



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO

Cooperação e Desenvolvimento Internacional

TRABALHO FINAL DE MESTRADO

Dissertação

O impacto da cooperação bilateral Portugal/Guiné-Bissau na área da saúde e formação de capacidades

- Impactos da cooperação no desenvolvimento humano -

André Filipe Rei da Silva Oliveira

2011/2012



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO

Cooperação e Desenvolvimento Internacional

TRABALHO FINAL DE MESTRADO

Dissertação

O impacto da cooperação bilateral Portugal/Guiné-Bissau na área da saúde e formação de capacidades

- Impactos da cooperação no desenvolvimento humano -

André Filipe Rei da Silva Oliveira

ORIENTAÇÃO:

Prof^a Doutora Joana Pereira Leite

2011/2012

Resumo

O presente trabalho propõe uma análise da cooperação para o desenvolvimento entre Portugal e a Guiné-Bissau, sustentada no paradigma do desenvolvimento humano. Atenção particular será consagrada a duas vertentes actuais dessa mesma cooperação, privilegiando os domínios da saúde e de formação de capacidades, discutindo a sua eficiência e resultados expectáveis, sempre com base naquela concepção, mais vasta, de desenvolvimento.

De acordo com a ideia que tem regido as principais resoluções da ONU, reconhecendo os *“indivíduos como a principal riqueza das nações”*, também a democracia e a sua exaltação permitem que o indivíduo seja capaz de contribuir, com as suas *capabilities* e funcionalidades (em função das suas capacidades, possibilidades e acção) para o desenvolvimento do local onde se encontra. Assim, lutar contra as restrições ao desenvolvimento humano, sejam elas a pobreza, as dificuldades de acesso a cuidados básicos de saúde e à educação, entre outras, cujos efeitos se reforçam entre si, abre o leque de escolhas ao indivíduo que, dessa forma, passa a ser capaz poder tirar pleno benefício das suas potencialidades enquanto ser humano, tornando-se um agente do desenvolvimento.

A Guiné-Bissau é actualmente o Estado lusófono que ocupa a posição mais baixa no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este facto não será, por certo, indiferente à persistência da instabilidade política que nos últimos anos têm seriamente afectado a estabilidade sócio económica e o desenvolvimento do país. Cerca de três quartos dos seus 1,4 milhões de habitantes são atingidos pelo fenómeno da pobreza. A economia guineense está muito dependente da ajuda internacional, sendo particularmente problemática a situação da dívida externa, cujo peso ultrapassa a sua capacidade financeira. O facto de ser a Guiné Bissau o país mais “instável” do grupo de Países Africanos de Expressão Portuguesa e com maior necessidade de ajuda externa constitui motivação maior para este trabalho.

PALAVRAS-CHAVE

Desenvolvimento Humano, Empowerment, Saúde Reprodutiva, Género, Igualdade de Género

Summary

The present work proposes an analysis of the development cooperation between Portugal and Guinea-Bissau, based on the paradigm of human development. It will be given particular attention to two current sides of that cooperation, favouring the areas of health and capability approach, debating its efficiency and probable results, always based on the larger concept of development.

According to the idea that has been directing the main resolutions of the UN, acknowledging “*persons as the main richness of the nations*”, democracy and its exaltation also allow the individual to be able to contribute, with his capabilities and functionalities (according to his skills, possibilities and action) for the development of the place where he is located. Thus, fighting against the restrictions to human development, should they be poverty, difficulties in obtaining basic medical care and education, among others, whose effects reinforce each other, opens the amount of choices to the individual that, this way, starts to be able to take full advantage of his potentialities as human being, becoming an agent of development.

Guinea-Bissau is nowadays the Portuguese speaking Language State that occupies the lowest position in the Human Development Index. This fact is certainly not indifferent to the continuing of the political instability that in the last years have seriously affected the socio-economic stability and development of the country. Around three quarters of its 1, 4 millions of inhabitants are affected by the phenomenon of poverty. The economy of Guinean-Bissau is highly dependent on international aid, and its external debt situation, whose weight exceeds its financial capacity, is particularly problematic. The fact that Guinea- Bissau is the more instable country of the group of Portuguese Speaking Language African Countries and with more necessity of external aid is a strong motivation for this work.

KEY WORDS

Human Development, Empowerment, Reproductive Health, Gender, Gender Equality

Introdução

O objecto deste trabalho consiste em abordar a temática do impacto da cooperação bilateral Portugal/Guiné-Bissau na área da saúde e na formação de capacidades, ou seja, procura reflectir sobre a sua importância no desenvolvimento humano.

A actividade profissional que desempenhámos nesta área permitiu-nos aumentar a sensibilidade acerca destas matérias tratadas nesta dissertação e procurar observar o verdadeiro impacto que o desenvolvimento humano, com a integração da mulher na sociedade, consegue atingir. A opção por explorar o tema da cooperação para o desenvolvimento, sustentada no paradigma do desenvolvimento humano, surge com a confirmação da sua importância nas várias políticas de desenvolvimento para os países mais pobres e da necessidade de abordar um tema de estudo vasto e multidisciplinar.

Tendo em conta a amplitude deste tema e as várias perspectivas pelas quais pode ser desenvolvido, decidimos focar o nosso estudo em duas áreas fundamentais para o desenvolvimento. Tomaremos especial atenção à área da saúde, assim como da educação, pela forte influência que desempenham no processo de desenvolvimento das sociedades. A saúde está ligada ao bem-estar físico e psíquico e a educação permite que as pessoas tenham um papel importante nas suas escolhas a todos os níveis.

A hipótese central desta dissertação é de que o aproveitamento dos vários recursos humanos disponíveis pode ser benéfico para a comunidade. Neste quadro sustentamos que uma integração equitativa da mulher na comunidade gera igualmente ganhos importantes para a comunidade em que está inserida. A saúde juntamente com a educação permite capacitar a mulher, para que esta seja capaz de escolher o seu papel na comunidade em que está inserida e promover o desenvolvimento.

O trabalho é constituído por três capítulos principais, organizados de forma sequencial, procurando fornecer informação que nos permita compreender e argumentar sobre o tema em análise. Assim, no primeiro capítulo, consagrado ao quadro teórico e conceptual, começamos por apelar ao paradigma do desenvolvimento humano, o qual expõe a importância da saúde no desenvolvimento e sublinha o peso da equidade de género na saúde reprodutiva. Posteriormente, estabelecemos de seguida o quadro de intervenção da Cooperação Portuguesa, expondo as suas estratégias e motivações nesta temática e a relação estreita que estabelece com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Timor-Leste.

No segundo capítulo, faremos um pequeno enquadramento da situação socio-económica da Guiné-Bissau, assim como uma análise do importante papel desempenhado por Portugal no Sistema de Saúde Guineense, uma área bastante debilitada e que está dependente da ajuda externa. Por

último, como contributo à temática principal desta minha pesquisa, iremos reflectir em torno de uma acção concreta de cooperação descentralizada entre Portugal e a Guiné-Bissau, a partir do projecto da responsabilidade da ONGD VIDA, denominado “Liderança Feminina na Saúde – Um Projecto de Responsabilização Comunitária”, no qual procuramos evidenciar a importância do desenvolvimento humano para a área da saúde ao nível da comunidade.

Abreviaturas

CEDAO – Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CT – Cooperação Técnica

CD – Cooperação Descentralizada

FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

ONGD – Organizações Não-Governamentais para o Desenvolvimento

ONU – Organização das Nações Unidas

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

VIDA – Voluntariado Internacional para o Desenvolvimento Africano

Índice

Resumo.....	3
Introdução	5
I.Quadro Teórico e Conceptual	9
1.Desenvolvimento Humano.....	9
1.1.Importância da saúde no Desenvolvimento Humano	12
1.2.Saúde Reprodutiva e a Questão da Igualdade de Género	13
2.A Cooperação para o Desenvolvimento e o caso Português.....	18
2.1.A Cooperação Técnica	19
2.2.A Cooperação Descentralizada	20
II.Estudo de Caso	23
1.Guiné-Bissau - Contexto Nacional	23
2.O papel da Ajuda Portuguesa	27
3. A Cooperação Portuguesa no Sistema de Saúde da Guiné-Bissau.....	28
III.Análise do Projecto “Liderança Feminina na Saúde – Um Projecto de Responsabilização Comunitária”	30
Conclusão.....	35
Bibliografia	37
Anexos	40

I. Quadro Teórico e Conceptual

1. Desenvolvimento Humano

“ Existem boas razões para que se veja a pobreza como uma privação de capacidades básicas, e não apenas como baixa renda. A privação de capacidades elementares pode reflectir-se em morte prematura, subnutrição significativa, analfabetismo disseminado”. (SEN, 2000)

O mundo actual constata que o desenvolvimento humano se afirma como a referência principal para na orientação dos debates, negociações e políticas em torno da cooperação internacional. Nos anos 90, fortaleceu-se entre os países um entendimento enquanto processo que transcende a dimensão económica para se direccionar para o indivíduo, devendo atender à sua condição social no mundo, e aos diversos tipos de privações humanas que levam à pobreza, à exclusão social e a outros tipos de desigualdade à escala mundial.

Numa primeira fase, a cooperação para o desenvolvimento assumia a forma de apoio em recursos, em tecnologia e transferências de *know-how* destinados ao reforço das estruturas económicas e instituições nos países subdesenvolvidos. O objectivo era o de diminuir a distância entre países ricos e pobres, mas não acautelava, porém as condições individuais de existência.

As crises económicas e o aprofundamento da pobreza e da desigualdade que atingiram os países em vias de desenvolvimento, revelaram as inadequações e desequilíbrios de políticas económicas adoptadas a partir dos anos 80. Uma nova forma de se pensar o desenvolvimento mostrou-se fortalecida, inspirando a partir de então a adopção de novas estratégias de cooperação. Fortalecia-se assim a percepção de que o desenvolvimento não deveria ser um modelo "importado" dos países ricos, e focado apenas em medidas económicas, mas que devia abarcar processo mais amplo e consoante a realidade dos países.

O desenvolvimento humano insere-se como um processo focado no indivíduo, no preenchimento das suas necessidades básicas para levar uma vida longa, digna e saudável; na criação de condições e oportunidades na sociedade para este adquirir conhecimento, exercer suas capacidades, aprimorar habilidades e gerar recursos necessários a um padrão de vida adequado; a realização dos direitos políticos, humanos e civis, através de participação na cidadania, assegurado por um Estado democrático.¹

¹ A tónica nas liberdades humanas contrasta com perspectivas mais restritas do desenvolvimento, que identificam-no com o crescimento do produto nacional bruto, com o aumento das receitas pessoais, com a industrialização, com o progresso tecnológico ou com a modernização social.

De acordo com A. Sen e Mahbub ul Haq existem várias formas de criar a ligação desejável entre o crescimento económico e o desenvolvimento humano, quer através do investimento na saúde e educação, na distribuição equitativa de rendimento, no empoderamento das mulheres e na correcta estruturação das despesas do Estado.²

Em 1990 o PNUD lançou, sob a direcção de Mahbub ul Haq e a estreita colaboração de A Sen, o primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano, estabelecendo na agenda global uma nova forma de medição da realidade económica e social no mundo, a partir de um enfoque mais amplo do desenvolvimento, através do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que considera, além do PIB, a longevidade, incluindo alimentação adequada e serviços de saúde disponíveis aos indivíduos, e os níveis de escolaridade nos países.³ Fortalecia-se então a visão da multidimensionalidade da pobreza, e consideravam-se os programas de desenvolvimentos devem encarar a pobreza como perda de direitos, como negação das escolhas e oportunidades básicas para o desenvolvimento humano, reflectida em vida curta, falta de educação elementar, falta de meios materiais, exclusão e falta de liberdade e dignidade. O desenvolvimento humano passa a centrar-se nas pessoas, privilegiando a qualidade da vida humana, e não as posses materiais. Ao “bem-estar” centrado no “bem ter” sucede a noção de “bem ser” associado à liberdade das escolhas. É assim que o “empowerment” traduz a expansão dos processos de escolhas e de possibilidades e constitui base do desenvolvimento humano.

