometida com as metas internacionais de financiamento), mantendo sempre algumas especificidades, tais como os países que apoia (os seus grandes parceiros são os PALOP e Timor-Leste por motivos históricos, culturais e linguísticos).

No contexto deste trabalho, tornou-se relevante abordar a questão da cooperação na área da saúde. De acordo com a OECD (2003) o tema da saúde encontra-se numa posição muito elevada na agenda internacional, como nunca antes se tinha verificado, e as preocupações com a saúde dos mais pobres está a tornar-se uma questão fundamental no domínio do desenvolvimento. Nos países em desenvolvimento, a ruptura do ciclo de pobreza e de má saúde é um factor fundamental para o desenvolvimento económico, o que se consegue através de investimento na área da saúde. Dos 8 ODM traçados em 2000, 3 estão directamente relacionados com a saúde, o que comprova a preocupação da comunidade internacional com a questão da pobreza e da má saúde e de como estas 2 questões estão intimamente ligadas, pois uma boa saúde contribui para o desenvolvimento económico (possibilita o aumento da produtividade - trabalhadores mais saudáveis são mais produtivos, auferem maiores rendimentos, faltam menos ao trabalho -, o aumento do investimento, a melhoria do capital humano - as crianças são mais saudáveis e podem ir à escola e aprender melhor -, o aumento dos níveis de poupança e as alterações demográficas - melhor saúde e educação conduzem à diminuição das taxas de fertilidade e de mortalidade).

Actualmente, os problemas de saúde que afectam as pessoas mais pobres ultrapassam as fronteiras dos países. Isto deve-se ao facto de vivermos num mundo cada vez mais globalizado que acarreta novos riscos para a saúde. Crisp (2010), na sua obra “*Turning the World Upside Down: the search for global health in the twenty-first century*”, salienta a grande interdependência na área da saúde que hoje em dia se vive (em termos

de partilha no que se refere a prevenção de doenças, práticas clínicas, medicamentos e vacinas, profissionais de saúde, conhecimento), criando-se uma nova forma de ver a saúde, sob uma perspectiva global, cujas questões afectam todos, sejam ricos ou pobres, em que a vulnerabilidade às doenças é partilhada e que pode afectar a economia dos países, as relações internacionais e a própria saúde das populações. Deste modo, surge um novo conceito - o de saúde global.

Contudo, e apesar do reconhecimento de uma maior interdependência entre os países, alguns problemas permanecem. Segundo a OECD (2003), os países mais pobres são os que menos beneficiam da I&D em termos de medicamentos, vacinas e diagnósticos, são os menos capazes para financiar investimento público para a descoberta de novas ferramentas e métodos na área da saúde e não têm poder de compra para estimular a investigação levada a cabo pelo sector privado em doenças dominantes nestes países. De facto, menos de 10% da despesa global em investigação na área da saúde é destinada a doenças que representam 90% do peso global de doença, o que reflecte um desencontro entre necessidades e investimentos na área da investigação para o desenvolvimento no domínio da saúde (Global Forum for Health Research, 2006; OECD, 2003).

Neste quadro complexo de ajuda, o sector filantrópico tem-se tornado cada vez mais importante em termos de ideias inovadoras e de dinheiro concedido para a ajuda ao desenvolvimento (de Haan, 2009). As fundações, como novos agentes da cooperação, vieram alterar as relações existentes na cooperação e potenciar a mudança na forma de a fazer. A Fundação Calouste Gulbenkian é um exemplo daquilo que uma instituição filantrópica pode fazer no domínio da cooperação para o desenvolvimento e surge como o maior actor filantrópico nacional no domínio da ajuda ao desenvolvimento, sendo a cooperação no domínio da saúde uma das linhas condutoras das suas actividades. Apesar de se reger por uma agenda global e nacional (a Estratégia de Cooperação Portuguesa), atribuindo uma grande importância aos ODM, a FCG pode definir a sua própria agenda, em muito graças à sua independência política e financeira relativamente aos sectores público e privado. Contudo, é necessário referir que a FCG tem apoiado as escolhas dos governos.

No âmbito deste trabalho será analisada uma parceria inovadora entre 5 Fundações Europeias, na qual a FCG participa – a European Foundation Initiative for African Research into Neglected Tropical Diseases –, que pretende atribuir uma maior importância à investigação realizada por jovens investigadores africanos no domínio das Doenças Tropicais Negligenciadas. Esta parceria trata de uma questão de saúde global: promoção da investigação em saúde em DTN em África. Assim, foi lançado um programa de bolsas com o intuito de financiar projectos de investigação neste domínio em países em desenvolvimento do continente africano, zona mais atingida pelas DTN.

Desde 2004 que se tem reconhecido este conjunto de doenças como infecções incapacitantes para as pessoas mais pobres do mundo (Molyneux, 2008). Até então, e apesar do grande fardo que representam, as DTN foram sendo ignoradas no âmbito da política de saúde a nível internacional (Liese, Rosenberg, & Schratz, 2010), não lhes sendo dada a mesma atenção que às 3 grandes doenças – SIDA, tuberculose e malária. As DTN são negligenciadas pois não viajam internacionalmente, não afectam os países desenvolvidos e apesar de causarem pobreza e incapacidades permanentes não matam tantas pessoas em comparação com as 3 grandes doenças. São, também, negligenciadas em termos de investigação e de desenvolvimento. O ponto de viragem ocorreu quando se verificou que os resultados do combate às 3

grandes doenças não eram os esperados e que grande parte da solução para lutar contra elas passava pelas DTN uma vez que indivíduos com SIDA, malária ou tuberculose também estão infectados com uma DTN.

Deste modo, existe uma necessidade bem como uma oportunidade para agir. As DTN afectam mais de 1 bilião de pessoas em todo o mundo e estão associadas à pobreza na medida em que se desenvolvem em ambientes pobres, com condições de vida precárias. Apesar de as DTN causarem dor física, podendo levar a situações irreversíveis de invalidez, debilitarem, deformarem, incapacitarem ou matarem, podem ser prevenidas e tratadas. As principais pessoas atingidas são pessoas pobres que vivem em áreas rurais isoladas ou em zonas empobrecidas das grandes cidades. Deste modo, justifica-se o investimento em DTN: a sua prevenção e tratamento revelam-se como uma oportunidade de desenvolvimento por explorar, oportunidade essa que possibilitaria uma melhoria das condições de vida das populações afectadas e a diminuição da pobreza.

O problema a ser discutido neste trabalho relaciona-se com a questão da investigação na área das DTN e a importância que tal facto reveste. Com este projecto intitulado “As Doenças Tropicais Negligenciadas e a Fundação Calouste Gulbenkian” pretendo demonstrar que uma boa solução para combater o problema da negligência de investigação nas DTN está intimamente ligada à acção das instituições privadas com fins públicos como é o caso da FCG. Ao longo deste trabalho vou tentar mostrar a forte ligação existente entre doença e pobreza e como esta ligação influencia em grande medida o desenvolvimento dos países. Ao verificar-se esta ligação teremos a justificação para o aumento do financiamento na cooperação no domínio da saúde.

Assim sendo, o presente trabalho estrutura-se da seguinte forma: inicialmente apresenta-se o enquadramento geral da cooperação para o desenvolvimento, abordando vários conceitos, as várias fases da história da cooperação, os motivos que estão por detrás da prestação da ajuda, o contexto actual da ajuda e a caracterização da cooperação portuguesa. Seguidamente, foca-se o tema da saúde no âmbito da cooperação, tendo em conta a questão da saúde global, das tendências da saúde na cooperação internacional, do contexto africano na área da saúde e da cooperação portuguesa neste domínio. Para complementar estas questões, torna-se relevante apresentar as tendências de investimento na área da saúde. Posteriormente, apresenta-se um conjunto de informações relevantes acerca da caracterização das fundações, actor de desenvolvimento eleito para análise neste trabalho, aprofundando-se o estudo para a FCG. Sendo que o relatório recai sobre as DTN importa, também, incluir um conjunto de factos e informações relevantes sobre estas para se perceber a sua importância na investigação em saúde e na cooperação para o desenvolvimento. Por fim, será apresentada a EFINTD bem como os aspectos que interligam todas estas questões e que tornam premente esta questão de investigação

A fundamentação desta questão teve como base essencial a realização de um estágio na FCG que permitiu assimilar um conjunto de informação relevante como consequência da formação prática recebida em contexto real de trabalho. As fontes bibliográficas seleccionadas para a elaboração deste relatório revestem-se de uma grande importância e foram tidas em conta o tema, a sua actualidade e a respectiva acessibilidade e disponibilidade das fontes. Assim, a metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho abrange a recolha e análise de literatura e bibliografia considerada relevante e que abarca temáticas muito diversas (cooperação para o desenvolvimento, o contexto das fundações, as DTN). A bibliografia utilizada bem como outras

informações essenciais foram adquiridas através de pesquisas mas também no seio da própria instituição com o desenvolvimento das funções que me foram atribuídas.

2. A COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO

2.1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Em primeiro lugar, é essencial definir o que se entende por ajuda externa. Em sentido lato, a ajuda externa engloba todos os recursos que são transferidos por um ou vários doadores para determinados recebedores, sendo que tais recursos vão desde os bens materiais, concessões financeiras ou empréstimos até a competências e conhecimento técnico. Contudo, existem definições mais restritas deste tipo de ajuda e que, normalmente, estão intimamente ligadas a objectivos específicos. Este é o caso das preocupações relativamente à pobreza mundial e que suscita tipos e formas de ajuda externa de países ricos para países e populações pobres com o intuito de ajudar a combater o sofrimento bem como a contribuir para o bem-estar, a redução da pobreza e o desenvolvimento. Este tipo específico de ajuda externa é normalmente designado por ajuda ou assistência ao desenvolvimento (Riddell, 2007).

Definindo a ajuda para o desenvolvimento, existem inúmeras hipóteses de interpretação. De uma forma geral, a ajuda para o desenvolvimento pode ser entendida, por um lado, tendo em atenção aqueles que a recebem (e o fim que lhe é dado) e, por outro lado, atentando naqueles que a prestam (com referência ao propósito para o qual a ajuda foi concedida). Contudo, pode-se especificar a definição geral fundamentando-a, por exemplo, nos efeitos visíveis que a ajuda tem sobre de quem dela beneficia podendo ser, assim, uma parte da ajuda externa total que combate as necessidades humanitárias imediatas e reduz a pobreza das populações bem como os recursos fornecidos pelos doadores e que contribuem para assegurar os direitos e liberdades essenciais dos mais pobres. A aproximação mais comum ao definir ajuda para o desenvolvimento tem-se centrado, principalmente, na finalidade para a qual a ajuda é atribuída. Em traços gerais, a ajuda para o desenvolvimento é entendida como a parte da ajuda externa cujo objectivo é contribuir para o desenvolvimento e bem-estar nos países desfavorecidos. Esta definição reflecte a sua centralidade nas intenções dos doadores mais do que dos beneficiários da ajuda. Desta forma, pode-se dizer que as definições aqui apresentadas são amplamente orientadas pelos doadores uma vez que são eles quem decidem quais as quantias a dar e a forma como a ajuda é prestada (Riddell, 2007).

Apesar de tudo, Riddell (2007) defende que existe uma falta de clareza pois o termo ajuda externa é muitas vezes utilizado como sinónimo para ajuda e assistência ao desenvolvimento em mais de 80% das definições enquanto noutras situações também é definida como ajuda de emergência.

As definições de ajuda externa e de ajuda para o desenvolvimento levam-nos a questionar se o que os países doadores fazem é mesmo ajudar com o intuito de os países mais pobres se desenvolverem ou se existirá alguma contrapartida por esta ajuda. Este assunto conduz-nos a uma temática mais abrangente que é a da Cooperação para o Desenvolvimento.

A Cooperação para o Desenvolvimento, de acordo com Afonso (2005b), teve início com o processo de descolonização e o problema do subdesenvolvimento aquando do final da II Grande Guerra. Este período foi caracterizado pela preocupação com a segurança militar, com o intuito de evitar outra guerra, e com a segurança económica e social. Todavia, a segurança económica e social foi sendo ensombrada pela segurança

militar devido ao início da Guerra Fria e o propósito da ajuda, nesta altura, era evitar que os países em desenvolvimento se regressem pelo comunismo.

Sangreman (2009) afirma que o conceito de cooperação internacional para as relações internacionais se baseia na crença de que a acção dos Estados está sujeita a uma ética de sobrevivência política, ainda que a diferentes níveis entre os que possuem mais e menos poder a nível militar, económico e financeiro. Tudo isto ocorre num sistema internacional anárquico definido pela falta de uma autoridade global e pela aceitação desde o início do século passado de instituições que criam consensos a um nível geral ou sectorial. Há autores, como Waltz (citado em Sangreman, 2009), que consideram que no seio das relações internacionais a cooperação internacional começou a fundamentar-se pela necessidade sentida pelos Estados de maximizarem os seus interesses, continuando a considerá-los como principais intervenientes. Assim, para Powell (citado em Sangreman, 2009), nas intervenções de cooperação cada actor estatal procura, primeiramente, maximizar os seus próprios interesses e segurança relativamente aos outros Estados.

Segundo Kehoane (citado em Sangreman, 2009), a cooperação internacional é delimitada pelo cálculo de custos e benefícios, isto é, um Estado normalmente não faz cooperação por motivos de altruísmo perante o sofrimento dos outros nem pela procura daquilo que considera interesse internacional, procurando alcançar riqueza e segurança para o seu próprio país bem como poder para alcançar os seus fins.

De acordo com Krasner (citado em Sangreman, 2009), a CID é um fenómeno contínuo incluído na política externa. Já Keohane, já aqui referido, defende que a promoção da cooperação internacional com benefícios para toda a população exige que os Estados criem regimes internacionais, ou seja, um agregado de regras, formas de agir e decisões com o intuito de diminuir os custos de troca inerentes à cooperação.

Sangreman (2009) afirma que estamos perante a necessidade de surgimento de uma nova teoria da cooperação devido à análise diversificada de questões, sob uma perspectiva interdisciplinar, descentralizada e com a participação de diversos actores dos países financiadores e recebedores, com impacto local e internacional.

De acordo com Afonso (2005a), a Cooperação para o Desenvolvimento pode ser classificada consoante:

- ✓ A sua **origem**, podendo ser pública (organismos ligados à Administração Pública) ou privada (ONG, empresas);
- ✓ Os **canais de execução**, havendo as hipóteses de ser bilateral, multilateral, descentralizada, de ONGD, o que reflecte uma multiplicidade de agentes de cooperação;
- ✓ As **ferramentas**, tais como cooperação técnica, financeira, ajuda alimentar, humanitária e de emergência.

De acordo com Sangreman & Proença (2009), a Cooperação para o Desenvolvimento tem como objectivos específicos: motivar as populações a participar no seu processo de desenvolvimento, tendo como ponto de partida as suas necessidades e prioridades, fortalecer a cidadania através do reforço das organizações cívicas e da sua posição nos processos, e apoiar o desenvolvimento local.

A ajuda para o desenvolvimento é caracterizada, para além de representar uma transferência de recursos e tecnologias, pela transmissão de valores e aspectos culturais. Mas valores como a tolerância, liberdade de

expressão, respeito pela diversidade, isto é, os Direitos Humanos são considerados universais no processo de desenvolvimento (Afonso, 2005b).

É relevante definir, igualmente, o que é a APD (ou ODA). Riddell (2007, p. 18) refere que, em termos gerais, segundo o CAD, a ODA é uma parte da ajuda total concedida pelos governos doadores/ organizações públicas aos países pobres. De acordo com Führer (citado em Riddell, 2007) e Afonso (2005a), a ODA são os fluxos direccionados para os países em desenvolvimento e agências multilaterais fornecidos por instituições oficiais (governo local, por exemplo) e que cumprem os requisitos de o principal objectivo na sua atribuição ser a promoção do desenvolvimento económico e do bem-estar dos mais pobres para além da concessão de pelo menos 25% (percentagem mínima no caso dos empréstimos; quando a prestação reveste a forma de donativo a concessionalidade é de 100%).

Deste modo, não são consideradas como APD as transferências com fins principalmente comerciais, as transferências bilaterais do sector público com um grau de concessionalidade inferior a 25%, mesmo que tenham como objectivo promover o desenvolvimento, e os apoios para custear investimentos privados (Afonso, 2005a).

Desde a década de 70 que o conceito de APD não sofreu alterações mas as diversas interpretações incentivaram um alargamento do seu conteúdo com vista a considerar-se os custos administrativos das organizações doadoras, os donativos para os sistemas de ensino que correspondam ao custo do ensino para estudantes de origem dos países receptores da ajuda, a inserção da ajuda aos refugiados originários de países que beneficiam de APD e o perdão das dívidas (Afonso, 2005a). Esta definição de ODA exclui qualquer tipo de fundos de ajuda formados por organizações privadas, fundações, ONG ou sujeitos individuais. Para além disto, a confusão na definição deve-se também ao facto da ajuda ao desenvolvimento e do termo técnico ajuda oficial ao desenvolvimento serem utilizados da mesma forma para descreverem transferências concessionais que contribuem para objectivos de carácter humanitário, de emergência e de desenvolvimento. A ODA é atribuída aos países em desenvolvimento mais pobres e aos países com rendimentos médios (reduzidos e elevados) (Riddell, 2007). Em 2010, o CAD registou o valor de ODA mais elevado de sempre: quase 130 biliões de dólares (OECD, 2011). Em 2008, este valor estava nos 121,5 biliões de dólares (OECD, 2010a).

Outro aspecto importante a salientar é o de quem avalia a elegibilidade da ODA. De acordo com Riddell (2007), são os doadores individuais que assumem o papel de árbitros finais apesar de o CAD fornecer critérios mais rigorosos e objectivos. De acordo com o mesmo autor, se a definição daquilo que constitui a ajuda se baseasse no alcance que esta tem sobre os receptores ou se os receptores tinham tido a liberdade para escolher como poderiam usar a ajuda que chega até si, então os dados relativos aos níveis de ajuda ao desenvolvimento seriam muito diferentes. Segundo dados da OECD/DAC (2005), de um valor total de ODA de mais de 60 mil milhões de dólares em 2002/2003, apenas 17,4 mil milhões chegaram aos orçamentos dos governos dos países receptores.

Riddell (2007) afirma que a ajuda oficial continua a ser o elemento mais relevante da ajuda, sendo contabilizada em mais de 70% de toda a ajuda ao desenvolvimento e de emergência. Também Afonso

(2005a) defende que a APD é o item mais relevante das transacções oficiais e, por conseguinte, uma valiosa fonte de financiamento do desenvolvimento.

A ajuda oficial é composta pela ajuda bilateral e pela ajuda multilateral, que serão seguidamente definidas. Enquanto a primeira é fornecida directamente pelos governos a um determinado país receptor por meio de agências oficiais, a segunda faz chegar a ajuda aos países mais necessitados através de instituições internacionais que trabalham na área do desenvolvimento e que são financiadas pelos principais países doadores (Riddell, 2007; Fernandes, 2005). Cerca de $\frac{3}{4}$ da ODA é ajuda bilateral, aproximadamente 95% do total, e é fornecida pelos 23 membros do CAD (de acordo com a OECD¹, actualmente são 24 os países membros do CAD). Mais de 90% de ajuda multilateral é fornecida por 15 agências. A ajuda oficial é essencialmente fornecida para os governos e mais de 180 países em 2003 estavam a recebê-la (Riddell, 2007). De acordo com a OECD², actualmente o número de países beneficiários da ODA é de 152 países. Segundo Afonso (2005c), os donativos são os principais constituintes da ajuda bilateral. A maioria dos donativos bilaterais vai para a cooperação técnica, em actividades de auxílio à formação/reforço dos recursos humanos no país doador, como é o caso de apoio a bolseiros e de tratamentos médicos. Também Afonso (2005a) distingue estes dois canais de executar a ajuda, afirmando que cooperação bilateral se refere à orientação da APD de forma directa para os países beneficiários (que podem ser governos ou outras organizações) por parte dos países doadores e que cooperação multilateral é a transferência de fundos para organizações que actuam em diversas frentes e que posteriormente distribuem os montantes recolhidos de forma a financiar actividades de desenvolvimento. Esta autora afirma que na maior parte das vezes a ajuda multilateral é mais eficaz que a bilateral.

Neste seguimento, torna-se relevante definir o que são actores da cooperação. Estes são entidades que trabalham para o progresso do desenvolvimento, podendo influenciar, financiar e levar a cabo as políticas de cooperação cujos fins sejam o desenvolvimento social e económico dos países e populações menos desenvolvidos. A Cooperação para o Desenvolvimento abarca vários actores tais como países doadores e recebedores, instituições públicas descentralizadas, organizações internacionais, ONGD, as associações das comunidades e as próprias populações (Fernandes, 2005).

2.2. EVOLUÇÃO DA HISTÓRIA DA AJUDA

De acordo com Riddell (2007), entre 1960 e 2005, de uma forma geral, a ODA conheceu uma expansão de longo prazo e cresceu ao ponto de se tornar uma parte fundamental para a formação das relações internacionais à medida que cada vez mais países se foram tornando doadores.

¹ Site da OECD – países membros do DAC [consultado em 11, Outubro, 2011, disponível em: http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_2649_34603_1893350_1_1_1_1,00.html]

² Site da OECD – países beneficiários da ODA [consultado em 11, Outubro, 2011, disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/32/40/43540882.pdf>]

A existência de um rácio específico, ODA/GNI (ou APD/RNB) (a percentagem de rendimento interno bruto fornecida como ajuda oficial), é um indicador essencial contra aquilo que se tem pensado ser generosidade, especialmente desde finais dos anos 60 quando os doadores acordaram uma meta de 0,7%. Durante os primeiros 30 anos após a fixação da meta, o rácio caiu constantemente e ficou sempre abaixo de metade de 0,7%, mesmo este tendo estado muito perto dos 0,7% no início dos anos 60, antes de o valor da meta ter sido estabelecido (Riddell, 2007).

Sendo assim, questiona-se acerca do que influencia as oscilações da ajuda. Segundo Riddell (2007), os níveis de ODA têm sido afectados, directa e indirectamente, por uma mistura de factores (crenças acerca da contribuição e importância da ajuda para o desenvolvimento e do seu impacto), para além de irem variando como resposta ao padrão, natureza, extensão e informação dos desastres humanitários e ao grau de publicidade dado às diferentes emergências. Os níveis de ODA também têm sido influenciados por condições económicas e financeiras dos países doadores e recebedores bem como pela extensão em que os doadores têm permitido que os interesses comerciais constituam a forma de utilização dos fundos. Para além disto, os valores da ODA têm variado em função de influências estratégicas e políticas mais alargadas tanto nos países doadores como nos países recebedores. Mais ainda, como a ODA é um número construído por decisões de diversos doadores, não é raro que alguns doadores forneçam mais ajuda do que outros.

➤ **ANTES DE 1949**

Segundo Riddell (2007), muito antes dos finais dos anos 40 a ajuda era fornecida pelos governos, tal como a Inglaterra e a França que apoiavam as suas colónias. Também antes do final dos anos 40 assistiu-se à existência de agências voluntárias. Durante grande parte do período colonial foram estas associações, como por exemplo as igrejas, e não os governos de países ricos, que foram os principais fornecedores de serviços essenciais (saúde, educação, água e comida) às populações mais pobres.

Contudo, Riddell (2007) afirma que os últimos anos da década de 40 são, normalmente, referidos como o início da era moderna de prestação da ajuda. Em 1948, George Marshall apresentou um plano de ajuda à reconstrução da Europa afectada pela 2ª Guerra Mundial e o seu Plano (Marshall) foi, então, lançado (de Haan, 2009; Riddell, 2007; Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen, 2003). Os motivos oficiais para a concepção do Plano Marshall basearam-se em questões económicas e de segurança nacional, relacionados com o reforço dos países da Europa Ocidental contra a expansão do Comunismo na Europa de Leste e na União Soviética e com os benefícios da reconstrução de uma Europa livre para o comércio americano. Os interesses comerciais também ocuparam lugar na justificação da ajuda americana aos países em desenvolvimento mas os motivos de segurança nacional eram claramente dominantes (Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen, 2003). Todavia, foi em organizações e fóruns internacionais que a noção de ajuda ao desenvolvimento como uma actividade internacional institucional se tornou mais clara e forte. De ainda maior importância foram as ideias contidas em documentos fundadores das NU. A Carta das Nações Unidas (1945) comprometeu todos os países a trabalharem para a promoção de padrões de vida mais elevados, pleno emprego e desenvolvimento e progresso económico e social, através de trabalho conjunto. Para complementar estas ideias, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) afirma que todos têm o direito a um padrão de vida adequado de saúde e bem-estar para si e para a sua família, o que inclui comida,

vestuário, habitação e cuidados médicos (artigo 25) e que a todos é conferida uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades estabelecidos pela Declaração possam ser plenamente alcançáveis (artigo 28) (Riddell, 2007).

Não foi apenas a noção de cooperação internacional que surgiu destes documentos fundadores criados contra o cenário de guerra e insegurança mas o desenvolvimento e a cooperação para o desenvolvimento foram claramente compreendidos como forma de incitar o aumento dos padrões de vida e contribuir para o auxílio da paz e da segurança (Riddell, 2007).

➤ **DE 1950 A 1970**

Até meados dos anos 50 assistiu-se a uma lenta institucionalização da ODA na medida em que esta não cresceu significativamente. Apesar do foco do Plano Marshall ter sido o desenvolvimento das infra-estruturas (para ajudar na reconstrução da Europa) e a importância que foi dada a este tipo de desenvolvimento nas décadas seguintes, as primeiras iniciativas de ajuda foram dominadas pela assistência técnica e pelos programas de cooperação técnica na medida em que ajudar a combater as faltas de habilitações e orientar a fraca capacidade institucional nos países pobres eram vistos como elementos chave para o desenvolvimento futuro. Ainda nos primeiros tempos, a ajuda para o desenvolvimento sob a forma de transferências de recursos financeiros com taxas concessionais foi muito discutida (Riddell, 2007).

Nos anos 50, a atenção das agências voluntárias, que anteriormente era dada à Europa, redireccionou-se para o mundo em desenvolvimento (Ásia e África Subsaariana). Contudo, as primeiras actividades nos países pobres foram um pouco limitadas pois a falta de fundos provocava atrasos (não havia capacidade efectiva para obter ajuda oficial) por falta de qualificações (muitos voluntários e trabalhadores do pós-guerra ingressaram noutros trabalhos) e por fraca informação acerca das emergências (Riddell, 2007).

De acordo com Afonso (2005b), o pensamento keynesiano influenciou profundamente o que se pensava acerca do desenvolvimento, ou seja, a centralidade era atribuída ao crescimento económico e à intervenção do Estado, sendo que o primeiro deveria ser estimulado através de poupanças. Assim, segundo Stokke (citado em Afonso, 2005b), o crescimento económico encontrava-se intimamente ligado com o investimento em capital, em que os países desenvolvidos forneciam recursos aos países menos desenvolvidos com o objectivo de preencher falhas de capital e conhecimento. O Estado era tido como líder, planeador e investidor. De acordo com Sangreman (2009), acreditava-se que os Estados eram as únicas entidades competentes para promover o desenvolvimento, sendo considerados o principal interveniente na cooperação com os países recebedores, elaborando-se planos de desenvolvimento centralizados neste actor.

O início da institucionalização da ajuda oficial nos anos 50 reflectiu-se na literatura académica no que diz respeito aos constrangimentos para o desenvolvimento e ao papel que a ajuda deveria desempenhar. Segundo Harrod-Domar (citados em Afonso, 2005b), a falta de capital era o único impedimento ao crescimento. Como nos países pouco desenvolvidos era difícil existir poupança, a ajuda tinha a seu cargo esbater a falta de recursos internos sem reduzir o consumo e fazendo crescer as taxas de crescimento produtivo, o que conduzia a uma redução do tempo necessário para alcançar a fase de crescimento sustentado. Segundo Sangreman (2009), nesta época o papel da CID era facultar aos países menos desenvolvidos os recursos necessários para atingir o mesmo nível de desenvolvimento dos países do Ocidente

mas em tempo mais reduzido na medida em que o desenvolvimento das sociedades ocidentais era considerado um exemplo a seguir. De acordo com Lewis (citado em Riddell, 2007), as carências capitais foram identificadas como um grande obstáculo para o desenvolvimento e para a necessária transformação estrutural. Lewis concebia o desenvolvimento como um processo onde dois sectores progrediam com ritmos e funções distintas de provisão de capital, poupanças e mão-de-obra e, para ele, era função da CID reduzir o baixo nível de capital destinado ao investimento por meio do aumento das poupanças internas e fornecer aos países em desenvolvimento as quantias necessárias para contrabalançar as contas com o exterior (Sangreman, 2009). O modelo dos dois sectores consiste em, por um lado, existir um sector capitalista e, por outro, um sector não capitalista, o que incluía actividades com mais e menos produtividade. Quanto maior fosse a produtividade maior seria o valor criado e, por conseguinte, os salários e lucros seriam mais elevados e haveria mais desenvolvimento. Segundo este modelo, iria chegar-se a um ponto em que existiria excesso de capital numa região ou sector e excesso de trabalho noutra. Desta forma, passaria a existir uma circulação de factores de produção em que as pessoas iam saindo da parte menos desenvolvida e a mão-de-obra qualificada ia escasseando. Apesar de o modelo permitir a evolução da produtividade nas duas regiões ou sectores de actividade, pode, como já se disse, facilitar a fuga de cérebros para os locais mais desenvolvidos (Silva, 2008).

Por seu turno, Millikan & Rostow (citados em Riddell, 2007) identificaram dois papéis específicos para a ajuda no sentido de alcançar taxas mais rápidas no crescimento económico: assistência técnica e capital financeiro. Todavia, estes autores foram cautelosos avisando que a crença que o impacto da ajuda seria automático era falaciosa, mesmo que a ajuda fosse fornecida desta forma, argumentando que sem um ambiente institucionalmente favorável os efeitos benéficos antecipados da ajuda não surgiriam.

Rostow com a sua obra *“As etapas do crescimento económico, um manifesto não comunista”*, de 1960, procurou conjecturar o que ocorreria quando se alcançasse a saturação dos bens de consumo duradouro e organizou as etapas do crescimento da seguinte forma: sociedade tradicional (nível de produção *per capita* limitado devido à baixa produtividade motivada pela falta de tecnologia, trabalho agrícola), condições anteriores para o impulso inicial (take-off) (aplicação da ciência na agricultura e na indústria, expansão internacional, surgimento de grandes empresas e bancos, investimentos em transportes e comunicações, permanência de valores e métodos de trabalho antigos), impulso inicial (take-off) (terminam as resistências ao desenvolvimento e à expansão da tecnologia na sociedade, novas técnicas de trabalho agrícola e industrial), percurso para a maturidade (grande crescimento da produção, surgimento de novas indústrias, aumento do comércio internacional), era do consumo em massa (o produto *per capita* garante um elevado padrão de vida à maioria dos consumidores, população maioritariamente urbana, consumo de bens duráveis, preocupação com o bem-estar social em substituição do desenvolvimento tecnológico) (Sangreman, 2009; Silva, 2008). Estas etapas pressupõem uma alteração progressiva dos valores que regem uma sociedade, como por exemplo os indivíduos concentram-se mais em si mesmos que no grupo, da desigualdade de géneros pretende-se alcançar a igualdade e da aceitação da distribuição desigual da riqueza e do poder luta-se por uma maior igualdade (Silva, 2008).

Contudo, os acontecimentos dos anos 60 fortaleceram a ajuda para o desenvolvimento por meio do estabelecimento de novas instituições e organizações de ajuda multilateral e do rápido crescimento do

número de países industrializados que estabeleceram formalmente os seus próprios programas de ajuda bilateral, criados, em parte, para ajudar a gerir o volume cada vez mais alargado de ODA. Nesta altura, a atenção virou-se para o alcance da independência económica e social. As NU proclamaram a década de 60 como a década do desenvolvimento. Desde finais dos anos 50 até aos finais da década seguinte, os níveis oficiais de ajuda cresceram constantemente bem como as taxas de crescimento das economias dos países pobres. Para além disto, o apoio à ajuda era forte, cada vez mais doadores estavam a fornecer ajuda em quantias cada vez mais maiores e havia um consentimento alargado nas utilizações a dar à ajuda (Riddell, 2007).

A nível intelectual, outras teorias para o desenvolvimento foram aprofundadas. Se em 1943, Rosenstein-Rodan (citado em Riddell, 2007) criou e promoveu a ideia de “big push”, ou seja, fornecer grandes montantes de ajuda para ir ao encontro de diversos obstáculos que limitavam a capacidade das economias aumentarem os seus níveis de investimento, em 1966, Chenery & Strout (citados em Riddell, 2007; Afonso, 2005b) desenvolveram esta ideia, tendo ficado conhecidos pelo modelo dos dois défices (two-gap model), em que era considerado que a ajuda era necessária para preencher um gap de poupanças e um gap de trocas externas nos países pobres, o que iria resultar em níveis acrescidos de investimento. Todavia, nenhum destes autores olhava para o papel da ajuda para o desenvolvimento de uma forma simples ou para a relação entre a ajuda e o crescimento como algo automático, sendo que para a ajuda ter um efeito benéfico era essencial compreender como as economias pobres funcionavam com o intuito de perceber como a ajuda poderia contribuir para a sua transformação. No caso de Chenery & Strout isto significava mais do que assistência financeira para preencher os gaps, exigindo-se, também, uma melhoria e expansão das competências humanas e mudança institucional. Para Rosenstein-Rodan o factor mais crítico que determinava o uso eficaz da ajuda era os esforços dos cidadãos dos países recebedores (Riddell, 2007). Chenery et al. (citados em Sangreman, 2009) destacaram os aspectos sociais para se alcançar o desenvolvimento. Deste modo, com vista a combater a pobreza e estimular o bem-estar da população, foram sendo criadas estratégias focadas no crescimento económico mas com industrialização de empresas de várias dimensões, criação de postos de trabalho, melhoria da qualificação da mão-de-obra, facilitação do acesso a bens materiais, direitos humanos e participação feminina.

Relativamente às ONG, até ao início dos anos 60, a sua ajuda foi dominada por pequenos apoios e actividades (Riddell, 2007).

No final da década de 60, estava instalada a desilusão. Em 1970, a ajuda oficial caiu para 0,33% do RNB, a evolução da ODA estagnou e alguns grandes doadores começaram a reduzir os seus níveis de ajuda (Riddell, 2007).

➤ **DE 1970 A 1980**

Até ao início dos anos 70 o discurso acerca da ajuda e desenvolvimento não fazia menção específica à pobreza e uma das razões pela qual demorou tanto tempo para que esta fosse tida em especial consideração é que enquanto, em geral, toda a gente reconhecia a pobreza global, pouca análise tinha sido levada a cabo focando a pobreza em particular (Riddell, 2007).

A credibilidade do modelo dos dois défices começou a enfraquecer bem como as relações existentes entre ajuda e poupança/crescimento. Para além disto, duas questões essenciais começaram a emergir: a população e o ambiente. Relativamente à população, surgiu um consenso a nível internacional acerca dos indicadores humanos, e as necessidades básicas da população tornaram-se o foco desta época. À importância atribuída ao crescimento somou-se o factor social, em que a luta contra a pobreza surgiu como temática a ser perseguida. A participação das mulheres no desenvolvimento e a aposta nas áreas rurais passaram a ser assuntos abordados nesta fase (Afonso, 2005b).

Contudo, a redução da pobreza não foi directamente ligada à concessão de ajuda até finais dos anos 70. O estímulo directo para a mudança desta posição teve origem em duas instituições: o BM e o Secretariado Internacional do Trabalho³. Estas argumentaram que para travar a pobreza era insuficiente tentar simplesmente aumentar as taxas de crescimento e tentar estimular mudanças estruturais e institucionais e reconheceram que o crescimento era importante para o alívio da pobreza mas mantinham que tal era insuficiente e que o foco directo nos pobres era necessário e urgente. Nesta altura, os doadores centraram a sua ajuda em sectores e subsectores específicos das economias receptoras e atribuíram uma maior importância à ajuda fornecida através de projectos (na educação, saúde, água) com o intuito de alcançar e apoiar directamente as populações pobres (Riddell, 2007). Este é o chamado paradigma dos projectos sectoriais que abrangeram um número muito alargado de domínios. Com os aumentos do preço do petróleo, as ideias dos projectos sectoriais foram sendo substituídas, assumindo-se que a economia e a política económica eram as principais condições para se alcançar o desenvolvimento. Deste modo, a preferência da CID passou a ser o equilíbrio macroeconómico e financeiro que incluía medidas de estabilização, de ajustamento estrutural e de boa governação (em 1990) com o fim de que os países em desenvolvimento não aumentassem a sua dívida e que o Ocidente conseguisse absorver o impacto dos créditos que não fossem cobrados (Sangreman, 2009).