*"The basic purpose of development is to enlarge people's choices. In principle, these choices can be infinite and can change over time. People often value achievements that do not show up at all, or not immediately, in income or growth figures: greater access to knowledge, better nutrition and health services, more secure livelihoods, security against crime and physical violence, satisfying leisure hours, political and cultural freedoms and sense of participation in community activities. The objective of development is to create an enabling environment for people to enjoy long, healthy and creative lives."*⁴ (Mahbub ul Haq, 2008)

Com efeito afirma-se que crescimento económico é condição necessária mas não suficiente para o desenvolvimento humano, já que a criação de rendimento é tão importante quanto o uso que dele é feito. Sem uma afectação adequada, os seus benefícios serão limitados e não fluirão adequadamente do topo para a base da sociedade, perpetuando situações de privação e magnificando assimetrias. A criação de um canal de transmissão entre crescimento económico e desenvolvimento humano pode ser feita através de acção política pública deliberada.

² Haq, Mahbub ul,, The Human Development Paradigm, 2008

³ A qualidade dos sistemas de ensino passou a ser incluída no IDH de 2010.

⁴ Haq, Mahbub ul,, The Human Development Paradigm, 2008

Neste quadro se integra a cooperação internacional que visa o desenvolvimento das capacidades humanas, entendida como um processo de ajuda internacional, respeitando-se as diferenças culturais e que promove as várias oportunidades individuais e sociais. De acordo com esta perspectiva a pobreza não resulta somente da baixa renda, mas tem uma natureza multidimensional.

As sociedades devem procurar inovações institucionais que visem o desenvolvimento e à troca de conhecimentos em benefício de todos os envolvidos. Os países devem assumir o processo de desenvolvimento das suas capacidades, precisam ter o papel activo e não o de receptores passivos.

“ (...) a expansão da liberdade humana é tanto o principal fim como principal meio do desenvolvimento. O objectivo do desenvolvimento relaciona-se com a avaliação das liberdades reais desfrutadas pelas pessoas. As capacidades individuais dependem crucialmente, entre outras coisas, de disposições económicas, sociais e políticas. (...) os papéis instrumentais da liberdade contém vários componentes distintos, porém inter-relacionados, como facilidades económicas, liberdades políticas, oportunidades sociais, garantias de transparência e segurança protectora.” (SEN, 2000).

Amartya Sen enfatiza a importância das liberdades instrumentais. O papel instrumental da liberdade diz respeito ao modo como os diferentes tipos de direitos, oportunidades e habilitações contribuem para o alargamento da liberdade humana em geral, promovendo, assim, o desenvolvimento. Um certo tipo de liberdade pode ser de grande ajuda para a promoção de outros tipos de liberdade.⁵

As liberdades políticas (sob a forma de livre expressão e eleições) ajudam a promover a segurança económica. As oportunidades sociais (sob a forma de serviços de saúde e educação) facilitam a participação económica. Os dispositivos económicos (sob a forma de oportunidade de participar no comércio e na produção) podem ajudar a gerar tanto a riqueza pessoal como os recursos públicos destinados a serviços sociais. As liberdades de diferentes espécies podem reforçar-se umas às outras.

Pode-se afirmar, que estas diferentes liberdades, com especial destaque para as oportunidades sociais, complementam-se umas às outras e assim reforçam as capacidades das pessoas. Por exemplo, o crescimento económico, além de aumentar os rendimentos privados, permite o alargamento dos serviços sociais. Por outro lado, as oportunidades sociais contribuem para o desenvolvimento económico. Deste modo, ai por terra a crença, dominante em alguns meios políticos e de comunicação, de que o desenvolvimento humano seria uma espécie de luxo a que só os países ricos teriam direito.

⁵ SEN, 2000

As ideias de Sen fornecem os princípios fundamentais de uma abordagem flexível de desenvolvimento, cujo quadro conceptual permite que os decisores políticos possam analisar os diversos desafios que as pessoas e países pobres enfrentam, ao invés de impor uma ortodoxia rígida. Uma das tarefas mais difíceis na aplicação da perspectiva das capacidades à política de desenvolvimento é decidir quais os recursos mais importantes. A gama de capacidades humanas é infinito e o valor que os indivíduos atribuem a cada um pode variar de pessoa para pessoa.⁶

1.1. Importância da saúde no Desenvolvimento Humano

O desenvolvimento consiste na expansão do conjunto de escolhas e possibilidades humanas e na garantia do seu uso pleno. O conceito de desenvolvimento tem evoluído ao longo dos tempos, adquirindo uma nova dimensão social, política, cultural e económica, e abrangendo temas como os direitos humanos, liberdade, democracia, etc. O modelo de desenvolvimento alternativo proposto por alguns autores enfatiza o conceito de empowerment (empoderamento). O investimento na saúde apresenta neste contexto enorme potencial.

Atendendo a que a expansão da liberdade é o fim prioritário e simultaneamente, o meio principal do desenvolvimento, então as oportunidades sociais na saúde, assim como na educação, complementam as oportunidades individuais de participação económica e política, e estimulam as nossas iniciativas no sentido de superar privações.

O investimento na saúde apresenta-se assim um importante catalisador do desenvolvimento humano, pelo enorme potencial de expansão de capacidades e escolhas individuais, podendo contribuir eficazmente para o alívio das situações de pobreza e privação e para a criação de um processo de desenvolvimento equitativo e sustentável⁷. A saúde e a educação são dois vectores importantes para a formação de capacidades. Um bom sistema de saúde, aliado a um forte sistema educativo, irá tornar as pessoas em importantes agentes do desenvolvimento, visto que irão contribuir para um aumento da produtividade. É com base nesta perspectiva que iremos desenvolver a análise.

O conceito de desenvolvimento humano não se limita a insistir na responsabilidade pública pela criação de condições básicas de vida: os cidadãos devem ter maior voz política sobre os seus direitos e exigir prestação de contas pelas instituições públicas.⁸

⁶ Sakiko Fukuda-Parr, *The Human Development Paradigm: Operationalizing Sen's Ideas on Capabilities*, Feminist Economics, 2003

⁷ Sen & Anand, *Human Development and Economic Sustainability*, 2000

⁸ Sharma, 2006

A pandemia do HIV/SIDA colocou na ordem do dia o respeito pelos direitos de grupos sociais marginalizados, e as ONG's passaram a incluir o rol das instituições não estatais que podem contribuir para a realização das utilidades públicas. São estes os motivos que colocam um novo destaque na responsabilidade dos governos em criar tanto as condições básicas de vida, como o ambiente político de respeito pelos direitos dos cidadãos que os incentive a uma participação activa.

É cada vez mais consensual que a boa governação é uma característica indispensável para sistemas de saúde eficazes, com a capacidade de absorver a ajuda externa. A boa governação inclui a reforma dos papéis da administração pública em saúde, para passar a assumir a condição de actores não estatais e descentralizados, bem como a advocacia social dos processos intersectoriais (com influência na saúde (Pelos Ministérios da Saúde). A boa governação inclui igualmente o incentivo às organizações da sociedade civil para participarem na prestação de cuidados e execução de programas de utilidade publica em saúde.⁹

1.2. Saúde Reprodutiva e a Questão da Igualdade de Género

Equacionar a questão da saúde reprodutiva e de igualdade de género¹⁰, a propósito do desenvolvimento humano, conduz à necessidade de compreender que as pessoas não podem ser entendidas como neutras ou homogéneas, visto que são homens e mulheres que lhe dão corpo. Como resultado de um processo de socialização, assente em valores representações sociais de papéis de género, as pessoas encontram-se em posições desiguais e assimétricas perante o exercício de direitos, deveres e recursos, essenciais à dignidade como seres humanos livres, dignos e capazes de integrar uma sociedade desenvolvida.

Este capítulo visa reflectir sobre como o sistema de género e a saúde reprodutiva, assim como as relações sociais, se manifestam na realidade socioeconómica dos países e comunidades, originando e reproduzindo desigualdades entre homens e mulheres que colocam em causa o desenvolvimento humano, os direitos humanos e de cidadania e o desenvolvimento sustentável.

A importância da Saúde Reprodutiva para o alcance das metas internacionais de desenvolvimento foi reafirmada por líderes de todo o mundo em 2005, em Nova Iorque, aquando da Cimeira Mundial das Nações Unidas. Por essa razão, o acesso universal à Saúde Reprodutiva até 2015 passou a constar dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e deve estar presente nos Planos de Desenvolvimento Nacionais.

A Saúde Reprodutiva está particularmente relacionada com três ODM: a redução da

⁹ Cabral, Jorge, A Saúde na comunidade, 2011

¹⁰ O género refere-se às diferenças sociais entre homens e mulheres, as quais são construídas e definidas pelos processos de socialização, que variam ao longo do tempo e de acordo com as culturas (CE,1998).

mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna, o combate ao VIH/SIDA e a outras doenças. Os Governos, organismos de ajuda e as organizações da sociedade civil estão a orientar o seu trabalho em torno dos referidos objectivos.

Os efeitos da falta de Saúde Reprodutiva recaem sobretudo sobre as mulheres, por isso não pode ser separado de um objectivo mais vasto que é o da Igualdade de Género. A discriminação por motivos de género, que afecta a educação, a atenção na saúde e a falta de controlo sobre as decisões económicas e reprodutivas, agrava ainda mais os riscos da gravidez. As mais altas taxas de mortalidade resultantes dos problemas da gravidez estão normalmente associadas à desigualdade entre homens e mulheres.¹¹

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) apresentou no seu Relatório de Desenvolvimento Humano de 2010, uma nova medida, o Índice de Desigualdade de Género (IDG), criada sobre a mesma base do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que destaca as diferenças na distribuição das realizações entre homens e mulheres. Medindo indicadores como as taxas de mortalidade materna e a representação feminina na política, o IDG demonstra que os países com distribuição desigual do desenvolvimento humano, também sofrem de elevada desigualdade entre homens e mulheres. Os países com elevada desigualdade de género sofrem de distribuição desigual do desenvolvimento humano. Entre os países com um desempenho muito pobre em ambas as categorias está incluída a Guiné-Bissau.¹²

O acesso das raparigas à educação traz benefícios sociais e económicos a longo prazo. O facto de as raparigas concluírem o ensino secundário contribui significativamente para a redução do número de filhos, uma participação na vida activa e um melhor acesso aos cuidados de saúde em geral e, em particular, na área da Saúde Reprodutiva, incluindo a prevenção do VIH/SIDA.

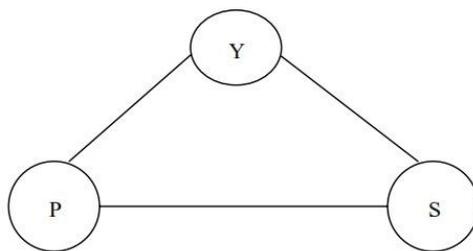
A abordagem do empowerment constitui uma abordagem geral às reivindicações das mulheres:

- Mobilização social em torno das máximas preocupações das mulheres – Empowerment Social (S)
- Maior acesso às bases do poder social por parte das mulheres – Empowerment Político (P)
- Mudança de mentalidade das mulheres – Empowerment Psicológico (Y)

¹¹ O que é necessário entender é que o “desempowerment” das mulheres é estruturalmente determinado – a intervenção das mulheres na sociedade (o que podem ou não fazer) está severamente restringida pela identidade de Género e os seus direitos estão igualmente restringidos, a favor do homem.

¹² Human Development Report 2010, PNUD

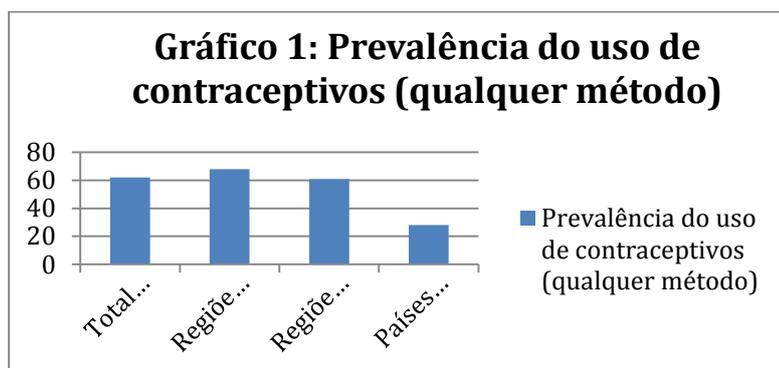
Estes três tipos de empowerment das mulheres estão interligados, formando uma tríade.



Quando esta tríade, centrada numa mulher e numa unidade doméstica, está interligada a outras, o resultado é uma rede social de relações empowering que, devido ao esforço mútuo, tem um potencial extraordinário para a mudança social.¹³

Nos países pobres, caracterizados pelos débeis sistemas de saúde e escassez de pessoal qualificado, as taxas de fecundidade continuam a ser elevadas, onde se registam cerca de 5 filhos por mulher, fruto do limitado uso de métodos contraceptivos. A utilização de contraceptivos é desigual entre os países, varia em função do nível económico das famílias, da educação, das diferenças étnicas, da proximidade das clínicas e da eficácia dos programas de planeamento familiar. O acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes protege o bem-estar das mulheres e crianças e permite que os casais administrem os escassos recursos com mais eficácia.

Segundo dados do FNUAP (2005), ocorrem em todo o mundo, anualmente, cerca de 80 milhões de casos de gravidez não planeada e 120 milhões de mulheres não têm acesso a métodos de contraceptivos seguros. Todos os anos realizam-se cerca de 19 milhões de abortos inaceitáveis do ponto de vista médico. Segundo o mesmo estudo, uma em cada dez gravidezes termina com um aborto realizado em más condições, com grande ocorrência nos países da Africa Subsariana.¹⁴



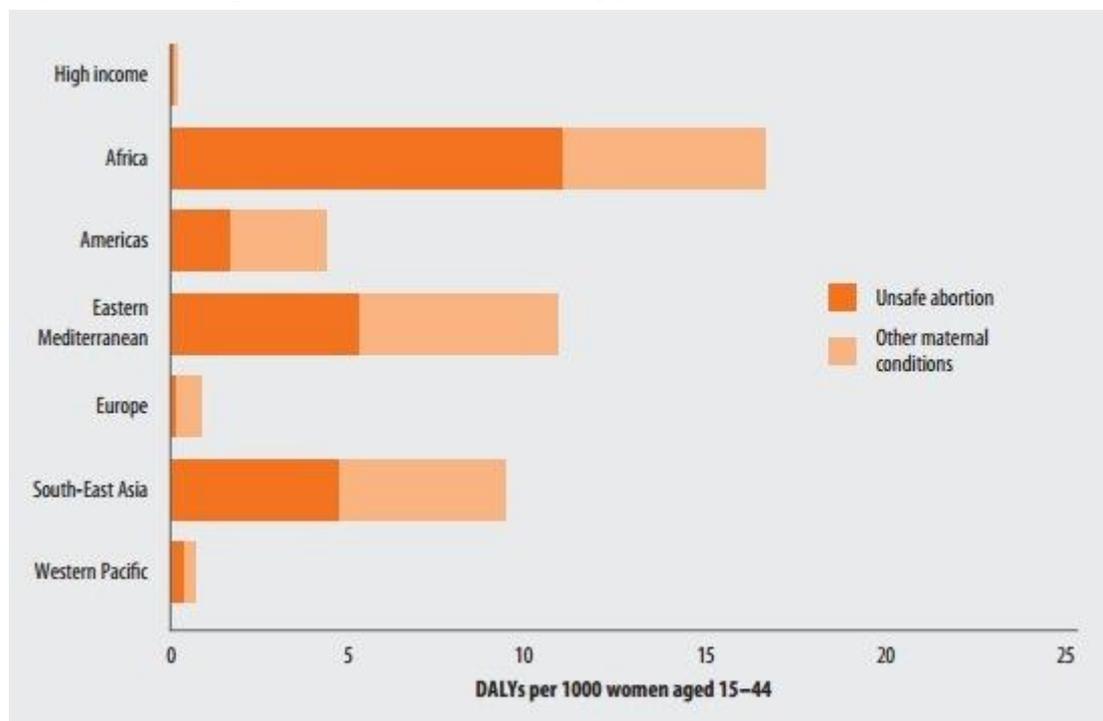
Fonte: UNFPA

¹³ Fridman, John, Empowerment – The Politics of an Alternative Development, 1996

¹⁴ State of World Population 2005, UNFPA

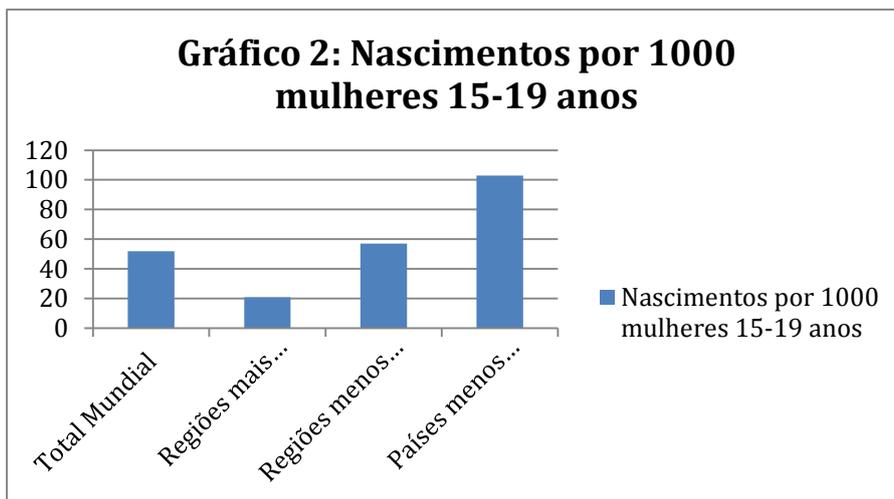
A Saúde Reprodutiva e o Planejamento Familiar contribuem para a construção de famílias menos numerosas e, deste modo, há um maior investimento na alimentação e na capacitação de cada filho, o que leva a uma mão-de-obra mais qualificada e saudável, o que permite uma aceleração do desenvolvimento social e económico.

Figura 1: Consequências da falta de contraceção



Fonte: WHO Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009

Os conflitos e os desastres naturais desestabilizam a infra-estrutura social, deixando muitos jovens, particularmente do sexo feminino, vulneráveis à violência sexual, à exploração e ao tráfico. Segundo o FNUAP, uma em cada três mulheres é espancada, coagida ao sexo ou sofreu algum tipo de abuso durante a vida. Na maior parte dos contextos, as sobreviventes a este tipo de abusos não têm acesso às medidas de contraceção imediatas para evitar a gravidez, a meios para minimizar a transmissão do VIH/SIDA, ao tratamento para outras doenças sexualmente transmissíveis e ao aconselhamento.



Fonte: UNFPA

Muitos programas de ajuda centraram-se sobretudo na saúde durante a infância e na educação primária, mas raramente presta-se atenção às necessidades dos adolescentes. De acordo com o FNUAP, a educação secundária e a educação superior, especialmente para as raparigas, são as mais importantes para o desenvolvimento da saúde reprodutiva, para a redução da pobreza e crescimento económico, mas fundamentalmente para o alcance dos ODM.

Apesar da luta pela igualdade ter assumido contornos muito diferentes nos vários países, em geral, existem pontos comuns. Propomos uma pequena agenda para igualar as oportunidades das mulheres em três áreas fundamentais:

- **Direitos de Saúde Materna:** facilitando o acesso a cuidados de saúde primários, assistência ginecológica e planeamento familiar.
- **Educação Feminina:** a sua promoção traz inúmeros benefícios, desde o aumento da capacidade da mulher gerir o tempo e de intervir na sociedade, passando pela melhoria do seu padrão de vida e pela diminuição da mortalidade infantil, até ao aumento da probabilidade de utilização de contraceptivos.
- **Acesso ao crédito:** os bancos quase não concedem crédito a mulheres e mesmo intermediários internacionais têm taxas muito baixas de concessão. É importante alterar esta situação, nomeadamente, através de mecanismos públicos que facilitem o acesso ao crédito, visto que quando as mulheres empresárias e produtoras têm acesso a serviços financeiros, não só poupam, como pagam os empréstimos e investem na saúde, educação e habitação, alargando as suas escolhas e a capacidade de mudar a sociedade.

2. A Cooperação para o Desenvolvimento e o caso Português

Segundo o documento “Uma Visão Estratégica da Cooperação Portuguesa”, do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD)¹⁵, a missão fundamental da Cooperação Portuguesa permanece centrada na contribuição para um mundo mais estável, em particular nos países lusófonos, caracterizado pelo desenvolvimento económico e social, e pela consolidação e o aprofundamento da paz, da democracia, dos direitos humanos e do Estado de direito.

A Cooperação Portuguesa é assim estabelecida segundo os seguintes princípios orientadores:

- O empenho na prossecução dos ODM, enquanto guião de base das escolhas a efectuar pela Cooperação Portuguesa, e com uma atenção redobrada em países em situação de conflito, em África, e tendo presente a aproximação da meta temporal para a sua obtenção (2015).
- O reforço da segurança humana, em particular em Estados em situação de fragilidade e/ou em situações de pós-conflito, estabelecendo uma ligação forte entre o reforço do Estado de direito, as instituições democráticas, a boa governação, a segurança e o objectivo central do Desenvolvimento como conceito multidimensional e abrangente.
- O apoio à lusofonia, enquanto instrumento de escolaridade e formação, nomeadamente através de uma política integrada de promoção da língua portuguesa que contribua de forma sustentada enquanto veículo para a formação, educação e desenvolvimento dos países parceiros.
- O apoio ao desenvolvimento económico, numa óptica de sustentabilidade social e ambiental, reforçando por um lado o apoio a actividades produtivas e, por outro, a resposta aos desafios ambientais, ambos intimamente ligados às perspectivas de desenvolvimento sustentável dos países em desenvolvimento.
- O envolvimento activo nos debates internacionais, em apoio ao princípio da convergência internacional em torno de objectivos comuns, reforçando a estratégia multilateral da Cooperação Portuguesa e preconizando uma participação activa na agenda internacional de coordenação e promoção da eficácia da ajuda ao desenvolvimento.

¹⁵ Antigo organismo central de coordenação da cooperação portuguesa para o desenvolvimento.

As prioridades geográficas da Cooperação Portuguesa estão direccionadas para os países de língua e expressão portuguesa, sobretudo os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Timor-Leste, incluindo os espaços regionais onde estes se inserem. A particularidade dos seis países de língua portuguesa constarem entre os países mais pobres do mundo é um argumento de peso para a prioridade geográfica da política de cooperação portuguesa.

Concentrando-se em países que são na sua maioria menos avançados e que englobam vários Estados em situação de fragilidade ou situação de pós-conflito, o Estado Português desempenha um papel importante em evitar o aparecimento ou perpetuação de órfãos da ajuda.

De acordo com o último relatório do exame do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) à cooperação portuguesa, realizado em 2010, a cooperação na área da saúde, juntamente com o sector da educação, representou mais de 10 % do total da ajuda bilateral¹⁶ do Estado Português.¹⁷

2.1. A Cooperação Técnica

A cooperação técnica (CT) é, desde o início, uma das formas mais importantes de assistência na APD Portuguesa. De acordo com a OCDE, a CT engloba todas as actividades de ajuda destinadas a desenvolver recursos humanos, através de uma melhoria dos níveis de qualificação, conhecimentos, know-how técnico e aptidões produtivas de um país em desenvolvimento. Um objectivo particularmente importante da CT é o desenvolvimento institucional baseado no desenvolvimento dos recursos humanos, isto é, contribuir para o reforço e melhoria do funcionamento das numerosas instituições imprescindíveis ao desenvolvimento sustentável através da gestão e funcionamento eficazes de uma economia e da sociedade em geral. (ministérios, hospitais, escolas, etc.)¹⁸ Desde os anos 80, a CT passou a ser vista como o principal veículo de fortalecimento de instituições frágeis, fruto do seu papel preponderante na criação/reforço das capacidades humanas e institucionais (capacity building)¹⁹. Nos anos 90 a capacity building tornou-se um aspecto central para muitos organismos doadores, nomeadamente o BM e o PNUD.

Os projectos de CT têm objectivos distintos, desde integrar um cooperante para reforçar os quadros técnicos de que o país dispõe, realizar um estudo que permita melhorar a realidade e dar formação ou capacitação aos quadros locais. Em comum, todas estas iniciativas têm o facto de

¹⁶ Anexo I.