Todas estas mudanças foram acompanhadas por uma expansão nos níveis de ajuda. Nos anos 70 adoptou-se a meta de 0,7% do RNB para a ODA a ser alcançada em 1975 (de Haan, 2009; Riddell, 2007). Todavia, em meados dos anos 70 o rácio ODA/GNI foi de apenas metade da meta estabelecida. Tanto a prestação da ajuda como as economias dos países doadores foram profundamente afectadas pela crise mundial de petróleo. Contudo, os níveis de ajuda aumentaram novamente na última parte da década (Riddell, 2007).

A década de 70 foi também um período em que mudanças notáveis ocorreram no papel e aproximação das ONG ao desenvolvimento. Parte desta mudança surgiu porque as igrejas não eram capazes de financiar os custos de muitos hospitais e escolas, e, assim sendo, as organizações baseadas na igreja e as ONG independentes começaram a variar e expandir as suas actividades. Para além disto, neste período presenciou-se um aumento estável no rendimento das ONG (Riddell, 2007).

³ O Secretariado Internacional do Trabalho é uma agência das Nações Unidas e é a organização internacional responsável por conceber e fiscalizar os padrões internacionais de trabalho. Para mais informações: <http://www.ilo.org/global/lang-en/index.htm>

Nesta década tentou-se fortalecer os países em desenvolvimento e invocou-se a cooperação entre países do hemisfério Sul. Todavia, este período viveu dois acontecimentos incontornáveis: a primeira crise do petróleo e das matérias-primas que exigiu ajuda disponível e uma reorientação da ajuda para o domínio pobreza. Surge o ajustamento estrutural como forma de combater os problemas na balança de pagamentos e afirma-se que a industrialização levada a cabo pelo Estado como forma de alcançar o desenvolvimento não poderia prevalecer. A intervenção do Estado na vida económica começa a ser rejeitada e adoptam-se ideias de prudência fiscal, mercados livres e orientação externa como forma de maior eficiência no crescimento e desenvolvimento dos países (Afonso, 2005b).

➤ **DE 1980 A 1990**

A década de 80 é caracterizada como sendo a década perdida do desenvolvimento pelas recessões económicas, crescimento negativo, fome e miséria (Afonso, 2005b).

Factores como a crise da dívida, a subida das taxas de juro e a recessão nos doadores levaram à alteração da conjuntura da cooperação. Esta fase é caracterizada pela redução dos montantes que se destinavam à ajuda e aumento dos níveis de exigência das instituições políticas no que toca aos resultados que a ajuda conseguia alcançar (Afonso, 2005b).

O conceito de crise da dívida surgiu no final dos anos 70 / início dos anos 80, sendo entendido como um grave desequilíbrio das contas externas dos países em desenvolvimento. Com o aumento do preço do petróleo, os seus produtores (principalmente árabes) decidiram depositar grandes quantias de dinheiro em bancos do Ocidente que, por seu turno, emprestaram esse dinheiro aos países em desenvolvimento com o intuito de os ajudar a enfrentarem as suas situações de endividamento, devido ao choque petrolífero, e de rentabilizar tais depósitos. Contudo, a maior parte desse dinheiro foi desviado por governantes corruptos, não tendo sido devolvido à banca. Deste modo, as economias do Ocidente entraram em recessão, tendo deixado de comprar matérias-primas provenientes dos países em desenvolvimento para ter dinheiro para pagar os seus empréstimos. Assim, pode-se dizer que o desequilíbrio das contas externas dos países em desenvolvimento está associado aos choques petrolíferos (aumento do preço do petróleo) e à diminuição nas trocas comerciais (queda dos preços das matérias-primas não petrolíferas exportadas por África bem como queda da procura das matérias-primas destes países devido à crise económica que afectou os países industrializados na sequência do choque petrolífero), tendo ocorrido uma quebra das receitas de exportação e das importações o que colocou a balança de transacções de África numa situação negativa (Serra, 2004; Evans & Melot, n.d.).

Se no início dos anos 70 a pobreza ganhou centralidade, no início da década de 80 esta foi colocada de parte bem como o desenvolvimento das zonas rurais, sendo substituídas pela estabilidade macroeconómica dos países em desenvolvimento, o que se traduziu num conjunto de medidas de redução dos défices interno e externo, das despesas do governo e aumento da eficácia da economia – os programas de ajustamento estrutural. Com o ajustamento estrutural desenvolveu-se o conceito de condicionalidade, ou seja, um conjunto de medidas que o doador exige que o receptor cumpra para, assim, ser “merecedor” da ajuda. As instituições internacionais propuseram aos países em desenvolvimento com graves problemas de dívida externa um conjunto de políticas de estabilização com os seguintes objectivos: desvalorização da moeda e

sua limitação de emissão, agravamento dos impostos, contracção das despesas públicas, limitação do crédito, privatização das empresas públicas, aumento dos preços dos produtos agrícolas para exportação, entre outras. Deste modo, consolidou-se o Consenso de Washington que atribuiu ênfase ao mercado e que pretendeu reduzir as despesas públicas e a intervenção estatal (Sangreman, 2009; Afonso, 2005b). De acordo com Sangreman (2009), para os autores que apoiavam este consenso (ou Paradigma do Ajustamento Estrutural), a intervenção do Estado em demasia era o principal motivo para o reduzido crescimento dos países em desenvolvimento bem como para o agravamento dos efeitos económicos. Durante esta altura começou a atribuir-se uma maior relevância às variáveis sociais já que, até então, considerava-se que as questões de âmbito social podiam ser resolvidas através das variáveis económicas. Deste modo, o Estado deixa de ser o principal interveniente no desenvolvimento, sendo tal lugar ocupado por organizações internacionais como o BM e o FMI. Prevalencia a ideia de quanto menos Estado e mais mercado, melhor.

Nesta altura, transformações importantes ocorreram na forma como os doadores oficiais se relacionavam com os recebedores. O problema parecia ser o (baixo, reduzido) crescimento. Assim, considerava-se que para as economias pobres retomarem o crescimento era necessário estabilizarem as suas economias e iniciarem um processo de ajustamento estrutural. As condicionalidades da ajuda eram a garantia de que os recebedores adoptariam políticas que iam muito além daquelas que seriam necessárias para tornar a ajuda eficaz. Os recebedores eram, então, encorajados a abrirem os seus mercados, a privatizar propriedades do Estado, a adoptar um regime mais orientado para as exportações e menos protector nas trocas como condição essencial para receber a ajuda, e reduzir as despesas do Governo (Riddell, 2007). De acordo com Sangreman (2009), o condicionamento consistia no facto de limitar o acesso dos países recebedores a quantias dos empréstimos pelo cumprimento de medidas de política económica aceites e praticadas pelo país doador. As reformas nas instituições económicas passaram a ser prioridade (Afonso, 2005b).

Apesar desta conjuntura e de no início da nova década a ODA ter caído fortemente e durante os anos seguintes todos os grandes doadores bilaterais terem cortado os seus orçamentos para a ajuda, os projectos contra a pobreza continuaram a existir (Riddell, 2007).

Em meados da década de 80, os níveis de ajuda começaram novamente a crescer, tendo mesmo quase duplicado de 1980 até 1990. Parte da razão para esta mudança está no final da grave crise económica e numa retoma da expansão da dívida pública. A outra parte foi atribuída ao agravamento das condições em alguns países mais pobres e à visão crescente entre alguns doadores de que o ajustamento não estava a funcionar e que a ajuda era urgentemente necessária (Riddell, 2007). Para além disto, nas décadas de 70 e 80 presenciou-se a um aumento da ajuda multilateral, o que se deveu ao papel desempenhado por várias instituições no financiamento aos países mais pobres, graças à crise do petróleo, e à expansão do BM (Afonso, 2005c).

Outra característica desta década foi o reconhecimento que parte dos problemas do continente africano se relacionava com os doadores e conselheiros externos, tendo-se afirmado que o futuro de África podia apenas ser decidido pelos africanos e que as agências externas podiam, no máximo, desempenhar um papel de apoio (Riddell, 2007).

Outro traço que caracteriza os anos 80 foi o aumento significativo entre os países doadores da preocupação com as emergências e o conseqüente aumento da percentagem da ajuda canalizada para tal através das ONG (Riddell, 2007) na medida em que estas passaram a ser vistas como organizações com

capacidade para prestar ajuda mais rápida e eficazmente que as organizações bilaterais (Silva, 2008). A década de 80 também presenciou uma mudança no relacionamento destas organizações no desenvolvimento. As ONG começaram a receber contribuições por parte do Estado, das fundações privadas e voluntárias. O trabalho desenvolvido pelas ONG começou a alterar-se para novas e diferentes áreas, o que estimulou uma profissionalização crescente destas (Riddell, 2007).

➤ **DE 1990 ATÉ À ACTUALIDADE**

Os finais dos anos 80 e os inícios dos anos 90 foram muito importantes para as relações internacionais e para a ajuda. Por um lado, a queda do Muro de Berlim simbolizou o fim da divisão entre o Leste e o Ocidente; deste modo, a lógica geo-política da ajuda (em que os países estavam divididos entre 2 grandes pólos de controlo – URSS e EUA - e apenas eram ajudados quando se associassem a um deles e fizessem o que eles exigissem) chega ao fim. Mas, por outro lado, os aumentos excessivos na ODA foram seguidos de quedas ainda maiores e mais prolongadas (de Haan, 2009; Riddell, 2007).

Durante a década de 90 acreditou-se que se estava perante o fim da ajuda oficial ao desenvolvimento tal como se conhecia. Entre as explicações para a diminuição da ajuda estava o final da Guerra Fria e a consequente ajuda política (de Haan, 2009; Riddell, 2007). Uma outra justificação para a queda dos níveis da ajuda entre os doadores foi a ideia de dependência da ajuda, ou seja, considerava-se que ajuda em demasia era prejudicial para o desenvolvimento pois isso encorajava os recebedores a depender continuamente da ajuda como uma fonte de financiamento, desencorajando, consequentemente, a expansão de receitas internas e o desenvolvimento sustentável dos países. Entretanto, através de alguns estudos, surgiu a ideia que a ajuda não resultava (Riddell, 2007). A ajuda oficial começou a perder importância no que toca à promoção do desenvolvimento e assistiu-se a uma diminuição dos seus fluxos. As transferências financeiras privadas ganharam importância, transformando-se na fonte de financiamento mais relevante nas relações Norte/Sul (Afonso, 2005b).

Para além das quedas e variações na ODA, nos anos 90 viveu-se um período de debate acerca da ajuda ao desenvolvimento e do seu papel, desejando-se contrariar o pessimismo instalado de que a ajuda não tinha qualquer papel a desempenhar no período pós Guerra Fria. O primeiro resultado foi a redescoberta da pobreza e a reafirmação de que o seu alívio directo era o principal objectivo da ajuda ao desenvolvimento, seguido do assumir de novos compromissos pelos doadores oficiais para fornecerem mais ajuda. Foram alcançados mais acordos e compromissos para aumentar a ODA como parte de um conjunto de iniciativas mais alargado para atacar a pobreza (de Haan, 2009; Riddell, 2007). Durante a década de 90 a diminuição da pobreza retomou o lugar de principal objectivo da ajuda para o desenvolvimento, o Consenso de Washington foi questionado bem como o papel do Estado e das instituições. Questionou-se qual o papel que o Estado e o mercado representavam no desenvolvimento e quais as instituições que deveriam estimular o processo de crescimento económico e de desenvolvimento social (Afonso, 2005b). Afirmou-se que o Estado devia ser envolvido mas que se devia analisar a forma como se envolvia (Fine citado em Afonso, 2005b). Nesta altura focou-se a redução da pobreza, a necessidade do Governo e sociedade civil prestarem serviços sociais essenciais aos que mais necessitavam e a apropriação da ajuda pelos países (Hayami citado em Afonso, 2005b).

Todavia, os aumentos mais rápidos na ODA só se fizeram sentir depois dos ataques terroristas de 11 de Setembro de 2001, quando a concessão da ajuda começou novamente a estar mais interligada com as agendas políticas. Apesar disto, a pobreza não foi esquecida, sendo que a sua recentralização se deveu às NU e ao BM. Quanto às NU, e aos seus Relatórios de Desenvolvimento Humano, a sua compreensão de desenvolvimento era a da necessidade de os pobres serem capazes de fazer escolhas acerca das suas vidas e bem-estar e ser-lhes atribuído poder para fazerem escolhas que fariam diferença nas suas vidas. Os relatórios defenderam um conjunto de actividades tais como mais e melhor foco da ajuda e perdão da dívida bem como aumentaram a preocupação e melhor compreensão da relação entre pobreza e direitos humanos, segurança humana, desenvolvimento humano e paz. Relativamente ao BM, este colocou a pobreza como uma aproximação ao desenvolvimento, sublinhando a sua natureza complexa e defendendo uma maior compreensão. A perspectiva do Banco era a de que a ajuda era necessária para contribuir para uma estratégia de desenvolvimento, definida e implementada pelos países pobres, e o Estado era considerado como essencial (Riddell, 2007).

De acordo com estudos do BM, do final da década de 90, concluiu-se que a ajuda resultava, especialmente quando era canalizada para recebedores que se comprometiam a usá-la adequadamente e que eram apoiados por políticas e instituições que facilitavam o uso eficiente da ajuda (Riddell, 2007, p. 40).

Outro aspecto a considerar neste período é o do surgimento de novas questões no domínio da segurança internacional devido ao agravamento de casos de violência étnica e religiosa. Com a instabilidade e as catástrofes, a ajuda humanitária e de emergência foi aumentada e apareceram novos domínios de cooperação, tais como a prevenção de conflitos e acções de manutenção de paz (Afonso, 2005b).

Uma outra característica a salientar é a questão da governação no desenvolvimento devido ao desaparecimento do bloco soviético. Os doadores consideraram que este era um ponto relevante para se alcançar uma boa distribuição da APD. Assim, pode-se dizer que o período que se seguiu ao final da Guerra Fria estimulou a criação de um ambiente propício a novos objectivos políticos para a concessão da ajuda, tais como a democracia, a boa governação e os Direitos Humanos (Afonso, 2005b). Há mesmo quem afirme que a ajuda apenas seria eficaz se existisse um bom contexto político (Dollar citado em Afonso, 2005b).

Na década de 90 surgiu uma nova corrente de pensamento que atribuiu uma posição especial aos fluxos de capital privado e de comércio bem como a responsabilidade pelo respectivo desenvolvimento aos países que estavam a ser apoiados. Deste modo, a ajuda passou a ter uma função incentivadora, interligada com os fluxos privados, ao mesmo tempo que fomentava a boa governação e a eficácia (OCDE/CAD citado em Afonso, 2005b, p. 33). Mais ainda, os sectores para os quais a ajuda se destinava alteraram-se passando a ser os sectores da saúde, educação, água e saneamento (para além dos sectores produtivos e infra-estruturas sem os quais se torna impossível alcançar o desenvolvimento) os que reflectem a importância dada ao “ (...) reforço/desenvolvimento das capacidades humanas e institucionais” (Afonso, 2005b, p. 33). Esta alteração de investimento reflecte o consenso internacional que se gerou relativamente ao papel da ajuda no desenvolvimento – os ODM (analisados mais à frente) – e que tem como fim combater a pobreza, alcançar o crescimento bem como o desenvolvimento sustentável para que a inclusão no sistema económico internacional seja justa e plena (Afonso, 2005c). Afonso (2005c) afirma mesmo que a ajuda é vista como um suplemento aos recursos internos de cada país e incide sobre actividades que não pretendem alcançar o lucro,

sendo que muitos países doadores revelam sectores preferenciais comuns, tais como a saúde, a educação, a água, o saneamento, o ambiente, entre outros. Todavia, se é verdade que o investimento na área social ocorre, nada se consegue dizer acerca de como estes investimentos são aplicados nos países receptores. Apesar dos serviços sociais básicos (saúde, educação, água e saneamento) serem cruciais para o alcançar do desenvolvimento, dados revelam que a ajuda destinada a estes é menor que 15% do total do montante bilateral (PNUD, 2003).

Ainda nos anos 90, surgiu a necessidade de coerência das políticas bem como uma maior selectividade, em que se considerava que a ajuda se deveria centrar nos países mais pobres. Foi nesta década que as iniciativas de alívio da dívida foram introduzidas nas estratégias de cooperação para a redução da pobreza. Esta década foi, igualmente, caracterizada por um aumento do diálogo de forma a melhorar as relações entre doadores e receptores, sendo a apropriação essencial para aumentar a eficácia da ajuda. As palavras-chave passaram a ser parceria, diálogo e participação, com a valorização do papel das organizações da sociedade civil. A gestão por resultados foi enfatizada (Afonso, 2005b).

Durante este período, o rácio APD/RNB piorou: o alvo a atingir nestes dez anos seria de 0,5%, ficando-se, no entanto, pela média dos valores alcançados – entre 0,3% e 0,35%. Todavia, alguns países conseguiram cumprir o compromisso de 0,7% do RNB para a APD, sendo eles a Dinamarca, a Holanda, a Suécia, a Noruega e o Luxemburgo (Afonso, 2005c). Apesar de alguns crescimentos que se presenciaram, Afonso (2005c) considerou que os níveis de ajuda estavam ainda muito reduzidos relativamente ao que era exigido para alcançar os ODM. Para além da questão do aumento do montante da ajuda, que foi sendo referida, também é necessário ter em conta a sua qualidade e eficácia, ou seja, se a ajuda realmente apoia a erradicação sustentável da pobreza (Afonso, 2005c), através de uma maior coordenação entre os intervenientes nos processos de ajuda e um maior planeamento desta (OCDE citada em Sangreman, 2009, p. 54).

Também na década de 90 sentiu-se a necessidade de revigorar o interesse na ajuda. De acordo com a OCDE (citado em Ridell, 2007, p. 41), os primeiros períodos de concessão da ajuda revelaram:

- A necessidade dos receptores da ajuda terem o controlo do processo de desenvolvimento, para o integrar da melhor maneira possível nos países e nos seus sistemas de políticas, sempre em cooperação com as sociedades civis locais;
- A necessidade para os países receptores estimularem a prestação de contas interna;
- A necessidade de parcerias mais fortes e eficazes entre agentes da cooperação;
- A necessidade dos doadores trabalharem de uma forma mais próxima, coordenando e harmonizando as suas actividades de ajuda;
- A necessidade de todas as actividades e políticas dos doadores serem harmonizadas e consistentes com as suas políticas de ajuda e desenvolvimento;
- A ênfase dada à construção de instituições e capacidades;
- A necessidade de repensar como a concessão da ajuda deve ser avaliada, com menor centralidade no que é fornecido e maior nos resultados.

Este cenário contribuiu para dar forma ao pensamento que deu origem aos ODM. Estas metas surgiram da Conferência do Milénio, em 2000. Neste encontro, chegou-se a um acordo quanto à Declaração do Milénio que responsabilizava todas as nações a comprometerem-se a lutar contra a pobreza extrema e, em especial, a reduzir para metade a proporção de pessoas cujo rendimento é menor que um dólar por dia até 2015. Para além disto, a Declaração do Encontro chamou especial atenção aos países industrializados para aumentar os níveis de ODA (Riddell, 2007). Segundo Sangreman (2009), os ODM tratam de questões relacionadas com a pobreza, educação básica, igualdade entre rapazes e raparigas, mortalidade infantil antes dos 5 anos de idade, saúde materna, as 3 grandes doenças (SIDA, malária e tuberculose), ambiente, água potável, condições de habitação e da metodologia de realização da CID através de uma parceria global para o desenvolvimento. Deste modo, os ODM têm como objectivo abordar os assuntos de uma forma integrada tendo em conta o desenvolvimento, a segurança, a promoção dos direitos humanos e a salvaguarda do bem-estar dos indivíduos e possibilitando uma afirmação das condições básicas de estabilidade e paz internacional num cenário de globalização.

Com esta Declaração adoptou-se uma responsabilidade colectiva e a nível global de defesa dos princípios da dignidade humana, equidade e igualdade. Para tal, devem ser promovidas as seguintes medidas: estimular o crescimento sustentável que favoreça os mais pobres e diminua a desigualdade; reforçar a participação das populações mais pobres nos processos políticos e de decisão; reduzir a fragilidade das crises económicas, desastres naturais, doenças e violência; investir nos serviços de educação, saúde e sociais; fomentar a igualdade entre sexos e eliminar formas de exclusão social; construir parcerias entre os elementos da sociedade civil, governos e agências internacionais; impulsionar a discussão pública dos objectivos e meios para os quais se tem de trabalhar (Fernandes, 2005). Os ODM são mesmo considerados a referência de avaliação dos esforços dos países para alcançarem o desenvolvimento, sendo “ (...) o quadro internacional de referência para a Cooperação para o Desenvolvimento” (Afonso, 2005a, p. 10). Com a Declaração do Milénio, as NU desejam alcançar os objectivos de desenvolvimento atribuindo uma nova centralidade aos Direitos Humanos, boa governação, democracia, prevenção e gestão dos conflitos (Fernandes, 2005). De acordo com o IPAD (2008), o grande problema que está subjacente aos 8 ODM é o combate à pobreza extrema, que abrange várias dimensões e é assumido como uma prioridade a nível global na medida em que a questão do desenvolvimento é cada vez mais tida como um bem público global intimamente ligado à estabilidade, bem-estar e segurança.

De acordo com as NU (citada em Riddell, 2007) e Afonso (2005b), em 2002, em Monterrey (México), os chefes de Estado dos países membros das NU criaram o “Consenso de Monterrey” no que respeita ao financiamento da ajuda para o desenvolvimento. Nesta Conferência, os países ricos comprometeram-se a alcançar a meta de 0,7% do rácio APD/RNB. Contudo, a declaração apenas encorajou os países desenvolvidos que não o tinham feito a levar a cabo esforços em direcção aos 0,7% do PIB para os países em desenvolvimento. Com a Conferência de Monterrey enfatizou-se o papel das parcerias entre os actores como base para toda a concessão da ajuda e sublinhou-se o papel dos recebedores na contribuição para a sua eficácia; encorajou-se os doadores a harmonizar os seus esforços, a trabalharem para reduzir os custos de transacção, a desligarem mais a ajuda, a reforçarem a propriedade dos países recebedores e a melhorarem as metas da ODA para os pobres. Mais ainda, referiu-se a necessidade de estimular a coerência entre esforços

dos diferentes doadores e afirmou-se que era precisa uma maior cooperação entre as instituições existentes. Segundo Sangreman (2009), com o Consenso de Monterrey originou-se a alteração da necessidade financeira da ajuda e da metodologia para a eficácia da CID.

Como resultado do encontro de Monterrey, assumiu-se que os principais responsáveis pelo desenvolvimento são os próprios países, que devem agir e decidir de forma adequada. Contudo, os países pobres não conseguem alcançar os ODM ou trabalhar para tal se não forem apoiados a nível internacional. Deste modo, os países mais ricos assumiram compromissos em várias áreas, como por exemplo comércio, investimento, alívio da dívida e APD (Afonso, 2005a). Contudo, se anteriormente primeiro foi o Estado e depois as organizações internacionais que ocuparam lugares de primazia, com este consenso ambos são colocados numa posição de concessão de parte da sua superioridade para a atribuírem a outros actores (ONG, actores multilaterais, etc.). Este é o caso dos países recebedores, que normalmente assumem um papel secundário no domínio da ajuda, que passam a exigir uma maior intervenção e participação. Deste modo, cria-se um maior equilíbrio entre os intervenientes na cooperação pois passa a existir uma articulação entre todos para que todos possam participar no desenvolvimento da Cooperação (Sangreman, 2009).

Sangreman (2009) defende que nesta altura o fio condutor dos programas da CID passou a ser o núcleo comum das estratégias nacionais de redução de pobreza: através do crescimento económico, aumentar as possibilidades dos pobres e melhorar a capacidade destes para tirarem proveito dessas oportunidades acedendo cada vez mais a recursos humanos, físicos e financeiros; empoderamento dos mais vulneráveis; construção de redes de segurança social de forma a reduzir a fragilidade dos mais pobres; ligação entre boa governação e políticas de desenvolvimento para os países recebedores tendo em conta os ODM adaptados a cada situação; dependência do financiamento da CID mediante o cumprimento das medidas que os países traçaram e aprovaram nos seus Documentos Nacionais de Redução da Pobreza.

Posto isto, pode-se dizer que o papel do Estado recebedor da ajuda voltou a surgir, sendo o criador das prioridades e responsabilidades perante a comunidade internacional. A intervenção estatal passa a estar principalmente ligada às funções de planeamento e de garantia da existência de condições para os pobres ampliarem as suas oportunidades de escolha e capacidade (Sen citado em Sangreman, 2009).

Após o Consenso de Monterrey, as NU criaram um órgão de aconselhamento independente: o Projecto de Desenvolvimento do Milénio. No início de 2005, este órgão produziu um relatório que demonstrou como os seus autores, principalmente Jeffrey Sachs, acreditavam no alcance dos ODM para reduzir para metade a pobreza até 2015. Uma recomendação central foi a mudança na concessão da ajuda com o fim de aproximar a doação às necessidades, duplicando os níveis de ODA. O Relatório foi amplamente crítico relativamente à forma como a ODA tinha sido fornecida até então, argumentando que o “sistema internacional está mal-equipado para fornecê-la graças a um défice de regras protectoras, acordos institucionais eficazes e, acima de tudo, uma falta de resolução para traduzir o compromisso em acção” (UN Millennium Project citado em Riddell, 2007, p. 44). Para além disto, afirmou que o sistema de concessão da ajuda necessitava de ser alterado, o que requeria uma maior coordenação, um sistema de longo-prazo, melhoria da qualidade da ajuda e um compromisso para ligar a ODA directamente ao alcance dos ODM. A sua principal recomendação dirigiu-se aos países pobres que deveriam criar a sua própria estratégia de desenvolvimento, baseada nos ODM (UN Millennium Project citado em Riddell, 2007, p. 44).

Por esta altura, foi publicado um relatório da Comissão para África, “Our Common Interest”. Este Relatório reclamou um impulso em várias frentes (ajuda, trocas, alívio da dívida) e uma harmonização de todas as políticas de desenvolvimento dos países doadores de forma a resolver os problemas persistentes da pobreza em África. Centrou-se, principalmente, naquilo que o mundo deveria fazer e reconheceu que muitos dos obstáculos ao desenvolvimento africano estavam no próprio continente, argumentando que uma condição essencial para eliminar a pobreza em África seria o alcance de uma boa governação, paz e segurança (Commission for Africa citada em Riddell, 2007, p. 45).

A Comissão exigiu uma duplicação da ajuda para a África Subsaariana e o seu relatório realçou reformas específicas para a concessão da ajuda com o propósito de alcançar um maior impacto, reformas essas que incluíam assegurar que a ajuda estava alinhada com as prioridades dos recebedores, canalizar a ajuda para onde ela era mais necessária e pudesse ser melhor utilizada, reduzir drasticamente as condicionalidades inerentes à concessão da ajuda e assegurar que a ajuda fosse fornecida num sistema de longo prazo. Também lançou a ideia de reforço da prestação de contas por parte dos recebedores. Para além disto, o relatório sublinhou a necessidade de crescimento acelerado para combater a pobreza e que a ajuda para África precisava de ser utilizada para apoiar programas e políticas dos países para os quais se destinava (Commission for Africa citada em Riddell, 2007).

Em 2005, ocorreu a Conferência de Paris. Segundo Riddell (2007), esta Conferência centrou-se na crescente cooperação entre doadores, na harmonização dos esforços da ajuda e no seu alinhamento com as políticas e estratégias dos países receptores. Nesta Conferência ambas as partes se comprometeram a trabalhar em conjunto. Também em 2005, alguns doadores comprometeram-se a alcançar os 0,7% da meta do RNB até 2015, com um ponto intermédio de 0,56% até 2010, e a maioria dos grandes doadores concordou em duplicar a ajuda dada a África. Até agora os países doadores têm falhado no cumprimento dos fundos da ajuda que tinham sido prometidos e no desembolso dos fundos nos montantes acordados.

Desde o início dos anos 90, que a forma como a ajuda tem sido atribuída se tem alterado. Actualmente, o que prevalece são acordos que enfatizam as estratégias de desenvolvimento baseadas nos recebedores, com o centro na erradicação da pobreza. Os últimos anos têm testemunhado uma forte expansão no uso de diferentes modalidades de ajuda, tal como maiores montantes e com metas menos específicas. Por exemplo, alguns doadores têm fornecido ajuda a SWAp, canalizando a ajuda para todo um sector (educação, por exemplo) ou para subsectores (ensino primário). Mais recentemente, e em especial em países onde se acredita que os recebedores são capazes de utilizar bem os fundos da ajuda, alguns doadores têm fornecido ajuda sob a forma de apoio ao orçamento que, normalmente, consiste numa concessão para o governo recebedor (Riddell, 2007).

É também importante referir o crescimento do número de pessoas individuais muito ricas preocupadas com a filantropia, novas fundações privadas e corporações que estão a canalizar quantias significativas de dinheiro para o desenvolvimento, aumentando os montantes de doações privadas de ajuda. Mais ainda, tem ocorrido o estabelecimento de novos fundos de desenvolvimento, com o fim de ir ao encontro de necessidades de desenvolvimento específicas, que tem atraído fundos de agências de ajuda oficiais, de filantropos, fundações e corporações privadas (Riddell, 2007). Como exemplos de fundações de grande dimensão podemos referir a FCG e a Bill & Melinda Gates Foundation. Contudo existem outras fundações de

dimensão mais reduzida como é o caso da Fundação EDP , da Fundação Portugal-África e da Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento.

Relativamente às ONG, após 1990 presenciou-se a alterações e à consolidação no estatuto e importância destas como doadores da ajuda. As ONG cresceram de uma forma sólida ao longo da década de 90, quer em termos de rendimento, apesar das quedas nos montantes da ajuda, como em termos do aumento das suas actividades em áreas como as de desenvolvimento e de emergência. Mais governos dos países pobres começaram a recorrer às ONG, especialmente para projectos de prestação de serviços. O papel e importância das ONG ao fornecer ajuda humanitária e de emergência tornaram-se cada vez mais relevantes (Riddell, 2007).

As principais mudanças ocorreram na forma como as ONG desenvolveram actividades na área do desenvolvimento, especialmente com a sua expansão na utilização de fundos de ajuda oficiais para implementação de actividades de ajuda conduzidas pelos doadores que fornecem dinheiro para as ONG levarem a cabo projectos e programas humanitários e de desenvolvimento em seu nome (Reimann citado em Riddell, 2007). Estes desenvolvimentos conduziram ao crescimento de projectos e programas das ONG. Em alguns casos, as ONG competem directamente com o sector privado e têm-se tornado fornecedores do sector público. Do mesmo modo, grandes doadores oficiais, como o BM, procuram cada vez mais envolver-se com as ONG na concepção e implementação dos seus projectos (Riddell, 2007).

Também tem havido mudanças na forma como as ONG lidam com o desenvolvimento indirectamente. Um número crescente de ONG tem sido convidado a participar em debates para apoiar na concepção da nova agenda da ajuda. Desde o início dos anos 90 que as ONG assumiram um papel activo na participação em todas as conferências de desenvolvimento e ajuda das Nações Unidas e da OECD/DAC. Igualmente, algumas ONG têm sido cada vez mais importantes ao tentar alargar o espaço para a sociedade civil movimentar-se nos países pobres. Como consequência da expansão das actividades das ONG pode-se referir o acelerar da crescente divergência entre e no seio destas na medida em que actualmente é mais difícil fazer generalizações acerca das ONG como doadoras da ajuda ou como implementadoras de programas e projectos: as ONG constituem um conjunto alargado de grupos com responsabilidade por um grande conjunto de actividades, com diversas ligações com os doadores oficiais e diferentes percepções de trabalho e desafio (Riddell, 2007).

2.3. MOTIVOS PARA A PRESTAÇÃO DA AJUDA

No que toca aos motivos de prestação da ajuda, segundo Riddell (2007) não existe um cruzamento de informação entre os montantes de ajuda que são fornecidos e os montantes que os diferentes países necessitam. Deste modo, a ODA é prestada numa base voluntária por diversos governos doadores que autorizam os montantes de ajuda através da aprovação anual nos parlamentos. A norma é a de que as decisões que dão origem à grande maioria da ajuda concedida são tomadas separadamente por diferentes doadores. Assim sendo, coloca-se a questão acerca do que é que está na base para os doadores oficiais individuais distribuírem a sua ajuda para além do seu fim primário que é salvar vidas em situações de emergência e contribuir para o desenvolvimento, crescimento e erradicação da pobreza nos países pobres. A

prestação da ajuda oficial é uma decisão de carácter político pois é prestada por governos a partir de fundos públicos e a grande parte é fornecida para governos recebedores.

Para além disto, os motivos para dar e receber ajuda variam de país para país, sendo que houve uma alteração significativa durante os últimos 50 anos. Pode mesmo acontecer que os motivos e argumentos para a ajuda ao desenvolvimento possam ser distintos dos objectivos de desenvolvimento a serem alcançados. É claro que ambos se podem cruzar no sentido em que os argumentos para iniciar a cooperação para o desenvolvimento têm origem num desejo de alcançar os objectivos definidos mas também podem existir muitos outros motivos que não estão directamente relacionados com os objectivos de desenvolvimento (motivos comerciais do país doador, por exemplo) (Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen, 2003).

De acordo com Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen (2003), os principais tipos de motivos para prestar ajuda relacionam-se com os princípios morais e humanitários, considerações políticas e de segurança nacional, razões económicas e de troca, existindo sempre motivos mais específicos como é o caso dos motivos dos antigos países colonizadores relativamente às suas colónias. Durante os últimos anos, têm surgido outro tipo de motivos como, por exemplo, sustentar e melhorar o ambiente global, limitar a migração internacional, travar o fluxo de narcóticos, reduzir o risco de epidemias como a SIDA e lutar contra o terrorismo. Já Riddell (2007) afirma que existem 6 motivos principais que influenciaram desde sempre as decisões dos doadores na distribuição da ajuda, a saber: ir ao encontro das necessidades de emergência; apoiar os recebedores a alcançarem os seus objectivos de desenvolvimento (crescimento e redução da pobreza); mostrar solidariedade; reforçar os interesses estratégicos e políticos nacionais; ajudar a promover os interesses comerciais do país doador; e laços históricos. Mais recentemente surgiram outros dois motivos: reforço dos bens públicos globais e redução das consequências negativas dos problemas globais; ter por base nas decisões de prestação da ajuda os “níveis” dos Direitos Humanos dos países receptores, reduzindo ou travando o fluxo de ajuda a países cujos registos são avaliados como gravemente deficitários. Apesar de tudo, a maioria dos doadores distribui a sua ajuda com base numa mistura dos vários factores apresentados.

Segundo Riddell (2007), a influência que os vários motivos têm na distribuição da ajuda e a forma como esta é prestada foram variando ao longo do tempo. De uma forma geral, tem havido uma troca de pressões que tendem ora para motivos de altruísmo, solidariedade, pobreza e necessidade, ora para razões de interesse próprio. Afonso (2005a) afirma que a identificação dos motivos e interesses que ocasionam a Cooperação para o Desenvolvimento não é simples nem gera consenso, alterando-se com o passar do tempo, entre os países e agentes da cooperação e podem estar ou não ligados aos objectivos de desenvolvimento dos países que recebem a ajuda. Mais ainda, as razões que motivam a ajuda podem ser ou não consistentes na medida em que os motivos declarados para prestação da ajuda podem estar relacionados com o altruísmo e, na realidade, o que se pretende alcançar são interesses de segurança nacional, comerciais, políticos, e acesso a recursos naturais, matérias-primas e mercados por parte dos antigos países colonizadores relativamente às suas ex-colónias. Grande parte da ajuda para os países menos desenvolvidos tem por base razões que estão fora do âmbito da promoção do desenvolvimento e da redução da pobreza. Portanto, e em especial na ajuda bilateral, pode haver um desfasamento entre as razões que são declaradas e as que são reais, sendo que os motivos morais e humanitários são colocados num plano que esconde as razões económicas e de segurança nacional que, na realidade, são o verdadeiro mote para os programas de ajuda.