¹⁷ DAC Peer Review-Portugal, 20102

¹⁸ Maria Manuela Afonso, abCD – Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento, 2005

¹⁹ O PNUD define capacity building como o processo através do qual os indivíduos, organizações, instituições e sociedades desenvolvem capacidades (individuais e colectivas) para desempenhar funções, resolver problemas, estabelecer e alcançar objectivos, compreender e lidar com as suas necessidades de desenvolvimento num contexto amplo e de forma sustentável (PNUD, 1997, Capacity Development, Technical Adviser Paper 2).

incluírem alguma transferência de capacidades, habilidades ou conhecimentos para o país receptor da Ajuda, esteja esse objectivo explícito ou não. No caso específico da Cooperação Portuguesa com os PALOP, o objectivo passa por tentar colmatar a enorme carência de quadros médios e superiores existentes, a par de uma grande falta de recursos.²⁰

Grande parte da CT era feita em Portugal, o que se torna negativo, visto que muitos dos que beneficiam de bolsas, nomeadamente as de formação profissional, aproveitavam-nas para não voltarem ao seu país. Os baixos salários praticados nos PALOP e a diminuição do emprego, não convidavam ao regresso. Estamos assim perante o fenómeno de “êxodo de cérebros”, que acaba por colocar problemas para ambas as partes: não contribui para a promoção do desenvolvimento do país de origem e levanta problemas de integração em Portugal.

A realização da CT no país receptor ajuda a combater esta situação. Por outro lado, uma formação que atenda às reais necessidades dos beneficiários, apoiando o reforço das capacidades, assim como o apoio na instalação dos recém-formados, na garantia de acesso a futuro aperfeiçoamento profissional, apresentam-se como vias necessárias para minimizar os referidos problemas. Estes factores demonstram o papel crucial que as capacidades humanas têm, assim como o quadro institucional que as acolhe no desenvolvimento do país. E é justamente para a promoção dessas capacidades humanas e institucionais que a CT se deve reger.

2.2. A Cooperação Descentralizada

O objectivo deste capítulo é dar a conhecer a importância da cooperação descentralizada para o processo de desenvolvimento, para que possamos reflectir sobre os seus impactos e os resultados esperados.

A Cooperação Descentralizada²¹ é uma realidade em África desde os anos 80, sendo possível encontrar exemplos de cooperação anteriores a esta data. A prática de CD tem duas características principais, por um lado é muito orientada na dinâmica Norte-Sul, por outro lado, favorece entidades das antigas potências coloniais.²²

Esta abordagem da cooperação visava reconhecer oficialmente o papel essencial da sociedade civil no desenvolvimento e da necessidade de integrar os actores não-governamentais do desenvolvimento como parceiros da ajuda oficial ao desenvolvimento. A cooperação

²⁰ Afonso M. Maria, *Cooperação para o Desenvolvimento – Características, evolução e perspectivas futuras*, CIDAC, 1995

²¹ O conceito de Cooperação Descentralizada foi introduzida pela EU como proposta de cooperação na IV Convenção de Lomé.

²² OCDE (2003).

descentralizada assenta no conceito de desenvolvimento participativo, na promoção dos Direitos do Homem, na consolidação do processo de democratização, na autonomia sócio-económica das populações, no desenvolvimento das capacidades humanas e técnicas dos países em vias de desenvolvimento e por fim na realização do desenvolvimento sustentável.

Num sentido restrito, a CD consiste na cooperação realizada por administrações estatais, mas não do poder central (ex: Câmaras municipais, regiões autónomas). Numa perspectiva mais abrangente, caracteriza-se pela descentralização de iniciativas nas relações de cooperação com o Sul, promovendo a participação dos actores da sociedade civil dos PED no seu próprio desenvolvimento. Reconhece-se, assim, um maior protagonismo e responsabilidade dos actores da sociedade civil destes países na cooperação para o Desenvolvimento.²³

A cooperação descentralizada não tem como um único objectivo satisfazer as necessidades locais. Ela visa também, reforçar a capacidade e as potencialidades dos organismos susceptíveis de agir como estruturas intermediárias eficazes, na sociedade dos países implicados. É um convite aos diferentes actores para se associarem na execução de programas de desenvolvimento mais complexos e mais coerentes.

A Descentralização (contribuir para a democratização da base, diversificação e reforço das estruturas da sociedade civil) e a participação (desenvolvimento mais próximo das necessidades das populações, tal como identificadas e prosseguidas por elas) tornaram-se duas palavras-chave. A grande vantagem que se reconhece a este sistema reside na capacidade de promover um maior aproveitamento das sinergias resultantes da conjugação de acções desenvolvidas pelos vários agentes. A grande desvantagem, decorrente da sua própria natureza, assenta numa assinalável tendência para resultados mais caóticos, menos coerentes e eficazes, sendo por isso importante apetrechá-lo com rigorosos mecanismos de controlo e coordenação. Todo o sistema depende do bom ou mau funcionamento do organismo central, da transparência das suas decisões, da informação sobre as verbas disponíveis, de processos com regras e prazos anunciados e cumpridos atempadamente.²⁴

Tendo em conta que o conceito de cooperação descentralizada revela-se de grande importância para esta temática, a participação das ONGD na preparação e realização de projectos deve ser incentivada, por forma a dar importância à participação das populações em geral e das mulheres em particular, nas actividades de desenvolvimento.

²³Afonso M., Maria, abCD – Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento, 2005

²⁴Sangreman, Carlos, A Teoria da Cooperação internacional para o Desenvolvimento e o Estado de Arte da Cooperação Portuguesa, CESA, 2007

A ligação afectiva da população portuguesa às sociedades da África sub-Sahariana e de Timor Leste origina um modelo descentralizado de Cooperação que permite a afirmação das vontades e potencialidades de muitos intervenientes na vida pública portuguesa.²⁵

²⁵ Sangreman, Carlos, A Cooperação Descentralizada e as dinâmicas de mudança de países africanos – os casos de cabo Verde e a Guiné-Bissau, Cesa e ACEP, Lisboa, 2010;

II. Estudo de Caso

1. Guiné-Bissau - Contexto Nacional

A Guiné-Bissau é um dos países mais pobres do mundo, considerado internacionalmente como um Estado em situação de fragilidade²⁶, fruto da sua instabilidade política e militar, geradora de situações de conflito.²⁷ A sua economia nunca conseguiu recuperar totalmente após o conflito de 1998-1999²⁸, onde o valor do PIB continua abaixo dos valores registados antes desse período. Verifica-se, igualmente, uma grande desigualdade de rendimentos e um crescimento económico muito pobre, com repercussões no IDH do país, sendo mesmo um dos mais baixos do mundo. De acordo com o relatório mundial do PNUD sobre o desenvolvimento, a Guiné-Bissau apresenta um IDH de 0,289, situa-se no 164º, num total de 169 países.

O défice de capacidades, caracterizado pela fraqueza dos recursos humanos, financeiros e institucionais, a inadequação das políticas e o baixo desempenho económico e social revelam-se como as causas fundamentais que entram o desenvolvimento humano, a realização dos ODM e, por conseguinte, a satisfação dos direitos económicos e sociais. Estes défices de capacidades que impedem a promoção dos direitos à saúde e educação aumentam a marginalização dos grupos vulneráveis e as desigualdades.²⁹

A população é extremamente jovem, com mais de 50 % do total abaixo dos 15 anos de idade. Mais de 66% da população vive nas zonas rurais. A pobreza está mais presente nos meios rurais e nas camadas mais vulneráveis da população: mulheres, idosos e crianças. A falta de desenvolvimento económico provoca uma elevada taxa de desemprego, sobretudo entre os jovens, os quais, como referido anteriormente, representam a maioria da população. Estima-se que 20% da população viva numa situação de pobreza extrema, com menos de 1 USD por dia.

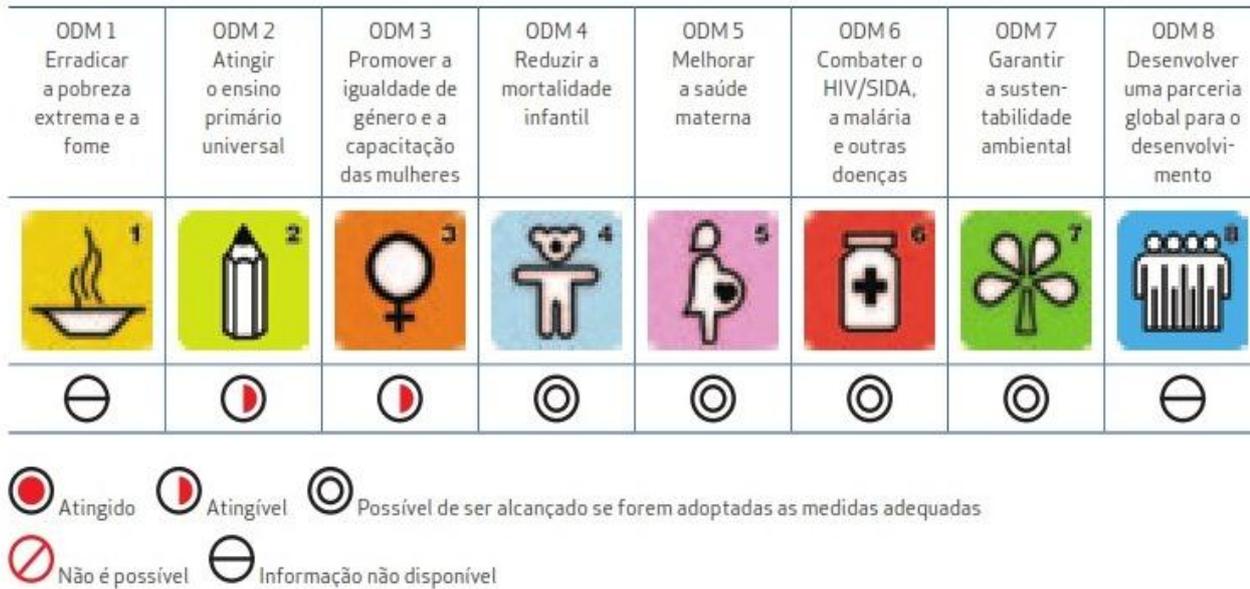
²⁶ Segundo a OCDE: “É um estado com fraca capacidade de executar as funções básicas do Estado, de governar uma população e o seu território e que não tem a capacidade ou vontade política de desenvolver relações construtivas com a sociedade.” Disponível em: <http://www.oecd.org/dacfragilestates/aboutthefragilestatesprinciples.htm>

²⁷ Consultar Tabela sobre Boa Governação em África

²⁸ O referido conflito político-militar, a par das crises que lhe seguiram, paralisaram em grande parte os sectores produtivos do país. Com a assinatura do Acordo de Paz de Abuja, a 1 de Novembro de 1998, e a adopção da nova constituição, a 7 de Julho de 1999, o processo democrático foi relançado, tendo dado lugar a eleições presidenciais, em Janeiro de 2000.

²⁹ Relatório IPAD 2011.

Figura 2: Estado dos ODM na Guiné-Bissau³⁰



Os indicadores de saúde encontram-se abaixo da média da África Subsaariana. A mortalidade infantil situa-se nos 145%. O acesso e a qualidade dos serviços sociais básicos são baixos. Em 2005 apenas 38% da população tinha acesso a um serviço de saúde de qualidade.³¹

As principais causas da mortalidade estão relacionadas com as doenças respiratórias, paludismo e doenças intestinais, má nutrição e as doenças sexualmente transmissíveis. O conflito militar foi responsável pela desarticulação do sistema sanitário.³² Os principais centros médicos encontram-se degradados. Durante o conflito armado, importantes infra-estruturas de prestação de cuidados médicos e de apoio que existiam, foram seriamente danificados, ou pelas bombas ou por actos de pilhagens. Registou-se ainda uma degradação completa das estruturas de prestação de serviços por falta de manutenção e de pessoal.

³⁰ Fonte: Fonte: Disponível em http://www.mdgmonitor.org/country_progress.cfm?c=AGO&cd= acedido em 29 de Março de 2011.

³¹ DENARP II

³² Um dos principais problemas de saúde está associado à dificuldade que a população tem em obter água potável, e mesmo em Bissau só chega a uma parte muito limitada dos habitantes. A maioria da população abastece-se em poços públicos, que muitas vezes se encontram contaminados.

No quadro da implementação da sua primeira estratégia nacional de redução da pobreza (DENARP), a Guiné-Bissau realizou progressos significativos na melhoria da oferta dos serviços públicos, nomeadamente nos serviços de saúde e educação. Contudo, devido à conjugação de vários factores anteriormente referidos, como a instabilidade política e económica, o Governo guineense elaborou o segundo DENARP³³, para o período de 2011-2015. A nova estratégia está direccionada para a consolidação da paz e do Estado de Direito, aceleração do crescimento económico e desenvolvimento dos recursos humano, acelerando a realização dos ODM.

Apesar das várias limitações, foram registados progressos significativos em termos de melhoria dos indicadores de desenvolvimento social. Segundo os dados do DENARP II, destacam-se:

- Redução da taxa de mortalidade materna de 822 para 800 por 100.000 mulheres grávidas entre 2006 e 2010;
- Aumento da esperança média de vida, de 43 anos em 1989 para 48,6 em 2009;
- Aumento das taxas de escolarização de 4 a 10 pontos, segundo o nível de ensino entre 2004 e 2010.

Estes progressos são resultado, em parte, da implementação das seguintes acções:

- **Saúde:** construção/reabilitação de infra-estruturas sanitárias na capital e nas diferentes regiões do país; formação de médicos, enfermeiros e técnicos de saúde, introdução de novas vacinas e o alargamento da cobertura vacinal; reforço de programas e acções de luta contra a SIDA, tuberculose e paludismo.
- **Educação:** construção/renovação de infra-estruturas, com um grande contributo das ONG; recrutamento, formação de professores e a reforma da política no sector.
- **Melhoramento das condições de Saneamento**

No entanto, apesar dos pequenos avanços, estes são insuficientes para atender as expectativas das populações e os compromissos pelo governo no âmbito dos ODM.

³³ De referir que o eixo IV do DENARP II está directamente relacionado com a temática deste trabalho, visto que estabelece as acções prioritárias em matéria da saúde e educação (desenvolvimento humano), tendo em conta a necessidade de se acelerar a realização dos ODM.

Tabela1: Evolução dos principais indicadores sociais³⁴

	2000-2003	2005-2007	2009-2010
Incidência da pobreza:			
Incidência pobreza absoluta (%)	64,7 (2002)	-	69,3 (2010)
Incidência extrema pobreza (%)	20,8 (2002)	-	33,0 (2010)
Educação:			
TBE no primário (%)	70,0	101,0	107,8
TLE no primário (%)	45,3	56,9	67,4
TBE no secundário	19,0	30,0	46,6
Saúde :			
Taxa de mortalidade infantil (°/000)	122	138	104
Tx. Mort. infanto-juvenil (°/000)	205	223	155
Tx. parto assistido (%)			
Tx. mortalidade materna (°/00.000)	...	38,8 (2006)	43,0 (2010)
	822	800)
			...
Água Potável :			
Tx. acesso à água potável (%)	-	35	40
Esperança vida à nascença (ans)	-	-	48,6
Desenvolvimento humano:			
IDH	-	0,278	0,289 (2010)
			164 sobre 169
Desigualdade do género			
Índice de desigualdade do género (IID)	-	0,381 (2007)	-
Rang em relação a IID		148 sur 155	

Actualmente, a Guiné-Bissau continua a viver num clima de grande incerteza e instabilidade, fruto do Golpe de Estado ocorrido no passado dia 12 de Abril de 2012. Face a esta situação e analisando experiências do passado, o país está mergulhado na incerteza e os seus índices de desenvolvimento podem ficar ainda mais comprometidos. Neste sentido é fundamental a mobilização de esforços das entidades guineenses, da sociedade civil e da própria comunidade internacional para a estabilização política da Guiné.

³⁴ Fonte: DENARP II

2.O papel da Ajuda Portuguesa

A Guiné-Bissau é actualmente o Estado lusófono que ocupa a posição mais baixa no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A este facto não serão, por certo, indiferentes os sucessivos acontecimentos políticos, económicos e sociais que têm marcado de forma indelével e condicionado o desenvolvimento do país. Cerca de três quartos dos seus 1,4 milhões de habitantes são atingidos pelo fenómeno da pobreza. ³⁵

A economia guineense está muito dependente da ajuda externa, sendo particularmente problemática a situação da dívida externa, a qual é bastante elevada para as capacidades financeiras do país.

Após o conflito de 1998-99, foram vários os doadores que se retiraram. Porém, a partir de 2007 verificou-se um regresso de alguns doadores tradicionais. Actualmente, os principais doadores são: Portugal, a Comissão Europeia e o Banco Mundial.

No panorama da ajuda internacional à Guiné-Bissau, Portugal tem desempenhado um papel primordial, fazendo parte do Grupo Internacional de Contacto (GIC-GB) – uma plataforma que, sob proposta da CEDEAO e da CPLP, encoraja o diálogo político e a mobilização de assistência financeira internacional.³⁶

Relativamente à coordenação da Ajuda, foi criado em 2006, sob a égide da ONU e da CE, um mecanismo de coordenação entre os doadores, centrado em sete áreas prioritárias: desenvolvimento humano; segurança alimentar; desenvolvimento rural; infra-estruturas; reformas no sector da segurança; reformas administrativas, políticas de governação e justiça; e governação económica e sector privado. Portugal é o único doador bilateral que coordena um dos grupos, o desenvolvimento humano, que engloba sectores como a saúde, género e educação.

A área das infra-estruturas e serviços sociais é a que maior volume de recursos tem recebido, com particular destaque para o sector da educação, nomeadamente através da concessão de bolsas de estudo e de alguns projectos de desenvolvimento de capacidades, seguido do sector da saúde.³⁷

A cooperação institucional entre Portugal e a Guiné-Bissau tem sido desenvolvida quer no contexto bilateral, através dos Programas Indicativos de Cooperação (PIC), consubstanciados em programas e projectos propostos e executados anualmente com a colaboração de ministérios sectoriais, autarquias e sociedade civil, em particular das Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento (ONGD) portuguesas, quer no contexto multilateral em articulação com outros parceiros de cooperação, no qual se incluem os programas da União Europeia, para os quais

³⁵ Sangreman Carlos (2006). A evolução política recente na Guiné-Bissau: As eleições presidenciais de 2005, os conflitos, o desenvolvimento e a sociedade civil, CESA.

³⁶ IPAD (2010).

³⁷ IPAD (2010).

Portugal também contribui enquanto Estado-Membro, e das agências especializadas do sistema das Nações Unidas.

O bom relacionamento entre os dois países traduziu-se na assinatura de Acordos nas mais diversas áreas, incluindo a área da saúde que é objecto de estudo deste trabalho. Para além da elaboração dos vários Programas Indicativos de Cooperação (PIC) e Planos Anuais de Cooperação (PAC)³⁸, destaca-se a assinatura do Acordo no Domínio da Saúde, no ano de 1989, entre Portugal e a Guiné-Bissau. O conflito ocorrido em Junho de 1998 provocou a suspensão da maioria dos projectos³⁹ e das acções em curso que só foram retomados após a assinatura do PIC para o triénio 2000-2002.

Na sequência dos compromissos assumidos com a assinatura deste PIC, Portugal promoveu a retoma de acções e programas no terreno e acordou com as autoridades guineenses actividades inovadoras, em áreas prioritárias, como a saúde.

3. A Cooperação Portuguesa no Sistema de Saúde da Guiné-Bissau

Segundo o PIC Portugal/Guiné-Bissau 2008/2010⁴⁰, o sector da saúde⁴¹ é uma das áreas de intervenção da cooperação portuguesa, estando incluindo no 2º eixo estratégico, referente à luta contra a pobreza e o desenvolvimento sustentável.⁴² Este sector assume um papel fundamental na melhoria do bem-estar da população permitindo, um crescimento económico mais rápido através da melhoria do capital humano.

De acordo com os dados da distribuição sectorial da APD Bilateral entre 2006 e 2009, do IPAD, entre Portugal e a Guiné-Bissau, houve um menor investimento na área da saúde, em detrimento de outro sector, a educação. Segundo os mesmos dados, em 2006 a distribuição de APD no sector da saúde era de cerca de 25%, enquanto que durante o ano de 2009 evoluiu negativamente para os 8,6. Porém apesar desta pequena descida na distribuição de APD, o sector da saúde guineense continua a receber um grande apoio por parte da cooperação portuguesa.⁴³

Um dos principais problemas de saúde está associado à dificuldade que a população tem em obter água potável, a qual só chega a uma parte muito limitada dos habitantes de Bissau. A maioria

³⁸ Ambos produzidos pelo IPAD.

³⁹ Por força das referidas alterações sofridas no sistema político, a Guiné-Bissau continuou a viver um período de instabilidade, não tendo os objetivos de desenvolvimento sido claramente estabelecidos. Este facto criou alguma incerteza quanto à execução dos projectos de cooperação.

⁴⁰ Assinado a 6 de Março de 2008, em Bissau, alinhado com o DENARP.

⁴¹ As estruturas públicas de cuidados de saúde na Guiné-Bissau estão organizadas em três níveis que asseguram os cuidados primários, secundários e terciários.

⁴² PIC Portugal/Guiné-Bissau 2008/2010.

⁴³ Consultar anexo II.

da população abastece-se em poços públicos, que muitas vezes se encontram contaminados. De referir ainda que este país possui uma elevada taxa de incidência do vírus HIV/SIDA.

Na área da Saúde, a intervenção prioritária da cooperação portuguesa tem tido em conta os objectivos de melhoria das condições sociais, através do apoio à estruturação dos serviços de Saúde ao nível dos cuidados primários, com particular incidência na assistência materno-infantil, no planeamento familiar, nos cuidados diferenciados bem como na formação de quadros e na luta contra as doenças endémicas e epidémicas.

Tendo presente a realidade da Guiné-Bissau e o papel que a sociedade civil desempenha na promoção do bem-estar e na luta contra a pobreza, a Cooperação Portuguesa, através do IPAD, tem financiado projectos de cooperação para o desenvolvimento executadas por Organizações não-governamentais para o Desenvolvimento (ONGD) portuguesas em parceria com entidades da sociedade civil guineenses. Muitos dos projectos financiados têm como objectivo a promoção da saúde materno-infantil e a consequente redução da propagação do vírus HIV/SIDA.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), o índice de mortalidade materna é estimado em 700 mortes por cada 100 mil nascimentos. Uma das prioridades é a descentralização dos cuidados de saúde, de forma a permitir que as mulheres em meio rural, a maior parte da população, tenham acesso a assistência médica. É igualmente importante desenvolver uma política nacional de planeamento familiar e um reforço muito significativo dos cuidados prestados às grávidas quer no acompanhamento clínico, quer na garantia de uma nutrição e higiene adequada.

III. Análise do Projecto “Liderança Feminina na Saúde – Um Projecto de Responsabilização Comunitária”

Considerando que a melhor forma de consolidar e argumentar alguns dos factos até aqui descritos passa pela realização de um estudo de caso, optamos por fazer uma análise documental de um projecto promovido pela VIDA, desde 2010, com a duração de 18 meses.

Escolhemos este projecto por grande parte da intervenção estar, directamente, ligado ao desenvolvimento do sector da saúde reprodutiva, do empowerment e às questões do género.

Ao longo deste capítulo pretendemos contextualizar o projecto, prosseguindo com uma apresentação detalhada do mesmo, continuando com uma análise comparativa entre o que se anteviu e o que foi realizado, tendo como foco o nosso tema central de discussão e finalizando, com as considerações finais relacionadas com o tema e o projecto implementado.

Contextualização do Projecto

O projecto denominado “Liderança Feminina na Saúde – Um Projecto de Responsabilização Comunitária” tem como campo de acção a República da Guiné-Bissau, na Região do Cacheu, as áreas sanitárias de Varela, Suzana, S. Domingos, Sedengal, Ingoré, Barro e Begene, sendo promovido pela VIDA (Voluntariado Internacional para o Desenvolvimento Africano. De salientar que este projecto foi co-financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian e pelo antigo Alto Comissariado da Saúde.

Desde a sua inauguração em Abril de 2010, o Centro de Saúde Materno-Infantil em S. Domingos tem integrado este projecto. São realizadas diariamente consultas pré natais, de pediatria e está também disponível um serviço de vacinação não só aos menores de cinco anos mas também às grávidas. No centro são ainda realizadas sessões colectivas diárias de Educação para a saúde junto dos utentes. Dos temas tratados podemos salientar: a higiene geral, corporal, da água, dos alimentos e do ambiente, prevenção das diarreias, cólera, paludismo, CPN cuidados puerperais; parto assistido; vacinação das crianças, grávidas e sensibilização dos pais para levar atempadamente as crianças às consultas.