Contudo, um aspecto tem-se mantido constante que é o do benefício dos interesses comerciais e políticos dos países doadores (Tarp & Hjertholm citados em Riddell, 2007). David Sogge (citado em Riddell, 2007) considera que a procura de vantagens comerciais é o principal motivo de distribuição da ajuda externa. De acordo com Stephen Browne (citado em Riddell, 2007), o crescimento da ajuda deveu-se essencialmente a motivos geopolíticos e comerciais. Já David Lumsdaine (citado em Riddell, 2007) defende que a ajuda externa não pode ser entendida tendo apenas em conta os motivos económicos e políticos dos doadores mas que também se deve ter em linha de conta os motivos humanitários e igualitários. Estas opiniões reflectem que ninguém duvida que as pressões comerciais dos doadores e os seus interesses nacionais foram e continuam a ser relevantes na distribuição da ajuda (Riddell, 2007).

Mais ainda, na obra de Maizels & Nissanke (1984), citada em Riddell (2007), é afirmado que as contribuições de ajuda dos Estados Unidos, Grã-Bretanha, França, Alemanha e Japão eram realizadas apenas com o intuito de apoiar os seus interesses externos de segurança, políticos e económicos. Já em 2000, Alesina & Dollar (citados em Riddell, 2007) defenderam que as considerações políticas e estratégicas continuavam a ser relevantes nas decisões dos doadores e as ex-colónias recebiam mais ajuda dos seus antigos colonizadores do que outros países. De acordo com Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen (2003), os antigos poderes coloniais não concentraram apenas a sua ajuda externa nas suas antigas colónias por motivos de respeito e simpatia pela comunidade, fazendo-o, também, para manter acesso privilegiado aos recursos naturais e mercados nas áreas descolonizadas. Apesar disto, obras de Berthélemy (citadas em Riddell, 2007) demonstraram que esta ligação entre ajuda e antigas colónias parece ter ficado enfraquecida com o final da Guerra Fria e que a Suíça, Irlanda e Países Nórdicos têm demonstrado um maior altruísmo na sua prestação de ajuda enquanto a França, Japão e Reino Unido têm-se guiado mais por motivos de interesse próprio.

Um aspecto relevante quando se fala nos motivos de prestação da ajuda, e em particular nos motivos comerciais, é a ajuda ligada (compra de bens e serviços do país doador). Segundo Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen (2003), a ajuda ligada refere-se, normalmente, a uma exigência dos países doadores para que as concessões ou empréstimos devam ser utilizados para comprar bens e serviços do próprio país doador, podendo, igualmente, manifestar-se através da aceitação de projectos específicos ou da implementação de políticas ou reformas institucionais. Esta é uma forma dos países doadores ganharem acesso aos mercados dos países recebedores.

De acordo com Riddell (2007, p. 99), durante duas décadas a OCDE/CAD levou a cabo, junto dos países doadores, um conjunto de acções com vista a reduzir a ligação da ajuda. Isto porque o facto de desligar a ajuda permite optar-se pelas soluções mais favoráveis para cada momento, a sua concessão e utilização é mais transparente e a eficácia é aumentada pelo incentivo à coordenação dos doadores, sendo criadas oportunidades para as empresas dos países em desenvolvimento (Afonso, 2005c). Riddell (2007) afirma que o rácio da ajuda desligada relativamente à ajuda total para os países menos desenvolvidos registou no período 1999-2001 um valor de 53% e em 2003 tal valor tinha aumentado para 70%. Em 2006, a OCDE/CAD verificou que mais de 90% dos compromissos de ajuda bilateral com os países menos desenvolvidos em 2004 foram de ajuda desligada, sendo que a Irlanda, a Noruega e o Reino Unido prestaram a totalidade da sua ajuda de uma forma desligada (OECD, 2006). Contudo, mais de 70% da ajuda dos EUA a estes países continua a ser ligada e a ajuda japonesa tornou-se ainda mais ligada (Riddell, 2007). Quanto aos custos da

ajuda ligada, segundo um estudo da OCDE de 1990 (citado em Riddell, 2007, p. 100), estes foram aumentados para os recebedores entre 15% e 30%. Todavia, não se pode dizer que a ajuda ligada é prejudicial para os países receptores. Segundo Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen (2003), não existe uma ligação negativa entre a quantidade de ajuda externa que é ligada e o seu impacto no desenvolvimento pois esta pode promover o desenvolvimento nos países receptores e o facto das empresas nos países doadores estarem envolvidas de alguma forma nos processos de desenvolvimento dos mais pobres pode ser uma vantagem (aumento das importações e exportações). Contudo as empresas locais têm menos actividades de produção o que faz diminuir o emprego.

Relativamente à ODA total, em 2004 mais de metade permanecia ligada/atada: a OECD (2006) mostrou que apenas 42% da ODA era registada pelos doadores como desligada. Para a restante percentagem os doadores preferiram não revelar qual a situação da ajuda na medida em que para a grande maioria destes as pressões comerciais para obtenção de benefícios através de programas de ajuda continuavam a existir e os interesses empresariais continuavam a exercer influência. No caso dos EUA, a ajuda ligada aos interesses comerciais é bastante transparente pois encontra-se consagrada na lei. No caso de outros doadores, entre eles Portugal, a sua ajuda oficial é quase totalmente desligada. Contudo, em 2004, um estudo revelou que cerca de metade da ajuda bilateral prestada por doadores europeus continuava a estar total ou parcialmente ligada (Riddell, 2007,p. 99-100).

Riddell (2007) afirmou que as quantias de ajuda para o desenvolvimento são insuficientes, havendo a necessidade de aumentar o bolo destinado a objectivos do foro humanitário e de desenvolvimento e, conseqüentemente, torna-se relevante tentar compreender a base em que a ajuda está a ser distribuída e como alterações nesta podem influenciar a sua eficácia.

Há estudos que afirmam que uma distribuição dos fundos de ajuda menos baseada nos critérios, motivos e influências actuais (uma mistura de motivos de desenvolvimento e de interesse próprio) e mais próxima dos critérios de desenvolvimento atingiria largas vantagens na redução da pobreza (Riddell, 2007). De acordo com Collier & Dollar (citados em Riddell, 2007), em 2002 a distribuição da ajuda permitia retirar da pobreza cerca de 30 milhões de pessoas por ano mas se os montantes da ajuda fossem reorientados este número poderia ter sido aumentado para 80 milhões de pessoas/ano.

Após anos em que a centralidade da prestação da ajuda foi motivada por razões políticas, com o final da Guerra Fria seguiu-se um período em que os principais motivos eram os humanitários e de desenvolvimento. Contudo, esta mudança de prioridades não foi definitiva e desde 2001 que os motivos políticos e de segurança regressaram ao 1º lugar. Apesar de haver provas que os doadores dão mais atenção aos critérios de desenvolvimento, os seus interesses comerciais continuam a ser um traço relevante nas actuais relações de ajuda (Riddell, 2007).

Para além dos motivos políticos e comerciais também se torna relevante salientar os motivos morais de prestação de ajuda.

De acordo com Riddell (2007), a maioria das ONG acredita que a ajuda deve ser fornecida quase na sua totalidade por razões morais e os indivíduos, municípios, empresas, fundações e outras entidades que apoiam voluntariamente as actividades humanitárias e de desenvolvimento fazem-no devido a um sentimento de responsabilidade ou dever de ajuda para com quem mais precisa. Também os governos têm afirmado que

prestam ajuda por motivos morais. Para Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen (2003), o que está na base para justificar a existência de motivos morais e humanitários é a ideia de que um país que se encontra numa posição favorecida tem a obrigação de ajudar os países pobres e que têm fraco acesso aos recursos. Segundo estes autores, existem várias interpretações desta ideia: por um lado, pode-se atribuir importância à ajuda externa como um tipo de caridade para os pobres em que o fim é um dever; por outro lado, pode-se entender a ajuda externa como um direito que os pobres têm a uma maior proporção dos recursos do mundo ou da sociedade. Intimamente relacionado com isto está o princípio de que todos têm o direito ao desenvolvimento. Acrescentam ainda que os motivos puramente morais e humanitários são raros e que frequentemente se combinam com algum tipo de interesse próprio dos doadores.

Para Riddell (2007), existem três factos importantes que ajudam a explicar os motivos morais de prestação da ajuda, a saber: pobreza extrema e sofrimento humano, especialmente nos países mais pobres do mundo; a riqueza que contrasta com a pobreza; e o fosso cada vez maior entre ricos e pobres.

Contudo, há autores que rejeitam a ideia de ajudar por obrigação moral. Este é o caso de Bauer (citado em Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen, 2003) que argumenta que ninguém possui qualquer obrigação moral para ajudar os outros. Este autor rejeita completamente a ideia de que os países ricos e industrializados reservem parte do seu crescimento para a transferência de recursos para os mais pobres. Para ele, as diferenças nos padrões de vida e acesso aos recursos surgem das diferenças naquilo que os países e populações herdaram como resultado dos seus próprios esforços e do dos seus antepassados.

De acordo com Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen (2003), as razões morais e humanitárias têm desempenhado um papel especialmente relevante na relação com a cooperação multilateral através das NU: enquanto a maioria da ajuda externa bilateral tem tido e continua a ter por base a segurança nacional e os interesses económicos, a ajuda multilateral, desde o início, tem-se baseado em razões morais, humanitárias e de segurança global.

Por último, resta falar dos motivos ambientais, cada vez mais relevantes no domínio da ajuda ao desenvolvimento. Desde metade dos anos 80 que estas razões têm sobressaído nas políticas de ajuda externa dos doadores uma vez que os problemas ambientais ganharam tal dimensão que a comunidade global teve de unir forças numa estratégia comum para o crescimento e desenvolvimento baseado na sustentabilidade. Um elemento importante quando por detrás da ajuda estão motivos ambientais é o aumento na ajuda externa dos países ricos para os países pobres para apoiar a implementação de políticas ambientais (Degnbol-Martinussen & Engberg-Pedersen, 2003). O Relatório da Comissão do Sul datado de 1990 e citado na obra dos mesmos autores vai mais longe ao afirmar que a pobreza continuada e dispersa nos países em desenvolvimento é um factor que contribui largamente para a degradação do ambiente, nacional e global, notando que a causa do grande crescimento populacional e pressão nos recursos limitados encontra-se na pobreza em massa.

2.4. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ACTUAL DA AJUDA

Como se pode verificar através da leitura do ponto 2.2. deste trabalho, o conceito de desenvolvimento nem sempre foi encarado da mesma forma. Amaro (2004) afirma que o conceito de desenvolvimento conduz a mudanças e a alterações das sociedades e das pessoas e é utilizado para avaliar e ordenar as suas situações de progresso e bem-estar.

Apesar de existirem referências a este conceito antes do final da 2ª Guerra Mundial - na Carta fundadora da Sociedade das Nações - (Sangreman, 2011), o mais comum é associar o seu surgimento após a 2ª Grande Guerra na medida em que foi nesta altura que se iniciaram os processos de independência de muitas colónias europeias, graças às ideias democráticas e à guerra fria, que desejavam alcançar a riqueza e a independência política (Amaro, 2004). O Plano (Marshall) para a reconstrução europeia conduziu, igualmente, os países destruídos pela guerra ao objectivo do desenvolvimento (Amaro, 2004). Para além disto, e seguindo o pensamento keynesiano, nesta altura não era dada muita importância ao desenvolvimento, sendo esta atribuída às políticas de estabilização e ao papel do Estado como actor central do progresso e aumento do bem-estar (Sangreman, 2011; Amaro, 2004). Para autores como Lewis e Rostow, já referidos, entre desenvolvimento e crescimento não havia diferenças, associando-se o processo de desenvolvimento a crescimento económico (Sangreman, 2011). Para Amaro (2004) esta ligação entre os dois conceitos, muitas vezes considerados sinónimos, atribuiu um carácter demasiado económico ao conceito de desenvolvimento cujos efeitos relacionavam-se com o assumir que o crescimento económico era a condição necessária e suficiente para o desenvolvimento - pois sem crescimento não se conseguiam alcançar níveis mais elevados de bem-estar (educação, saúde, habitação, sistema político, etc.) – e avaliar o nível de desenvolvimento dos países através de variáveis económicas como é o caso do rendimento per capita. Contudo, ainda no período pós-guerra, vários autores começaram a distinguir os dois conceitos. Singer (citado em Sangreman, 2011) argumentou que era necessário ter em atenção o desenvolvimento em vez do crescimento pois o problema dos países em desenvolvimento não se relacionava apenas com crescimento mas também com desenvolvimento (melhoria da qualidade de vida). Perroux (citado em Sangreman, 2011) também se debruçou sobre a diferença entre os dois conceitos referindo que o crescimento se relacionava com variáveis económicas e o desenvolvimento com alterações sociais e mentais.

O conceito de desenvolvimento foi evoluindo e em 1987 surgiu o conceito de desenvolvimento sustentável, que tem em conta as variáveis sociais do desenvolvimento o que inclui o ambiente (Sangreman, 2011). Assim, o desenvolvimento sustentável prende-se com a ligação das questões de desenvolvimento com as questões ambientais, ou seja, há a preocupação em crescer tendo em conta as gerações futuras, não as prejudicando (Amaro, 2004).

Em 1990 surge outra vertente do conceito de desenvolvimento: desenvolvimento humano. O desenvolvimento humano relaciona-se com o aumento das escolhas disponíveis – que abrangem questões como o rendimento, saúde, educação, ambiente, segurança, etc. - para que cada pessoa seja capaz de conduzir o seu desenvolvimento de uma forma democrática e participativa (Sangreman, 2011).

O **conceito actual de desenvolvimento** relaciona-se com a definição de desenvolvimento humano, isto é, com o facto de um país desenvolver-se cada vez mais à medida que as escolhas forem mais alargadas -

encara o desenvolvimento não apenas como crescimento económico mas também tem em conta as escolhas disponíveis para os indivíduos orientarem livremente as suas vidas e quanto mais escolhas existirem melhor será o desenvolvimento. Desta forma, abrange-se o desenvolvimento como qualidade de vida e como ampliação da personalidade na medida em que se fala de maior acesso a conhecimento e novas tecnologias, acesso a recursos essenciais, assumir a importância da questão ambiental, melhor nutrição e serviços de saúde, mais segurança, liberdade cultural e política, participação em actividades da comunidade, direitos humanos (Sen, 1999; Silva, 2008). Mais ainda, e penso que como reflexo do actual conceito de desenvolvimento, foram traçados os ODM como fins para se atingir o desenvolvimento.⁴

Segundo Afonso (2005b), o **contexto actual da ajuda** tende a adoptar vários aspectos dos paradigmas anteriores. O papel desempenhado pelos governos é amplamente reconhecido, assim como a prestação de contas e a transparência das suas acções. As questões ambientais e de género sobre os mais pobres são salientadas e as instituições nacionais e globais assumem um papel preponderante na decisão dos resultados das políticas. A questão da globalização, nas vertentes de interdependência e efeitos internacionais, é, igualmente, tida em conta.

Segundo Sangreman (2009), diversos autores defenderam que a CID apenas deveria ser realizada com países que se regessem segundo as regras de regime democrático, isto é, a sua conduta fosse orientada por direitos de propriedade, legislação e aparelho judiciário transparente, governo eleito em eleições pluri partidárias livres e justas, respeito pelos direitos humanos e liberdade de imprensa. A criação da CID retomou temas como a participação dos países recebedores (sociedade civil), a harmonização entre as formas de ajuda dos países financiadores, o alinhamento entre a CID e as políticas locais para a definição dos programas e do condicionamento. A grandeza da globalização estimulou a discussão acerca dos bens públicos globais, suscitando questões sobre a transnacionalização de bens como a água, segurança, poluição, saúde perante as epidemias, sem renunciar a responsabilidade dos Estados. Segundo o autor, o actual paradigma do desenvolvimento preocupa-se com a temática da segurança.

Tal como se referiu, surge o **conceito de bens públicos globais** que são um conjunto de bens cujos benefícios não se conseguem limitar a um consumidor, sendo universais ao nível dos países, pessoas e gerações, como por exemplo o ar, oceanos, florestas (bens públicos tradicionais), liberdade de expressão, fim da escravatura, repressão da tortura (bens públicos produzidos pelo homem) e estabilidade financeira (bens resultantes de políticas globais) (IPAD citado em Afonso, 2005b).

Abordando a **posição da UE**, a sua política de desenvolvimento encontra-se expressa no Consenso Europeu para o desenvolvimento datado de 2006. Este consenso representa uma declaração política conjunta que tem como objectivos e princípios comuns a erradicação da pobreza, a apropriação e as parcerias, a eficácia da ajuda e a promoção da coerência das políticas. O principal objectivo reflectido neste consenso é o da erradicação da pobreza (nas suas vertentes económica, social e ambiental), de acordo com os ODM, o que implica equilibrar acções que visem o reforço do desenvolvimento humano, a protecção dos recursos naturais e o crescimento da economia. Os princípios comuns que devem estar subjacentes às acções são: a

⁴ Para uma análise mais aprofundada da evolução e debate do conceito de desenvolvimento consultar Amaro, R. (2004).

apropriação, parceria, diálogo político, intervenção da sociedade civil, igualdade de género e prevenção da fragilidade do Estado, considerando que os países em desenvolvimento são os principais responsáveis pelo seu desenvolvimento. A UE pretende, sempre que possível, aumentar o apoio aos orçamentos dos países mais pobres (para reforço da apropriação, responsabilização, financiamento das estratégias nacionais de redução da pobreza, gestão transparente, redução da dívida e desvinculação da ajuda) e estar atenta à coordenação, harmonização, alinhamento, complementaridade entre os doadores (programação plurianual comum tendo em conta as estratégias e processos dos países parceiros) e coerência das políticas para o desenvolvimento (mesmo as políticas que não estão directamente relacionadas com o desenvolvimento mas que o influenciam).

Segundo o relatório da AID WATCH 2011⁵ citado numa notícia do Público, a meta da UE para a APD para 2010 era de 0,56% do RNB mas ficou-se, na realidade, pelos 0,43%. Apesar de tudo, a UE continua a ser o maior doador mundial de ajuda ao desenvolvimento (Lusa, 2011).

De acordo com Riddell (2007), o mundo da ajuda não é único e unido, não existindo um plano orientador para a sua prestação e que assegure que esta é usada da melhor maneira. Aliás, têm sido as decisões dos doadores a título individual acerca da prestação da ajuda que têm dominado todo o processo, ao contrário do que seria de esperar, de serem os recebedores a salientarem as suas necessidades. Contudo, nunca se verificou o domínio de algum doador ou, até mesmo, recebedor. Para além disto, tem-se verificado que o número de **doadores e de ONG** está em constante crescimento. Em 2007, existiam cerca de 100 grandes doadores de ajuda oficial e que incluíam agências bilaterais, instituições financeiras regionais e internacionais e diversas agências e organizações das NU. Relativamente às ONG, o aumento da sua importância e influência nas áreas humanitárias e de desenvolvimento fez com que o seu número crescesse muito depressa, não sendo possível precisar um número correcto. Nos últimos 20 anos presenciou-se à expansão contínua de ONG internacionais em países cada vez mais pobres e ao rápido crescimento de ONG nacionais, essencialmente em países com história de envolvimento cívico no desenvolvimento. Muitas das grandes actividades das ONG estão integradas nos governos ou em estruturas de ajuda oficiais nos países receptores. Contudo, um número crescente de ONG leva a cabo o seu trabalho desligado de outras agências, com independência de acção, esforçando-se por preservar a sua liberdade.

Uma característica fundamental da ajuda é o grande e **crescente número de doadores oficiais individuais com os quais cada recebedor tem de lidar**. Cada país recebedor de ajuda recebe ODA, em média, de 26 doadores oficiais diferentes. Apenas 13% dos recebedores tem menos que 9 doadores e ¼ deles tem de se relacionar com mais de 30 doadores cada (Acharya citado em Riddell, 2007). O problema da multiplicidade de doadores tem aumentado com o passar do tempo à medida que cada vez mais doadores bilaterais ajudam cada vez mais países pobres. Na década de 60, cada um dos 22 maiores doadores da OCDE forneceram ajuda a 37 países (em média) e em 2002 este número tinha triplicado para mais de 120 (Sagasti citado em Riddell, 2007).

⁵ O relatório da AID WATCH é realizado todos os anos pela Confederação Europeia das Organizações Não Governamentais de Desenvolvimento e Ajuda Humanitária (CONCORD) e pretende acompanhar e avaliar a evolução da APD na UE.

Contudo, este cenário não implica que haja uma ligação clara entre o número de doadores e o montante global da ajuda fornecida, isto é, haver mais doadores não significa que os recebedores recebam mais. Mas o acompanhamento e a avaliação da aplicação da ajuda em programas e projectos tornam-se cada vez mais relevantes (Riddell, 2007).

Em 2005 os 23 membros do CAD forneceram cerca de 106 mil milhões de dólares em ODA, sendo o principal doador os EUA (OECD, 2007). Para além disto, e de acordo com Riddell (2007), cerca de 66% da ODA total foi fornecida pelos doadores da OCDE/CAD e estes contribuíram com quase 60% dos fundos de ajuda oficial canalizados para as agências multilaterais mais relevantes. Segundo a OECD (2010), em 2008 o valor de ODA canalizado pelo CAD estava nos 121,5 mil milhões de dólares, tal como já foi referido anteriormente, e o principal doador continuou a ser os EUA.

Abordando agora a temática da **ajuda multilateral**, esta é a ODA prestada por organizações multilaterais. Normalmente, é preferida relativamente à ajuda bilateral pois é considerada menos influenciada politicamente, não sujeita os recebedores a tantas condições e exigências e tem uma maior probabilidade de ser canalizada tendo em conta as necessidades dos receptores. Teoricamente, muitas agências multilaterais são conduzidas por decisões colectivas dos doadores e dos recebedores e quanto maior for a contribuição que um doador ou um pequeno grupo de doadores efectua para uma agência, maior é a sua capacidade para influenciar e orientar as políticas dessa mesma agência (proporção de ajuda disponível, a forma como é prestada, as condições subjacentes, etc.). Assim, a independência das agências multilaterais está a ser posta em causa na medida em que algumas destas agências estão a atribuir fundos que estão explicitamente atados ou se destinam especificamente a determinadas actividades, reduzindo a liberdade da organização para decidir como melhor aplicar os seus recursos (Riddell, 2007). Como exemplos de organizações multilaterais pode-se referir o BM, o FMI, as NU, a OCDE e organizações de carácter regional.

De acordo com Rogerson et al. (citados em Riddell, 2007, p. 77), segundo dados da OCDE 1/3 do total da ODA é prestado por via multilateral. Riddell (2007) afirma que a percentagem de ODA multilateral relativamente ao total tem-se mantido constante durante os últimos 30 anos, entre 30 e 34%. Contudo, estes valores contêm a ODA fornecida pela Comissão Europeia, que se considera cada vez mais como ajuda multilateral. Todavia, é errado definir a ODA da Comissão Europeia como ajuda multilateral pois para os fundos da ODA serem considerados multilaterais têm de estar disponíveis para serem utilizados livremente pela agência para a qual se destinam, sendo que qualquer ajuda que seja fornecida para apoiar actividades especificamente determinadas pelo prestador da ajuda ou que esteja explicitamente atada a determinados projectos e programas é considerada ajuda bilateral.

Segundo Riddell (2007), existem três tipos gerais de agências que fornecem ajuda multilateral, a saber: um grupo crescente de instituições financeiras internacionais, um número alargado de agências das NU e um pequeno grupo, em crescimento, de outras agências.

De salientar que as instituições financeiras internacionais são constituídas por bancos regionais multilaterais e por instituições que concedem empréstimos. As duas maiores instituições deste tipo são o BM e o FMI. Os montantes do FMI são globais e centram-se principalmente em assegurar a estabilidade financeira dos países pobres. Contudo, esta instituição comprometeu-se a ajudar a alcançar os ODM, alargou os seus programas de assistência técnica e tem realizado empréstimos considerados como ODA, intimamente

ligados aos processos de redução de pobreza (OCDE citada em Riddell, 2007, p. 81). Relativamente ao BM, a sua missão e propósito é combater a pobreza e melhorar as condições de vida nos países em desenvolvimento, sendo que as suas actividades se encontram direccionadas para o alcance dos ODM. Os empréstimos do BM abrangem quase todas as áreas e sectores de desenvolvimento, tais como a agricultura, saúde, educação, transportes, trocas, desenvolvimento urbano e rural, água e finanças. Contudo, o método de transferência de recursos mais utilizado por estas instituições financeiras internacionais é o empréstimo não-concessional, o que não está de acordo com a definição de ajuda da OCDE (Riddell, 2007). Em 2006, a OCDE estimou que existiam cerca de 242 agências multilaterais, das quais 24 eram bancos de desenvolvimento e cerca de 40 eram agências das Nações Unidas, a trabalharem na área da cooperação para o desenvolvimento (OECD, 2009a).

Na conjuntura actual da cooperação torna-se muito importante focar as **ONGD** (ONG viradas para as questões de desenvolvimento). De acordo com Fernandes (2005), uma ONGD é uma organização da sociedade civil, independente do Governo e do Estado, organizada de uma forma flexível, dinâmica e pouco hierarquizada. Este tipo de organizações não pretende obter lucros, é autónoma e independente de forças públicas e constituída em grande parte por voluntariado. Pertencem ao “terceiro sector” por se distinguirem dos sectores público e privado e fomentam a cooperação entre várias sociedades civis, podendo actuar autónoma ou conjuntamente com outros agentes. Assumem um papel relevante na Cooperação para o Desenvolvimento na medida em que os fundos destinados pelas ONGD para a APD global têm aumentado; têm funções de consulta em diversas agências e organismos internacionais de desenvolvimento e, até, nos Estados e organizam-se em redes nacionais e temáticas com o fim de estimular a coordenação e ampliar o poder de pressão sobre os decisores políticos. As ONGD representam a diversidade das sociedades, baseando-se em várias preferências políticas, sociais, éticas e religiosas. Actuam em domínios do desenvolvimento sustentável, capacitação, microcrédito, segurança alimentar, saúde, educação para o desenvolvimento, saneamento, melhoria das condições habitacionais, cooperação descentralizada, género, Direitos Humanos, participação, cidadania, entre outros.

Os principais objectivos das ONGD são colaborar para o desenvolvimento sustentado e responsável dos países do hemisfério Sul por meio de projectos ou programas, recorrendo-se a métodos participativos e de propriedade por parte dos mais pobres para que o empoderamento destes se desenvolva. Para além disto, as ONGD pretendem fomentar a cooperação entre as várias sociedades civis e actuar junto dos governos e dos decisores políticos de organismos internacionais na tentativa de alterar as políticas de desenvolvimento desfavoráveis às populações (Fernandes, 2005).

Riddell (2007) afirma que estamos perante um consenso relativamente ao facto de as ONG conseguirem ir mais além do que uma única organização na medida em que influenciam instituições, políticas e processos de apoio à vida cívica, reforçando a governação dos países pobres. Mais especificamente, os governos doadores consideram as ONG e as organizações da sociedade civil como agentes essenciais no apoio ao reforço da democracia e cumprimento da lei, da transparência e prestação de contas das instituições como parte de uma estratégia global de reforço da sociedade civil. Contudo, a definição de sociedade civil não gera consenso. De uma forma geral, por sociedade civil entende-se que é um “espaço” diferente do Estado,

mercado e indivíduos, sendo que as ONG são elementos seus constituintes. No final dos anos 90, grandes ONG começaram a referir o reforço da sociedade civil como uma actividade central do seu trabalho.

Importa também salientar o papel fundamental desempenhado pelos **países em desenvolvimento** no processo de ajuda pois o seu envolvimento responsável, interessado e rigoroso determina a eficácia e eficiência da ajuda (Fernandes, 2005).

De acordo com Afonso (2005c), tem-se assistido a uma transformação na **distribuição da ajuda** na medida em que os doadores pretendem orientar a ajuda para os países mais pobres e salientam a importância da selectividade consoante a apresentação de resultados por parte destes.

Segundo White (citado em Afonso, 2005c), tem-se verificado um aumento da coordenação entre os doadores bilaterais, o BM e o FMI, um crescimento da abordagem por sector, a coordenação da ajuda pelo país receptor, a canalização de uma percentagem da ajuda para o Orçamento, a utilização de medidas de harmonização e a produção de documentos estratégicos de redução da pobreza pelos países receptores o que permite o acesso destes ao alívio da dívida bem como facilita a adequação dos planos de ajuda dos doadores a cada país em concreto.

Relativamente à distribuição da ajuda tendo em conta os rendimentos dos países, o relatório Zedillo⁶ (citado em Afonso, 2005c) afirma que os doadores deveriam orientar a sua ajuda consoante o nível de pobreza no país e a forma como a sua redução é encarada em termos de políticas. Neste sentido, Baulch (citado em Afonso, 2005c) defende que os principais doadores têm tendência para focar a sua ajuda nos países em desenvolvimento com melhores condições. Há programas de ajuda que não têm como foco principal a pobreza, e os laços coloniais, os motivos geopolíticos e o estímulo ao comércio são muitas vezes mais valorizados do que os relativos à diminuição da pobreza.

Os requisitos de selecção dos países com os quais se pretende cooperar não são os mesmos para todos os doadores e o número de países com os quais um doador coopera também varia. Contudo, quando o número de países é pequeno pode ocorrer a situação de o país doador desenvolver actividades com outros países o que provoca uma dispersão da ajuda. Deste modo, o CAD sustenta uma posição de concentração da ajuda num pequeno número de países na medida em que os recursos humanos especificam-se em certos países, há uma redução dos custos bem como do número de doadores para um receptor (o que permite a redução da burocracia e o aproveitamento de esforços, tempo e competências) e uma maior harmonização entre os que prestam a ajuda (Afonso, 2005c, p. 115-116).

Neste contexto, interessa também falar do **financiamento para o desenvolvimento**. Os fluxos públicos abrangem a APD bilateral e multilateral a nível de cooperação técnica, alívio da dívida, apoio ao orçamento, etc. A par destes, existem outros fluxos oficiais que não têm como fim primário o desenvolvimento e, se o tiverem, não são concessionais ao ponto de serem considerados como APD. A Cooperação para o Desenvolvimento é, igualmente, financiada por donativos das ONG que consistem em fundos próprios deste tipo de organizações canalizados para os países mais pobres revestindo a forma de donativos privados, sem intuito de alcançar o lucro e que pretendem estimular o desenvolvimento. Por último, resta falar dos fluxos

⁶ Relatório das Nações Unidas sobre financiamento para o Desenvolvimento.

privados constituídos por transferências efectuadas por empresas e pessoas dos países doadores, com carácter de longo prazo (investimento directo) e concentrados num número limitado de países (Afonso, 2005a).

Importa também referir, de acordo com Sangreman (2009), que a participação de novos actores não estatais na cooperação internacional – o que dá origem ao conceito de **Cooperação Descentralizada** - tem adoptado um lugar de relevância nos últimos 20 anos. De acordo com o autor, que se baseou em documentos produzidos pela UE de 1996 e 1998, por Cooperação Descentralizada entende-se que não é apenas mais uma ferramenta da Cooperação para o Desenvolvimento, sendo, portanto, uma nova aproximação ao desenvolvimento em que os actores estão numa posição central. Esta é, por conseguinte, uma nova perspectiva da CID que não considera a Cooperação Descentralizada como uma ferramenta de ordem organizativa e financeira. A Cooperação Descentralizada é, algumas vezes, assemelhada à cooperação municipal; todavia, a sua definição vai para além desta, incluindo escolas, empresas, associações locais e instituições de solidariedade, existindo cooperação entre territórios e as respectivas instituições formais e informais. Os objectivos da Cooperação Descentralizada relacionam-se com a melhoria da qualidade do desenvolvimento, da democracia e do relacionamento entre os intervenientes e da respectiva participação nos processos de desenvolvimento.

Outros autores também referem a Cooperação Descentralizada nas suas obras. Este foi o caso de Afonso (2005a) que refere que a Cooperação Descentralizada trata da cooperação efectuada por instituições que não as da Administração Central, tais como instituições de ensino, autarquias e regiões. É considerada uma forma descentralizada de praticar a cooperação, por alteração das iniciativas e das relações que se estabelecem com os países beneficiários, pela inserção de múltiplos actores da sociedade civil nesta área e pela participação das populações beneficiárias no processo de desenvolvimento dos seus países. Também Fernandes (2005) toca nesta temática e afirma que a Cooperação Descentralizada é o tipo de cooperação que se estabelece entre organizações internacionais e dos Estados, autarquias e poderes locais e regionais, do Norte e do Sul. Refere ainda que este tipo de cooperação veio reforçar a sociedade civil, ou seja, a existência de vários actores no processo de desenvolvimento capazes de se organizarem e gerirem autonomamente e que não pertencem ao Estado. Num sentido lato, entende a Cooperação Descentralizada como a descentralização de acções nas relações de cooperação com o Sul, incentivando-se a participação dos agentes da sociedade civil dos países em desenvolvimento (organizações locais, sindicatos, etc.) que assumem uma maior relevância e responsabilidade na Cooperação para o Desenvolvimento. Num sentido mais restrito, a cooperação descentralizada é entendida como a cooperação levada a cabo por organizações do Estado, de carácter local e regional.

O documento da UE datado de 2002 (citado em Sangreman & Proença, 2009, p. 20) refere que os domínios preferenciais de intervenção da Cooperação Descentralizada são: “desenvolvimento de recursos humanos e técnicos, desenvolvimento local, rural ou urbano nos sectores social e económico dos países em desenvolvimento; informação e mobilização dos agentes da cooperação descentralizada; apoio e acompanhamento metodológico das acções”. Para além disto, o mesmo documento considera que as entidades públicas locais, grupos profissionais e de iniciativas locais, cooperativas, sindicatos, instituições de ensino e de investigação, igrejas, entre muitas outras devem ser classificadas como actores da Cooperação Descentralizada em conjunto com as ONG tradicionais.

O conceito de Cooperação Descentralizada tem subjacente um conjunto de **vantagens**: maior proximidade com as populações, devido ao trabalho de base local; independência relativamente aos poderes financeiros e políticos; contribuição para a descentralização e democratização pelo envolvimento das populações no seu desenvolvimento; melhor posicionamento para criação de parcerias locais; mais espaço para a criatividade e risco; maior flexibilidade e rapidez, com estruturas menos hierarquizadas ou burocráticas; menores custos fixos, pelas estruturas não tão pesadas, constituídas por voluntários ou a preços mais baixos que os do mercado (Sangreman & Proença, 2009).

Para além das vantagens, existem, igualmente, **riscos** inerentes a este novo conceito que se relacionam com o esvaziamento do Estado de certas funções essenciais; a manutenção de conceitos e práticas antigos; a criação de novas estruturas sem ter em conta as noções de bem público e de transparência; o agravamento de conflitos pela luta de recursos; a perda de poder dos países em desenvolvimento devido à quantidade de actores externos com poderes que se vão instalando em contraposição às frágeis organizações nacionais, dependentes em termos técnicos e financeiros (Sangreman & Proença, 2009).

Quanto aos **motivos para a prestação da ajuda**, os efeitos da globalização e as consequências do 11 de Setembro fizeram ressurgir os interesses geoestratégicos e nacionais de segurança no fornecimento da ajuda. A ajuda volta a focar-se na pobreza mas os seus efeitos positivos não são automáticos. Assim, a ajuda pode retomar o propósito de ferramenta de combate à insegurança o que pode acarretar um efeito contrário com aumento da insegurança e da pobreza (Afonso, 2005b).

Actualmente, a **discussão de desenvolvimento** orienta-se por critérios como os direitos humanos, aborto e excisão feminina, desigualdade social, produção e venda de armas e boa governação, conceitos que estão fora dos ODM. Não se pode afirmar que já existe uma nova teoria de desenvolvimento mas antes uma tentativa de formulação da teoria na medida em que o grau de incerteza é muito elevado e não existe a capacidade para definir a verdade do desenvolvimento (Sangreman, 2009).

Contudo, a Declaração saída da Conferência de Monterrey e o último ODM abrangem as questões da harmonização e alinhamento, o que significa que todos os intervenientes no domínio da ajuda (doadores e recebedores) devem aumentar a uniformidade das suas políticas e a CID deve ser interpretada tendo em conta as escolhas dos países recebedores (Sangreman, 2009).

A discussão actual também está relacionada com o aumento da proporção de ajuda levada a cabo por meio do apoio ao orçamento dos países recebedores, o que acarreta a avaliação e o condicionamento ex-post, isto é, os recebedores em contrapartida de se aproximarem de posições centrais nos processos de cooperação terão de se comprometer a alcançar metas (os ODM são o ponto de referência), o que permite a avaliação pelos outros actores (Sangreman, 2009).