Com base nos 11 anos de experiência de trabalho na Região de S. Domingos, o projecto pretende capacitar e reforçar experiências piloto de co-gestão na área da saúde, lideradas por mulheres, para que possam constituir bases técnicas e materiais para um sistema que garanta o acesso, qualidade e sustentabilidade essenciais para a existência de um sistema justo e equitativo a nível da saúde materno-infantil.

Este projecto foi elaborado com base numa situação e contextos sanitários diferentes daqueles em que o mesmo foi desenvolvido. No início de 2010, já depois do arranque das

actividades, S. Domingos, até á data, região independente e com independência ao nível da saúde, foi anexada à região de Cacheu, passando a designar-se sub-região de S. Domingos. Actualmente S. Domingos está sob a alçada da Direcção regional de saúde de Cacheu, não possibilitando a colocação de um coordenador local afecto às actividades do projecto.

O projecto está dividido em dois objectivos específicos: Saúde de Proximidade e Saúde Participativa, constituídos pelas seguintes actividades:

1. Saúde de Proximidade

- 1.1 Formação de Agentes de Saúde Base (ASB) e Matronas;
- 1.2 Realização de 382 visitas às Unidades de Saúde Comunitária (USC) monitorizando as actividades e resolvendo dúvidas práticas;
- 1.3 Apoio ao Programa Alargado de vacinação (PAV) dos <1 ano;
- 1.4 400 sessões de Educação para a Saúde junto dos diversos níveis de cuidados de saúde;
- 1.5 Apoio ao Funcionamento e Gestão da farmácia comunitária de base;
- 1.6 Apoio Descentralizado de Luta contra a Malária;

2. Saúde Participativa

- 2.1. Capacitação em Informática de 2 elementos da coordenação das áreas sanitárias (AS);
- 2.2. Reuniões mensais de coordenação das AS com os seus responsáveis;
- 2.3. Monitorização e avaliação dos centros de saúde (CS);
- 2.4. Formação contínua de 13 técnicos de saúde;
- 2.5. Apoio ao estabelecimento de estruturas de saúde lideradas por mulheres;
- 2.6. Criação de regulamento interno do Centro de Saúde Comunitário Materno-Infantil (CSCMI);
- 2.7. Criação de Mecanismo de participação das mulheres na definição das prioridades do CSMI;
- 2.8. Criação de mecanismos de definição transparente e participativa de preços e retribuições;
- 2.9. Estabelecimento do quadro de relação entre o CSCMI e os CS;
- 2.10. Estabelecimento do Quadro de relação entre o CSCMI e as Unidades de Saúde Comunitárias (USC);
- 2.11. Criação de regulamento Interno da Farmácia Popular (FP);
- 2.12. Criação de Normas de acesso à FP;
- 2.13. Criação de um quadro de relação entre a FP e as estruturas públicas de abastecimento de medicamentos á população.

Avaliação do Projecto

Segundo os dados disponibilizados pelo relatório final de avaliação do projecto, referente ao período de 18 meses, as actividades definidas foram realizadas na sua quase totalidade, permitindo a persecução dos objectivos a que a acção se propôs.

Com base nas actividades referidas, iremos focar-nos na vertente da intervenção mais directamente relacionada com o nosso tema de estudo. Neste sentido, a nossa atenção será direccionada para as seguintes actividades: 1.1; 1.4; 2.2 e 2.3.

De acordo com os dados da entidade reguladora do projecto foram formados 132 ASB e 107 matronas; paralelamente às sessões de educação para a saúde foram realizados programas de rádio conseguindo desta forma abranger um número maior de beneficiários; foram capacitados 8 enfermeiros e 8 parteiras nas instalações do CSMI: a Associação de Mulheres de S. Domingos e de Suzana foram formalmente legalizadas, permitindo que as mesmas prestem apoio na dinamização das estruturas de saúde. ⁴⁴Posto isto, com base nos resultados expostos, podemos afirmar que neste projecto está implícito o desenvolvimento humano, com resultados favoráveis na capacitação dos vários técnicos de saúde e a na valorização do papel da mulher na comunidade.

Os resultados superados referem-se à adesão dos técnicos de saúde e dos ASC e matronas às formações realizadas, o que revela o grau de empenho e consciência das necessidades de aprendizagem destes agentes. Os resultados superados certamente determinaram a consecução dos restantes alcançados, na medida em que permitiram a implementação das actividades que faziam chegar os cuidados de saúde primários, e particularmente a saúde materno-infantil, às comunidades.

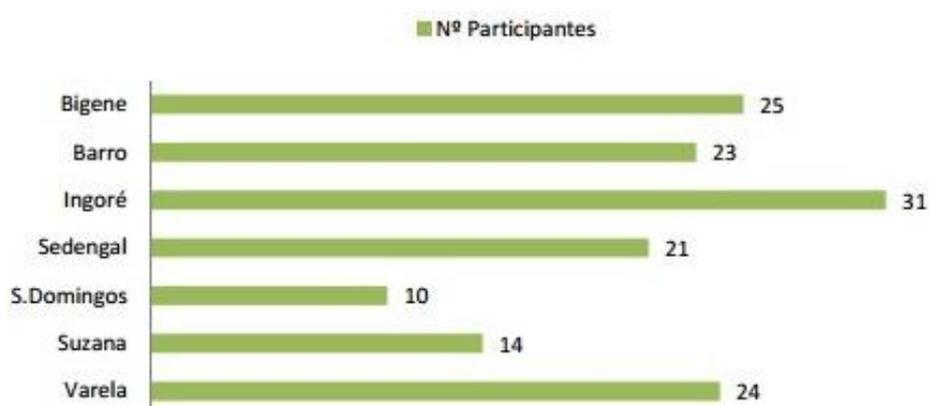


Gráfico 3: Número de matronas que participaram na formação de reciclagem por área sanitária.

⁴⁴ Anexo IV.

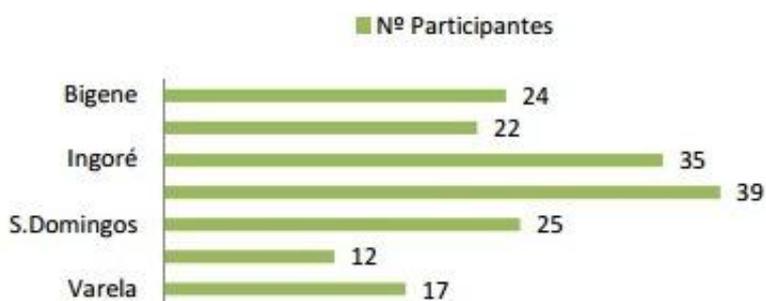


Gráfico 4: Número de ASC que participaram na formação de reciclagem por área sanitária.

A consolidação do CSCMI, demonstra que a co-gestão em saúde é um caminho a seguir assegurando a transparência necessária ao funcionamento das instituições. A aproximação da gestão do Hospital de S. Domingos à co-gestão do CSCMI é uma realidade que a todos, e em particular à comunidade, tem beneficiado.

As dificuldades internas sentidas na Guiné-Bissau tiveram alguns impactos negativos na implementação do projecto e levaram a um maior esforço dos intervenientes, para que os objectivos fossem alcançados: desde encontrar recursos humanos qualificado, às dificuldades no abastecimento de medicamentos e na ruptura de stock a nível nacional de algumas vacinas.

Apesar de como referido acima, os objectivos a que esta acção se propôs tenham sido alcançados e os resultados bastante significativos, a existência de um saldo após 18 meses de execução, que se deve, sobretudo, à alteração de algumas actividades que tiveram de ser reajustadas à realidade actual e também à não contratação de um coordenador local (médico) levaram a que a equipa apresentasse um pedido de prorrogação desta acção que permitisse uma consolidação não só do funcionamento do CSCMI, nomeadamente da sua sustentabilidade mas também a continuidade de actividades como a EA, a manutenção e funcionamento da rede frio, crucial para o desenvolvimento do Programa de Vacinação a decorrer.

Não podemos deixar de salientar a importância que uma avaliação externa poderia ter para este projecto. O facto de a avaliação ser realizada por um colaborador da organização que implementou o projecto (top-down) não expõe na totalidade o real impacto que o projecto tem nos seus beneficiários. Para tal, uma avaliação exterior e bottom-up seria bastante enriquecedora para perceber qual o real impacto que o projecto teve junto das populações.

O que pretendemos demonstrar com este estudo de caso é que de facto é crucial promover um sistema de saúde forte na Guiné-Bissau, com recursos humanos capacitados e um grande envolvimento das mulheres na comunidade. Um bom sistema saúde aliado a uma melhor qualificação das mulheres permite uma redução da mortalidade infantil e materna (ODM 4 e ODM 5). A necessidade de melhoria das condições e cuidados de saúde deste país, sobretudo no âmbito da

saúde materna e reprodutiva é cada vez mais premente. O investimento numa forte componente formativa assume-se como um meio de atribuição de competências para a manutenção e sustentabilidade de actividades económicas desenvolvidas pela comunidade. O envolvimento das comunidades no próprio processo de implementação do projecto, potenciando sinergias em termos de apropriação, assume-se como uma garantia da sua sustentabilidade e geração de efeitos multiplicadores.

Conclusão

A análise de algumas das várias teorias do desenvolvimento existentes, permitiu-nos perceber que estas são alvo de mutações e adaptações constantes. O trabalho de investigação apresentado teve como base um tema para o qual é difícil alcançar consenso nas várias discussões que se geram em seu torno. Contudo, consideramos importante promover a discussão desta matéria, de forma a fomentar a integração de novas abordagens que possam dar contributos enriquecedores para a mesma.

Apesar da grande evolução no panorama político mundial neste novo século, fruto do aparecimento dos ODM e das políticas de ajuda baseadas nos seus princípios, a necessidade de uma maior consciencialização dos problemas referidos no relatório, por parte da comunidade internacional, é ainda maior.

Os ODM constituem uma nova esperança para a comunidade internacional no que toca à luta contra a pobreza e ao desenvolvimento sustentável dos países. Porém, apesar das muitas críticas existentes, do clima de desconfiança e dos desafios que os grandes líderes mundiais irão encontrar até 2015, todo este processo tem tido muitos resultados positivos e deve continuar a ser uma grande aposta nas várias políticas de ajuda e de cooperação internacional.

Reduzir a pobreza no mundo constitui o maior desafio com que nos deparamos nos dias de hoje. Trata-se de um desafio que está no centro das actuais preocupações da humanidade, mas, ao contrário do que sucedeu noutros momentos da História, temos agora a capacidade de promover a mudança e de atingir os resultados pretendidos. É necessário promover uma mudança de mentalidades, sendo que o foco da actuação deve estar direccionado para o diálogo a nível comunitário e a demonstração dos benefícios do empowerment, sobretudo nas mulheres.

Como foi demonstrado neste trabalho, a Guiné-Bissau é um país beneficiário da ajuda internacional, nomeadamente de Portugal. É um dos países do Mundo mais dependentes desta ajuda, não só para o investimento público, como também para assegurar o funcionamento mínimo do aparelho do Estado, como acontece actualmente. Em relação aos instrumentos de financiamento do desenvolvimento, é de referir que a Guiné-Bissau está fortemente dependente da APD.

Neste trabalho tivemos a oportunidade de reflectir sobre a importância da cooperação descentralizada para a realização dos ODM, nomeadamente, no que respeita à saúde e à educação.

O desenvolvimento humano sustentável e a igualdade de género são interdependentes. Embora o diagnóstico das necessidades, as estratégias e a pertinência das intervenções sejam hoje universalmente aceites, em todos os países e a vários níveis tem existido uma fraca vontade política, aliada a uma dispersão de metodologias para que a igualdade entre homens e mulheres assuma a relevância necessária neste domínio.

Apesar do grande apoio de Portugal no sistema de saúde guineense, este continua bastante deficitário, com graves problemas estruturais, fruto da grande instabilidade política e social vivida nos últimos anos. Porém, grande parte desta ajuda tem ajudado para uma melhoria significativa dos recursos neste sector, para que possa contribuir para um desenvolvimento sustentável do mesmo e para o alcance dos ODM.