Após tudo o que aqui foi referido, pode-se dizer que a Cooperação para o Desenvolvimento não está bem definida, encontrando-se numa fase de reforma. Afonso (2005b) defende que a exigência de uma **reforma na Cooperação para o Desenvolvimento** ocorre pelas seguintes razões:

- Desfasamento entre os compromissos quantitativos assumidos a nível internacional e as contribuições dos países doadores. Este é o caso do compromisso do rácio APD/RNB de 0,7% ter sido raramente alcançado;

- O conceito e alcance de APD;
- A qualidade da ajuda relativamente à eficácia que apresenta;
- Legitimidade, criação e permanência da APD visto que se vive num contexto de globalização e crescente investimento privado estrangeiro.

De acordo com a mesma autora, pode-se enunciar as seguintes medidas para melhorar a ajuda:

- Aperfeiçoar o uso dos recursos já existentes por meio de uma redistribuição para sectores da saúde, educação, água e saneamento, considerados fulcrais para a redução da pobreza;
- Apoiar os ODM e as estratégias de redução da pobreza;
- Aumentar a coordenação da ajuda dos doadores e a harmonização dos procedimentos;
- Estimular a coerência entre as várias políticas;
- Tornar as sociedades mais sólidas, participativas e seguras (aumento da relevância e influência da sociedade civil).

2.5. A COOPERAÇÃO PORTUGUESA

A estratégia portuguesa para o desenvolvimento e cooperação internacional está definida na Resolução do Conselho de Ministros nº 196/2005 de 22 de Dezembro designada por “Uma visão estratégica para a cooperação portuguesa”.

O documento que expressou pela primeira vez uma política de cooperação portuguesa foi aprovado em 1999 (“A cooperação portuguesa no limiar do século XXI”) e a principal preocupação naquela altura era a articulação nas áreas política, económica e cultural com os planos europeu e das comunidades lusófonas, com um intuito de aproximação a outros povos e lugares (Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa, 2006). Já o documento de 2005 surgiu numa tentativa de criar responsabilidades e atingir eficiência e clareza quanto aos objectivos propostos na medida em que Portugal necessitava de uma política de cooperação uma vez que o que tinha sido feito era muito diverso e disperso quer em termos de actividades como de procedimentos e com resultados não muito claros ou até desconhecidos. Esta política de cooperação segue uma ideia de continuidade da anterior, não deixando de propor novas ideias. O aspecto de continuidade remete para a ligação com princípios, prioridades, programas e projectos já traçados anteriormente, permanecendo, também, o sentimento de responsabilidade política. Em termos de inovação, a nova realidade de coordenação da APD a nível internacional revelou que Portugal não se encontrava preparado para tal situação, o que diminuía o poder para actuar e influenciar debates e decisões na área da cooperação. Sendo assim, torna-se premente melhorar as ferramentas da cooperação portuguesa (idem). Assim sendo, pode-se dizer que a Visão Estratégica pretendeu “ (...) atribuir clareza, objectividade e transparência à cooperação portuguesa” (Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa, 2006, p. 12).

De acordo com a estratégia, os motivos que justificam a cooperação portuguesa prendem-se com solidariedade, interesses geoestratégicos e económicos, semelhanças linguísticas e culturais. Uma razão mais actual é o facto de vivermos numa era de globalização e pretender-se acabar com situações de exclusão (Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa, 2006). Para além disto, segundo a Uma Visão Estratégica

para a Cooperação Portuguesa (2006), a política de cooperação portuguesa é um reflexo da sua política externa, por meio da:

- Relação entre Portugal e os PALOP e Timor-Leste, através de trocas culturais e económicas;
- Língua portuguesa, através da sua promoção no mundo e, especialmente, nos países em que Portugal apoia a educação básica e alfabetização;
- Capacidade de influência do nosso país em centros de decisão internacionais.

Relativamente aos princípios que orientam a política de cooperação portuguesa, estes são universais mas possuem determinadas particularidades relacionadas com a nossa história e realidade. O documento estratégico (Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa, 2006) apresenta como principal missão da cooperação nacional a contribuição para a criação de uma realidade com mais e melhores condições, com mais estabilidade, desenvolvida económica e socialmente, em que reine a paz, a democracia, os direitos humanos e o Estado de direito, muito especialmente nos PALOP. Assim sendo, estes princípios desdobram-se em 5 orientações:

1. Compromisso com o alcance dos ODM, sendo esta a sua principal missão. Deste modo, todos os esforços da cooperação portuguesa têm subjacente o alcance e a concordância com os ODM;
2. Reforço da segurança, com especial atenção aos Estados frágeis ou em situação de pós-conflito;
3. Apoio à língua portuguesa, na escolaridade e formação;
4. Apoio ao desenvolvimento económico, tendo em atenção a sustentabilidade ambiental e social;
5. Participação activa em debates internacionais, por força da convicção de que para resolver os problemas globais é necessário encontrar respostas globais.

No que toca às prioridades geográficas da cooperação portuguesa, elas são, sobretudo, os PALOP e Timor-Leste (Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa, 2006), graças aos laços históricos que ligam estes países a Portugal. Como característica dos países beneficiários, pode-se referir que estes se encontram em circunstâncias frágeis e de pós-conflito, em que os seus governos e instituições são fracas, com poucas capacidades para orientarem um processo de desenvolvimento. Deste modo, a ajuda externa é conduzida para apoiar a reafirmação do Estado de Direito e das estruturas democráticas e o funcionamento das instituições destes países (IPAD, 2010). Para além disto, os principais países beneficiários da ajuda portuguesa situam-se na África Subsaariana (à excepção de Timor-Leste), são estados insulares (Cabo-Verde, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste), vivem situações de pós-conflito e de fragilidade institucional (Angola, Guiné-Bissau e Timor-Leste) e todos pertencem ao grupo de Países Menos Avançados definido pelas NU, à excepção de Cabo-Verde que passou a pertencer ao grupo dos Países de Rendimento Médio em 2008 (IPAD, 2010).

Quanto aos sectores considerados como prioritários, o documento estratégico Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa (2006) refere que são a boa governação, participação e democracia (através do

reforço de acções de apoio e capacitação às instituições de forma a consolidar o Estado de Direito, do apoio à administração e segurança interna bem como justiça e finanças, do apoio aos processos de eleições, do aumento do apoio ao orçamento, da promoção da paz, da prevenção e da gestão de conflitos em países mais instáveis, da divulgação da democracia e da capacitação da sociedade civil); desenvolvimento sustentável e luta contra a pobreza, em áreas como a educação, a saúde, o desenvolvimento rural, a protecção do ambiente e gestão dos recursos naturais, o desenvolvimento do sector privado, a formação e criação de emprego; e a educação para o desenvolvimento, de forma a criar-se conhecimento, participação e atitude crítica nos portugueses para a área da cooperação para o desenvolvimento. De acordo com o IPAD (2010), Portugal centraliza as suas prioridades tendo em conta as necessidades dos países beneficiários inscritas em documentos oficiais nacionais para o desenvolvimento. Deste modo, o grupo de infra-estruturas e serviços sociais é o que consome maior percentagem de APD, nele incluindo-se o apoio à educação, governo e sociedade civil.

De acordo com o IPAD (2010), a Cooperação Portuguesa está intimamente ligada ao objectivo internacional de redução da pobreza mundial. A Cooperação nacional reveste uma forma “desconcentrada/descentralizada” (IPAD, 2010, p. 4), sendo que nela se pode encontrar uma multiplicidade de agentes, tais como administração central e local (ministérios, institutos, câmaras municipais), Instituições de Ensino Superior e sociedade civil (onde se incluem as Fundações). Relativamente aos montantes de APD acordados a nível internacional, Portugal não tem cumprido com os seus compromissos. Em 2006, a meta estabelecida para cada país membro da UE era de 0,33% de APD/RNB. Portugal ficou-se pelos 0,21%. Assim, o nosso país estabeleceu uma meta intermédia com vista a alcançar os já acordados 0,7% em 2015: 0,34% para 2010.

No que toca aos montantes concedidos pela Cooperação Portuguesa, entre os anos 2006 e 2008, estes foram diferenciados, tendo apresentado diminuições até 53%, graças, principalmente, às oscilações dos fluxos privados. Contudo, a percentagem de APD aumentou neste período, alcançando um aumento de 20% em 2008. Para além disto, a APD bilateral e multilateral têm registado aumentos mas a primeira revela-se sempre superior à segunda (IPAD, 2010). Os montantes de ajuda portugueses diminuíram em 2009, o que teve efeito sobre a APD global da UE que também diminuiu. Em 2009 o valor nacional do PIB destinado à APD estava nos 0,23%, tendo diminuído em relação a 2008 cujo valor registado foi de 0,27% do PIB (Plataforma Portuguesa das ONGD, 2010). Em 2010, a Cooperação Portuguesa gastou um total de 490 milhões de Euros (IPAD, 2011). O compromisso português de concessão de 0,34% do RNB nacional para a APD em 2010 não foi cumprido e, na realidade, o valor ficou nos 0,29%. Em 2010, a APD nacional cresceu 125 milhões de euros relativamente a 2009 devido à abertura de novas linhas de crédito para os países parceiros para a execução de projectos por empresas portuguesas (Plataforma Portuguesa das ONGD, 2011; Lusa, 2011; IPAD, 2011). De acordo com o relatório da AID WATCH 2011 isto demonstra que um grande problema da APD portuguesa é a ajuda ligada às empresas nacionais, misturando-se objectivos económicos e promoção internacional da economia com a ajuda pública (Lusa, 2011). Apesar de tudo, Portugal tem vindo a aumentar a sua APD: em 2008 verificou-se uma subida face a 2007 de 86 milhões de Euros, em 2007 ocorreu um crescimento em relação a 2006 em cerca de 28 milhões de Euros e em 2010 registou-se um aumento face a 2009 de 122 milhões de euros (IPAD, 2011). Contudo, em 2009 o valor de APD era de 368 milhões de

Euros, tendo diminuído em comparação com 2008 cujo valor registado foi de 430 milhões de Euros (OECD/DAC, n.d.). Relativamente ao posicionamento de Portugal face aos doadores pertencentes à OCDE/CAD, em 2009 Portugal ocupou a 21ª posição (de um total de 23 países) com uma APD de 512,71 milhões de dólares e em 2010 o 20º lugar (de um total de 23) com uma APD de cerca de 648 milhões de dólares (IPAD, 2011).

A maioria da APD nacional a nível bilateral destina-se a África. Os principais parceiros bilaterais de Portugal (PALOP e Timor-Leste) consumiram quase 60% do bolo total da APD bilateral entre 2006 e 2008. Cabo-Verde foi o país que mais ajuda financeira absorveu (IPAD, 2010). A APD bilateral portuguesa registou um valor de 299 milhões de euros em 2010, representando 61% do total da APD portuguesa nesse ano (IPAD, 2011). No contexto da APD bilateral importa falar do desligamento da ajuda aos países menos avançados. Nos anos 2006 e 2007, a ajuda desligada era cerca de 85% da APD bilateral (IPAD, 2010). Em 2008, verificou-se que 91% da APD bilateral portuguesa foi desligada (OECD, 2010b).

Para além da ajuda bilateral, Portugal também apoia países africanos através da ajuda multilateral. É por meio desta modalidade da ajuda que se consegue apoiar o desenvolvimento de outros países, para além dos PALOP, com os quais o país não possui muitas ligações históricas (Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa, 2006). No período 2006-2008 a APD multilateral portuguesa registou um valor médio de 43%, sendo que quem distribuiu este tipo de ajuda foi a Comissão Europeia, FMI, BM, Organização Mundial de Comércio, Bancos Regionais de Desenvolvimento e outras Organizações das NU (IPAD, 2010). Em 2010, a APD multilateral portuguesa registou um valor de 191 milhões de euros (39% do total da APD portuguesa) (IPAD, 2011).

Relativamente às modalidades da ajuda, Portugal tenta conceder ajuda através de novas formas de apoio. Uma delas é o Apoio Geral ao Orçamento que tem prestado a Moçambique e Cabo-Verde. Utiliza também a abordagem SWAp que se pode exemplificar através da parceria público-privada criada entre o IPAD e a FCG para o Projecto CISA e que visa criar o centro de investigação em saúde bem como melhorar as condições de prestação de cuidados de saúde à população da região onde ele está situado (Caxito, Bengo) (IPAD, 2010).

A APD bilateral nacional efectua-se, principalmente, por meio de duas formas: cooperação técnica e projectos de investimento. Entre 2006 e 2008, a primeira modalidade de ajuda referida foi a que assumiu um maior peso (50% do total da APD) nos sectores da educação, governo e sociedade civil e serviços sociais e outras infra-estruturas devido à relevância atribuída à educação, formação profissional e fortalecimento institucional para o alcance de um desenvolvimento sustentável e reforço da democracia. Relativamente à segunda modalidade, prende-se essencialmente com a melhoria de infra-estruturas de transportes e acessos bem como de escolas (IPAD, 2010). A cooperação técnica abrange custos com bolsas e estudantes que vêm estudar para Portugal, formações e assistência técnica, na sua maioria prestada por funcionários portugueses (OECD, 2010b).

Segundo o IPAD (2010), com o intuito de aumentar a eficácia da ajuda, Portugal está a tentar implementar 5 conceitos relevantes, a saber:

- **Apropriação:** a apropriação das estratégias de desenvolvimento pelos beneficiários da ajuda é um aspecto muito relevante e tal só se torna possível se existirem pessoas e instituições capazes de orientar um processo de desenvolvimento. Deste modo, o apoio da cooperação portuguesa orienta-se para o reforço das estruturas e instituições em domínios como as Finanças, Justiça, Educação e Saúde. Para além das instituições, o reforço dos recursos humanos originários dos países parceiros também é relevante para que o processo de desenvolvimento seja sentido e pertença cada vez mais ao país beneficiário, para que este consiga desempenhar determinadas funções e possa formar mais pessoas com capacidades de trabalho.
- **Alinhamento:** o alinhamento consiste em os processos de desenvolvimento propostos pelo país doador, neste caso Portugal, estarem de acordo com as estratégias/linhas de orientação, práticas e processos traçados pelo país parceiro. Deste modo, pretende-se que a ajuda seja prestada de forma transparente e como resposta às carências dos países recebedores para, assim, ser criada sustentabilidade ao nível local.
- **Harmonização:** tendo em conta este objectivo, Portugal tem simplificado e harmonizado as suas acções de concessão de ajuda e estado em maior contacto com outros doadores.
O nosso país está a trabalhar na concentração geográfica e sectorial da ajuda sendo que a maioria da sua ajuda destina-se aos PALOP e Timor-Leste e a 3 sectores de actividade, no máximo, por cada país.
- **Gestão centrada nos resultados:** este objectivo é relevante, sendo que são definidos objectivos mensuráveis e metas de forma a avaliar-se o desempenho das acções de ajuda externa em ambas as partes.
- **Prestação de Contas Mútua:** para além de Portugal prestar contas aos países parceiros, dando a conhecer os montantes que irá disponibilizar para cada um como ajuda externa, também desenvolve um programa plurianual com cada país beneficiário, tendo em conta as suas estratégias de desenvolvimento, com o objectivo de este último ter conhecimento dos montantes que a ele se destinam.

A melhoria da previsibilidade e transparência da ajuda nacional é, igualmente, relevante. Portugal deve assegurar que os seus desembolsos anuais reflectem os seus compromissos anuais da forma mais próxima possível e que os seus projectos plurianuais sejam apoiados por orçamentos que contemplam vários anos. Mais ainda, deve assegurar-se que a sua APD é registada nos orçamentos nacionais dos países parceiros (OECD, 2010b).

No final do mês de Novembro de 2010, foi divulgado um conjunto de informações relativas a Portugal na área da Cooperação para o Desenvolvimento, provenientes da avaliação efectuada pelo relatório de avaliação do CAD, a saber (OECD, 2010b):

- O país necessitará de triplicar o montante destinado à ajuda ao desenvolvimento até 2015 de forma a atingir a meta de 0,7% do seu RNB para o domínio da ajuda;
- Portugal continua comprometido com as metas estabelecidas pela UE;

- Portugal tem melhorado significativamente o seu programa de ajuda e nova legislação foi criada para assegurar que as políticas nacionais e internacionais não prejudicam o desenvolvimento nos países mais pobres;
- Portugal deverá trabalhar no sentido de simplificar a prestação da ajuda, transformando a sua actual forma de agir – fragmentada e com o envolvimento de diversas organizações - para uma em que um actor principal gere um número mais pequeno de projectos de maior dimensão;
- O compromisso assumido por Portugal para desligar a sua ajuda está em risco devido ao acordo recente de empréstimos que estão ligados à compra de bens e serviços de origem portuguesa.

3. SAÚDE E COOPERAÇÃO

A saúde é um pilar fundamental no processo de desenvolvimento. De acordo com Ban Ki-moon, Secretário-Geral das Nações Unidas, “Health is a foundation for prosperity, stability and poverty reduction” (ECOSOC, 2009, p. 4). Desde meados dos anos 90 que a saúde tem alcançado uma grande importância como elemento essencial do desenvolvimento socioeconómico. Esta importância está formalmente expressa nos ODM que reconhecem a ligação recíproca entre saúde e pobreza (WHO, 2007).

3.1. SAÚDE GLOBAL

Tem-se reconhecido cada vez mais a importância da saúde num mundo cada vez mais interligado. A globalização implica o desaparecimento de fronteiras e tanto os problemas como as soluções são comuns a todos. Deste modo, os riscos para a saúde são os mesmos em todo o mundo, são partilhados, o que implica cooperação e coordenação na área da saúde global com o intuito de trocar ideias e experiências, criar e implementar actividades em rede, em prol da melhoria das condições de saúde (EFC, 2006).

Pode-se definir saúde como um processo activo em que todos os agentes (pessoas, comunidades, sociedades) criam e garantem o bem-estar e as condições necessárias para a alcançar. Para a WHO, saúde não significa apenas não estar doente mas também possuir bem-estar ao nível físico, mental e social (EFC, 2006).

Assim, a saúde global está relacionada com desafios de saúde à escala global, que não se cingem às fronteiras dos países e ao nível nacional – como por exemplo, questões ambientais, desigualdade, mudanças nos estilos de vida, acesso a cuidados de saúde e medicamentos, novas e velhas doenças -, e abarca um diverso leque de actores, possuindo uma forte componente de interdependência. A saúde global liga-se, igualmente, com os riscos de saúde que não são infecciosos, tais como efeitos da obesidade, consequências dos novos estilos de vida (consumo de tabaco e álcool), falta de exercício físico, etc. (EFC, 2006). Para a Comissão Europeia (2009), a saúde global é um domínio que abrange vários sectores e que liga não apenas as principais áreas das políticas do desenvolvimento, ajuda humanitária, investigação e saúde mas também trocas e política externa. Actualmente, a área da saúde ocupa um lugar importante nas agendas internacionais de desenvolvimento como consequência de provas científicas das ligações entre saúde e desenvolvimento. Assim, a saúde é uma questão global que diz respeito a todos os sectores da economia e política e requer respostas internacionais coordenadas.

De acordo com o EFC (2006), a Europa deve:

- Transformar a saúde global numa prioridade política;
- Incluir a saúde global em todas as áreas da política europeia;
- Assumir uma posição relativamente à sua governação (forma como as sociedades constroem respostas políticas às questões que se colocam; ocorre externamente ao que é decretado pelas instituições e leis formais do Estado) neste domínio;
- Estabelecer diálogos e parcerias na área da saúde global;
- Implementar acções tendo como fim a saúde global.

A forma como a Europa olha para a saúde global tem como base 3 valores essenciais: a saúde é um direito humano, é imprescindível para a segurança e desenvolvimento humano e é um bem público global (EFC, 2006).

Globalização e saúde são, então, duas áreas que se influenciam mutuamente: se por um lado a propagação de uma doença a nível global pode conduzir a mortes e problemas financeiros, por outro lado uma sociedade doente não é capaz de participar no processo de globalização e em tudo o que tal implica (EFC, 2006).

A globalização para além de permitir uma difusão mais rápida das doenças, como consequência de viagens – doenças infecciosas -, também possibilita a divulgação de hábitos de consumo – tabaco, alimentação – o que acarreta efeitos negativos para todo o mundo (desenvolvido e em desenvolvimento). O processo de globalização tem, também, aumentado a partilha de conhecimento científico e de tecnologia para a criação e desenvolvimento de medicamentos, vacinas e instrumentos que possibilitam o desenvolvimento de novas formas de tratamento. Apesar disto, o acesso à evolução da medicina não tem sido semelhante uma vez que o crescimento do sector da saúde nos países desenvolvidos não se reflecte nos países mais pobres. Isto ocorre devido a limitações da despesa pública, preços elevados de novo material médico, investimento reduzido para a I&D no domínio das doenças tropicais, investimentos dos doadores concentrados em determinados programas e doenças, inexistência de prioridades por parte dos países recebedores e falta de médicos e profissionais de saúde que vão trabalhar para os países desenvolvidos (EFC, 2006).

De acordo com Ruger (citado em Molyneux, 2008), nos últimos anos o cenário da saúde global tem-se alterado de forma considerável:

- Os conflitos em África e as suas consequências têm destruído os sistemas de saúde;
- A rápida propagação do vírus da SIDA em simultâneo com a maior concentração nas 3 grandes doenças no que toca a prioridades e apoio dos doadores;
- A tendência para apoiar os orçamentos, as análises SWAp e a descentralização dos sistemas de saúde (dar mais poder às autoridades locais e populações);
- Existência de iniciativas financeiras usadas para injectar recursos nos sistemas de saúde;
- Aparecimento de parcerias público-privadas para ir ao encontro de questões específicas de saúde (Buse & Harmer, Widdus citados em Molyneux, 2008), como é o caso do Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria;

- A competição entre programas aumentou drasticamente o que conduziu a uma escassez de serviços de saúde que alcançam as áreas mais isoladas. É necessário prevenir a fragmentação da ajuda e dos recursos humanos. A estratégia de saúde do BM referiu que é necessário reforçar os sistemas de saúde;
- O aumento dos programas de doação de medicamentos.

Na área da investigação tem sido dada importância às doenças relacionadas com a pobreza, doenças infecciosas negligenciadas e sistemas de saúde, em particular em África que é o continente em pior situação em termos de progresso e indicadores de saúde nos ODM (Comissão Europeia, 2009).

Actualmente, e de acordo com a Comissão Europeia (2009), os principais desafios que se colocam à saúde global são:

➤ ***Acesso limitado a serviços básicos de cuidados de saúde e lenta evolução dos ODM na área da saúde***

A ajuda internacional para a saúde triplicou durante a última década, o que conduziu a uma maior cobertura por parte dos serviços em áreas como a vacinação de crianças e tratamento da SIDA. Contudo, de um modo geral, a ajuda na área da saúde tem sido fragmentada e instável e nem sempre tem permitido melhorar a despesa pública que fortaleceria a capacidade dos sistemas de saúde.

Para além da perda de saúde e da própria vida, uma saúde pobre acarreta sérias consequências para a economia actual (graças ao peso das doenças na população activa), limita a projecção de desenvolvimento futuro (pois a saúde debilitada das crianças influencia a sua capacidade para adquirir conhecimentos e competências), reduz a coesão social (devido às desigualdades na área da saúde) e tem um impacto na segurança e estabilidade (na medida em que as comunidades afectadas por uma saúde fraca não acreditam nos governos e nas instituições indisponíveis ou incapazes de garantir os direitos básicos dos seus cidadãos a cuidados de saúde).

➤ ***Resposta inadequada aos desafios impostos pela globalização à saúde***

Para além da correlação entre saúde fraca e economias fracas com serviços e financiamento público reduzidos, os efeitos da globalização estão a afectar cada vez mais a saúde de todos os países. Por um lado, o conhecimento global é muito e é partilhado pelo enorme crescimento da comunicação e informação digital. Por outro lado, o aumento do fluxo de pessoas, bens e potenciais riscos de saúde criam oportunidades e ameaças para todos. Os efeitos de rede da globalização são normalmente negativos para as economias mais pobres e para os países com instituições mais fracas.

❖ ***Migração de trabalhadores da área da saúde e fuga de cérebros***

Tem-se assistido a um aumento da fuga de cérebros do sector público para o sector privado (ONG, agências internacionais), de áreas rurais para urbanas, e de países em desenvolvimento para países desenvolvidos.

A crise em recursos humanos para a saúde é global, sendo que a África Subsaariana é a região onde se regista uma maior carência. Apesar dos muitos acordos regionais e bilaterais, as diferenças

económicas têm aumentado e para tal tem contribuído a fuga de conhecimento, competências e compromisso social dos países em desenvolvimento.

❖ *Acesso a medicamentos*

A liberalização das trocas internacionais de bens e serviços têm um efeito directo no acesso a medicamentos básicos e produtos de consumo nos países em desenvolvimento.

❖ *Vulnerabilidade e resposta a ameaças de saúde global*

O grande aumento de viagens internacionais, migração e trocas está a aumentar o risco de (re) emergência de ameaças de doença a nível internacional. Há uma grande necessidade de prevenir, detectar e reagir à propagação internacional das doenças. Os maiores programas de controlo das doenças e os enquadramentos para classificar e controlar a segurança alimentar e ambiental são aspectos chave das estratégias de segurança de saúde nacionais e internacionais.

➤ ***Investimentos fracos e desequilibrados na investigação em saúde global***

Existe uma necessidade de mais investigação cujo alvo sejam as necessidades de saúde das populações pobres.

Actualmente, os recursos para a investigação em saúde e inovação aumentaram consideravelmente bem como o interesse cada vez maior por parte de novos actores. Estes desenvolvimentos conduziram à diversificação mas também fragmentação do financiamento para a investigação.

Os níveis de investigação em saúde nos países em desenvolvimento são muito reduzidos. Continua a existir o gap 90/10 (desencontro entre necessidades e investimentos na área da investigação para o desenvolvimento no domínio da saúde: menos de 10% dos fundos de investigação biomédica mundial são distribuídos para ir ao encontro de 90% do peso de doenças a nível mundial) e as diferenças de saúde entre os países e dentro deles mesmos são cada vez maiores.

No âmbito deste projecto, é relevante referir que a FCG possui um Programa de Saúde Global, pertencente ao SSDH, estando, assim, a organizar as suas respostas no domínio da saúde global. Este programa baseia-se na ideia de que a saúde é um bem público global, sendo um dos seus objectivos estimular a criação de redes de investigação e de partilha de práticas no domínio da saúde global em aspectos menos estudados e analisados. Com o Programa de Saúde Global as actividades da FCG alargaram-se geograficamente (para além dos PALOP e Timor-Leste) e um dos seus domínios de intervenção era até há pouco tempo a investigação em DTN (através da participação na EFINTD), que entretanto passou para o âmbito de outro programa.

3.2. TENDÊNCIAS DA SAÚDE NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

De há 30 anos para cá, ao mesmo tempo que se tem assistido a uma redução da mortalidade provocada por doenças transmissíveis e relacionadas com a reprodução, para além da redução da mortalidade infantil e

materna e do aumento da esperança de vida à nascença, também se tem presenciado o aumento do peso das doenças crónicas (WHO citado em IPAD, 2009; EFC, 2006). Contudo, os países com rendimentos mais reduzidos, na sua maioria africanos, não têm demonstrado evolução positiva (UNDP citado em IPAD, 2009).

Actualmente, as prioridades globais na área da saúde são:

- Mortalidade infantil, uma vez que a conjugação de doenças transmissíveis, má nutrição e problemas ocorridos antes do nascimento mantém os níveis deste indicador elevados (Jamison citado em IPAD, 2009);
- Mortalidade e perda de qualidade de vida em pessoas adultas devido a doenças como a malária, tuberculose e SIDA (Jamison citado em IPAD, 2009);
- Mortalidade materna graças à escassez de cobertura dos serviços de obstetrícia (Bryce et al., WHO citados em IPAD, 2009);
- Peso das doenças crónicas, principalmente as doenças cardiovasculares, devido às alterações nos estilos de vida (WHO citado em IPAD, 2009).

As ligações existentes entre doença e pobreza reflectem-se nos ODM no domínio da saúde. Este facto é uma forte justificação para o reforço do financiamento internacional para a cooperação em saúde, área considerada relevante para o desenvolvimento (IPAD, 2009). Embora o financiamento na área da cooperação em saúde tenha aumentado, ainda se encontra muito limitado às 3 grandes doenças (MacKellar citado em IPAD, 2009).

De acordo com o IPAD (2009), os principais desafios que se colocam à cooperação em saúde são:

1. Novas tecnologias;
2. Fortalecimento dos sistemas de saúde;
3. Boa governação.

Quanto ao primeiro desafio, tem-se tentado descobrir novos meios de diagnóstico, prevenção e tratamento para as grandes doenças ligadas à pobreza e construir ferramentas que facilitem o acesso a tecnologias que já existem mas que a sua compra se torna muito dispendiosa para os países em desenvolvimento. Para além disto, a componente de investigação tem cada vez mais como parceiros as instituições dos países pobres (IPAD, 2009).

Relativamente ao segundo, o principal objectivo é reduzir as fragilidades dos mais necessitados, ou seja, diminuir casos de doença e despesas bem como obter soluções para os casos de doença crónica que acarretam grandes custos e novos esquemas de organização dos serviços para cuidados continuados. Deste modo, a prioridade será o reforço dos sistemas de saúde: se estes funcionarem, os medicamentos e vacinas conseguem chegar aos seus destinatários. Para tal, torna-se essencial formar e capacitar recursos humanos na área da saúde originários dos países em desenvolvimento e cuja formação também se efectue nos países de origem (IPAD, 2009).

Por fim, a boa governação revela-se cada vez mais importante para que os sistemas de saúde sejam capazes de utilizar correctamente a ajuda externa. Para além disto, a boa governação também recai sobre o apoio às ONGD para agirem na prestação de cuidados e realização de programas na área da saúde (IPAD, 2009).

Relativamente ao cenário da saúde em África, a OMS publicou em 2006 (WHO-AFRO citado em IPAD, 2009) um relatório regional sobre a saúde na região africana cujas principais conclusões foram: a saúde nos países africanos é caracterizada por casos de má nutrição, doenças infecciosas e mortalidade perinatal bem como pelo aumento de casos de doenças crónicas nas principais cidades; situações de catástrofe com posteriores conflitos e pessoas deslocadas e falta de recursos humanos necessários para o reforço dos sistemas de saúde.

Para os PALOP e Timor-Leste, de acordo com a WHO-SYS Country Log-Files e Dussault & Fronteira (citados em IPAD, 2009), as suas situações são muito semelhantes para os indicadores de saúde, com excepção de Cabo-Verde que normalmente apresenta uma melhor conjuntura:

- Valores elevados para a mortalidade infantil e para a mortalidade materna;
- Baixa esperança média de vida à nascença;
- Prevalência das doenças infecciosas, perinatais e nutricionais;
- Valores elevados para a fertilidade;
- Pouca utilização dos serviços de planeamento familiar;
- Reduzida cobertura e acessibilidade das populações aos sistemas de saúde;
- Recursos escassos: reduzidos gastos em saúde e pouco pessoal qualificado.

A situação destes países é, também, influenciada por factores sociais e políticos. Vários PALOP e Timor-Leste são considerados Estados frágeis pelo baixo PIB, dívida externa com valores elevados, dependência da ajuda externa, fraca capacidade das instituições públicas e dos governos e conflitos nacionais que se prolongam no tempo (UNDP citado em IPAD, 2009). Mais ainda, os PALOP caracterizam-se por situações de pobreza e degradação das condições de vida, como por exemplo aparecimento e prevalência de doenças, má nutrição, dependência da ajuda alimentar, reduzido acesso a água e saneamento, níveis de analfabetismo elevados, reduzida taxa de escolaridade (principalmente nas raparigas), PIB *per capita* reduzido e níveis elevados de população em situação de pobreza extrema (IPAD, 2009).

Todos estes problemas necessitam de acções de longo prazo de reforço das instituições e de melhoria das condições de vida. Para o reforço institucional pode-se referir como exemplo a formação dos recursos humanos que subentende a criação de instituições (o que inclui a formação dos professores), políticas e posterior melhoria de condições que evitem a migração dos profissionais de saúde. Relativamente à melhoria das condições de vida é necessário reforçar os sistemas de saúde, para que estes sejam capazes de dar resposta, aproximar os serviços das populações, investir em equipamento e recursos humanos, melhorar a alimentação, criar sistemas de água potável e de alfabetização (principalmente das mulheres) (S. Gove et al. citados em IPAD, 2009).

3.3. O CONTEXTO AFRICANO DE SAÚDE

O número de casos de malária registados a nível global ronda os 247 milhões, sendo que a região africana conta com 86% destes. Em 2006, o número de mortes estimada causadas pela malária era de 881 mil, tendo 90% destas ocorrido na região africana. A malária é a causa de cerca de 17% das mortes de crianças com menos 5 anos de idade em África. O número de casos de pessoas com SIDA permanece elevado e em 2005 foram registados mais de um milhão de casos de tuberculose no continente africano. As doenças tropicais negligenciadas afectam cerca de um bilião de pessoas em todo o mundo, estando África na frente com o maior número de casos (WHO, 2010a).

Na Declaração do Milénio das NU, em 2000, foram estabelecidos oito objectivos de desenvolvimento do milénio, 3 dos quais na área da saúde (WHO, 2010a). Os ODM continuam a ser o principal enquadramento internacional de esforços para a melhoria global da saúde. Mais ainda, um bom estado de saúde é muito importante para se conseguir alcançar todos os ODM. Contudo, a evolução nos ODM relacionados com a saúde está a ser comprometida pelos fracos sistemas de saúde (Comissão Europeia, 2009). E este é o caso da região africana que é caracterizada pela fragilidade dos seus sistemas de saúde. Apesar dos esforços para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, continuam a colocar-se algumas questões e dificuldades relacionadas com a governação, financiamento, recursos humanos, tecnologias, sistemas de informação e prestação de serviço na área da saúde. Deste modo, existe a necessidade de trabalho contínuo para actualização de políticas e estratégias e para as transpor para planos estratégicos sólidos. Os sistemas de saúde nacionais da região africana possuem recursos humanos e financeiros desadequados e infra-estruturas limitadas especialmente no que se refere a laboratórios e sistemas de informação e comunicação, o que leva a uma fraca capacidade para uma cobertura universal e resposta a conflitos e desastres (WHO, 2010a).

O continente africano possui uma estratégia de saúde que pretende reforçar os sistemas de saúde com o intuito de reduzir o peso das doenças através de melhores recursos, serviços, políticas e gestão, o que contribuirá para a equidade. Segundo a estratégia, o investimento na saúde terá efeitos na redução da pobreza e no desenvolvimento económico no geral (União Africana, 2007).

A realidade que marca o continente africano relaciona-se com o facto de a sua população enfrentar graves problemas de saúde tratáveis e preveníveis e cujos tratamentos são conhecidos. O peso das doenças tem afectado o desenvolvimento em África: o continente não se encontra em posição de alcançar as metas dos ODM na área da saúde e as tendências de população actuais podem comprometer os progressos alcançados (União Africana, 2007).

A SIDA, a tuberculose e a malária constituem os maiores desafios. Contudo, estas não devem ofuscar o grande peso de outras doenças transmissíveis. Também já se começa a assistir ao crescimento do número de mortes e incapacidades provocadas por doenças não-transmissíveis (doenças crónicas, relacionadas com alterações demográficas, sociais e comportamentais e urbanização). Problemas como a hipertensão, diabetes, doenças respiratórias crónicas, os efeitos do consumo de álcool, tabaco e drogas estão a crescer como graves desafios de saúde pública (União Africana, 2007).

De acordo com a União Africana (2007), apesar do crescimento económico em muitos países africanos, da diminuição dos conflitos e dos importantes passos que se têm dado na democracia e boa governação, que contribuem para a melhoria do sector da saúde, a sobrecarga das doenças prevalece devido a:

- Sistemas de saúde muito frágeis e serviços muito pobres em recursos para apoiar a redução do peso das doenças e alcançar o acesso universal;
- Intervenções que não correspondem ao problema;
- Pessoas com pouco poder e pouco envolvidas na melhoria da saúde;
- Benefícios dos serviços de saúde que não chegam de forma justa àqueles com maior sobrecarga de doença;
- Pobreza frequente e marginalização;
- Acções insuficientes em factores intersectoriais com impacto na saúde;
- Factores ambientais e degradação.