Bibliografia

- Afonso M., Maria (2005) abCD : introdução à cooperação para o desenvolvimento, IMVF e OIKOS:Lisboa.
- Afonso M., Maria. (1995) Cooperação para o Desenvolvimento – Características, evolução e perspectivas futuras, CIDAC
- Alexandre, Helena. (2011). Igualdade de Género e desenvolvimento humano: fundamentos e estratégias de intervenção, INA: Oeiras
- Amaro, Rogério Roque (2003). Desenvolvimento – um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à prática ou da prática à teoria?, Cadernos de Estudos Africanos.
- Berthélemy, Jean-Claude (2006). Bilateral Donors Interest Vs Recipients Development Motives in Aid Allocation: Do all donors behave the same?, Centre National de la Recherche Scientifique, Paris.
- Birdsall, Nancy / Sinding, Seteven. (2003). How and Why Population Matters: New Findings, New Issues.
- Cooperação Portuguesa – Uma leitura dos últimos quinze anos de cooperação para o desenvolvimento (2011), IPAD.
- Crook, Nigel (2007). Principles of Population and Development, Oxford University press: New York.
- Eco, Umberto. (2005). Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas, Editorial Presença: Lisboa.
- Fakuda-Parr, Sakiko (2003). The Human Development Paradigm: Operationalizing Sen's ideas on Capabilities, Feminist Economics.
- Ferro, Mónica (2005) A emancipação da mulher africana. A participação no seu próprio desenvolvimento, África, Género, Educação e Poder. Centro de Estudos Africanos-ISCSP UTL, pp.85-127.
- Friedman, J. (1996). Género e sustentabilidade, Empowerment. Uma política de Desenvolvimento Alternativo, Celta Editora:Oeiras.
- Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks (2009). WHO.
- Haq, Mahbub ul. (2008). The Human Development Paradigm, Secondi Giorgio.
- Headey, Derek, Geopolitics and the Effect of Foreign Aid in Economic Growth: 1970-2001.
- Cabral, Jorge. (2011). A Saúde na Comunidade, INA:Oeiras
- Natziger, E.W. (2007). The Meaning of Economic Development, Advancing Development – Core Themes in Global Economics, Palgrave Macmillan.
- Manual da Cooperação para o Desenvolvimento (2011), INA:Oeiras.
- Maxwell, S.(2005). The Washington Consensus is Dead! Long Live the Meta-Narrative, Overseas Development Institute, pp. 1-13
- McGillivray, Mark (2005) What determines African Bilateral Aid Receipts?, Journal of International Development

- Mendes, Paulina. (2002). O papel das organizações não governamentais no desenvolvimento demográfico e socioeconómico da Guiné-Bissau, Universidade Técnica de Lisboa – Instituto Superior de Economia e Gestão: Lisboa.
- Palma, Elisabete (2006). Cultura, Desenvolvimento e Política Externa – Ajuda Pública ao Desenvolvimento nos países Africanos Lusófonos, Colecção Biblioteca Diplomática, MNE.
- Peer-Review- Portugal (2006), DAC.
- Plano de Desenvolvimento Sanitário da Guiné-Bissau (PNDSII).
- Programa Indicativo de Cooperação Portugal/Guiné-Bissau 2008-210, IPAD.
- Relatório do desenvolvimento Humano (2010). PNUD, Nova Iorque. Disponível em: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_PT_Summary.pdf [Acesso em 2012/2/12].
- Relatório de Actidades – 18 Meses, Projecto Liderança Feminina na Saúde – Um processo de Responsabilização Comunitária (2011).
- Riddell, Roger C. (2007). Does Foreign Aid Really Work? Oxford University Press: New York
- Sangreman, Carlos. (2010). A Cooperação Descentralizada e as dinâmicas de mudança de países africanos – os casos de cabo Verde e a Guiné-Bissau, CESA e ACEP, Lisboa.
- Sangreman, Carlos. (2009) A teoria da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e o estado da arte da cooperação portuguesa, CESA.
- Sangreman, Carlos/Sousa Jr, Fernando/Zeveirino, Guilherme/Barros, Miguel. (2005). A evolução política recente na Guiné-Bissau: as eleições presidenciais de 2005, os conflitos, o desenvolvimento e a sociedade civil.
- Santos, Jessica (2010). Uma questão de coerência: os dilemas da cooperação internacional para o desenvolvimento – O caso de Portugal, CESA.
- Segundo Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP II), Ministério da Economia do Plano e Integração Regional, Bissau, 2011.
- Sen, Amartya (2000). O Desenvolvimento como liberdade, Presença:Lisboa
- Sen, Amartya. (2008) Women’s Agency and Social Change, The Development Reader
- Sen & Anand, (2000). Human Development and Economic Sustainability, World Development Journal.
- Sharma, P. (2006). Introduction to Human Development, Readings in Human Development.
- State of World Population (2005). UNFPA.
- State of World Population (2011). UNFPA.
- Stiglitz, Joseph. (2008). More instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus”, The 1998 Wider Annual lecture.
- Thiele, Rainer/Nunennenkamp, Peter/Dreher, Axel. (2007). Do Donors Target Aid in Line with the Millenium Development Goals? A Sector Perspective of Aid Allocation.
- Torres, Adelino(1997). Horizonte do Desenvolvimento Africano – No limiar do Séc XXI, Veja.
- Uma visão estratégica da Cooperação Portuguesa. (2006), IPAD.

- United Nations, The Millenium Development Goals Report. UN: New York, 2009.
- Waeenberge, Van.(2007). From Washington Consensus to Post-Washington Consensus: Illusions of Development, The New Development Economics – After de Washington Consensus. Zed Books: London.
- Williamson, John. (2007) From Reform Agenda. A short history of the Washington Consensus and suggestions for what do next”, Finance and Development.

Anexos

Anexo I: Dados do CAD relativos à Cooperação Portuguesa em 2010

Portugal's aid at a glance

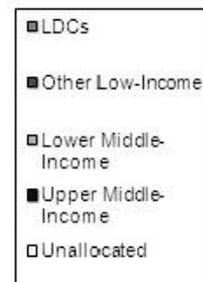
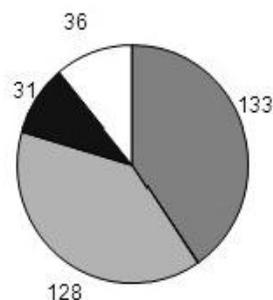
PORTUGAL

Gross Bilateral ODA, 2007-08 average, unless otherwise shown

Net ODA	2007	2008	2009	Change 2008/09
Current (USD m)	471	620	507	-18.2%
Constant (2008 USD m)	506	620	523	-15.7%
In Euro (million)	344	430	364	-15.2%
ODA/GNI	0.22%	0.27%	0.23%	
Bilateral share	57%	60%	53%	

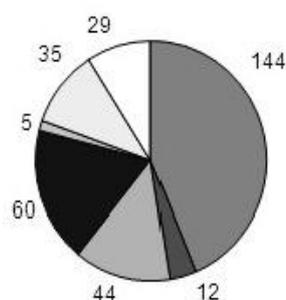
By Income Group (USD m)

Clockwise from top

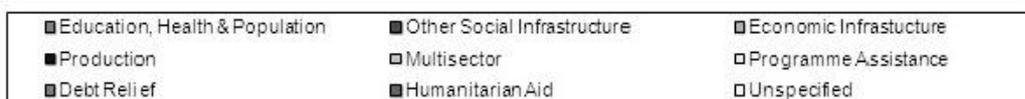
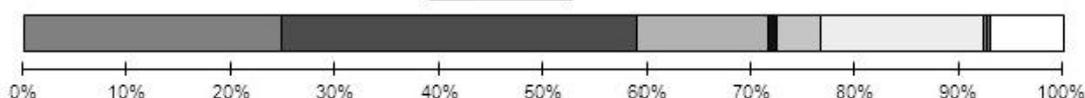


Top Ten Recipients of Gross ODA (USD million)	
1 Cape Verde	59
2 Morocco	48
3 Timor-Leste	43
4 Mozambique	24
5 Angola	19
6 Bosnia and Herzegovina	17
7 Guinea-Bissau	17
8 Serbia	16
9 Sao Tome & Principe	13
10 Afghanistan	12
Memo: Share of gross bilateral ODA	
Top 5 recipients	59%
Top 10 recipients	82%
Top 20 recipients	88%

By Region (USD m)



By Sector



Anexo II: Distribuição Sectorial da APD Bilateral – Guiné Bissau

DISTRIBUIÇÃO SECTORIAL DA APD BILATERAL LÍQUIDA - GUINÉ-BISSAU
2006 - 2009

SECTORES	Euros							
	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
100 I - INFRA-ESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	8.467.639	72,0	9.468.386	82,2	8.454.839	68,3	8.893.066	85,8
110 EDUCAÇÃO	3.392.739	28,8	3.634.697	31,6	3.559.806	28,8	3.588.430	34,6
120 SAÚDE	2.988.297	25,4	2.866.014	24,9	824.835	6,7	891.140	8,6
130 POPULAÇÃO/SAÚDE REPRODUTIVA			252.518	2,2	103.273	0,8	23.200	0,2
140 FORNECIMENTO DE ÁGUA E SANEAMENTO BÁSICO	99.725	0,8	217.842	1,9	154.497	1,2	100.352	1,0
150 GOVERNO E SOCIEDADE CIVIL	192.865	1,6	872.990	7,6	1.483.800	12,0	2.651.400	25,6
160 OUTRAS INFRA-ESTRUTURAS E SERVIÇOS SOCIAIS	1.794.013	15,3	1.624.325	14,1	2.328.628	18,8	1.638.544	15,8
200 II - INFRA-ESTRUTURAS E SERVIÇOS ECONÓMICOS	233.271	2,0	450.795	3,9	125.183	1,0	99.329	1,0
210 TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO	10.581	0,1	2.754	0,0			949	0,0
220 COMUNICAÇÕES	107.695	0,9	206.447	1,8	121.950	1,0	71.430	0,7
230 ENERGIA: PRODUÇÃO E APROVISIONAMENTO							26.950	0,3
240 BANCOS E SERVIÇOS FINANCEIROS					3.233	0,0		
250 NEGÓCIOS E OUTROS SERVIÇOS	114.995	1,0	241.594	2,1				
300 III - SECTORES DE PRODUÇÃO	97.800	0,8	53.818	0,5	114.629	0,9	686.349	6,6
310 AGRICULTURA, SILVICULTURA E PISCAS	93.922	0,8	49.189	0,4	108.981	0,9	469.918	4,5
311 AGRICULTURA	93.922	0,8	49.189	0,4	108.981	0,9	469.918	4,5
312 SILVICULTURA								
313 PISCAS								
320 INDÚSTRIA, MINAS E CONSTRUÇÃO	3.878	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
321 INDÚSTRIA	3.878							
322 INDÚSTRIAS EXTRACTIVAS (MINAS)								
323 CONSTRUÇÃO								
330 COMÉRCIO E TURISMO	0	0,0	4.629	0,0	5.648	0,0	216.431	2,1
331 COMÉRCIO							84.060	0,8
332 TURISMO			4.629	0,0	5.648	0,0	132.371	1,3
400 IV - MULTISECTORIAL/TRANSVERSAL	615.816	5,2	590.267	5,1	426.702	3,4	299.624	2,9
500 V - AJUDA A PROGRAMAS E AJUDA SOB A FORMA DE PRODUTOS	759.532	6,5			2.000.000	16,2		
600 VI - ACÇÕES RELACIONADAS COM A DÍVIDA								
700 VII - AJUDA HUMANITÁRIA	49.957	0,4			10.000	0,1		
910 VIII - CUSTOS ADMINISTRATIVOS DOS DOADORES	313.234	2,7	374.026	3,2	338.660	2,7	351.751	3,4
920 IX - APOIO ÀS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS	1.219.485	10,4	563.371	4,9	900.494	7,3		
930 AJUDA AOS REFUGIADOS (NO PAÍS DOADOR)	4.705		1.733	0,0			1.295	0,0
998 X - NÃO AFECTADO/NÃO ESPECIFICADO			15.309	0,1			29.634	0,3
TOTAL BILATERAL	11.761.439	100	11.517.705	100	12.370.507	100	10.361.048	100