As deficiências no sector agrícola, a reduzida literacia, a falta de água potável, de condições sanitárias, electricidade e infra-estruturas e a existência de conflitos levam à sobrecarga das doenças. Para além disto, vive-se um ciclo vicioso: a pobreza e os seus determinantes aumentam o peso das doenças e, por sua vez, a má saúde contribui para a pobreza. Deste modo, pode-se dizer que o investimento em saúde pode contribuir para o desenvolvimento económico (União Africana, 2007). Outro problema que o continente africano enfrenta é a grande carência de recursos humanos na área da saúde, má distribuição destes entre os países e no interior dos mesmos, fracas condições de trabalho e falta de informação e conhecimento das melhores práticas. A migração dos trabalhadores de saúde para os países mais desenvolvidos está a esvaziar os recursos humanos da saúde nos países mais pobres, o que é agravado por formação insuficiente (União Africana, 2007; EFC, 2006).

De salientar que em África existem vários compromissos regionais para o desenvolvimento da saúde, como por exemplo a Declaração de Abuja de 2001 relacionada com a reserva de 15% do orçamento público para o sector da saúde (WHO, 2010a).

3.4. COOPERAÇÃO PORTUGUESA NA ÁREA DA SAÚDE

A estratégia da cooperação portuguesa encara a saúde como uma área essencial que contribui para o desenvolvimento sustentável e para a luta contra a pobreza, sendo que as actividades da cooperação portuguesa no sector da saúde deverão nortear-se pelos ODM (nomeadamente os ODM 4, 5 e 6), atendendo no fortalecimento das capacidades locais em termos de cuidados e higiene garantindo o acesso de todos à saúde e a cobertura das necessidades básicas (Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa, 2006).

Segundo o IPAD (2009), o sector da saúde é relevante e influenciador para a redução da pobreza. A estratégia de cooperação em saúde portuguesa tem como objectivo reforçar os sistemas públicos de saúde dos países mais pobres como forma de influenciar as estratégias de redução da pobreza. Para tal, capacitar as instituições (com a formação de pessoas ao nível técnico e da gestão) e apoiar o desenvolvimento de

instituições de ensino superior (na área da saúde) e investigação são acções essenciais para materializar a estratégia de cooperação em saúde.

As quantias de financiamento actuais da cooperação portuguesa no domínio da saúde são muito distintas de quantias atribuídas anteriormente, existindo uma preocupação na coordenação e utilização dessas mesmas quantias. Esta situação é o reflexo do reconhecimento das ligações existentes entre saúde e desenvolvimento/saúde e pobreza e a necessidade de capacitar os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. Na cooperação portuguesa para a saúde os países prioritários continuam a ser os PALOP e Timor-Leste, que se caracterizam por possuírem poucos recursos humanos com qualificação, instituições pouco capacitadas para gerirem os sistemas públicos e fraco desenvolvimento de tecnologia. As quantias totais reservadas para o sector da saúde são reduzidas e grande parte delas são gastas em tratamento de doentes dos PALOP e Timor-Leste (evacuação de doentes para serem tratados em Portugal); os restantes montantes são utilizados em actividades de capacitação institucional e parcerias (IPAD, 2009).

Os eixos estratégicos definidos pelo IPAD para a cooperação portuguesa na área da saúde são (IPAD, 2009):

- Desenvolvimento de recursos humanos;
- Assistência técnica para reforçar instituições e criar/melhorar serviços;
- Controlo e investigação de doenças.

Algumas parcerias têm sido criadas o que conduz ao apoio de um número limitado de acções de reforço das instituições. As ONG, associações profissionais e fundações participam na cooperação portuguesa no domínio da saúde. Um dos parceiros que se pode referir é a FCG, nomeadamente em acções de reforço institucional (de instituições de investigação e formação nos PALOP e Timor-Leste) e no apoio às ONGD (IPAD, 2009).

De salientar que a Fundação Gulbenkian é considerada a instituição de filantropia mais relevante na cooperação portuguesa na área da saúde, desempenhando papéis de financiadora e de promotora. A Fundação tem apoiado projectos de formação e investigação, formando parcerias estáveis com instituições técnicas públicas e privadas portuguesas. Para além disto, tem apoiado as ONG dos PALOP e Timor-Leste com vista ao seu fortalecimento bem como assuntos que se encontram na arena internacional e constituem um desafio, como por exemplo as DTN. A Fundação contribui também para o apoio à formação universitária e pós-graduada, mais precisamente no reforço das instituições e atribuição de bolsas de estudo (IPAD, 2009).

4. A IMPORTÂNCIA DA AJUDA NA ÁREA DA SAÚDE

4.1. O SISTEMA DE FUNCIONAMENTO DA AJUDA

O esquema tradicional da ajuda liga 3 aspectos: os cidadãos nos países ricos pagam impostos, sendo alguns deles utilizados para a ajuda ao desenvolvimento, os governos dos países ricos doam o dinheiro para os países pobres e os governos dos países pobres implementam programas e políticas concebidas para acelerar o desenvolvimento e reduzir a pobreza. Este esquema funciona bem se os cidadãos dos países ricos estiverem dispostos a pagar impostos que serão aplicados na ajuda, se os países ricos tiverem confiança nos

países pobres para estes desenvolverem programas e projectos de forma adequada e quando os governos dos países pobres têm a capacidade de implementar estes programas e alcançar resultados de desenvolvimento esperados. Um exemplo deste esquema é o Plano Marshall (Kharas, 2007).

Contudo, o esquema que antigamente era simples tornou-se cada vez mais complexo com o passar do tempo. Embora o dinheiro continue a sair dos mais ricos (normalmente através de impostos) para os mais pobres, existem mais doadores bilaterais, mais agências multilaterais, mais países recebedores e novos actores (ONG, grupos do sector privado, etc.). A ajuda privada actua em separado da ajuda oficial mas a principal fonte de financiamento continua a ser os cidadãos dos países ricos (Kharas, 2007).

Apesar do aumento de recursos disponíveis no domínio da ajuda ao desenvolvimento (devido aos aumentos da ajuda privada), os montantes de ajuda que são distribuídos são muito menores relativamente aos apresentados como necessários. O grande desafio que se coloca é organizar o esquema da ajuda para que os montantes sejam canalizados através de organizações mais eficazes, para países onde a necessidade é maior, onde a capacidade de criar e implementar projectos é mais elevada e onde as questões de desenvolvimento são predominantes (Kharas, 2007).

4.2. TENDÊNCIAS DE INVESTIMENTO

Em 2003, foram gastos 125,8 mil milhões de dólares para I&D em saúde, valor superior ao gasto em 2001 (105,9 mil milhões de dólares) e em 1998 (84,9 mil milhões de dólares). Para o valor de 2003 contribuíram o sector público, com 56,1 mil milhões de dólares (45%), o sector privado lucrativo, com 60,6 mil milhões de dólares (48%), e as organizações não lucrativas, com 9 mil milhões de dólares (7%). As prestações providas dos países mais ricos foram as que mais contribuíram para o aumento global. Considera-se que o sector privado lucrativo, nomeadamente as empresas farmacêuticas, é o maior investidor a nível global em investigação da saúde. As contribuições do sector público para a despesa total em I&D na área da saúde são relevantes devido ao seu tamanho e influência na investigação básica e aplicada. Considera-se que os governos são os maiores financiadores de I&D na saúde a seguir ao sector privado, através das suas contribuições em APD, ensino superior e investimentos directos neste domínio. As fundações estão a envolver-se cada vez mais em parcerias nacionais e globais, o que permite a criação de diversidade institucional e inovação. No geral todas as fundações apoiam actividades semelhantes o que inclui educação, investigação e saúde (Global Forum for Health Research, 2006). De acordo com Liese & Schubert (citados em Molyneux, 2010; Liese, Rosenberg & Schratz, 2010), entre 2003 e 2007, da totalidade da ajuda oficial para o desenvolvimento para a área da saúde, apenas 0,6% desta teve como destino as DTN.

Em 2009, o financiamento total para I&D em doenças negligenciadas foi de 3,189 mil milhões de dólares (Moran et al., 2011), valor superior ao registado em 2007 que contava com 2,5 mil milhões de dólares (Moran et al., 2009). De acordo com Moran et al. (2011), em 2009 o financiamento foi melhor distribuído (não ocorreu tanta concentração de financiamento) pelas doenças negligenciadas, tendo em conta a situação de outros anos. Em 2007, houve doenças que receberam menos de 5% do financiamento global (Moran et al., 2009). Contudo, as 3 grandes doenças continuaram a absorver 72% do financiamento global em doenças negligenciadas: a SIDA contou com 35,7% do financiamento, a malária com 18,6% e a tuberculose com

17,6% (maior aumento registado). A malária, as doenças diarreicas e o dengue também registaram aumentos de financiamento. Outras doenças registaram diminuição de financiamento devido ao facto de já terem alcançado algum sucesso no combate às doenças (criação de vacinas, por exemplo). O financiamento para a SIDA permaneceu constante. Apesar das 3 grandes doenças absorverem grande parte do financiamento em I&D para doenças negligenciadas, a sua percentagem total de financiamento em 2009 foi menor que em 2007 (72% e 77%, respectivamente) (Moran et al., 2011).

Os principais responsáveis pelo financiamento em I&D para doenças negligenciadas, em 2009, foram os financiadores públicos e filantrópicos que desembolsaram, em conjunto, 87,1% do financiamento total. Os actores do sector público, principalmente os governos dos países de elevado rendimento, contribuíram com 66,5% e as organizações filantrópicas com 20,5%. A indústria farmacêutica contribuiu com 12,9% dos montantes globais de financiamento. Por um lado, em 2009 assistiu-se a uma alteração no que toca ao financiamento público: os actores públicos (dos EUA e Reino Unido, principalmente) representaram o aumento no financiamento global contribuindo com mais 14% do financiamento, o investimento da indústria farmacêutica também aumentou (12,3%) e a Comissão Europeia constituiu um dos 3 maiores financiadores públicos em I&D em doenças negligenciadas, embora o seu investimento tenha diminuído. Por outro lado, assistiu-se a uma redução significativa no financiamento filantrópico relativamente a 2008 (-8,7%): o financiamento de praticamente todas as organizações filantrópicas caiu para metade (Moran et al., 2011).

Em 2009, o financiamento para I&D provindo de países de elevado rendimento aumentou para quase todas as doenças negligenciadas, sendo que a maioria foi destinada à SIDA (46,8%), tuberculose (15,6%) e malária (12,9%). As plataformas tecnológicas receberam pouco financiamento. Neste mesmo ano, os países de baixo e médio rendimento contribuíram com 3,4% do financiamento público total em I&D para doenças negligenciadas, sendo que a maioria deste investimento veio do Brasil, Índia e África do Sul. Este grupo de países distribuiu 26,2% do seu investimento para a malária, 20,6% para o dengue, 15,9% para a SIDA e 12,2% para a tuberculose (Moran et al., 2011).

Em 2009, o financiamento do sector filantrópico continuou muito concentrado na Fundação Bill & Melinda Gates e no Wellcome Trust, que desembolsaram cerca de 97% do investimento filantrópico total. O financiamento deste sector continua a ter como principal destino a malária, a SIDA e a tuberculose (no total, em 2009, 69,3%). Como principal financiador filantrópico, os padrões de investimento da Fundação Bill & Melinda Gates influenciaram as tendências gerais de investimento deste sector: a redução de investimento na SIDA e tuberculose por parte da fundação traçaram uma diminuição generalizada no investimento destas doenças; mais ainda, o aumento do investimento na malária e doenças diarreicas impulsionou um aumento geral do investimento pelo sector. O investimento nas plataformas tecnológicas aumentou, principalmente para as plataformas de diagnóstico (Moran et al., 2011).

O investimento das farmacêuticas associou-se, em 2009, a determinadas actividades das doenças negligenciadas que podiam ser acrescentadas a programas comerciais, aproveitando doenças negligenciadas mais comerciais (tuberculose, pneumonia bacteriana e meningite, SIDA, doenças diarreicas e dengue) (Moran et al., 2011).

A tendência de investigação para desenvolvimento de novos produtos deixou de ser predominante e começou a prestar-se mais atenção à investigação básica. Em 2009 houve uma tendência por parte dos

governos e das instituições públicas de aumentarem o financiamento na área da investigação básica e diminuïrem no desenvolvimento de produtos com risco elevado (Moran et al., 2011).

Apesar da crise financeira global, o financiamento para I&D em doenças negligenciadas aumentou em 2009. Todavia, aumentar o financiamento não se revela suficiente uma vez que são necessárias aplicações eficientes e produtivas deste financiamento, ou seja, uma estratégia, para a criação de novos produtos. Deste modo, os financiadores terão de evitar a duplicação e apontar os seus investimentos para grupos que podem realmente criar novos produtos e para áreas com elevado impacto. De forma a decidir de um modo sustentado são necessárias ferramentas de avaliação do impacto do investimento bem como mecanismos de informação e coordenação (para se evitar uma grande dispersão de investimento com vários financiadores mais pequenos a concederem subsídios que embora sejam relevantes não são suficientes ou bem focados para produtos necessários para combater as doenças) (Moran et al., 2011)⁷.

A ajuda dos doadores para o sector da saúde tem aumentado (mesmo com a diminuição da APD global) o que se deve à tomada de consciência da ameaça que as doenças infecciosas representam para a segurança mundial e da sua transmissão através de viagens, comércio e emigração, bem como da entrada no mundo da ajuda de actores filantrópicos privados. Mesmo assim, os valores actuais de APD para a saúde não são suficientes pedindo-se um aumento destas quantias (WHO, 2003).

De acordo com a WHO (2003), os actuais montantes de investimento em saúde dos países em desenvolvimento são muito reduzidos tendo em conta as necessidades. Esta fraca participação deve-se a falta de recursos e comprometimento político. Estes países devem utilizar os recursos que possuem de uma forma mais eficiente, de modo a alcançar os mais pobres e aumentar em 2% até 2015 os montantes para o sector da saúde. É, igualmente, necessário que os investimentos dos doadores aumentem para ajudar os países mais pobres com problemas no sector da saúde. Aqui incluem-se as intervenções essenciais em saúde, a cobertura dos serviços, a investigação e desenvolvimento e acções relevantes para as populações em geral e para a saúde pública. Assim, exige-se que em 2015 sejam destinados para esta área 38 mil milhões de dólares.

O relatório *Health, Economic Growth, and Poverty Reduction* levado a cabo pela WHO, em 2002, refere que todos os anos milhões de pessoas que vivem em condições de pobreza morrem devido a doenças preveníveis ou tratáveis porque os sistemas de saúde não cobrem todas as pessoas e as mais pobres são as que mais sofrem. O relatório conclui que os esforços que se têm encetado não são suficientes e que é preciso mais dinheiro e um maior compromisso político e organizacional.

De um modo geral, o financiamento para investigação que conduza a resultados significativos nos países em desenvolvimento terá de ser mais elevado por parte do sector público em todo o mundo. Assim, o *sector público nos países ricos* deve dar maior prioridade nos seus programas nacionais de investigação a

⁷ Todos os valores que aqui foram descritos resultaram de um inquérito levado a cabo pelo G-FINDER (Global Funding of Innovation for Neglected Diseases) – uma pesquisa sobre investimento global em investigação e desenvolvimento de novos produtos para doenças negligenciadas - com valores referentes a 2009 mas que só foi publicado em 2011. Neste inquérito foram questionados 218 financiadores. Deste modo, os resultados apresentados podem não representar a totalidade do universo da ajuda. Contudo, estes são os únicos dados encontrados no domínio das Doenças Tropicais Negligenciadas.

investigação básica em doenças endémicas dos países pobres, assegurar a inclusão de mais investigação em saúde em programas de desenvolvimento financiados por meios bilaterais e multilaterais, dar maior apoio a parcerias de desenvolvimento de produto e apoiar investigação em determinantes sociais, políticos e económicos de saúde. Por seu turno, o *sector público dos países em desenvolvimento* deve destinar mais recursos para investigação em saúde, estabelecer prioridades de investigação com base nas necessidades, desenvolver canais de financiamento e ambientes políticos que reforcem as capacidades de investigação em saúde, desenvolver e reforçar sistemas nacionais de investigação em saúde, apoiar o desenvolvimento de sistemas de inovação que possibilitarão a novas empresas criarem novos produtos necessários para irem ao encontro das doenças (Global Forum for Health Research, 2006).

É preciso ter em conta que a investigação não é a única resposta. Muitas mortes podem ser evitadas pela aplicação mais eficaz de tratamentos conhecidos e medidas de prevenção. A falha na implementação de tratamentos já conhecidos pode estar relacionada com pobreza, indiferença política, factores socioculturais e corrupção. Todavia, a investigação tem um papel essencial: ajuda a descobrir quais os factores que são um obstáculo à implementação dos tratamentos e que têm de ser removidos e quais os factores que têm de ser adaptados a cada contexto, e fornece novos conhecimentos, ferramentas e produtos quando os anteriores estão a falhar ou são desadequados (Global Forum for Health Research, 2006).

4.3. SAÚDE E...

A temática da saúde relaciona-se com vários aspectos importantes para o desenvolvimento dos países e que foram sendo referidos ao longo dos documentos consultados e analisados. Para terminar este capítulo considero relevante abordar tais aspectos na medida em que o investimento em saúde potencia a resolução destas questões.

➤ DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO

Uma população saudável é uma condição para alcançar o crescimento económico. Normalmente, a saúde é vista como um produto final do crescimento, isto é, as pessoas com maiores rendimentos são mais saudáveis pois detêm um maior controlo sobre os bens e serviços benéficos para a sua saúde (melhor nutrição, acesso a água potável, a saneamento e a serviços de saúde de qualidade). Contudo, uma nova forma de pensar surgiu e considera-se que a saúde estimula o crescimento económico. Este novo pensamento ultrapassa e realinha os motivos justificativos (humanitários e de equidade) de despesa na saúde. A riqueza leva à saúde mas a saúde também deve ser vista como um input do crescimento económico na medida em que os países com populações saudáveis e educadas estão melhor posicionados para crescerem (Bloom & Canning citados em WHO, 2002). Os trabalhadores mais saudáveis têm mais energia e força, física e mental. São mais produtivos e auferem salários mais elevados. Uma má saúde pode significar que as pessoas que estão capazes de trabalhar têm uma menor produtividade, vidas profissionais reduzidas e um grande número de dias perdidos devido a doença (Banco Mundial citado em WHO, 2002).

➤ POBREZA

Pobreza e saúde estão intimamente ligadas: a má saúde não incentiva o desenvolvimento económico nem a redução da pobreza. As pessoas pobres e com má alimentação, que vivem em condições precárias e com falta de água potável correm um maior risco de contrair doenças e de morrer pois a probabilidade de recorrerem a serviços médicos e o acesso a medicamentos essenciais e medidas preventivas é muito reduzido. A má saúde incentiva a pobreza já que as pessoas doentes têm uma maior probabilidade de serem pobres e nela permanecerem pois os adultos não conseguem ir trabalhar e as crianças não conseguem ir à escola e, posteriormente, ter um futuro melhor. Investir no domínio da saúde pode ajudar a incentivar o crescimento económico e a reduzir a pobreza e não apenas o contrário (WHO, 2003).

A pobreza é associada a fracos resultados na área da saúde, a perda de saúde ou a existência de doenças graves que podem conduzir à perda de rendimento. As pessoas pobres estão normalmente num círculo vicioso: a pobreza conduz a má saúde, o que, por sua vez, mantém as pessoas pobres (WHO, 2002).

➤ DESIGUALDADE

Nos países pobres o rendimento protege contra muitas das causas de doenças (más condições sanitárias, condições precárias de habitação e de trabalho, má nutrição, etc.). Ao reduzir a desigualdade de rendimento, a saúde da população pode sair melhorada pela razão de que os efeitos de rendimento na saúde são maiores entre os mais pobres do que entre os mais ricos. O efeito do rendimento na redução da probabilidade de morte é muito maior no fundo da distribuição de rendimento do que no topo da distribuição (WHO, 2002).

5. AS FUNDAÇÕES

“(...) Foundations remain ‘black boxes’, little known and even less understood”

(Diaz citado em Anheier & Toepler, 1999, p. 14)

5.1. O CONTEXTO FUNDACIONAL

As fundações são consideradas um fenómeno económico, político e social. Contudo, pouco é sabido acerca das fundações e parte deste problema prende-se com os diferentes actores que estão envolvidos (associações, governo, cidadãos) e à grande diversidade de motivos que representam (Anheier & Toepler, 1999).

De há uns anos para cá, o interesse pelas fundações tem aumentado em vários países. No início da década de 80 começou-se a notar uma reversão na tendência de declínio do tamanho e relevância do sector das fundações que caracterizaram os 20 anos anteriores (Anheier & Toepler, 1999). Fazendo parte de uma reavaliação do papel do Estado na sociedade moderna (Salamon & Anheier citados em Anheier & Toepler, 1999) as fundações foram (re) descobertas (Renz, Mandler, & Tran; Neuhoff; Strachwitz & Toepler citados em Anheier & Toepler, 1999).

As fundações estão a tornar-se cada vez mais visíveis e são, normalmente, discutidas em termos das suas contribuições para áreas tão variadas como a caridade, investigação, arte, cultura, cuidados de saúde,

assistência humanitária, entre outras. São também reconhecidas pelo seu papel na atribuição de reconhecimento público a actos académicos, artísticos e altruístas. Deste modo, a sua função é destinar recursos privados para o benefício público mas sempre numa base voluntária (Anheier & Daly, 2007).

De acordo com o EFC (2006), na sociedade globalizada em que vivemos, as fundações, “entidades privadas da sociedade civil com fins públicos” (EFC, 2006, p. 4), desempenham um papel cada vez mais relevante na “promoção do benefício público e dos bens públicos globais” (EFC, 2006, p. 4), tarefa tradicionalmente reservada para o Estado. O carácter das fundações possibilita-lhes investir com riscos, colaborando para a transformação nas políticas públicas, para o crescimento e implementação de novas ideias, sendo um actor neutro junto das diversas partes interessadas (fazem a ligação entre os governos, sector empresarial e sociedade) mas tentando inculcar especificidades próprias nas suas acções de interesse geral. Para além disto, as fundações incentivam a diversidade de ideias e soluções, a colaboração internacional, encarando as situações geradas (de turbulência ou não) como um desafio. As fundações, como intervenientes não-estatais, também se têm salientado pela sua influência na criação de agendas graças ao seu poder em termos de recursos e intervenção.

A existência de organizações não lucrativas por todo o mundo tem sido explicada tendo como referência a falha do governo e/ou mercado, sendo que estas organizações surgem com o intuito de preencher falhas (gaps) para ir ao encontro de necessidades insatisfeitas (Weisbrod citado em Anheier & Daly, 2007). Estas organizações transmitem confiança em situações em que há informação assimétrica pois o alcance do lucro não é a sua principal motivação (Hansmann citado em Anheier & Daly, 2007).

A relação aparente entre o aumento das riquezas privadas e o número de novas fundações tem sido criticada. Especialmente nos EUA, a discussão nos anos 50 e 60 concentrava-se na suspeita de que as fundações eram simples abrigos de impostos para os mais ricos. As políticas de impostos que beneficiavam as fundações privadas eram vistas mais como favorecedoras dos ricos do que da sociedade em geral. Nos EUA, o aumento do número de fundações coincidiu com o da desigualdade de rendimentos (Anheier & Toepler, 1999).

A fundação moderna é normalmente entendida como uma invenção verdadeiramente americana (Anheier & Toepler, 1999). Existem referências que as fundações são uma resposta exclusiva deste país face ao problema de excesso de riqueza, numa sociedade com uma redistribuição de rendimentos limitada. Apesar de as fundações já existirem antes, considerou-se que em nenhuma outra civilização tais instrumentos foram tão utilizados como nos EUA, ao ponto de as fundações se terem tornado o principal recurso americano para aplicar grandes quantidades de riqueza (Lindeman citado em Anheier & Toepler, 1999).

Torna-se claro que o crescimento das fundações americanas no início do século XX salienta a sua função financeira e redistributiva e negligencia a função de prestação de serviços (uma das principais razões de existência das fundações europeias) (Anheier & Toepler, 1999).

De acordo com de Borms (2005), o sector fundacional é muito diversificado e as fundações são consideradas inovadoras, agentes de mudança e a voz da sociedade civil. As fundações têm uma grande capacidade para mobilizarem grandes quantidades de recursos financeiros e humanos. Devido ao seu carácter especial, exige-se que no desempenho dos seus papéis as fundações criem valor. Mais ainda, as fundações devem ir para além do alívio dos problemas sociais e políticos, actuando de um modo mais estratégico. Um

papel que as fundações devem assumir é o de coordenação, isto é, ser um “espaço” de discussão fundamentada entre os vários actores, o que permite preparar terreno para tomadas de decisão e elaboração de políticas mais inclusivas. É também necessário que as fundações demonstrem liderança em assuntos que são globais devido aos desafios de dimensão global que se colocam às sociedades e que exigem respostas globais.

de Borms (2005) afirma que as fundações são parte integrante do que já existe, estando profundamente ligadas à estrutura nacional dos países em que se localizam. Contudo, as fundações têm de prestar contas não só aos seus doadores mas à sociedade em geral. As fundações não devem apenas criar valor mas devem fazê-lo para justificar os seus privilégios.

De acordo com John Richardson, ex-Director Executivo do CEF que participou no VIII Encontro Nacional de Fundações em 2004, na UE dos 15, nesse ano, existiam cerca de 200.000 fundações e perto de 15.000 destas eram de utilidade pública. Na última década do século XX, o número de fundações aumentou rapidamente sendo as áreas de actuação mais comuns a educação, arte, cultura, saúde, ciência, serviços sociais, desenvolvimento das comunidades e habitação.

5.1.1. O QUE SÃO AS FUNDAÇÕES?

As fundações são instituições políticas mas não no sentido de se relacionarem com os partidos políticos. As fundações representam agendas privadas que executam acções em domínios públicos fora do controlo público maioritário directo (Karl & Katz, Anheier & Toepler, Prewitt citados em Anheier & Daly, 2007). Assim, pode-se dizer que as fundações são políticas na medida em que a sua legitimidade está dependente das preferências políticas e dos enquadramentos institucionais e de regulação existentes que não podem ser tidos como garantidos pois alteram-se ao longo do tempo (Anheier & Daly, 2007).

A independência política, legal, cultural e social das fundações está no centro da sua natureza política (Anheier & Daly, 2007). De acordo com Anheier & Leat (citados em Anheier & Daly, 2007), as fundações são das instituições mais livres e independentes das sociedades modernas na medida em que são livres e independentes das forças de mercado e do desejo político, o que lhes permite ignorarem os limites políticos e profissionais e assumirem riscos.

Embora as fundações existam em sociedades democráticas, elas próprias não são constituídas de forma democrática. Ao expressar primeiramente a vontade do seu fundador, a estrutura organizacional das fundações normalmente não permite uma participação alargada e tomada de decisões fora do círculo limitado de administradores. Deste modo, pode-se dizer que a natureza política das fundações se relaciona com uma tripla independência relativamente às forças de mercado, à escolha pública e aos stakeholders (Anheier & Daly, 2007). O CEF (citado em de Borms, 2005) assume as fundações como uma comunidade diversificada com um desejo comum de associação da riqueza privada ao benefício público. Para o Dr. Emílio Rui Vilar, Presidente do Conselho de Administração da FCG, uma das características de uma fundação é a oportunidade de esta aceitar riscos e de não estar sujeita aos ciclos políticos e de mercado, normalmente temporários (FCG, 2008a).

Historicamente, as fundações estão entre as instituições sociais mais antigas. Os académicos não consideram que a origem das fundações date dos inícios da época medieval mas traçam o seu início na

antiguidade (Coing citado em Anheier & Toepler, 1999; Anheier & Daly, 2007). Ao longo da Idade Média, as fundações eram sinónimo de instituições religiosas que desempenhavam funções em áreas da saúde e educação e em locais como hospitais, escolas e orfanatos. Fazendo parte das estruturas sociais feudais, as fundações eram compostas por membros da aristocracia e do clero, sendo consideradas como o meio institucional para prestar serviços sociais, de saúde e educação. À medida que se caminhou para o final da Idade Média, a presença da classe média urbana entre os criadores de fundações começou a ser mais frequente (Schiller citado em Anheier & Toepler, 1999; Anheier & Daly, 2007). Com o tempo, a burguesia começou a substituir a aristocracia e o clero como grupo doador dominante, tendência que aumentou com o processo de industrialização no século XIX (Anheier & Daly, 2007; Anheier & Toepler, 1999).

Contudo, de acordo com Euglia (citado em Anheier & Toepler, 1999) e Archambault et al. (citados em Anheier & Daly, 2007), nem todos os países assistiram ao crescimento do número e influência das fundações durante a fase de industrialização. Sendo identificadas com o antigo regime, as fundações permaneceram banidas em França depois da Revolução de 1789 e enfrentaram um enquadramento legal muito restritivo até ao século XX.

Segundo Anheier & Toepler (1999) e Anheier & Daly (2007), em muitos países europeus, os últimos anos do século XIX e o início do século XX foram um período de crescimento e expansão das fundações, na sua generalidade. Pelo contrário, no período compreendido entre 1914 e 1949, o mundo fundacional europeu sofreu com as revoltas económicas e políticas que se foram vivendo (inflação, guerras, regimes totalitários), sempre num ambiente de incerteza e declínio. Apenas a partir da década de 80 é que as fundações europeias cresceram em número e tamanho apesar de não haver uma tendência uniforme em todo o continente.

Relativamente àquilo que se entende por fundação, o seu conceito não está definido de forma unânime. Segundo Anheier (citado em Anheier & Daly, 2007), uma fundação possui as seguintes características:

- Entidade baseada em propriedade/bens financeiros ou de outro tipo. A fundação deve apoiar-se num documento, normalmente uma carta, que dá à entidade objectivos e uma relativa permanência como organização;
- Entidade privada, pois as fundações estão institucionalmente separadas do governo e são não-governamentais no sentido de serem estruturalmente separadas das agências públicas. Assim, as fundações não exercem autoridade governamental e estão fora do controlo maioritário directo;
- Entidade que se auto-governa, porque controla as suas actividades;
- Entidade distributiva não-lucrativa, porque não pretende obter lucro criado pelo uso dos seus bens ou actividades comerciais para distribuir pelos seus proprietários, membros, administradores ou directores como um rendimento. Assim, os objectivos comerciais não são essenciais para a orientação das fundações;
- Objectivo público, na medida em que as fundações devem fazer mais do que ir ao encontro das necessidades de uma determinada categoria ou grupo social. As fundações são uma propriedade privada que prossegue fins públicos.

De acordo com Anheier & Toepler (1999), a ideia de fundação é a transferência de propriedade de um doador para uma instituição independente cuja obrigação é utilizar tal propriedade, e os seus rendimentos, para a prossecução de objectivos específicos durante um período de tempo indeterminado. Uma vez que este processo implica transferência de direitos de propriedade a maior parte dos países cria um enquadramento legal.

Segundo Renz et al. (citados em Anheier & Toepler, 1999), uma fundação é uma organização não governamental e sem fins lucrativos, com fundos próprios (normalmente de uma única fonte que pode ser um indivíduo, uma família, etc.), com programas geridos pelos seus administradores e directores, criada para manter ou apoiar actividades na área social, da educação, religião, caridade ou outras actividades que influenciam o bem-estar geral através, essencialmente, de concessões a outras organizações não lucrativas.

Para definir o que é uma fundação, o CEF adoptou a perspectiva de grantmaking (concessão de fundos e exercício indirecto das suas actividades) e a ideia acerca da origem dos recursos financeiros da definição americana; contudo, também considera as fundações que praticam fund-raising (fundações que financiam e levam a cabo as suas próprias actividades de forma directa) e que são financiadas pelo governo, existentes em países europeus (Anheier & Toepler, 1999).

Segundo Marcello Caetano (citado em Macedo, 2001), uma fundação é uma organização que pretende prosseguir um fim duradouro, existindo um património para tal. Para Ana Prata (citada em Macedo, 2001), por fundação entende-se que é uma pessoa colectiva que possui determinados bens que estão permanentemente destinados a realizar um certo fim, normalmente altruísta.

De acordo com Lucas Pires (2011), as pessoas colectivas públicas ou privadas, e que se identificam como fundações, caracterizam-se pela alocação de uma grande quantidade de bens para a prossecução de um determinado fim, frequentemente altruísta. Para Baptista (2003), uma fundação é uma entidade de direito autónomo na medida em que não se assemelha à pessoa que a cria nem que a administra e possui património próprio destinado ao alcance dos seus objectivos.

Também há quem defina fundação distinguindo entre fundação pública e fundação privada. De uma forma genérica, enquanto uma fundação pública é criada por iniciativa estatal e formada por bens públicos, uma fundação privada é criada por vontade de um ou mais particulares a quem pertence a grande quantidade de património que será destinado à nova instituição. Normalmente, as fundações públicas são criadas por decreto-lei e as fundações privadas por um acto entre vivos ou após a morte (por intermédio de testamento), existindo a possibilidade de atribuição do estatuto de utilidade pública neste último caso (tendo em atenção o património e os fins que a fundação pretende prosseguir): o estatuto é atribuído se a instituição prosseguir fins de interesse geral e colaborar com a administração central ou local. Quanto ao regime de aplicação de normas, as fundações públicas regem-se por normas de direito publico-administrativo e as fundações privadas pelo direito civil. Contudo, tem ocorrido a criação de fundações por parte de pessoas colectivas públicas mas reguladas pelo direito privado (Baptista, 2003; Lucas Pires, 2011). De acordo com Baptista (2005, p. 56), “uma fundação é uma instituição de carácter misto” na medida em que se rege pelo direito privado mas está orientada para a prossecução de objectivos de interesse geral que podem coincidir com objectivos normalmente prosseguidos pelo Estado. Já Andrews (citado em Baptista, 2003) considera que uma

fundação é uma instituição que não pertence ao Estado, com património próprio, que pretende realizar objectivos de interesse geral (educação, arte, ciência e caridade) e que detém os seus órgãos de gestão.

Para Lanzón (citado em Baptista, 2005) as fundações são:

- Pessoais, porque tentam alcançar os desejos do seu fundador que é quem define os fins de interesse geral pelos quais a fundação deve seguir as suas acções;
- Selectivas, na medida em que o essencial é o alcance das suas finalidades estatutárias;
- Plurais, pois o universo fundacional é composto por diversos tipos de fundações que desempenham funções em várias áreas (social, cultural, ambiental, educação, formação, etc.) de interesse geral ou social.

Segundo Lucas Pires (2011), as fundações podem classificar-se em:

- ❖ Fundações privadas: instituídas por iniciativa privada e regidas pelo direito privado, às quais pode ser atribuído o estatuto de utilidade pública (tendo em conta o património e os fins que a fundação pretende prosseguir);
- ❖ Fundações de solidariedade social - têm objectivos específicos na área da solidariedade social que se manifestam através de apoio prestado a crianças, jovens e famílias mais pobres, idosos, inválidos, na promoção da saúde, educação, formação profissional e habitação; sujeitam-se à tutela administrativa (Macedo, 2001) - e fundações religiosas;
- ❖ Fundações públicas: instituídas por iniciativa pública, por decreto-lei, caracterizadas como pessoas colectivas públicas, pertencem ao âmbito dos institutos públicos e regem-se pelo mesmo regime jurídico destes – Código de Procedimento Administrativo. O Estado exerce poder sobre elas e são controladas pelo Tribunal de Contas. Segundo Macedo (2001), prosseguem interesses públicos, nem sempre iguais aos do Estado, exercem poderes de autoridade e possuem personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial;
- ❖ Fundações públicas de direito privado: instituídas por iniciativa pública, por decreto-lei, o seu património é predominantemente público e regem-se pelo direito privado;
- ❖ Fundações de direito privado e utilidade pública: instituídas por iniciativa pública, por decreto-lei e regem-se pelo direito privado.

Para além destas, e de acordo com Macedo (2001), as pessoas colectivas de direito privado e de interesse público podem também ser constituídas por instituições de mera utilidade pública e de utilidade pública administrativa. Embora sejam entidades privadas estão sob um regime específico do Direito Administrativo na medida em que cooperam com a administração pública para a prossecução de fins públicos. Todas as fundações devem prosseguir interesses de carácter colectivo, que não sejam interesses do fundador. Contudo, também existem fundações de utilidade particular cujos fins são de especial interesse para as comunidades locais. As fundações privadas podem ser de utilidade pública ou de utilidade particular.

Assim, Macedo (2001) refere que existem:

- Fundações de utilidade pública administrativa: os seus fins assemelham-se a atribuições relevantes da Administração Pública. Nesta categoria incluem-se fundações com fins humanitários, de beneficência, de educação e de assistência. São criadas por iniciativa privada, não podem ser administradas pelo Estado e pretendem colmatar uma falha do poder público. Adquirem o estatuto de utilidade pública aquando da sua constituição. São consideradas entidades privadas que apenas trabalham em conjunto com a Administração Pública, não estando incluídas no sector público.
- Fundações de mera utilidade pública: aqui incluem-se todas as pessoas colectivas de utilidade pública com fins de interesse colectivo e que colaboram com a administração pública a nível central ou local. A influência da Administração Pública no funcionamento deste tipo de fundações é reduzida.