Fonte: IPAD/DPP

Fonte: IPAD

Anexo III: Índice de Boa Governação em África

RANK /53		SCORE /100
1 st	Mauritius	82.5
2 nd	Cape Verde	79.0
3 rd	Botswana	76.1
4 th	Seychelles	73.5
5 th	South Africa	70.6
6 th	Namibia	69.7
7 th	Ghana	66.0
8 th	Lesotho	62.8
9 th	Tunisia	61.7
10 th	Egypt	60.7
11 th	Benin	59.9
12 th	São Tomé and Príncipe	58.4
13 th	Tanzania	58.1
14 th	Morocco	57.8
15 th	Senegal	57.5
16 th	Zambia	57.0
17 th	Malawi	56.5
18 th	Algeria	55.3
19 th	Burkina Faso	55.1
20 th	Uganda	55.0
21 st	Mozambique	54.6
22 nd	Mali	53.6
23 rd	Kenya	52.6
24 th	Gambia	51.8
25 th	Rwanda	51.7
26 th	Swaziland	51.4
27 th	Gabon	50.7
28 th	Libya	49.9
29 th	Djibouti	48.7
30 th	Sierra Leone	48.2
31 st	Comoros	47.4
32 nd	Mauritania	47.3
33 rd	Madagascar	47.1
34 th	Ethiopia	45.8
35 th	Togo	45.6
36 th	Liberia	45.4
37 th	Burundi	45.1
38 th	Cameroon	45.0
39 th	Niger	44.2
40 th	Congo	42.4
41 st	Nigeria	41.1
42 nd	Angola	40.8
43 rd	Guinea	37.8
44 th	Guinea-Bissau	37.2

Os critérios estão divididos em cinco categorias abrangentes:

- Segurança;
- Estado de Direito, Transparência e Corrupção
- Participação e Direitos Humanos
- Desenvolvimento Económico e Sustentável
- Desenvolvimento Humano

Fonte: Mo Ibrahim Foundation, 2011

Anexo IV: Indicadores das metas da CIPD (FNUAP)

Country, territory or other area	Maternal and Newborn Health				Education						Sexual and Reproductive Health						
	Under age 5 mortality rate, per 1,000 live births, 2009	Maternal mortality ratio, per 100,000 live births, 2008	Adolescent birth rate, per 1,000 women aged 15-19, 1996/2008*	Births attended by skilled health personnel, per cent, 1992/2009*	Primary school enrolment, net per cent of school-age children, 1991/2009*		Secondary school enrolment, net per cent of school-age children, 1999/2010*		Literacy rate, population aged 15-24, per cent, 1991/2008*		Contraceptive prevalence rate, women aged 15-49, any method, 1990/2010*	Contraceptive prevalence rate, women aged 15-49, modern method, 1990/2010*	Unmet need for family planning, per cent, 1992/2009*	Population aged 15-24 with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, per cent, 2000/2008*		HIV/AIDS prevalence rate, population aged 15 to 24, per cent, 2009	
					male	female	male	female	male	female				male	female	male	female
Colombia	18.9	85	96	96	94	94	71	77	98	98	78	68	6			0.2	0.1
Comoros	104.0	340	95	62	79	67			86	84	26	19	35	10		<0.1	<0.1
Congo, Democratic Republic of the ^a	198.6	670	127	74	34	32			69	62	21	6	24	21	15		
Congo, Republic of the	128.2	580	132	83	66	62			87	78	44	13	16	22	10	1.2	2.6
Costa Rica	10.6	44	69	99	87	88	44	49	98	99	80	72	5			0.2	0.1
Côte d'Ivoire	118.5	470	111	57	64	51			72	60	13	8	28	28	18	0.7	1.5
Croatia	5.4	14	14	100	98	100	87	89	100	100						<0.1	<0.1
Cuba	5.8	53	44	100	100	99	82	83	100	100	73	72		52		0.1	0.1
Cyprus	3.5	10	5	100	99	99	95	97	100	100							
Czech Republic	3.5	8	12	100	88	91					72	63	11			<0.1	<0.1
Denmark	4.0	5	6		95	97	88	92								0.1	0.1
Djibouti	93.5	300	27	61	51	44	28	20			18	17		22	18	0.8	1.9
Dominica	9.8		47	94	72	80	88	91									
Dominican Republic	31.9	100	98	98	82	83	58	65	95	97	73	70	11	34	41	0.3	0.7
Ecuador	24.2	140	100	99	98	100	59	60	95	96	73	59	7			0.2	0.2
Egypt	21.0	82	50	79	97	93	73	69	88	82	60	58	9	18	5	<0.1	<0.1
El Salvador	16.6	110	68	92	95	97	54	56	95	97	73	66	9		27	0.4	0.3
Equatorial Guinea	145.1	280	128	65	72	65			98	98	10	6		4	1.9	5.0	
Eritrea	55.2	280	85	28	43	37	32	23	91	84	8	5	27	37		0.2	0.4
Estonia	5.5	12	25	100	96	97	88	91	100	100	70	56				0.3	0.2
Ethiopia	104.4	470	109	6	82	76	17	11	62	39	15	14	34	33	21		
Fiji	17.6	26	30	99	90	89	76	83								0.1	0.1
Finland	3.2	8	9	100	96	96	96	97								0.1	<0.1
France	3.9	8	11	99	99	99	98	99			77	75	2			0.2	0.1
Gabon	68.9	260	144	86	82	81			98	96	33	12	28	22	24	1.4	3.5
Gambia	102.8	400	104	57	69	74	43	42	70	58	18	13		39		0.9	2.4
Georgia	29.1	48	44	98	96	93	82	79	100	100	47	27	16	15		<0.1	<0.1
Germany	4.2	7	10		99	99					70	66				0.1	<0.1
Ghana	68.5	350	70	57	77	78	48	44	81	78	24	17	35	34	28	0.5	1.3
Greece	3.4	2	11		99	100	91	91	99	99	76	46				0.1	0.1
Grenada	14.5		54	99	98	99	93	85			54	52					
Guatemala	39.8	110	92	41	98	95	41	39	89	84	43	34	28			0.5	0.3
Guinea	141.5	680	153	46	77	67	36	22	67	51	9	4	21	23	17	0.4	0.9
Guinea-Bissau	192.6	1000	170	39	61	44	12	7	78	62	10	6		18		0.8	2.0
Guyana	35.3	270	90	83	99	99					43	40		47	50	0.6	0.8
Haiti	86.7	300	69	26	21	22					32	24	38	40	34	0.6	1.3
Honduras	29.7	110	108	67	96	98			93	95	65	56	17	30		0.3	0.2
Hungary	6.3	13	19	100	96	95	91	91	98	99	81	71	7			<0.1	<0.1
Iceland	3.0	5	15		98	98	89	91								0.1	0.1
India	65.6	230	45	47	97	94			88	74	56	49	13	36	20	0.1	0.1

Fonte: State of the World Population, UNFPA (2011)

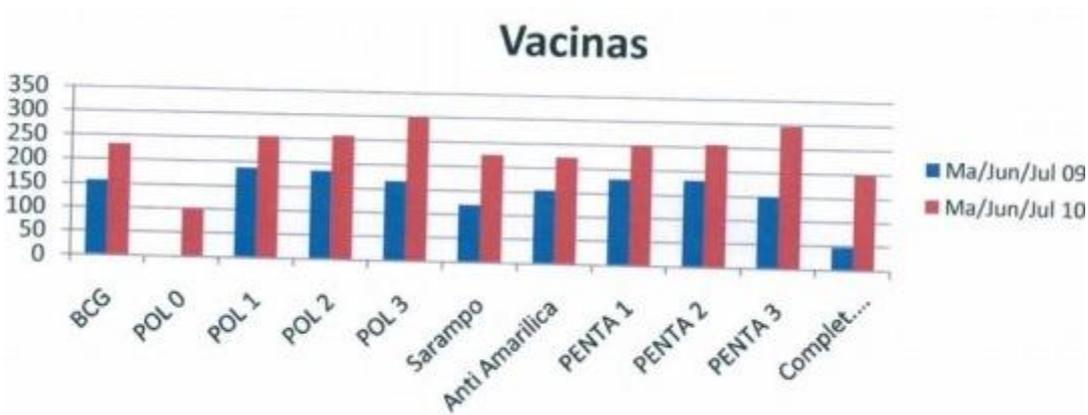
Anexo V: Objectivos e resultados Alcançados pelo projecto “Liderança Feminina na Saúde – Um Projecto de Responsabilização Comunitária” (VIDA)

OBJECTIVO ESPECIFICO 1: SAÚDE DE PROXIMIDADE
Resultado 1.1 120 ASB E 100 MATRONAS CAPACITADOS
O presente resultado <u>foi alcançado</u> . Foram formados 132 ASB e 107 matronas.
Resultado 1.2. USBs MONITORIZADAS E ASB E MATRONAS FORMADOS EM EXERCÍCIO
Os resultados estabelecidos, para este objectivo, <u>foram alcançados</u> , foram realizadas 390 visitas mensais.
Resultado 1.3. PAV EM PLENO FUNCIONAMENTO
Os objectivos referentes a este objectivo <u>foram alcançados</u> . O projeto assegurou o funcionamento dos painéis solares que mantêm a rede de frio para além do fornecimento de água destilada, apoiou as saídas de EA e tentou assegurar dentro do possível o abastecimento das vacinas para que não houvesse rutura de stock a nível do sector.
Resultado 1.4. POPULAÇÃO TEM CONTACTO COM PROGRAMAS DESCENTRALIZADOS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO E ADQUIRE CONHECIMENTOS E ADOPTA PRÁTICAS ADEQUADAS
Os objectivos fixados para este resultado <u>foram alcançados</u> . Paralelamente às sessões de EPS realizadas nos CS, nas Casas das Mães, no CSCMI e nas saídas de EA, realizaram-se também alguns programas de rádio conseguindo desta forma abranger um maior número de beneficiários.
Resultado 1.5. FARMÁCIA COMUNITÁRIA DE BASE OPERACIONAL
Os objectivos fixados a nível do presente resultado <u>foram alcançados</u> .
Resultado 1.6. AS USB ADERENTES OFERECEM IMPREGNAÇÃO À COMUNIDADE
O presente resultado <u>foi alcançado</u> , mas com alteração de implementação a nível da actividade realizada (acima descrito).

OBJECTIVO ESPECIFICO 2: SAÚDE PARTICIPADA
Resultado 2.1. EQUIPA DE COORDENAÇÃO DAS ÁREAS SANITÁRIAS CAPACITADA
O objectivo estabelecido para este resultado <u>foi alcançado</u> . Foram realizadas duas formações técnicas na utilização dos recursos informáticos que beneficiaram 2 técnicos da equipa local, nomeadamente o Enfermeiro Responsável pelo CSCMI e a responsável pela Farmácia Popular. Os CS foram monitorizados e avaliados pela equipa do projeto e realizaram-se 4 reuniões de coordenação das áreas sanitárias com os seus responsáveis.
Resultado 2.2. 13 TÉCNICOS DE SAÚDE CAPACITADOS E INTEGRADOS NO SISTEMA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL LIDERADO PELO CSCMI
O presente resultado <u>foi alcançado</u> . Foram capacitados 8 enfermeiros e 8 parteiras. As formações ministradas durante o mês de Setembro de 2010 e Abril de 2011 ocorreram nas instalações do CSCMI, bem como todas as reuniões mensais de coordenação das AS, possibilitando aos TS um maior contacto e percepção do funcionamento do Centro.

Resultado 2.3. CSCMI FORMA 2 ASSOCIAÇÕES DE BASE DE MULHERES
Este resultado <u>foi alcançado</u> . A Associação de Mulheres de São Domingos e a Associação de Mulheres de Suzana foram formalmente legalizadas e dispõem de toda a documentação legal que lhes permite avançar para novos objectivos, nomeadamente na dinamização e apoio de estruturas de saúde e atividades inerentes às mesmas.
Resultado 2.2. CSCMI CONSOLIDADO – CRIAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA POPULAR (FP) ANEXA AO CCMÍ
Os objetivos estabelecidos a nível do presente resultado <u>foram alcançados</u> . A Farmácia Popular está em funcionamento e com a ajuda dos fornecimentos do projeto tem conseguido repor os stocks de medicamentos, de forma a corresponder às necessidades dos seus utentes. Continua todo o trabalho de elaboração e avaliação de procedimentos internos, planificação de reuniões e tarefas, tomadas de decisão e accountability necessários ao seu bom funcionamento e transparentes a toda a comunidade, tarefa que tem sido progressivamente assegurada pelo Enfermeiro Responsável pelo Projeto.

Anexo VI: Atividades no CSCMI de S. Domingos



Fonte: VIDA