As fundações que financiam terceiros (grant-making) são normalmente vistas como o protótipo da fundação moderna (Toepler citado em Anheier & Daly, 2007). Enquanto nos EUA mais de 90% das fundações existentes concedem subsídios a terceiros (grant-making), a maioria das fundações europeias também realiza actividades e presta serviços (operating). De um ponto de vista histórico, inicialmente as fundações eram, na sua essência, instituições que prestavam serviços (hospitais, escolas, orfanatos), apesar de existirem algumas que distribuíam dinheiro e contribuições em género (comida, terra) (Karl & Katz, Bulmer citados em Anheier & Daly, 2007).

Assim, de acordo com Anheier & Daly, (2007), existem 3 categorias de fundações:

1. Fundações que concedem subsídios por meio de bens que foram doados (grant-making);
2. Fundações que prestam serviços e realizam actividades, levando a cabo os seus próprios programas e projectos (operating)
3. Fundações mistas, ou seja, fundações que realizam os seus programas e projectos e estão amplamente ligadas ao grant-making (este é o caso da FCG).

5.1.2. PAPÉIS DAS FUNDAÇÕES

De acordo com Prewitt (citado em Anheier & Daly, 2007), existem 4 papéis essenciais para as fundações, sendo eles: redistribuição, eficiência, mudança social e pluralismo. Segundo Anheier & Leat (citados em Anheier & Daly, 2007), a promoção do pluralismo é vista como envolvendo fundações que promovem a diversidade e a experimentação social, protegem as liberdades civis e actuam como um actor alternativo ao Estado em determinadas áreas políticas. Prewitt (citado em Anheier & Daly, 2007) afirma que as fundações estão bem posicionadas para facilitar e promover o pluralismo. A sua independência significa que não estão sujeitas aos mesmos constrangimentos que o mercado e o sector público. Deste modo, e de forma semelhante, a promoção da inovação é também vista como uma área específica de actuação das fundações pois considera-se que estão bem posicionadas pela sua independência para assumir riscos no financiamento de projectos inovadores. Assim, pode-se dizer que as fundações são inovadores sociais.

De acordo com Anheier & Daly (2007), os papéis que uma fundação pode assumir são:

- **Complementaridade:** as fundações prestam serviço a grupos cujas necessidades não são completamente satisfeitas sob condições de diversidade de procura e limites ao orçamento público. A ideia de complementaridade é a de fazer o que o Estado não consegue e colmatar falhas em áreas que têm sido negligenciadas por este.

Existem 3 formas principais das fundações colmatarem as falhas das actividades ou serviços realizados pelo Estado: primeira, prestação de recursos financeiros para fornecimento de determinados serviços; segunda, podem ir ao encontro de necessidades de certos grupos da sociedade; terceira, as fundações operativas (operating) ou mistas podem estar ligadas à prestação de serviços (escolas, hospitais, orfanatos). A complementaridade refere-se à cooperação através da parceria, negociação, apoio ao Estado por meio de grant-making, preenchimento de gaps onde o Estado falha a agir ou não tem agido de modo suficiente.

- **Substituição:** as fundações substituem a acção que anteriormente pertencia ao Estado e tornam-se fornecedores de bens públicos e quase-públicos.
- **Redistribuição:** refere-se à ideia de que o principal papel das fundações é promover e praticar a redistribuição de recursos económicos dos grupos com maior rendimento para os de menor. As fundações que praticam fundraising (tal como em Portugal) estão mais centradas no papel de mobilização de recursos e não tanto de redistribuição.
- **Inovação:** as fundações estão ligadas à promoção da inovação nas percepções sociais, valores, relações e acções. De acordo com Anheier & Toepler (citados em Anheier & Daly, 2007), este papel está amplamente de acordo com a expectativa de que as fundações estão idealmente posicionadas para facilitar a inovação, assumir riscos e agir como capital de risco filantrópico devido ao facto de serem independentes financeira e politicamente.
- **Mudança social e política:** as fundações tentam promover a mudança estrutural e uma sociedade mais justa, reforçando o reconhecimento de novas necessidades e o empowerment dos mais excluídos socialmente. Enquanto a redistribuição está associada a conceitos tradicionais de caridade, o papel de mudança social e política está ligado à filantropia, ou seja, ir ao encontro das causas dos problemas (Prewitt citado em Anheier & Daly, 2007).
- **Preservação de tradições e culturas:** as fundações discutem a mudança e preservam lições passadas. Este papel está também associado a conotações negativas pois pensa-se que as fundações estão muito presas ao passado e não olham para o futuro, não sendo progressivas (as fundações querem ser vistas como progressivas/inovadoras, eficientes e que olham para o futuro).
- **Promoção do pluralismo:** as fundações promovem a experimentação e a diversidade, protegem as liberdades civis, desafiam domínios da política social, económica, ambiental e cultural.

As fundações desejam ser vistas como entidades inovadoras, independentes (apesar da complementaridade com o Estado) e com capacidade para influenciar a mudança social e política (Anheier & Daly, 2007).

Tal como refere Andrews (citado em Anheier & Toepler, 1999), as fundações são especialmente qualificadas para possibilitar a inovação, assumir riscos sociais, servir como capital de risco filantrópico e ter uma capacidade especial de inserção em campos controversos. Para Anheier & Toepler (1999), a identificação destas competências especiais deve-se ao facto de se considerar que as fundações são amplamente livres de controlo externo directo (não estão sujeitas a prestação de contas perante os eleitores, membros ou accionistas). Como normalmente são financiadas por doações, as fundações e os administradores estão frequentemente apenas ligados ao desejo do seu doador. Um estudo da Fundação Ford datado de 1949 e referido em Andrews (citado em Anheier & Toepler, 1999, p. 12) refere que a liberdade de complicações, pressões, legislação e interesses favorecem uma fundação com uma liberdade de acção que poucas organizações possuem.

Relativamente ao âmbito das funções desempenhadas pelas fundações, estas podem assumir uma posição de doadores, investidores ou empresários, evoluindo de financiadores passivos para colaboradores proactivos que estabelecem as suas próprias tarefas (Anheier & Toepler, 1999).

A maioria das fundações é limitada na sua capacidade para adoptar estratégias proactivas que procuram a inovação e riscos financeiros de elevado impacto (Anheier & Toepler, 1999). Leat (citado em Anheier & Toepler, 1999) refere que a cultura mais comum é a de doação. Assim, é necessário adoptar uma perspectiva diferente e mais diversificada das fundações (Anheier & Toepler, 1999).

Para de Borms (2005), as fundações desempenham vários papéis entre os quais:

- **Caridade:** no início do século XX o trabalho de muitas fundações alterou-se de caridade para a filantropia, ou seja, de uma instituição que ajuda os que mais necessitam para uma que se deseja que altere as causas dos problemas. Contudo, ambas as formas de agir têm em comum o alívio da pobreza através de investimentos privados. Anheier (citado em de Borms, 2005) refere que, na realidade europeia, as fundações actuam de forma a prosseguir os seus objectivos por meio de um misto de actividades de grant-making e de desenvolvimento de programas e projectos próprios.
- **Assistência e prestação de serviços:** através da construção de escolas, instituições para pessoas com cuidados especiais, hospitais, habitações para mulheres e sem-abrigo, etc.
- **Redistribuição e substituição:** de acordo com Anheier & Leat (citados em de Borms 2005), a redistribuição de recursos ajuda a criar uma sociedade mais justa, sendo também uma forma de lidar com as consequências negativas dos mercados. Prewitt (citado em de Borms, 2005) defende que as actividades de grant-making das fundações são consideradas redistributivas. A riqueza que permite a criação das fundações provém dos estratos mais elevados da sociedade e como estas beneficiam os mais pobres pode-se dizer que ocorre redistribuição.

As fundações podem, também, assumir um papel de substituição quando o Estado ou o mercado falham na prestação de serviços ou o sector dos serviços está a chegar ao seu limite.

- **Reforço do pluralismo e complementaridade:** o pluralismo é fundamental para uma sociedade aberta e democrática e que normalmente se expressa através da sociedade civil, ONG e associações. Anheier & Leat (citados em de Borms, 2005) afirmam que o facto de as fundações poderem agir

fora dos sistemas políticos e dos partidos, governo e administração pública possibilita o apoio a questões não desejadas pela maioria política. As fundações são também consideradas como a voz da sociedade civil. No que toca à complementaridade, as fundações apoiam e financiam onde os governos falham.

- ***Incentivo à mudança social e política:*** há autores que defendem que este é um papel essencial das fundações. De acordo com o CEF (citado em de Borms, 2005) as fundações normalmente desempenham um papel relevante como líderes, desafiando o risco. As fundações ajudam a chegar à mudança, através da investigação de soluções inovadoras para problemas sociais.
- ***O papel do futuro - as fundações como coordenadoras:*** por um lado, as diversas organizações existentes na sociedade civil têm as suas próprias agendas, determinadas por vontades políticas demonstradas pelos seus doadores ou membros. Por outro lado, as organizações internacionais não têm o espaço ou as estruturas necessárias para atender cada organização da sociedade civil. Assim, as fundações podem desempenhar um papel muito importante ao ajudar a resolver esta questão, apresentando-se como uma plataforma neutra, aberta e criativa, para discussões fundamentadas, o que permite preparar terreno para tomadas de decisão, para a elaboração de políticas mais inclusivas e para a criação de respostas inovadoras. Nesta plataforma podem estar vários stakeholders e grupos de interesse, tal como o governo, associações, etc. que expressam ideias de uma forma livre e descobrem novas formas de pensamento. O CEF (citado em de Borms, 2005) atribui um importante papel às fundações, que é o de trazer novos actores para as tomadas de decisão, o que permite desenvolver um processo de mudança mais próximo das comunidades. À medida que as sociedades se tornam cada vez mais complexas o papel de coordenação surge como dominante (de Borms, 2005).

5.1.3. AS FUNDAÇÕES E O ESTADO

Em várias épocas da história, as relações entre o Estado e as fundações foram marcadas pelo conflito. A relação entre Estado e fundações, embora às vezes tensa, é regulada na maior parte dos países por leis que estabelecem o âmbito da supervisão e poder discricionário do Estado. A par da supervisão governamental está o envolvimento directo do governo, ou seja, as autoridades estatais como financiadores ou colaboradores das fundações (Anheier & Toepler, 1999).

A divisão histórica de trabalho entre o Estado e as fundações está a mudar. Tradicionalmente, as fundações concediam dinheiro para projectos inovadores, depois ajudavam tais projectos a comprovarem o seu mérito junto da sociedade, e, conseqüentemente, confiavam ao Estado a continuação dos projectos. Contudo, o governo está a tentar inverter esta ordem ao financiar projectos-piloto por sua conta na esperança de atrair instituições (e fundações) privadas com o intuito de conseguir apoio contínuo. O estilo de gestão reactivo que caracterizou as políticas das fundações tem de ser substituído por novos papéis proactivos (Anheier & Toepler, 1999).

A importância de estudar as fundações prende-se com o facto de elas indicarem as orientações de longo prazo e mudanças nas relações entre responsabilidades públicas e privadas e entre riqueza privada e bem

público. Como empresários filantrópicos, as fundações podem inovar e promover novas tendências e desenvolvimentos e apoiar determinados públicos que não estão incluídos no mercado nem no sector público. As fundações representam agendas privadas em arenas públicas (Anheier & Toepler, 1999).

Durante o VIII Encontro Nacional de Fundações, realizado em 2004, o Presidente do Conselho de Administração da FCG, Dr. Emílio Rui Vilar, referiu que existem 4 níveis essenciais que possibilitam a caracterização das várias relações que podem ser estabelecidas entre as fundações e o Estado:

- **Legislativo:** as fundações são instituições privadas que se regem pelo Direito (em Portugal, é o Código Civil), sendo legisladas pelo Estado. Enquanto legislador, o Estado tenta controlar o modo de constituição, organização e actuação das fundações.
- **Fiscal:** reflecte uma situação de benefício para as fundações às quais é atribuída o estatuto de utilidade pública.
- **Administrativo:** este nível traduz-se no momento de reconhecimento de uma fundação, em que esta adquire personalidade jurídica. Em Portugal, o reconhecimento é um acto individual e discricionário. Por isso, na opinião do Dr. Emílio Rui Vilar, a lei deveria estabelecer os requisitos mínimos e gerais necessários para a formação de uma fundação que, uma vez cumpridos, deviam ser condição obrigatória para o seu reconhecimento.
- **Acção:** este plano relaciona-se directamente com o que uma fundação deve ser na prossecução dos seus objectivos. A par com a Dra. Teresa Gouveia, umas das actuais Administradoras da FCG, afirmou que neste nível a relação entre fundações e Estado deve ser livre e independente. Deste modo, o Estado deve evitar interferir ou regulamentar em demasia as actividades das fundações bem como as fundações devem desempenhar as suas funções sem dependerem do Estado. Apesar de tudo, esta independência das fundações não deve colocar em questão o seu processo de prestação de contas e de transparência (no caso da FCG todos os anos é publicado um relatório que inclui informação acerca das suas actividades, bolsas e subsídios concedidos, património, investimento e despesa. O site oficial da FCG e a sua Newsletter mensal pretendem, igualmente, dar conta das actividades actuais dos serviços da instituição).

5.1.4. AS FUNDAÇÕES E O TERCEIRO SECTOR

O sector voluntário e não lucrativo é o espaço existente entre o Estado e o mercado, onde preocupações públicas e privadas se juntam. Este sector tem ocupado uma posição cada vez mais visível e crítica na vida política, económica e social. Todavia, a existência de consenso quanto à definição de sector voluntário e não lucrativo é difícil uma vez que muitas das suas principais características e actividades competem com as do sector empresarial e estatal (Frumkin, 2002).

De acordo com o Centro para a Sociedade Civil da London School of Economics (citado em de Borms, 2005), a sociedade civil refere-se ao conjunto de instituições, organizações e comportamentos que se localizam no ponto intermédio entre o Estado, sector empresarial e família, e abarca organizações voluntárias e não lucrativas, instituições de filantropia, associações sociais e políticas, padrões e valores culturais associados a este.

O International Network on Strategic Philanthropy (citado em de Borms, 2005) defende que o conceito de sociedade civil está intimamente ligado com cidadania, limites ao poder do Estado e regulação das economias de mercado. Actualmente, situa-se a sociedade civil entre o Estado e o mercado, ocupando uma posição suficientemente forte para colocar em causa as acções do Estado e do mercado, evitando que estes dominem ou exerçam demasiado poder. Deste modo, a sociedade civil consegue estar inserida em ambos os sectores.

Para Frumkin (2002), existem pelo menos três características essenciais e que estão presentes em organizações do sector voluntário e não lucrativo:

1. ***Não existe obrigatoriedade de participação*** - os cidadãos não podem ser obrigados pelas organizações não lucrativas a despendem o seu tempo ou dinheiro para apoiar qualquer objectivo comum, o que significa que, em princípio, as organizações trabalham pela boa vontade. O carácter não coercivo é também o que mais diferencia este sector do governo. Em alguns casos, o carácter não coercivo do sector voluntário e não lucrativo está mais próximo do mercado que do governo.
2. ***Actuam sem distribuição dos lucros pelos stakeholders*** - as organizações voluntárias não podem efectuar tais distribuições pois devem usar todo o dinheiro que têm para a evolução da organização. Esta característica aproxima o sector voluntário e não lucrativo do Estado e afasta-o do sector empresarial.
3. ***Existem sem limites simples e claros de propriedade e prestação de contas*** - as organizações voluntárias e não lucrativas não têm linhas claras de propriedade e prestação de contas. As organizações voluntárias e não lucrativas devem servir muitos indivíduos, não sendo nenhum deles capazes de exercer completo controlo sobre as organizações. Doadores, clientes, gestores, trabalhadores e comunidades locais têm interesses nas organizações não lucrativas mas nenhum destes elementos pode ser claramente identificado como o grupo proprietário.

De acordo com Frumkin (2002), são quatro as funções do sector voluntário e não lucrativo:

- Estímulo do compromisso político e cívico – as organizações locais contribuem para a coesão da comunidade, solidariedade social e para o capital social (normas, redes e laços de confiança);
- Prestação de serviços onde o Estado e o mercado falham;
- Representação de valores individuais e convicções religiosas;
- Ser um meio de empreendedorismo social.

Segundo de Borms (2005), as fundações ocupam uma posição única na sociedade, pois são independentes do mercado e do governo sendo capazes de agir em zonas neutras, fora do sector empresarial e do Estado.

Actualmente, o desafio que se coloca prende-se com a necessidade de alteração da discussão se as fundações devem ser grant-making ou operational, activas ou pró-activas, para como é que se podem tornar mais eficazes, estratégicas e actores que criam valor nas comunidades (de Borms, 2005).

De acordo com o Relatório Balanço e Contas da FCG (2011), o âmbito dos problemas e a escassez de recursos, isto é, trabalhar tendo em vista o curto prazo e o solucionar imediato dos problemas sem preocupação com a identificação e compreensão das suas causas, criam riscos para as intervenções de uma Fundação. Considera-se que este não é o objectivo da filantropia moderna, ou seja, esta não deseja atenuar as causas dos problemas mas sim ajudar a eliminar estas mesmas causas bem como as suas consequências.

5.1.5. EM PORTUGAL...

Segundo o Centro Português de Fundações (1996), a existência de fundações em Portugal e o seu número crescente explica-se, em parte, como reacção e resposta à crise do Estado-Providência. A sociedade civil foi-se apercebendo que a resolução de certos problemas sociais era mais eficaz se a iniciativa fosse assumida por si. O tecido fundacional português é constituído tanto por fundações com influência a nível internacional como também por pequenas fundações, muitas vezes locais, que desenvolvem vários tipos de actividades.

De acordo com Baptista (2005), o número de fundações, a nível europeu e nacional, tem aumentado nos últimos anos e têm surgido novos tipos de fundações, como por exemplo as fundações criadas por empresas. Segundo Baptista (2003), em 2000 o número de fundações privadas portuguesas era de 703 e em Junho de 2002 suponha-se que o número de fundações portuguesas a desempenhar funções era de 450.

Para Baptista (2005, p. 58), o desafio que se coloca às fundações portuguesas é serem capazes de levar a cabo “programas de filantropia estratégica nos sectores mais débeis”, não esquecendo a sua independência política, de gestão e financeira. A decisão relativamente às acções que devem ser prioritárias apenas depende das fundações pois os seus programas são definidos com total independência do poder público. Contudo, isto não significa que as fundações e o sector público não possam trabalhar em cooperação. O estímulo da crítica e inovação é um desafio que se coloca às fundações.

5.2. A FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN

A FCG é uma instituição portuguesa de direito privado e de utilidade pública. É dirigida por um Conselho de Administração que é livre e independente para a governar, tendo sempre como pano de fundo os estatutos da Fundação e a interpretação que se faz em cada momento desses mesmos estatutos (FCG, 2011a). O fundador da FCG, Calouste Sarkis Gulbenkian, era arménio, desempenhava funções como empresário na área do petróleo e era coleccionador de arte. Tendo falecido em Portugal em 1955 onde já se encontrava desde 1942, a FCG foi criada em 1956 através de vontade por si manifestada por testamento (FCG, 2008b).

Aquando da decisão da criação da FCG, em 1956, Portugal era um país pobre e isolado. Apesar dos riscos que a FCG poderia significar para o regime ditatorial – pela sua independência -, foi defendido que a instituição deveria permanecer em Portugal e ser gerida maioritariamente por portugueses (FCG, 2008a).

As áreas de actuação da Fundação são caridade, arte, educação e ciência. Em 2008, a FCG contava com 19 serviços, 7 Programas Gulbenkian e 522 colaboradores. O testamento do Sr. Gulbenkian e os estatutos da FCG são considerados vagos na medida em que apenas define 4 fins – caridade, arte, educação e ciência – e refere que a actuação da FCG deverá ser exercida em Portugal bem como noutra país considerado relevante

pelos seus administradores, que escolhem qual o fim ou fins a prosseguir em cada momento e em cada lugar e a forma mais conveniente para os alcançar. Como não existe uma missão declarada, cabe aos administradores da FCG em cada momento decidir quais as prioridades a seguir e onde, o que permite a alteração da actuação da FCG ao longo do tempo e a sua adaptação às mudanças (FCG, 2008a).

No que toca à divisão das acções pelas 4 finalidades estatutárias, verificou-se que nos primeiros anos era a Educação que absorvia maior quantidade de recursos devido às bolsas de estudo e bibliotecas. Em 1969, ano de inauguração da Sede e do Museu, e depois da abertura do Centro de Arte Moderna, a Arte passou a estar em 1º lugar na absorção de recursos, seguida pela Educação. Apesar de serem 4 as finalidades estatutárias, Arte e Educação são as que absorvem mais recursos; a Beneficência e a Ciência vão alternando entre si qual a que absorve mais recursos ao longo do tempo. Com a alteração da situação do País a partir da segunda metade dos anos 80 (consolidação da democracia, desenvolvimento económico devido à integração europeia, diversidade da oferta cultural, concessão de bolsas de estudo possibilitada pelos fundos da UE), o peso das finalidades estatutárias era o seguinte em final de 2007: Arte – 41%; Educação – 31%; Ciência – 16%; Beneficência – 12%. Apesar destes valores, tem-se tentado aumentar as intervenções nos domínios da Ciência e da Beneficência, através dos recursos destinados ao Instituto Gulbenkian de Ciência e do alargamento a novas áreas da Beneficência (idosos, migrações, crianças em risco, diálogo intercultural) (FCG, 2008a).

Em 2010, a finalidade estatutária Beneficência apresentou um valor de 13,6%, valor abaixo do apresentado em 2009 (14,8%). As finalidades que apresentaram um maior valor em 2010 foram Arte (37,3%) e Educação (26,2%), tal como em 2009 (Arte: 38%; Educação:27,1%). Para 2010, a actividade da FCG em Portugal foi de 78% (em 2009 foi de 80%) e no estrangeiro foi de 22% (em 2009 foi de 20%). Em 2010, a FCG tinha 482 funcionários ao serviço, menos 7 que no ano anterior, e 19 pessoas contratadas a termo, menos 3 que em 2009. A actuação da FCG em 2009 e em 2010 reflectiu-se em actividades distributivas - na concessão de bolsas, subsídios e prémios – e na realização de iniciativas próprias – exposições, concertos, cinema e espectáculos, publicações, conferências, cursos de formação, etc. (Relatório Balanço e Contas, 2011, 2010).

A FCG tem um carácter perpétuo por vontade do seu fundador e que se encontra inscrito nos seus estatutos. As condições para a sua perpetuidade e independência prendem-se com a dimensão e consistência do património da fundação, com o equilíbrio entre o assumir o risco e procurar potencialidades de crescimento e com a qualidade dos recursos humanos (FCG, 2008a).

De acordo com o Presidente da FCG, esta tem uma grande dimensão quanto aos seus domínios de acção e caracteriza-se por uma grande diversidade geográfica (FCG, 2008a). A FCG actua nos PALOP e nas comunidades arménias, e em domínios como o ambiente, a promoção da cultura portuguesa no estrangeiro, a participação em projectos humanitários, o desenvolvimento de investigação científica com grupos de trabalho internacionais, entre outros (FCG, 2008b).

A FCG orienta-se por mecanismos inovadores de actuação possibilitados pelo carácter internacional dos problemas e pela constituição de parcerias. As colaborações entre a FCG e vários actores do sector público e do sector privado, nacionais e internacionais possibilitam o assumir de um papel de liderança no tratamento de questões actuais das sociedades (Relatório Balanço e Contas, 2011).

Relativamente ao modelo fundacional, a FCG é uma instituição mista, o que significa que ao mesmo tempo que pratica grant-making (financia terceiros) é também uma operating foundation (realiza actividades e presta serviços). Nos seus primeiros anos a FCG tinha uma postura mais intervencionista na medida em que Portugal era um país pobre, com uma sociedade civil fraca, que vivia num regime de ditadura (FCG, 2008a). A passagem para um tipo de acção mais interventivo abarca os papéis de financiador, promotor e/ou executor, procurando-se utilizar novas metodologias, novos parceiros e novos financiadores (FCG, 2011b).

Segundo a obra comemorativa dos 50 anos da FCG (FCG, 2008a), quanto à divisão da actuação entre Portugal e o estrangeiro, entre 1956 e 1966 esta era de 50/50. Após o 25 de Abril a intervenção fora de Portugal foi reduzida, tendo atingido os 20%. A partir de 2005, assistiu-se a um novo crescimento da intervenção da FCG no estrangeiro o que inclui a participação em organizações internacionais, sendo o valor em 2007 de 18%. As razões que estão subjacentes à maior participação da FCG em projectos e fóruns internacionais prendem-se com:

- A evolução do país e muitas das dificuldades sentidas nas primeiras décadas de existência da Fundação terem diminuído ou desaparecido;
- Desde 1986 que Portugal pertence à UE, beneficiando de vantagens comunitárias;
- Cada vez mais os problemas colocam-se a nível global, exigindo respostas globais;
- A existência de países e comunidades mais pobres que Portugal;
- O facto de a actuação das fundações a nível europeu dever ser cada vez mais global e levada a cabo em parcerias.

O Dr. Emílio Rui Vilar refere mesmo como exemplo o PGAD, criado em 2003 e que tenta ser o reflexo de uma perspectiva que deixa de apoiar a tradicional relação bilateral entre doador e receptor e defende uma maior coordenação entre doadores (governos, ONG, outras organizações da sociedade civil e instituições internacionais) e entre doadores e receptores (FCG, 2008a).

A finalidade estatutária na qual desempenhei funções é a Beneficência. De acordo com a FCG (2008a), esta finalidade tem-se desenvolvido no âmbito da saúde, assistência social e desenvolvimento humano, com acções centradas nas pessoas e nas situações mais vulneráveis que surgem ao longo do tempo (doença, velhice e infância), através do seu Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano. A actuação da FCG na área da saúde tem-se reflectido no apoio à utilização em Portugal de técnicas inovadoras, na aquisição de equipamento médico inovador em muitas especialidades médicas e cirúrgicas e na realização de estágios de médicos nacionais fora do país, privilegiando-se, assim, a modernização dos sistemas de saúde em termos de qualidade e equidade e assumindo-se uma posição de complementaridade relativamente ao Estado. Assim, a capacidade e qualidade de atendimento aos utentes tem sido melhorada, começou-se a intervir em novas áreas (transplantação) e melhorou-se a acção noutras (cardiologia, oncologia, obstetrícia, oftalmologia, etc.). Para além disto, a humanização dos cuidados de saúde (nos cuidados continuados) também foi tida em conta, levando à criação das unidades de dor e, conseqüentemente, desenvolvimento dos cuidados paliativos. Desde 2000, a FCG tem também estado envolvida no desenvolvimento de projectos que relacionam a investigação com a prática clínica, em que existem parcerias nacionais e/ou internacionais e que atentam no domínio da

velhice, doenças crónicas e saúde pública. A formação de prestadores de cuidados de saúde é, igualmente, uma preocupação da FCG. Mais ainda, a questão da Saúde Global tem assumido uma posição relevante.

Ainda no âmbito da Beneficência surge, igualmente, o PGAD. Desde 1963 que a FCG desempenha funções no domínio da ajuda ao desenvolvimento em países africanos de língua portuguesa, inicialmente através do Serviço do Ultramar, que foi mudando de designação ao longo do tempo, e actualmente através do PGAD (FCG, 2008a).

O PGAD iniciou-se em 2003 e com este pretende-se reestruturar a actuação da FCG nos PALOP, através de uma definição mais rigorosa das prioridades de desenvolvimento económico e social (FCG, 2008a). Este programa tem como objectivo reforçar a capacidade interna dos países parceiros – PALOP e Timor-Leste – através do desenvolvimento das instituições e dos recursos humanos (Relatório Balanço e Contas, 2011, 2010). Deste modo, a qualidade dos serviços e a adequação da resposta às necessidades das populações melhoram (Relatório Balanço e Contas, 2011; FCG, 2008b). Regendo-se pelos ODM, o seu âmbito de actuação é a educação e a saúde (estando o PGAD dividido em PGAD-Saúde e PGAD-Educação), sendo o grande objectivo o da redução da pobreza. O PGAD orienta-se segundo os princípios de concentração da ajuda em áreas prioritárias, harmonização e coordenação das acções com outros actores, co-responsabilização e participação da sociedade de civil local, apoio a projectos plurianuais com apropriação dos resultados pelos beneficiários e reforço de parcerias (FCG, 2008b).

O PGAD é um programa transversal pois é desenvolvido por vários serviços da FCG – Educação e Bolsas, Saúde e Desenvolvimento Humano e, anteriormente, Belas-Artes (serviço já extinto). Deste modo, é possível abarcar vários tipos de problemas de desenvolvimento sendo estes resolvidos pelo serviço que melhor se adequa a cada questão (Relatório Balanço e Contas, 2011, 2010).

De acordo com a FCG (2008a), o apoio da FCG para o desenvolvimento dos países africanos de língua portuguesa pode dividir-se em 3 fases:

- **1ª fase: até à independência dos países**

Desde 1963 até à década de 80, foram realizados projectos na área da protecção social (construção de bairros sociais, construção e aquisição de equipamentos para creches, infantários, lares, orfanatos e asilos), da saúde (luta contra as doenças transmissíveis: paludismo ou malária, tuberculose, cegueira curável) e da melhoria do acesso aos cuidados de saúde por parte das populações (construção e apetrechamento de centros de saúde, maternidades e hospitais). Para além disto, foi apoiada a formação de médicos e não médicos através da construção de escolas e atribuição de bolsas de estudo para especializações na área da enfermagem e pós-graduação de médicos em Portugal e no estrangeiro.

- **2ª fase: os novos PALOP**

No início dos anos 80 criou-se o Serviço para a Cooperação com os Novos Estados Africanos que pretendia desenvolver a sua acção influenciando factores determinantes para o desenvolvimento dos países, tais como a aquisição de equipamento para os hospitais, a melhoria das condições de cobertura médica em áreas de especialidade, a melhoria da qualidade dos serviços prestados em hospitais e centros

de saúde e a formação (inicial e contínua) de recursos humanos de nível médio e superior na área da saúde.

Em 1997, o serviço passou a designar-se Serviço de Cooperação para o Desenvolvimento e a finalidade de apoio ao desenvolvimento aos países africanos de língua portuguesa ganhou maior relevância, não sendo esquecidas as áreas de saúde pública e de reforço dos cuidados primários. Em 1998, Timor-Leste começa a ser apoiado.

- **3ª fase: PGAD**

Em 2003 foi criado o PGAD que visa apoiar projectos cujas prioridades de desenvolvimento sejam reconhecidas pelos países parceiros e que possibilitem a capacitação de instituições e pessoas com vista à sustentabilidade dos mesmos.

De acordo com a FCG (2008a), os domínios de actuação na área da ajuda ao desenvolvimento para a saúde nos países de língua oficial portuguesa são vários mas em todos pretende-se aumentar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde primários, factor essencial no desenvolvimento dos países. Deste modo, desde a década de 80 até 2003 foram sendo apoiados projectos em áreas como a recuperação de infra-estruturas sanitárias (construção, alteração, apetrechamento de estruturas de saúde), formação e especialização de recursos humanos (apoio a estudos, promoção de missões médicas), capacitação de instituições e campanhas de erradicação da pobreza.

Tendo como pano de fundo os ODM, a partir de 2003, com a criação do PGAD, as áreas de intervenção prioritária da FCG no domínio da ajuda ao desenvolvimento na área da saúde passaram a ser saúde pública e saúde materno-infantil, doenças infecciosas (as três grandes doenças mas também as doenças negligenciadas através da melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados prestados) e formação de recursos humanos na área da saúde (capacitação dos profissionais e das instituições de ensino e formação) (Relatório Balanço e Contas, 2011, 2010; FCG, 2008a; FCG, 2008b), nos PALOP e Timor-Leste aproveitando, assim, a experiência anterior com estes países e tirando a máxima vantagem das especificidades da FCG (flexibilidade, independência, capacidade de assumir riscos) (FCG, 2011b). O PGAD-Saúde orienta as suas actividades para áreas prioritárias no domínio da saúde que são identificadas como tal nas Estratégias Nacionais de Redução da Pobreza dos países parceiros (Relatório Balanço e Contas, 2011).

O PGAD-Saúde também abarca projectos de iniciativa própria que são desenvolvidos (promovidos e financiados) em parceria técnica e financeira com autoridades locais e outros parceiros em domínios da saúde relevantes para o desenvolvimento dos países (FCG, 2011b).

6. AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS

Desde 2004, o reconhecimento das DTN como infecções incapacitantes para as pessoas mais pobres do mundo tem ocorrido com muita frequência (Molyneux, 2008). Apesar do grande fardo que representam em termos de doença, as DTN foram sendo ignoradas no âmbito da política de saúde a nível internacional (Liese,

Rosenberg, & Schratz, 2010). De acordo com Hotez et al. (2009), são 3 as características das DTN que fizeram com que as atenções internacionais sobre si aumentassem:

1. Conduzem à pobreza;
2. As estratégias de controlo são baratas e eficazes e podem eliminar algumas das doenças e tornar possível o acesso universal a medicamentos essenciais;
3. O controlo das DTN tem efeitos sustentáveis e simultâneos na redução da pobreza.

Segundo Margaret Chan, Directora-geral da WHO, as DTN são das doenças mais antigas do mundo e foram durante muito tempo ignoradas nas agendas de desenvolvimento nacionais e internacionais (WHO, 2007). Estas doenças continuam a ser uma grande preocupação de saúde pública para a maioria dos países em desenvolvimento (Gyapong et al., 2010).

O Director do Departamento de Controlo de Doenças Tropicais Negligenciadas da OMS, Dr. Lorenzo Savioli, reforça a ideia de que estas doenças receberam pouca ou nenhuma atenção durante muito tempo apesar dos efeitos que as DTN têm no desenvolvimento económico e na qualidade de vida das pessoas (WHO, 2009). Contudo, o reconhecimento destas doenças pela comunidade internacional possibilitou o crescimento de um conjunto de parceiros comprometidos em resolver o ciclo de doença e pobreza associado às DTN, através de recursos e de conhecimentos. Ultrapassar o impacto das DTN representa uma oportunidade de desenvolvimento que não está a ser aproveitada para aliviar a pobreza e ter um impacto directo no alcance dos ODM (WHO, 2010b; ECOSOC, 2009). O controlo das DTN tem efeitos directos no alívio da pobreza e pode reforçar alguns sectores dos sistemas de saúde nos países mais pobres (WHO / The Carter Center, 2008).

6.1. DEFINIÇÕES

De acordo com Liese, Rosenberg, & Schratz (2010), actualmente ainda existe alguma ambiguidade quanto à definição de DTN. Existem 2 formas de definir o que são DTN: a primeira perspectiva considera a negligência como a principal característica; a segunda perspectiva foca-se nas características semelhantes das doenças e nas suas consequências para a pobreza e desenvolvimento. Apesar de inicialmente as definições se concentrarem na característica da negligência, tem-se caminhado para as semelhanças das doenças e do seu impacto.

Assim, para a WHO (citada em Liese, Rosenberg, & Schratz, 2010), as DTN são doenças geograficamente crónicas, que têm consequências negativas graves nas vidas das pessoas mais pobres e que permanecem negligenciadas na agenda global de saúde pública. Para o Global Network for Neglected Tropical Diseases (citado em Liese, Rosenberg, & Schratz, 2010), as DTN são um grupo composto por 13 infecções parasitárias e que atingem mais de 1,4 biliões de pessoas, a maioria das quais vivem com menos de 1,25 dólares por dia. De acordo com a Public Library of Sciences Neglected Tropical Diseases (citada em Liese, Rosenberg, & Schratz, 2010), as DTN são um grupo de doenças infecciosas crónicas que estimulam a pobreza na medida em que acarretam consequências para a saúde e desenvolvimento das crianças, para

situações de gravidez e para a produtividade laboral, que se desenvolvem essencialmente em áreas rurais e em zonas urbanas pobres dos países mais pobres. Outra definição é a do Neglected Tropical Disease Program (citado em Liese, Rosenberg, & Schratz, 2010), que se refere aos efeitos desproporcionais das DTN nas populações pobres e rurais que sofrem com a falta de água potável, condições de saneamento e acesso a medicamentos essenciais, o que resulta em situações de doença, incapacidade, fraco desenvolvimento físico e mental das crianças, cegueira e deformações.

6.2. CARACTERÍSTICAS

A WHO foca-se em 17 DTN que são, principalmente, doenças infecciosas que se desenvolvem em ambientes pobres e em climas tropicais. A maior parte destas doenças são parasitárias e podem ser difundidas através de mosquitos, de água contaminada ou de contaminação dos solos. Os ciclos de transmissão renovam-se em condições de contaminação ambiental, devendo-se esta a fracos padrões de vida e higiene. As DTN concentram-se em ambientes de extrema pobreza, bairros pobres ou em zonas de conflitos (WHO, 2011). Apesar de tudo, em muitas partes do mundo as DTN vão desaparecendo devido à melhoria dos padrões de vida e de higiene (WHO, 2011, 2010b).

De acordo com a WHO (2011, 2010b, 2009), as DTN afectam mais de um bilião de pessoas em todo o mundo (cerca de 1/6 da população mundial), em especial pessoas pobres que vivem em climas tropicais e subtropicais em países da África Subsaariana, Ásia e América Latina. Estas doenças agrupam-se em termos geográficos e sobrepõem-se na medida em que como partilham algumas características as pessoas são normalmente afectadas com mais de uma doença. Todos os países pobres são afectados com pelo menos 5 DTN ao mesmo tempo e mais de 70% dos países em que se regista a presença de DTN são países de baixo e médio-baixo rendimento. As infecções das DTN têm como causa água imprópria (para consumo e para uma higiene cuidada), fracos acessos a serviços de saúde, má nutrição, condições precárias de habitação e fracas condições de saneamento. Estas doenças debilitam, incapacitam, deformam, cegam, mutilam, o que resulta em dor física permanente, estigma social e abuso, e podem até mesmo matar (mais de 500 mil pessoas por ano). Contudo, muitas das DTN podem ser prevenidas, eliminadas ou até erradicadas com a melhoria ao acesso a ferramentas já existentes e que são eficazes, baratas e seguras. De facto, muitas destas doenças podem ser tratadas com medicamentos que custam até 1,5 dólares.

Segundo a WHO (2011, 2010b, 2009), as DTN são um sintoma de pobreza e desvantagem. Perduram em condições de pobreza e concentram-se principalmente em populações pobres dos países pobres. Apesar de as DTN serem temidas pelas populações afectadas, são pouco conhecidas e mal compreendidas. A prevenção e tratamento destas doenças é essencial mas a pobreza que afecta as pessoas doentes limita o seu acesso a intervenções e serviços. As DTN são negligenciadas a vários níveis:

- **Ao nível da comunidade:** estas doenças são a causa de grandes e graves preconceitos sociais, sendo, portanto, frequentemente escondidas – não se vêem, são pouco registadas e pouco mencionadas. As pessoas afectadas vivem quase sempre em áreas rurais isoladas e em bairros pobres dispersos onde as condições de saúde são débeis, o acesso aos cuidados de saúde é praticamente inexistente, não há água potável, a educação é fraca e as condições de saneamento e

habitação são precárias. Para as pessoas doentes, a dificuldade em aceder aos cuidados de saúde e os custos associados a estes significa que muitas delas não procuram ajuda para se tratar até a doença já ter atingido um estado muito avançado e muitas vezes irreversível. O preconceito associado a estas doenças faz com que as pessoas muitas vezes não peçam ajuda.

- **Ao nível nacional:** as DTN são normalmente escondidas pelos serviços de saúde e pelos actores políticos na medida em que afectam populações marginalizadas e com pouca influência política. Apesar de estas doenças causarem dor e incapacidades de longo prazo não são consideradas causadoras de muitas mortes. Num cenário de recursos limitados, as doenças que provocam muitas mortes como a SIDA ou a tuberculose são consideradas prioritárias.
- **Ao nível internacional:** as DTN não viajam facilmente, não sendo uma ameaça imediata para o Ocidente e tendo uma reduzida visibilidade mundial. Estas doenças estão dependentes de determinadas condições geográficas e climáticas. O desenvolvimento de novas ferramentas de diagnóstico tem sido sub-financiado devido, essencialmente, ao facto de as DTN não serem um mercado significativo. O incentivo ao desenvolvimento de novos medicamentos, vacinas e meios de diagnóstico é fraco para doenças com um público que não pode pagar por estes novos produtos. O desenvolvimento de produtos direccionados para os doentes e sistemas de saúde mais pobres não possibilita a recuperação das despesas das indústrias farmacêuticas em I&D que é realizada através da venda dos produtos. Deste modo, apenas 10% da despesa global de investigação em saúde é gasta em doenças que constituem 90% do peso de saúde global. Entre 1975 e 2004, foram desenvolvidos 1.535 novos medicamentos, dos quais apenas 21 se destinaram para as DTN (ECOSOC, 2009).

Normalmente, as DTN atingem as pessoas mais pobres (1,1 bilião de pessoas vive com menos de 1 dólar por dia e mais de 2,7 biliões vivem com menos de 2 dólares por dia) e que frequentemente são as mais marginalizadas e menos capazes de procurar serviços. Algumas das doenças diminuem a produtividade económica da força de trabalho jovem e outras prejudicam o crescimento das crianças e o seu desenvolvimento cognitivo (WHO, 2011, 2009). Para Molyneux (2008), uma população pobre, doente e privada de direitos não é produtiva: a doença conduz à pobreza e a pobreza causa doença. Para a OECD (2009), a existência de melhores resultados no domínio da saúde são uma condição necessária para os países em desenvolvimento cortarem o elo de ligação com a pobreza.

6.3. IMPACTO DAS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS

Como já foi referido, a maior parte das DTN provocam incapacidades graves e permanentes e poucas vezes provocam a morte. Esta reduzida mortalidade coloca as DTN no fundo dos registos de mortalidade e o que tem acontecido é não lhes ser atribuída prioridade. Esta negligência acarreta vários efeitos para as pessoas afectadas, as suas famílias, as comunidades (peso da doença), qualidade de vida, perda de produtividade e agravamento da pobreza (WHO, 2010b, 2009; Ottesen, Frick citados em Liese, Rosenberg, e Schratz 2010). As conseqüências das DTN para as sociedades e para os serviços de saúde são elevadas, como por exemplo cuidados intensivos, cirurgia e internamentos prolongados (WHO, 2010b; OECD, 2009b). Para

além de provocarem grandes incapacidades, as DTN constituem um grande obstáculo para o crescimento económico nas regiões afectadas o que provoca a fuga de recursos humanos (à procura de melhores salários e melhores condições de trabalho) e financeiros do país. A questão das DTN está intimamente ligada com a educação, crescimento económico e produtividade da população em idade activa. Combater estas doenças significa haver crianças nas escolas e aumentar a produtividade agrícola nas áreas rurais, reduzindo a pobreza (ECOSOC, 2009). Assim, pode-se dizer que as DTN assumem importância em sectores que vão para além do sector da saúde (WHO, 2007). As intervenções rápidas na área da saúde acarretam elevados retornos nos investimentos na medida em que são baratas, eficazes, melhoram a saúde e a produtividade dos trabalhadores, melhoram os resultados na área da educação e aumentam o conjunto dos recursos nacionais. Deste modo, o combate às DTN conduz a melhorias não apenas no sector da saúde mas também em outros sectores (OECD, 2009b; WHO, 2007).

As estimativas de peso das doenças apontam para que o fardo global das DTN é pelo menos igual ao da malária ou da tuberculose (Hotez et al. citados em Molyneux, 2008; Hotez et al. citados em Conteh, Engels, & Molyneux, 2010). Muitos indivíduos são afectados por mais que uma doença para além de que a malária, a SIDA e a tuberculose co-existem com um conjunto de outras infecções que afectam as pessoas pobres (Lammie et al. citados em Molyneux, 2008).

6.4. AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS E OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO

De acordo com Molyneux (2008), as outras doenças a que o ODM 6 se refere são ignoradas pelos legisladores e pelos políticos que se centram em objectivos inalcançáveis das 3 grandes doenças. As doenças da maior parte dos pobres podem ser controladas e eliminadas mas as oportunidades têm sido ignoradas apesar da disponibilidade de medicamentos baratos ou oferecidos e das provas de que as intervenções são eficazes e reduzem a incidência das doenças para além da mortalidade e da morbilidade. Autores como Dodd & Cassels (citados em Molyneux, 2008) afirmaram que em muitos dos domínios abrangidos pelos ODM o progresso tem sido muito reduzido. O Relatório dos ODM das NU datado de 2007 (citado em Molyneux, 2008, p. 510) mostrou que enquanto se alcançaram alguns sucessos em várias áreas, o ODM 6 estava bastante atrasado relativamente àquilo que fora traçado.

A relevância do controlo das doenças tem sido atribuída principalmente à SIDA e malária apesar do combate às outras doenças estar incluído no ODM 6 (Sachs & McArthur citados em Molyneux, 2008). Contudo, estas outras doenças são visivelmente ignoradas (Hotez et al. citados em Molyneux, 2008). Os doadores continuam a centrar-se nas 3 grandes doenças apesar do fraco progresso na redução da sua incidência e prevalência. As intervenções destinadas a combater as DTN que são eficazes, baratas, reduzem a prevalência, estão orientadas para os mais pobres e são fáceis de implementar têm sido ignoradas (Molyneux, 2008). De acordo com Molyneux citado em Enserink (2009), as 3 grandes doenças não podem mais ser consideradas negligenciadas e os governantes devem orientar os recursos para outro tipo de doenças.

Apesar dos grandes aumentos em termos de recursos para travar as 3 grandes doenças, a verdade é que o seu impacto continua a aumentar (Department For International Development citado em Molyneux, 2008), o

que é surpreendente devido às ferramentas e estratégias de controlo de transmissão disponíveis (Molyneux, 2008).

6.5. O QUE SE TEM FEITO E O QUE HÁ A FAZER

Muitas DTN podem ser prevenidas ou eliminadas se as pessoas afectadas conseguirem aceder a ferramentas de saúde e medicamentos eficazes no momento oportuno. Assim, a grande questão que se coloca no momento é aumentar a cobertura (muitas das pessoas infectadas vivem em zonas isoladas e não vão à escola) e acesso a estes meios e desenvolver novos medicamentos e ferramentas para situações em que os existentes não se adequam. Em muitos casos, as intervenções das populações são muito importantes para interromper o processo de infecção. Para a grande parte das DTN estão actualmente disponíveis ferramentas baratas, eficazes e seguras. Outro aspecto a considerar é o fornecimento de medicamentos grátis de forma a tornar os tratamentos mais acessíveis a todos (WHO, 2009).

De acordo com a ECOSOC (2009) e com a WHO/The Carter Center (2008), as DTN podem dividir-se em dois tipos:

- Doenças que já possuem meios de tratamento (doenças “tool-ready”): são as mais facilmente tratáveis, afectam o maior número de pessoas, têm ferramentas de controlo seguras, eficazes e baratas e estratégias de implementação bem desenvolvidas. As doses únicas de medicamentos controlam, previnem e podem eliminar as doenças e podem ser distribuídas por pessoal não qualificado como professores e voluntários. Contudo, é necessário aumentar a cobertura e acesso aos medicamentos por parte das populações em risco. A característica de negligência deste tipo de doenças deve-se ao facto de falta de consciência e entendimento dos seus efeitos na saúde global;
- Doenças com poucos meios de tratamento (doenças “tool-deficient”): nestes casos, o diagnóstico precoce e o tratamento são essenciais para evitar consequências irreversíveis ou a morte. O tratamento é mais complexo e as ferramentas actualmente existentes para estas doenças, concebidas no início dos anos 90, são muito caras, altamente tóxicas e difíceis de utilizar, o que lhes confere uma característica de desadequação. Para esta categoria de doenças é necessária a existência de pessoal qualificado pois os tratamentos são de difícil aplicação. São necessários medicamentos mais seguros, acessíveis, baratos, eficazes, fáceis de utilizar, adaptados às situações e sem patentes.

Os custos associados aos tratamentos das DTN demonstram que todos em África que necessitam de tratamento podem ser alcançados através de um investimento que ronda os 0.50 US dólares por pessoa e por ano (em várias situações este valor pode ser ainda menor) (Goldman et al. citados em Molyneux, 2008; Hotez, Molyneux, Fenwick, et al. citados em Hotez et al., 2009). A transmissão das DTN pode ser diminuída até à sua eliminação, em especial quando o tratamento contínuo é complementado por melhorias no fornecimento de água, condições de saneamento, habitação, controlo dos transmissores e saúde pública veterinária (WHO/The Carter Center, 2008). Todavia, segundo a OECD (2009), o custo de tratar uma doença é muito maior do que o custo do seu controlo ou prevenção. Conteh, Engels, & Molyneux (2010) referem que

os custos de tratamento e controlo das DTN são reduzidos quando comparados com os custos de tratamento da SIDA, da malária ou da tuberculose isto porque as indústrias farmacêuticas comprometeram-se a doar medicamentos, há uma grande capacidade de integração com outros programas para se aumentar a eficiência e reduzir custos e conta-se com a participação da comunidade (não remunerada) na distribuição de medicamentos.

Apesar das dificuldades associadas a estas doenças, nos últimos anos tem-se testemunhado uma evolução positiva no combate às DTN, sendo que muitas pessoas foram curadas. Para muitas DTN há medicamentos seguros e outras intervenções eficazes que estão disponíveis para situações de prevenção e de tratamento. Várias parcerias apoiadas por doações de indústrias farmacêuticas tornaram os produtos disponíveis, em grandes quantidades, a custo zero, aliviando alguns obstáculos financeiros e permitindo um alargamento da cobertura dos programas. Para além disto, torna-se relevante que a produção de medicamentos de tratamento das DTN se torne mais atractiva para as empresas que produzem medicamentos genéricos. É exigida uma estratégia de investigação para desenvolver e implementar novos medicamentos, novos métodos de controlo dos vectores, vacinas e meios de diagnóstico. Deste modo, muitas das DTN estão a deixar de ser considerados problemas de saúde pública (WHO, 2011, 2010b, 2009).

A luta contra as DTN deve mesmo ser parte integrante das estratégias e políticas contra a pobreza. A introdução de medidas básicas de saúde pública (cuidados de saúde primários, educação na área da saúde, melhores acessos a água potável e a saneamento, por exemplo) ajudaria a reduzir amplamente o peso das doenças (WHO, 2009). As actividades de prevenção e controlo das DTN estão já incluídas nas políticas e orçamentos de muitos países endémicos. As acções para ir ao encontro dos efeitos causados pelas DTN e avaliar como o seu impacto se estende a outros sectores para além do da saúde permite o desenvolvimento, quebrando o ciclo da pobreza e doença (as condições de pobreza permitem a permanência da existência das DTN e o impacto destas doenças na saúde permite que a pobreza continue a existir). A colaboração entre sectores permite o reforço do controlo das DTN. Também se está a presenciar o desenvolvimento de planos regionais o que permite aumentar a tomada de consciência relativamente às DTN (WHO, 2010b). O controlo das DTN acarreta um conjunto de benefícios desde melhor saúde para as populações, aumento da produtividade e melhoria da educação e desenvolvimento económico (podendo-se diminuir as diferenças entre ricos e pobres). Assim, o controlo destas doenças significa lidar com aspectos sociais, ambientais, económicos e até psicológicos (WHO, 2009). A WHO aconselha 5 estratégias de saúde pública para prevenir e controlar as DTN, a saber: quimioterapia preventiva, gestão de casos, controlo dos vectores que conduzem à infecção, fornecimento de água potável e condições de higiene e saneamento, saúde pública veterinária. O conhecimento especializado das DTN falha em alguns países e continua a diminuir em outros sendo grave em domínios como o controlo dos vectores e aspectos veterinários da saúde pública (WHO, 2010b). O investimento no controlo das doenças poderia salvar as pessoas infectadas devido às suas consequências nos quatro elementos chave da armadilha da pobreza: saúde (materna e infantil), agricultura, educação e infra-estruturas (Sachs citado em Hotez et al., 2009; Canning citado em Conteh, Engels, & Molyneux, 2010).

Aqui, importa também referir o conceito de DALY que foi desenvolvido para permitir avaliar quantitativa e comparativamente o peso das doenças. O número de DALYs para uma doença num determinado período de tempo é uma estimativa da soma dos anos de vida saudáveis perdidos devido a morte

prematura e anos de produtividade perdidos. Avaliar o fardo das doenças através dos DALYs é uma aproximação que pode ser utilizada para avaliar os ganhos alcançados e os custos de intervenções de prevenção e controlo (de acordo com o Global Forum for Health Research (2006), um DALY perdido representa um ano perdido de plena saúde). Contudo, existe uma dimensão do peso das DTN que não é calculada e que está relacionada com o trabalho não remunerado de milhões de mulheres. Em países onde as DTN são endémicas, as mulheres são as pessoas que cuidam quando as crianças e a família estão doentes. Este é um trabalho que não é pago e que seria facilitado se as mulheres fossem saudáveis. Uma dimensão quantificável do fardo das doenças causado pelas DTN é a perda de produtividade e o seu impacto na produtividade dos indivíduos, comunidades e países. As pessoas debilitadas são menos produtivas (WHO, 2010b), o que se traduz em perda de dinheiro (OECD, 2009). Muitas DTN não se caracterizam por elevadas taxas de mortalidade mas são sinónimo de longos períodos de sofrimento e de incapacidade. Os DALYs não conseguem avaliar situações de incapacidade e de perda de qualidade de vida (Conteh, Engels, & Molyneux, 2010). Também o Global Forum for Health Research (2006) refere que esta medida apenas quantifica perdas individuais de saúde, não abordando o bem-estar, a qualidade de vida e os impactos sociais das doenças.

Segundo Hotez, Stoeber, Fenwick, Molyneux, & Savioli citados em Conteh, Engels, & Molyneux (2010), cerca de 57 milhões de DALYs são perdidos todos os anos devido às DTN mas este valor pode ser ainda mais elevado.

De acordo com o Dr. Lorenzo Savioli, Director do Departamento de Controlo de Doenças Tropicais Negligenciadas da OMS, o sucesso para combater as infecções por DTN está na capacidade de gerar uma preocupação e consciência global relativamente a estas doenças. O investimento no controlo das DTN é um meio para reforçar o desenvolvimento económico e humano de forma a se conseguir alcançar os ODM. Para além disto, o reforço das infra-estruturas de saúde existentes e a prestação de serviços têm de ser melhorados (WHO, 2009).

Segundo a Dra. Magaret Chan, Directora-geral da WHO, actualmente os problemas associados às DTN estão melhor registados e são amplamente reconhecidos. As expectativas para o desenvolvimento na área da saúde aumentaram, abrindo espaço para as DTN, e a Declaração do Milénio e os ODM reconhecem a importância da saúde para o alcance do principal objectivo de redução da pobreza. Os esforços de controlo das DTN constituem uma estratégia pro-poor e a forma de pensamento está a ser alterada: em vez de se esperar que as doenças desapareçam gradualmente à medida que os países se desenvolvem e as condições de vida melhoram, os esforços encetados para que elas desapareçam são vistos como uma solução para a redução da pobreza que pode estimular o desenvolvimento social e económico (WHO, 2010b).

De acordo com a WHO (2010b), já foram alcançados vários sucessos no domínio das DTN: há um maior reconhecimento da importância do controlo global das DTN para a saúde pública e para a economia; há uma maior prevenção e controlo das DTN, cujas acções foram incluídas nas políticas e orçamentos de muitos países afectados o que permite o desenvolvimento de intervenções apropriadas aos sistemas de saúde existentes; há um maior compromisso por parte de todos os actores envolvidos e uma maior colaboração entre eles (os parceiros locais e globais ao trabalharem com países endémicos arrastam recursos, inovação e conhecimento especializado) e, conseqüentemente, melhores resultados no controlo das doenças; há um

maior envolvimento da indústria farmacêutica. Para Molyneux e Molyneux, Hotez, & Fenwick (citados em Gyapong et al., 2010) os factores de sucesso no combate às DTN prendem-se com a integração dos tratamentos e estratégias existentes nos sistemas de saúde dos países infectados e a cobertura e qualidade destes sistemas de saúde.

O tratamento das DTN pode ser abordado segundo 2 lógicas. A primeira é a lógica dos programas verticais que são aqueles que são direccionados, geridos e executados totalmente ou em parte por um serviço especializado com trabalhadores da área da saúde (Murray & Frenck, Mills citados em Gyapong et al., 2010). Os programas verticais baseiam-se em estratégias de campanha e exigem soluções para um determinado problema de saúde. Os programas de eliminação de doenças são um exemplo de programas verticais (âmbito definido, objectivos claros, apoios de doadores e curta duração). Os programas verticais asseguram a existência de resultados rápidos e a sua gestão é mais fácil (Gyapong et al., 2010).

A segunda é a lógica dos programas horizontais em que se procura travar problemas de saúde numa perspectiva alargada e de longo prazo através da criação de um sistema permanente de instituições e que são os serviços de saúde (Mills; Murray & Frenck citados em Gyapong et al., 2010). Os serviços de saúde são mais flexíveis no ajustamento aos padrões de doença, são permanentes e estão inseridos na comunidade (Melgaard et al., Oliveira Cruz et al. citados em Gyapong et al., 2010).

Os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento têm tentado melhorar o estado de saúde das populações através de intervenções de saúde pública (vacinas, educação para a saúde, controlo de vectores, etc.) (Segall citado em Gyapong et al., 2010). É fulcral reforçar os cuidados de saúde primários se se pretende que o controlo das DTN se integre nos serviços de saúde gerais (Gyapong et al., 2010). Para os programas de controlo das DTN serem sustentáveis é necessário integrá-los nos sistemas de saúde gerais sendo que o sucesso da integração depende da capacidade dos sistemas de saúde prestarem os serviços de forma rápida e eficaz (Lammie et al., Brady et al., Blackburn et al. citados em Gyapong et al., 2010). Para este processo de integração ser eficaz é necessário coordenar os recursos financeiros através de planeamentos e orçamentos a nível nacional e regional. Devido ao objectivo de acabar com a incidência a nível global, o processo de controlo ou eliminação das DTN normalmente inicia-se com programas verticais (Gyapong et al., 2010).

A maioria das acções em DTN utilizam a administração de medicamentos em massa através da comunidade, em locais onde os sistemas de saúde são frágeis ou não existem ou não alcançam as comunidades. Esta estratégia tem sido utilizada em países infectados, em especial na África Subsaariana. A distribuição de medicamentos através dos serviços de saúde com a ajuda da comunidade pode ser a forma mais eficaz para alcançar uma elevada cobertura (Gyapong et al., 2010), sendo necessário pensar nas comunidades como parte integrante dos sistemas de saúde (Hotez et al., 2009). Outra forma de combater as DTN é através do controlo da malária ou SIDA (Hotez et al. citados em Gyapong et al., 2010) devido à sobreposição de doenças que afectam os indivíduos, o que resulta em poupança de custos (Gyapong et al., 2010).

Actualmente, o grande desafio que se coloca no domínio das DTN é o aumento da área de cobertura na medida em que apesar de os medicamentos serem muito baratos ou até não custarem nada, o número total de pessoas afectadas torna os custos de implementação muito elevados. Outro facto que complica esta situação é

a maioria das pessoas afectadas ou em risco de o serem viverem em áreas muito isoladas e que normalmente não são servidas pelos sistemas de saúde formais. Torna-se de extrema importância desenvolver melhores ferramentas de diagnóstico e medicamentos bem como maiores incentivos para a investigação e desenvolvimento. Para além disto, estes novos produtos devem ter um preço acessível e serem adequados para implementação tendo em conta as condições no terreno (WHO, 2011). À medida que as acções de prevenção e controlo aumentam, a necessidade de reforçar os sistemas de saúde e de formar pessoas em áreas técnicas e de gestão também aumenta (WHO, 2010b). Para além deste grande desafio também é importante: comprometer recursos para esta área (apesar dos constrangimentos económicos globais), combater a diminuição de conhecimento, aumentar as quantidades de medicamentos com qualidade (incentivando a produção de medicamentos pela indústria de medicamentos), criar uma estratégia de investigação orientada para as DTN (concepção e distribuição de novos medicamentos, novas formas de controlo dos vectores, novas vacinas e diagnósticos), sistemas de informação quantitativa melhorados e ter em conta as mudanças globais (o planeamento de medidas de prevenção e controlo das DTN deve ter em conta os efeitos das frágeis fronteiras dos países, do crescimento da população, da migração, dos movimentos de animais e dos vectores de transmissão e das consequências políticas e geográficas das alterações climáticas) (WHO, 2010b). A falta de pessoal local qualificado e de condições de trabalho (laboratórios, falta de dados e de ferramentas de trabalho) constituem obstáculos para o tratamento das questões relacionadas com as DTN. Assim, torna-se ainda mais importante criar capacidades a nível local, seja pela construção de infra-estruturas ou pela formação de recursos humanos (ECOSOC, 2009). A formação deverá ser adequada às necessidades locais e os profissionais de saúde deveriam ser melhor distribuídos (OECD, 2009). Para além disto, é necessário que as entidades locais e as organizações internacionais se coordenem de forma a reforçar os sistemas locais de saúde (ECOSOC, 2009).

Para além disto, a Dra. Margaret Chan refere que o controlo das DTN enfrenta, pelo menos, 2 graves problemas: a gestão de parcerias e o reforço dos sistemas de saúde. As actividades levadas a cabo por agências internacionais devem basear-se nas capacidades e prioridades nacionais de modo a alcançar-se a sustentabilidade (WHO, 2007). Para além disto, o compromisso por parte dos governos e das comunidades é essencial para esta sustentabilidade (Amazigo et al. citados em Conteh, Engels, & Molyneux, 2010).

As acções de luta contra as DTN acarretam várias vantagens para os sistemas de saúde ao melhorar os sistemas de controlo nacionais, reforçar o desenvolvimento da capacidade institucional e dos serviços de laboratório, estimular a capacidade de investigação operacional, melhorar os sistemas de distribuição, armazenamento, controlo de qualidade e cadeia de abastecimento de medicamentos. Para além disto, desenvolvem-se redes comunitárias de voluntários capazes de recolher, gerir e distribuir medicamentos, apresentar relatórios, fornecer dados e accionar estratégias direccionadas para as comunidades (Molyneux, 2008).

7. A INICIATIVA DAS FUNDAÇÕES EUROPEIAS PARA AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS

No decorrer do trabalho realizado na FCG exerci funções para esta iniciativa. No seguimento de conversas com a Dra. Maria Hermínia Cabral, foi-me dado a conhecer o processo de criação e desenvolvimento da EFINTD (European Foundation Initiative for African Research into Neglected Tropical Diseases).

A Fundação Volkswagen (Alemanha) foi a grande mentora deste projecto. Em 2007, na continuidade de uma outra iniciativa (“Knowledge for Tomorrow”), esta fundação auscultou um grupo de fundações europeias acerca da criação de um programa de financiamento conjunto que se focasse em África e no domínio das DTN. Apesar do aumento das atenções pelos governos e organizações internacionais sobre as DTN, não existia nenhuma acção concreta nesta área. Assim, um grupo de fundações europeias decidiu criar o Programa de Bolsas para Pós-Doutoramento na área das DTN para investigadores africanos cujos projectos decorressem em centros de investigação africanos. Inicialmente, juntaram-se à Fundação Volkswagen a Fundação Nuffield (Reino Unido), a Fundação Mérieux (França), a Fundação Calouste Gulbenkian (Portugal) e, mais tarde, em 2008 a Fundação Cariplo (Itália) que ainda participou financeiramente para a 1ª edição do programa. O porquê destas fundações prende-se com o conhecimento que cada uma delas detém de África (fundações provenientes de países ex-colonizadores que mantêm relações com as suas ex-colónias) na tentativa de abranger a maior parte dos países africanos subsaarianos. Com esta iniciativa, esta parceria contribui para a resolução de 2 questões da saúde global: prevenção e controlo das doenças infecciosas e formação de recursos humanos (combate à fuga de cérebros).

A EFINTD tem como principal objectivo apoiar o reforço da capacidade de investigação africana na área das DTN (e, por conseguinte, o reforço dos sistemas de saúde) e, para tal, apoia um programa de bolsas pós-doutorais para jovens investigadores africanos (da África Subsaariana) que tenham Doutoramento e que pretendam prosseguir estudos relevantes para os seus países de origem (projectos de investigação biomédica ou na área da saúde pública) no domínio das DTN. Com este programa pretende-se construir um grupo de investigadores africanos que trabalham nos seus países, reforçando as instituições de investigação africanas. As questões de investigação têm de estar de acordo com as necessidades e prioridades africanas e não com os interesses de investigação do Norte.

Existem 2 hipóteses de bolsas: “bolsas júnior”, para investigadores jovens com menos de 3 anos de experiência após conclusão do seu Doutoramento, e “bolsas alargadas”, para investigadores com mais de 3 anos de experiência. As bolsas têm uma duração máxima de 3 anos e são concebidas para reforçar a colaboração entre instituições de investigação africanas e europeias, sendo que o bolsheiro deverá pertencer a uma instituição africana. Com estas bolsas os investigadores terão a oportunidade de criar ligações tutoriais (conselho e orientação) com cientistas de topo, africanos e não-africanos, à sua escolha bem como decidirem em que questões e tópicos de investigação irão trabalhar.

A selecção dos bolsheiros realiza-se em 2 fases. Na 1ª fase um júri internacional avalia os CV’s e os esquemas de trabalho de investigação de todos os candidatos, seleccionando-se os que seguem para a próxima fase. Na 2ª fase, o mesmo júri analisa planos de trabalho de investigação mais detalhados (o que

inclui aspectos éticos e orçamentais) e entrevistam-se os candidatos. Esta 2ª fase é executada durante uma conferência internacional organizada para o efeito. A 1ª Conferência Internacional “Neglected Tropical Diseases: Hidden Successes, Emerging Opportunities” ocorreu em Bamako (Mali), em 2008, e a 2ª realizou-se em Lisboa, no início de 2010. A conferência da 3ª edição, que está a decorrer, realizar-se-á em Maputo (Moçambique). Estas conferências têm como principais objectivos a selecção final dos candidatos a bolseiros do programa de bolsas pós-doutorais no domínio das DTN, a criação de uma rede de contactos e aprendizagem entre jovens investigadores candidatos a bolsas e investigadores conceituados que participam como oradores, a abordagem de assuntos relevantes para quem investiga (questões éticas, prioridades de investigação em África, etc.). Nestas conferências os candidatos têm de apresentar o seu projecto de investigação à assistência e serem entrevistados por representantes das fundações promotoras e por um júri internacional. Para além disto, realizam-se palestras viradas para a transmissão de conhecimentos e workshops com um carácter mais prático.

Com o programa de bolsas pós-doutorais pretende-se combater um grave problema existente nos países em desenvolvimento: a fuga de cérebros. Normalmente, os investigadores saem dos seus países pois não existem condições salariais, de trabalho e de formação adequadas, e uma vez fora dos seus países o mais comum é não regressarem. Com estas bolsas pretende-se que estes investigadores regressem aos seus países, ou os que lá permaneceram não saiam, e reforcem a capacidade de investigação local e os sistemas de saúde bem como participem no processo de desenvolvimento. Consegue-se assegurar esta situação com a bolsa que inclui pagamento de salário, custos de viagens e investigação, e um Programa de Formação orientado que permite o estabelecimento de contactos com investigadores de topo africanos e não-africanos e onde são disponibilizados cursos para desenvolvimento de competências chave das carreiras, tais como redacção de candidaturas e comunicação de trabalhos em conferências anuais. Com o programa o número e a qualidade de projectos na área das DTN são aumentados e estimulam-se as carreiras científicas de jovens investigadores africanos.

Na FCG, esta Iniciativa inseriu-se inicialmente no Programa de Saúde Global do SSDH e mais tarde passou para o âmbito do PGAD-Saúde. Em qualquer um dos casos, é financiada por uma linha de projectos inovadores (que decorram em áreas complexas e que exijam novas respostas) e cujos requisitos são: transversalidade (abarca 3 finalidades estatutárias da FCG – beneficência, educação e ciência), âmbito internacional (com actividades em mais do que um país, coordenadas e partilhadas; neste caso, é a África Subsaariana), estabelecimento de uma parceria (trabalho conjunto com outras fundações ou organizações; aqui existe a participação de 5 fundações) e função distributiva (financiamento por organizações externas).

No total das 2 edições do programa de bolsas pós-doutorais foram apoiados 20 projectos de investigação (o que inclui bolsas júnior e bolsas alargadas), o que envolveu um investimento de 2,2 milhões de euros, e atribuídas 5 bolsas de curta duração para formação no exterior. Para além disto, realizaram-se encontros e workshops. A comparticipação da FCG nas 2 edições foi de 285 mil Euros.

Desde a 1ª edição do Programa de Bolsas Pós-Doutorais que se verificou a fraca adesão de candidatos de países de língua portuguesa e francesa por não possuírem Doutoramento. O facto de algumas das fundações que participam nesta iniciativa possuírem projectos de criação de centros de investigação em saúde em África (FCG em Angola e a Fundação Mérieux em Madagáscar) levou a pensar-se na atribuição de bolsas de

Doutoramento na área das DTN para investigadores destes países, que decorreria como uma acção paralela ao Programa de Bolsas de Pós-Doutoramento. Assim, no caso da FCG, revelou-se necessário criar um programa de bolsas de Doutoramento para investigadores dos PALOP na área das DTN.

Deste modo, no âmbito da EFINTD mas apenas com financiamento da FCG, lançou-se em 2009 a 1ª edição para o Concurso de Bolsas de Doutoramento na área das DTN para licenciados dos PALOP e em 2010 a 2ª edição. Este concurso pretende fomentar Doutoramentos de candidatos que queiram investigar num regime de parceria, entre uma instituição europeia e uma instituição africana, e tem um carácter transversal na medida em que abarca a formação de recursos humanos, estimula a investigação em saúde, pretende que os projectos melhorem os cuidados de saúde e, em última análise, reduzam a pobreza.

Estas bolsas têm a duração de 3 anos e destinam-se a licenciados dos PALOP (que lá vivam ou pretendam voltar) que queiram obter o grau de Doutoramento e desenvolver o seu trabalho de investigação em DTN nos seus países de origem. As bolsas baseiam-se em colaborações entre universidades e instituições científicas africanas e europeias e os bolseiros poderão escolher a universidade onde pretendem obter o grau de Doutor, designadamente em Portugal, devendo, a componente de investigação do Doutoramento ser desenvolvida, pelo menos em parte, numa instituição do seu país de origem.

Em 2 edições lançadas foram aprovadas 7 bolsas de Doutoramento, uma bolsa de Mestrado (a título excepcional) e 2 bolsas para estágios de curta duração para os candidatos se deslocarem às instituições universitárias onde pretendiam levar por diante o seu projecto de investigação e poderem melhorá-lo.

Tanto a EFINTD com o seu programa de bolsas pós-doutorais como o programa de bolsas de Doutoramento enquadram-se nas prioridades de actuação do PGAD-Saúde, mais concretamente nas doenças infecciosas e na formação de recursos humanos.

Com a EFINTD verifica-se que é exequível a existência de uma parceria entre fundações com objectivos semelhantes desde que haja respeito pelas diferenças no modo de trabalho, confiança e aceitação de liderança por parte de uma das fundações – neste caso, a Fundação Volkswagen. Esta parceria tem um carácter de longo prazo na medida em que as bolsas concedidas têm uma duração de 3 anos (por cada edição).

Esta parceria vai ao encontro de uma necessidade, ou seja, estudo das DTN e estímulo da investigação feita em África e por africanos. Ao reunirem-se recursos e competências, consegue-se que a iniciativa cresça e ganhe visibilidade. O facto de as fundações promotoras serem conhecidas e respeitadas também ajuda a que haja um maior impacto. Nesta parceria, a todas as fundações são atribuídas tarefas, sendo que todas elas participam nos processos. Isto possibilita uma maior troca de ideias, maior criatividade e estabelecimento de redes de conhecimento.

8. ANÁLISE DOS CONTEÚDOS

Após tudo o que aqui foi exposto importa reflectir acerca das temáticas apresentadas e encontrar pontos de ligação entre elas.

Tal como se refere no capítulo 4 deste trabalho, as fundações estão a envolver-se cada vez mais em investimentos no domínio da saúde. Este é o caso da FCG e da EFINTD.

O argumento de Milikan & Rostow, ligado à necessidade de existência de um ambiente institucionalmente favorável para que a ajuda possa dar os seus frutos, mantém-se muito actual. De facto, se não houver instituições que apoiem os processos de desenvolvimento, e, neste caso, que apoiem a investigação dos bolsseiros em DTN nos seus países - podendo ser instituições de ensino, de investigação e as próprias entidades governamentais – os objectivos a que a EFINTD se propõe não poderão ser alcançados.

Autores como Chenery & Strout referiam que para a ajuda funcionar era necessário compreender o modo de funcionamento dos países mais pobres. De facto, é essencial perceber as prioridades, preocupações e dificuldades dos países recebedores e, no âmbito deste trabalho, ninguém desempenha melhor este papel que os bolsseiros que pretendem ajudar os seus países e entendem exactamente o seu modo de funcionamento. Outra ideia que estes autores transmitiram foi a de melhoria e expansão das competências humanas. Com a EFINTD estão a formar-se pessoas e a criar-se competências humanas.

Na década de 70 foi defendido pelo BM e pelo Secretariado Internacional do Trabalho que para travar a pobreza o aumento das taxas de crescimento e as mudanças estruturais e institucionais eram insuficientes. Actualmente, e tal como é exposto neste trabalho, há vários factores que influenciam estas mudanças e um deles é a melhoria das condições de saúde das populações pobres. Se a população não for saudável não se consegue atingir o crescimento económico. Trabalhadores doentes não conseguem trabalhar, faltam ao trabalho ou se vão trabalhar são menos produtivos. Mesmo que os trabalhadores não estejam doentes muitas vezes têm de ficar em casa a tratar da família doente. Para além disto, as despesas de tratamento das pessoas doentes também prejudica o crescimento económico de um país.

Para além disto, a ideia da década de 80 de que o futuro dos países africanos apenas podia ser decidido por eles e que os doadores teriam um papel de apoio mantém-se, igualmente, muito actual. No caso da EFINTD, os jovens investigadores estão a decidir o que será melhor investigar para o desenvolvimento dos seus países sendo que as fundações promotoras e as instituições de ensino europeias apenas orientam e apoiam.

A FCG pode ser considerada um actor da Cooperação para o Desenvolvimento. Comparando-se o trabalho que a Fundação desenvolve com a definição de Sangreman (2009), as acções da FCG no domínio da ajuda para o desenvolvimento, e mais concretamente através do PGAD-Saúde e da EFINTD, incitam as pessoas a participarem no seu processo de desenvolvimento (os bolsseiros da EFINTD têm vontade de ajudar no desenvolvimento dos seus países tendo em conta as necessidades de melhoria das condições de saúde) e apoiam o desenvolvimento local (formação de recursos humanos no domínio da saúde, apetrechamento de unidades de saúde, com a EFINTD os jovens investigadores ajudam o seu país em termos de investigação em saúde e ajudam a colocar as instituições de investigação do seu país em redes internacionais uma vez que a sua formação é realizada em instituições de investigação dos seus países de origem e em instituições de investigação europeias).

A FCG, como actor da CID, interliga-se com muitos outros actores através de parcerias (no caso da EFINTD está em contacto com outras fundações europeias; no caso das bolsas de Doutoramento está em contacto com as instituições de ensino portuguesas e dos países de origem dos bolsseiros de forma a acompanhar a evolução do processo de Doutoramento destes).

Relativamente aos motivos que estão por detrás da ajuda levada a cabo pela EFINTD, estes dependem dos motivos da FCG (e das restantes fundações promotoras) no domínio da cooperação para o desenvolvimento. Estes motivos terão de estar de acordo com o que foi traçado pela UE, que se rege pelos ODM e cujo grande objectivo passa a ser, conseqüentemente, a erradicação da pobreza tendo em conta o desenvolvimento humano, o crescimento económico e a protecção do ambiente. A agenda da FCG para a cooperação rege-se pelos ODM e tem em conta os objectivos da cooperação portuguesa. A cooperação portuguesa, no geral e mais especificamente no domínio da saúde, rege-se pelos ODM com vista a reforçar os sistemas de saúde dos países mais pobres através do reforço das capacidades locais (práticas de trabalho e de higiene, formação de recursos humanos na área da saúde e da gestão, desenvolvimento das instituições de ensino superior e de investigação), a possibilitar o acesso universal aos serviços de saúde e a aumentar a cobertura. Deste modo, pretende-se reduzir a pobreza nestes países.

Importa salientar que no programa de bolsas de Doutoramento a FCG aproveita as vantagens de proximidade que Portugal tem com as suas ex-colónias: língua, laços históricos, enquadramentos legais semelhantes.

A ajuda prestada pela FCG é de origem privada mas tem objectivos públicos. Com a EFINTD, projecto que está aqui em questão, pretende-se melhorar a saúde das populações pobres que sofrem com as DTN e, conseqüentemente, reduzir a pobreza. Deste modo, penso que se pode dizer que os grandes motivos que estão em questão com a EFINTD são a redução da pobreza e o apoio ao desenvolvimento.

A FCG através do PGAD, e mais concretamente, do PGAD-Saúde (onde desempenhei funções) apoia o desenvolvimento de países desfavorecidos. Não pretende ser assistencialista mas sim ser um actor da ajuda para o desenvolvimento que apoia a redução da pobreza.

As questões que a FCG aborda no domínio da ajuda para o desenvolvimento são muito diversificadas. No caso do PGAD-Saúde trata-se de questões que vão desde a capacitação institucional à formação de recursos humanos na área da saúde, do combate às doenças infecciosas e à melhoria da saúde materno-infantil até ao apoio às ONGD.

Actualmente, o principal foco da ajuda é a redução da pobreza. Embora o principal objectivo da EFINTD e do seu programa de bolsas pós-doutorais (e do programa de bolsas de Doutoramento) não seja este, a redução da pobreza encontra-se aqui subentendida. Com a melhoria da saúde da população, a pobreza pode ser diminuída.

Com a EFINTD está-se a ir ao encontro dos ODM (o que está de acordo com a política de cooperação portuguesa e com a agenda da FCG). Tendo em conta os ODM, no geral e os directamente ligados à saúde, e o facto de a saúde ser um factor essencial no processo de desenvolvimento e crescimento económico dos países, a investigação em saúde torna-se fulcral para retirar os países pobres da situação em que vivem. O facto de vivermos numa época globalizada, em que não há fronteiras e os problemas são comuns a todos, exige uma maior cooperação e coordenação de esforços e a procura de soluções comuns. A EFINTD é um bom exemplo: as DTN não estão confinadas a um determinado país. Vários países são atingidos pelas mesmas doenças e os bolseiros podem trabalhar em conjunto, trocar ideias e experiências uns com os outros bem como com investigadores internacionais, para assim se poder chegar a uma solução ou, pelo menos, reflectir sobre determinadas questões com vista à melhoria da saúde nas suas diversas vertentes (física,

mental e social). Mais ainda, pode-se estimular a cooperação entre países do Sul, criando-se redes de investigação.

Para além disto, com a EFINTD é reflectido o desafio de harmonização dos esforços dos doadores, sendo clara a existência de uma grande diversidade de oportunidades e a necessidade do alinhamento destas com as prioridades dos países recebedores.

9. CONCLUSÃO

Os financiamentos para os países mais pobres foram variando ao longo do tempo, reflectindo alterações das teorias e modelos de desenvolvimento e do contexto geopolítico e económico internacional (Afonso, 2005c).

Após tudo o que aqui foi exposto, pode dizer-se que a ODA ajuda na evolução para o desenvolvimento. A ODA é importante principalmente para países que não conseguem atrair capital privado pois para países que começam a desenvolver-se a ODA é apenas uma pequena parte tendo em conta os investimentos financeiros privados. Este é o caso do financiador Bill & Melinda Gates Foundation cujos valores concedidos para investimento em saúde são muito elevados.

Tem-se afirmado que as quantias da ajuda são reduzidas, tanto em termos da APD em geral como da ajuda destinada à área da saúde. Deste modo, é constantemente exigido que os montantes para a ajuda sejam aumentados, quer do lado dos doadores quer do lado dos recebedores. Segundo a OECD (2003), devem aumentar-se os recursos financeiros para a saúde, quer do lado dos países recebedores quer do lado dos doadores, na medida em que sem dinheiro não se consegue melhorar as condições dos serviços de saúde (compra de medicamentos e de vacinas, possuir bons funcionários, redes de distribuição dos medicamentos).

Das várias análises efectuadas verifiquei que a lista de países da OCDE recebedores da ODA tem diminuído. Assim sendo, para que é necessário aumentar os valores da ODA? Se há países que deixam de receber ajuda e os valores desta ajuda até têm aumentado (em 2010 registou-se o valor mais elevado) haverá necessidade de aumentar ainda mais os valores? Não será apenas necessário repensar as estratégias de desenvolvimento e aplicação dos montantes transferidos?

No que diz respeito às DTN, como já foi referido anteriormente, estas doenças são tratáveis e preveníveis. Contudo, com os fracos sistemas de saúde existentes em África e com a escassez de recursos, com a desadequação das intervenções, com uma população com reduzida influência política, pobre e marginalizada, com o desequilíbrio do acesso à evolução e aos benefícios da saúde (que não chegam aos mais pobres) e com a existência de acções débeis em sectores que influenciam o sector da saúde, estas doenças passam a ter um grande peso para a economia e para a sociedade e não se consegue atingir o desenvolvimento e crescimento pretendidos. Para além disto, as frágeis condições de habitação, a falta de água potável e de condições de saneamento, electricidade e infra-estruturas, a reduzida literacia e os conflitos existentes ajudam a aumentar a sobrecarga das doenças.

As fundações, e neste caso a FCG, conseguem inserir-se no campo de actuação da ajuda ao desenvolvimento graças às suas capacidades de inovação, de potenciadoras de mudança e de capacidade para correr riscos bem como à sua independência política e financeira (têm os seus próprios fundos) e à sua flexibilidade. O investimento em áreas como a investigação em DTN é uma situação nova, diferente e que envolve muitos riscos.

Os países de origem dos bolseiros abrangidos pela EFINTD enfrentam vários desafios no domínio da saúde: possuem fracos sistemas de saúde, que não cobrem a totalidade da população, os trabalhadores formados na área da saúde movimentam-se dentro dos seus países (das zonas rurais para as urbanas) bem como emigram para os países desenvolvidos em busca de melhores condições de vida e de trabalho o que

aumenta ainda mais as desigualdades, fraco acesso a medicamentos, grande probabilidade de serem atingidos por várias doenças devido à sua maior vulnerabilidade e não são um alvo para a investigação em saúde. Ao formar e capacitar recursos humanos na área da saúde originários dos países em desenvolvimento e cuja formação também se efectua nestes países, como é o caso da EFINTD, pretende-se reforçar os sistemas de saúde. Estes países são, também, caracterizados por a sua população sofrer de má nutrição e de doenças infecciosas, por a mortalidade perinatal ser muito elevada, por haver um aumento das doenças crónicas e por faltarem recursos humanos no domínio da saúde. Tal como já se referiu, a região africana é caracterizada pela fragilidade dos sistemas de saúde nacionais, continuando a colocar-se algumas questões relacionadas com a governação, financiamento, recursos humanos, tecnologias, sistemas de informação e prestação de serviço na área da saúde, recursos humanos e financeiros desadequados e infra-estruturas limitadas especialmente no que se refere a laboratórios, sistemas de informação e comunicação, o que leva a uma fraca capacidade para uma cobertura universal e resposta a conflitos e desastres.

Crisp (2010) refere que a região mais pobre do mundo, a África Subsaariana, possui apenas 3% dos trabalhadores a nível mundial na área da saúde e 1% da despesa de saúde a nível global para enfrentar 24% do fardo mundial de doenças e de má saúde. O autor refere que provavelmente a maior carência que afecta os países mais pobres é a falta de profissionais de saúde qualificados.

Deste modo, torna-se essencial formar e capacitar recursos humanos na área da saúde originários dos países em desenvolvimento e cuja formação também se efectue nos países de origem - neste aspecto a EFINTD desempenha um papel muito importante pois apoia a formação de jovens investigadores africanos nos seus países de origem que aplicarão os seus conhecimentos nesses países.

Quando se fala em recursos humanos na área da saúde não se pode falar apenas dos profissionais especializados. A maior parte dos cuidados de saúde e do conhecimento básico provém das comunidades locais. Assim, quando se apoiam os sistemas de saúde deve-se ter em conta formas de atribuir mais poder às comunidades e prestadores tradicionais de cuidados de saúde (EFC, 2006). Crisp (2010) defende, também, que a comunidade e a família desempenham um papel fundamental na prevenção e tratamento das doenças.

Para alcançar uma melhor saúde nos países mais pobres é necessário, de acordo com a OECD (2003), ir para além do sector da saúde e agir em áreas que estão associadas à saúde tais como educação, água, saneamento, segurança alimentar, rendimento, ambiente, e olhar para além dos países individualmente e passar a prestar atenção a questões globais e que são comuns a todos. Assim, assume-se que os factores que condicionam a saúde não se limitam ao sector da saúde, devendo a investigação neste domínio incluir, para além dos factores causadores de doença, factores sociais, políticos, económicos, ambientais pois todas estas condicionantes influenciam o estado de saúde das pessoas e comunidades e, por isso mesmo, devem ser tidos em conta (EFC, 2006).

Deste modo, exige-se uma estratégia pro-poor que abranja aspectos como uma melhor governação, reforço da qualidade e da prestação dos serviços de saúde, alcance de grupos vulneráveis (tendo em conta o género, a etnia e as condições sociais e económicas), desenvolvimento de parcerias mais eficazes com o sector privado e concepção de mecanismos de financiamento da saúde mais justos. Assim, uma estratégia pro-poor atribui prioridade à promoção, protecção e melhoria da saúde dos mais pobres; desenvolve sistemas de saúde direccionados para os mais pobres, com mecanismos de financiamento mais justos; abarca políticas

nas mais diversas áreas que afectam a saúde das pessoas pobres, como a educação ou a água e o saneamento; integra-se em estratégias de redução da pobreza e programas na área da saúde conduzidos pelos países pobres; tem em consideração questões de coerência política e o conceito de bens públicos globais no domínio da saúde (produtos, serviços e condições que não são financiados em quantidades suficientes pelo mercado mas que têm importância a nível internacional e exigem acções globais - pode-se dar o exemplo da I&D na saúde e das questões relativas a medicamentos e vacinas). Para se conseguir levar a cabo uma estratégia destas é necessário reforçar as capacidades locais, através de transferência de maiores responsabilidades para os países receptores para criarem e implementarem as suas actividades no domínio da saúde e em sectores que influenciam a saúde (OECD, 2003).

Importa salientar que o desenvolvimento não será possível sem que a mentalidade das pessoas mude relativamente à educação e investigação, isto é, terão de se abandonar as questões de investigação consideradas prioritárias pelo Norte e reforçar capacidades científicas nas instituições de investigação africanas (no caso da EFINTD) (Hanne & Gunsenheimer, 2008). A EFINTD contribui para esta mudança: os bolsiros adquirem formação e conhecimentos, em parte, fora do país de origem e aplicam-nos em questões relevantes para o seu país, com o objectivo de ajudarem no seu desenvolvimento.

Mais ainda, Crisp (2010) argumenta que a liderança a nível nacional e local e a vontade política são essenciais para que as melhorias e as mudanças ocorram e permaneçam a longo prazo.

Com as bolsas de pós-doutoramento pretende-se que os jovens investigadores regressem aos seus países, ou os que lá permaneceram não saiam, e reforcem a capacidade de investigação local e os sistemas de saúde bem como participem no processo de desenvolvimento. Mas levanta-se uma questão: e depois das bolsas, estes investigadores permanecerão nos seus países ou voltarão a sair? A EFINTD não assegura o pós-bolsas. O que se pretende é que as situações mudem no decorrer do período de duração das bolsas para serem criadas as condições de permanência dos bolsiros nos seus países aquando do final do financiamento. Se no final da bolsa os investigadores decidirem sair dos seus países, é importante referir que fica o contributo para o desenvolvimento, ou seja, o estudo e a investigação que foram realizados e que ajudam o país e que podem ser a base para investigações futuras e para formação de mais investigadores na mesma área de estudos. Também se coloca a questão da sustentabilidade, isto é, como é que os investigadores se manterão a desenvolver investigações quando as Fundações terminarem a sua tarefa de 3 anos? O facto de a EFINTD possibilitar a criação de uma rede de contactos muito grande pode ser uma solução uma vez que os conhecimentos adquiridos e as relações estabelecidas podem permitir a inserção dos investigadores noutras instituições (africanas e europeias) para trabalharem noutros projectos.

É necessário ter em conta que a investigação não é a única resposta, bastando aplicar eficazmente tratamentos já existentes e medidas de prevenção. Todavia, a investigação tem um papel essencial: ajuda a descobrir quais os factores que impedem a implementação dos tratamentos e que têm de ser removidos e quais os factores que têm de ser adaptados a cada contexto, fornece novos conhecimentos, ferramentas e produtos quando os anteriores estão a falhar ou são desadequados (Global Forum for Health Research, 2006).

Assim sendo, pode-se dizer que a redução da pobreza e do peso das doenças exigem soluções equilibradas, respostas globais a problemas globais e apoio por parte de todos os actores que intervêm no processo de desenvolvimento. A crise actual não permitirá, provavelmente, aumentar os valores destinados à

ajuda para o desenvolvimento quer sejam públicos ou privados. Por isso, é necessário repensar a ajuda, o modo como é aplicada, criar novas estratégias e novos métodos de financiamento (parcerias público-privadas, por exemplo) e incluir as comunidades dos países parceiros nas tomadas de decisão, de forma a participarem no seu próprio desenvolvimento. De acordo com a ECOSOC (2009), a crise financeira actual pode provocar alterações das tendências de financiamento do sector privado para a ajuda internacional, sendo, por isso, necessário pensar em estratégias sustentáveis o que implica clarificar as prioridades e realizar financiamento e investimento sustentável (de várias fontes: públicas, privadas e filantrópicas).

A sociedade civil e as fundações revestem-se de uma crescente importância na situação de crise em que nos encontramos pois podem apoiar onde o Estado já não consegue agir.

O facto de a FCG investir na área da cooperação para o desenvolvimento no domínio da saúde é prova de que existem actores da cooperação para o desenvolvimento que acreditam que as ligações entre saúde e desenvolvimento e saúde e redução da pobreza existem. Basta olhar para os objectivos do PGAD-Saúde e as suas actividades e para a EFINTD.

Na elaboração deste relatório foi muitas vezes analisado e referido o quadro de referência de nível internacional que actualmente norteia a cooperação para o desenvolvimento: os ODM. A poucos anos de alcançar a meta temporal estabelecida surgiu-me uma questão: e quando chegarmos a 2015? Sendo os ODM atingidos, ou não, qual vai ser o fio condutor da Cooperação Internacional? Cada país fará a sua “cooperação” e não haverá uma corrente de pensamento comum ou surgirão novos ODM? Qualquer que seja o caminho a seguir é essencial ter em atenção opiniões como a do antigo Presidente dos EUA, Harry Truman, dada a conhecer em 1949, acerca de qual o lugar que a ajuda deveria assumir: não apelava a grandes quantias de ajuda para o desenvolvimento importando-se mais em como a ajuda deveria ser fornecida, isto é, os doadores deveriam unir os seus recursos, coordenando os seus esforços de ajuda, e pretendia assegurar que a ajuda prestada iria capacitar os recebedores para que estes pudessem usá-la da maneira que considerassem mais adequada. Todos estes esforços deveriam apoiar as pessoas mais carenciadas, através dos seus próprios esforços, a sobreviverem e produzirem mais comida, vestuário e materiais para habitação (Riddell, 2007, p. 25). Esta posição aplica-se na perfeição à situação em que vivemos: sem condições para aumentar os fluxos de ajuda quer do lado dos doadores quer do lado dos recebedores é essencial adequar a ajuda actual através de uma maior coordenação dos recursos, apropriação e responsabilidade pela utilização dos montantes transferidos por parte dos países recebedores.

No final deste relatório, posso afirmar que a APD é muito importante. Contudo, investimentos por parte de outros doadores (como é o caso das fundações) têm-se mostrado cada vez mais relevantes, sendo necessário repensar a forma como a ajuda está a ser prestada e qual a importância a atribuir a cada investimento efectuado. No âmbito deste estudo convém destacar a investigação em DTN, aqui exemplificada com a EFINTD, na medida em que ajuda milhões de pessoas que estão doentes e que se encontram numa situação de pobreza extrema a melhorarem as suas condições de vida, para além de capacitar investigadores dos países pobres com conhecimentos específicos. Nos processos de desenvolvimento o papel da sociedade civil, neste caso o papel das fundações e mais concretamente da FCG, torna-se essencial: as fundações vão ao encontro das necessidades dos mais pobres, tentam resolver as questões e, mais ainda, tentam ir ao encontro das causas dos problemas. Analisar o contexto e impacto das

DTN e a sua relevância para as populações mais pobres do mundo foi um verdadeiro desafio por ser uma área desconhecida para mim. Chego à conclusão que a aposta em áreas inovadoras como é o caso das DTN é muito arriscada e que a FCG, como agente de cooperação, desempenha um importante papel neste domínio: a FCG consegue correr riscos, ser inovadora nas áreas abordadas, trabalhar em parceria, divulgar questões que normalmente caem no esquecimento e tentar captar novos doadores para a investigação na área das DTN, mantendo sempre as suas características de independência e flexibilidade. Deste modo, ao contribuir para retirar o carácter negligenciado associado às DTN, a FCG contribui para que a redução da pobreza e o alcance do desenvolvimento se tornem possíveis.

Considero que o desenvolvimento não é possível sem a existência de compromisso por parte dos doadores - que têm de cumprir com o que é acordado, coordenar-se, tornar a ajuda mais previsível, tendo sempre em conta as necessidades dos países mais pobres – bem como por parte dos recebedores – que têm de sentir que o processo de desenvolvimento é seu e facilitar as mudanças (para tal, torna-se essencial mudar as formas de agir e a mentalidade de quem actua).

Posso, também, afirmar que não se pode olhar para a redução da pobreza e saúde como áreas independentes mas sim interdependentes em que é necessário haver uma boa evolução em ambas para se alcançar o desenvolvimento. Deste modo, é necessário aumentar/repensar o financiamento na área da saúde bem como em sectores que a influenciam (educação, água, saneamento, habitação, nutrição).

Com este trabalho o meu conhecimento em áreas como as fundações, as DTN, a importância da cooperação na área da saúde tendo em vista a diminuição da pobreza e o aumento do desenvolvimento, a aposta em áreas inovadoras, a relevância dos novos agentes de cooperação que apresentam novas formas de trabalho, novas ideias e que podem correr riscos, ficou alargado.

Para terminar, considero que numa investigação futura seria interessante analisar de que forma a EFINTD conseguiu alcançar os seus objectivos, isto é, se as investigações apoiadas pela iniciativa foram de facto colocadas em prática para benefício das populações dos países mais pobres, se os investigadores permaneceram nos seus países, se a qualidade de vida das populações melhorou e se os sistemas de saúde (e a sua cobertura) melhoraram.

10. BIBLIOGRAFIA

- Amaro, R. (2004). Desenvolvimento – um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à prática e da prática à teoria. *Cadernos de Estudos Africanos – Desenvolvimento e Saúde em África*, 4 (Janeiro-Julho 2003), 35-70.
- Afonso, M. (2005a). Capítulo I – A cooperação para o desenvolvimento e as suas motivações. In Afonso, M. & Fernandes, A. (2005). *abCD Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento*. Lisboa: IMVF/Oikos.
- Afonso, M. (2005b). Capítulo II – A evolução da cooperação para o desenvolvimento. In Afonso, M. & Fernandes, A. (2005). *abCD Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento*. Lisboa: IMVF/Oikos.
- Afonso, M. (2005c). Capítulo V – O volume e a distribuição da cooperação. In Afonso, M. & Fernandes, A. (2005). *abCD Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento*. Lisboa: IMVF/Oikos.
- Anheier, H. & Daly, S. (Eds.) (2007). *The Politics of Foundations: A comparative analysis*. Oxon: Routledge.
- Anheier, H., & Toepler, S. (Eds.) (1999). *Private Funds, Public Purpose – Philanthropic Foundations in International Perspective*. Nova Iorque: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Baptista, C. (2005). Fundações Portuguesas: Desafios e Oportunidades. *Impactus – Empresa Sustentável*, 5: 56-58.
- Baptista, C. (2003). Fundações Portuguesas: Quantas são? Como são? *Memória – Regime Jurídico*, 0: 56-61.
- Centro Português de Fundações. (2004). VIII Encontro Nacional de Fundações e Conferência: “As Fundações e a sociedade civil europeia”. Acedido em: Maio, 2011, em: <http://www.cpf.org.pt/PT/index.htm>
- Centro Português de Fundações. (1996). *Guia das Fundações Portuguesas - Portuguese Foundations Guide*. 3ª edição Lisboa: Fundação Oriente.
- Comissão Europeia. (2009). Issues Paper – The EU role in global health. Acedido em: Novembro, 2010, em: http://ec.europa.eu/development/icenter/files/europa_only/EU_role_global_health_issue_paper_en.pdf
- Conteh, L., Engels, T., & Molyneux, D.H. (2010). Socioeconomic aspects of neglected tropical diseases. *The Lancet*, 375(9710), 239-247. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61422-7
- Crisp, N. (2010). *Turning the World Upside Down: the search for global health in the twenty-first century*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd.
- de Borms, L. (2005). *Foundations: Creating Impact in a Globalised World*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- de Haan, A. (2009). *How the Aid Industry Works*. Sterling: Kumarian Press.
- Degnbol-Martinussen, J., & Engberg-Pedersen, P. (2003). Chapter 2 – Motives and Interests. In. Degnbol-Martinussen, J., & Engberg-Pedersen, P., *AID Understanding International Development Cooperation* (pp. 7-17). London: ZED Books Ltd.
- Economic and Social Council. (2009). *Special Event on Philanthropy and the Global Public Health Agenda Februray 2009 – Final Report*. Acedido em: Abril, 2011, em: <http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf/philanthropy%20brochure%20final.pdf>
- Enserink, M. (2009). Some Neglected Diseases Are More Neglected Than Others. *Science*, 323(5915), 700. doi: 10.1126/science.323.5915.700

- European Foundation Centre. (2006). *Perspectivas Europeias sobre Saúde Global: Um Glossário de Políticas de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Evans, B. & Melot, S. (n.d.). Defesa de Direitos e a Dívida: um guia prático. Acedido em: Novembro, 2011, em: <http://tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Topics/Other%20advocacy%20training%20materials/AdvdebtP%20-%20full.pdf>
- Fernandes, A. (2005). Capítulo III – Os actores da cooperação para o desenvolvimento. In Afonso, M. & Fernandes, A. (2005). *abCD Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento*. Lisboa: IMVF/Oikos.
- Frumkin, P. (2002). *On Being Nonprofit – A Conceptual and Policy Primer*. United States of America: Harvard University Press.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2011a). FAQ. Acedido em: Setembro, 2011, em: <http://www.gulbenkian.pt/section57artId348langId1.html>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2011b). *Programa Gulbenkian de Ajuda ao Desenvolvimento – Saúde Relatório 2010*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2008b). *Programa Gulbenkian de Ajuda ao Desenvolvimento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Global Forum for Health Research. (2006). *Monitoring Financial Flows for Health Research 2006: The changing landscape of health research for development*. Geneva: Global Forum for Health Research.
- Governo. (2006). *Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa*. Lisboa: MNE/IPAD.
- Gyapong, J., Gyapong, M., Yellu, N., Anakwah, K., Amofah, G., Bockarie, M., & Adjei, S. (2010). Integration of control of neglected tropical diseases into health-care systems: challenges and opportunities. *The Lancet*, 375(9709), 160-165. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61249-6
- Hanne, D. & Gunsenheimer, A. (2008). Africa on the Rise? Some Remarks on the Development of the Higher Education Sector in Africa. Acedido em: Maio, 2011, em: http://www.humboldt-foundation.de/pls/web/docs/F4615/wissen_schafft_entwicklung.pdf
- Hotez, P., Fenwick, A., Savioli, L. & Molyneux, D. (2009). Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases. *The Lancet*, 373(9674), 1570-1575. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60233-6
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. (2011). Principais Características da APD Portuguesa. Acedido em: Outubro, 2011, em: <http://www.ipad.mne.gov.pt/CooperacaoDesenvolvimento/AjudasPublicasDesenvolvimento/Paginas/default.aspx>
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. (2010). *Memorando da Cooperação Portuguesa 2010*. Lisboa: MNE/IPAD.
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. (2009). Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde. Acedido em: Novembro, 2010, em: <http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Documentacao/EstrategiaCooperacao/Documents/Estrategiasau deMaio2011.pdf>
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. (2008). *Uma Parceria Global para o Desenvolvimento – Contribuição de Portugal para os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*. Lisboa: MNE/IPAD/Direcção de Serviços de Planeamento.

- Kharas, H. (2007). *Trends and Issues in Development Aid*. Washington, D.C.: Brookings.
- Liese, B., Rosenberg, M., & Schratz, A. (2010). Programmes, partnerships, and governance for elimination and control of neglected tropical diseases. *The Lancet*, 375(9708), 67-76. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61749-9
- Lucas Pires, M. (2011). Regime Jurídico Aplicável às Fundações de Direito Privado e de Utilidade Pública. *Publicações CEDIPRE Online* – 7. Acedido em: Maio, 2011, em: http://www.cedipre.fd.uc.pt/pdfs/online/public_7.pdf
- Lusa. (2011, 19 de Maio). Portugal continua a falhar compromissos internacionais sobre ajuda ao desenvolvimento. *Público*. Acedido em Maio, 2011, em: <http://www.publico.pt/Sociedade/portugal-continua-a-falhar-compromissos-internacionais-sobre-ajuda-ao-desenvolvimento-1494920>
- Macedo, A. (2001). *Sobre as Fundações Públicas e Privadas*. Lisboa: Vislis Editores.
- Molyneux, D.H. (2010). Neglected tropical diseases – beyond the tipping point? *The Lancet*, 375(9708), 3-4. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61914-0
- Molyneux, D.H. (2008). Combating the “other diseases” of MDG 6: changing the paradigm to achieve equity and poverty reduction? *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 102(6), 509-519. doi: 10.1016/j.trstmh.2008.02.024
- Moran, M., Guzman, J., Henderson, K., Abela-Oversteegen, L., Wu, L., Omune, B., Gouglas, D., Chapman, N., & Zmudzki, F. (2011). *G-FINDER 2010. Neglected Disease Research and Development: Is the Global Financial Crisis changing R&D?* London: Policy Cures.
- Moran, M., Guzman, J., Ropars, A., McDonald, A., Sturm, T., Jameson, N., Wu, L., Ryan, S., & Omune, B. (2009). *G-FINDER 2009. Neglected Disease Research and Development: How much are we really spending?* London: The George Institute for International Health.
- OECD. (2011). *Development Co-operation Report 2011: 50th Anniversary Edition*. OECD. Acedido em: <http://www.oecd.org/dataoecd/40/53/48806367.pdf>. doi: 10.1787/dcr-2011-en
- OECD. (2010a). *Development Co-operation Report 2010*. OECD. Acedido em: http://www.oecd-ilibrary.org/development/development-co-operation-report-2010_dcr-2010-en;jsessionid=177gxsh4ivcjk.epsilon. doi: 10.1787/dcr-2010-en
- OECD. (2010b). *Portugal (2010) DAC Peer Review - Main Findings and Recommendations*. Acedido em: Janeiro, 2011, em: http://www.oecd.org/document/43/0,3746,en_33873108_33873764_46501931_1_1_1_1,00.html
- OECD. (2009a). *Development Co-operation Report 2009*. OECD. Acedido em: http://www.oecd-ilibrary.org/development/development-co-operation-report-2009_dcr-2009-en. doi: 10.1787/dcr-2009-en
- OECD. (2009b). Health: Improving Policy Coherence for Development. *Policy Brief, October 2009*, 1-8. Acedido em: Janeiro, 2010, em: <http://www.oecd.org/dataoecd/61/58/43842868.pdf>
- OECD. (2007). *Development Co-operation Report 2006: Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee*. OECD. Acedido em: http://www.oecd-ilibrary.org/development/development-co-operation-report-2006_dcr-2006-en doi: 10.1787/dcr-2006-en
- OECD. (2006). *Development Co-operation Report 2005: Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee*. OECD. Acedido em: http://www.oecd-ilibrary.org/development/development-co-operation-report-2005_dcr-2005-en. doi: 10.1787/dcr-2005-en

- OECD. (2005). *Development Co-operation Report 2004: Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee*. OECD. Acedido em: http://www.oecd-ilibrary.org/development/development-co-operation-report-2004_dcr-2004-en. doi: 10.1787/dcr-2004-en
- OECD. (2003). *DAC Guidelines and Reference Documents: Poverty and Health*. OECD/WHO.
- OECD. (n.d.). Aid at a Glance Chart. Acedido em: Outubro, 2011, em: <http://www.oecd.org/dataoecd/42/49/44285355.gif>
- Plataforma Portuguesa das ONGD. (2011, 19 de Maio). É necessária mais e melhor cooperação para alcançar os ODM. Acedido em: Maio, 2011, em: <http://www.plataformaongd.pt/noticias.aspx?info=&id=1143>
- Plataforma Portuguesa das ONGD. (2010, 15 de Abril). Ajuda Pública ao Desenvolvimento de Portugal baixou 15,7% em 2009. Acedido em: Maio, 2011, em: <http://www.plataformaongd.pt/noticias.aspx?info=&id=189><http://www.publico.pt/Sociedade/portugal-continua-a-falhar-compromissos-internacionais-sobre-ajuda-ao-desenvolvimento-1494920>
- Riddell, R. (2007). *Does Foreign Aid Really Work?* Oxford: Oxford University Press.
- Sangreman, C. (2011). A evolução do conceito de desenvolvimento. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sangreman, C. (2009). Capítulo I - A teoria da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e o estado da arte da cooperação portuguesa. In Sangreman, C. (Coord.), *A Cooperação Descentralizada e as dinâmicas de mudança em países africanos – os casos de Cabo-Verde e da Guiné-Bissau* (pp. 25-97). Lisboa: CESA/ACEP.
- Sangreman, C., & Proença, F. (2009). Introdução. In Sangreman, C. (Coord.), *A Cooperação Descentralizada e as dinâmicas de mudança em países africanos – os casos de Cabo-Verde e da Guiné-Bissau* (pp. 15-24). Lisboa: CESA/ACEP.
- Secretaria do Conselho de Administração da Fundação Calouste Gulbenkian (coord). (2011). *Relatório Balanço e Contas 2010*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Secretaria do Conselho de Administração da Fundação Calouste Gulbenkian (coord). (2010). *Relatório Balanço e Contas 2009*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Secretaria do Conselho de Administração da Fundação Calouste Gulbenkian (coord). (2008a). *Fundação Calouste Gulbenkian 1956-2006: Factos e números*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Serra, A. (2004). Capítulo 6 – O problema da dívida externa: origens, evolução e busca de uma solução. Acedido em Outubro 2011, em: <http://www.iseg.utl.pt/disciplinas/mestrados/dci/dcipedcap6.htm>
- Silva, L. (2008). Apontamentos das aulas de Desenvolvimento e Cooperação Internacional de Sangreman, C., Universidade de Aveiro, Aveiro.
- União Africana. (2007). Africa Health Strategy: 2007-2015. Acedido em: Outubro, 2010, em: http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY.pdf
- União Europeia. (2006). «O Consenso Europeu» para o desenvolvimento. Acedido em Maio, 2011, em: http://europa.eu/legislation_summaries/development/general_development_framework/r12544_pt.htm

- United Nations Development Programme. (2003). *Human Development Report 2003 - Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2011). Neglected tropical diseases – Frequently asked questions. Acedido em: Agosto, 2011, em: http://www.who.int/neglected_diseases/faq/en/index.html
- World Health Organization – Regional Office for Africa. (2010a). *Achieving Sustainable Health Development in the African Region – Strategic Directions for WHO 2010-2015*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010b). *First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2009). *Neglected tropical diseases, hidden successes, emerging opportunities*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2007). Address to the WHO Global Partners Meeting on Neglected Tropical Diseases – Dr. Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization. Acedido em: Abril, 2011, em: http://www.who.int/neglected_diseases/chan_speech/en/index.html
- World Health Organization. (2003). *Investir na saúde – Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde*. Geneva: WHO.
- World Health Organization – Commission on Macroeconomics and Health: Working Group 1. (2002). *Health, economic growth and poverty reduction: the report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization/The Carter Center. (2008). *Integrated control of the neglected tropical diseases: a neglected opportunity ripe for action*. Comunicação apresentada no The Global Health and the United Nations meeting. Atlanta, Georgia, USA, 8-9 de Maio de 2008.