

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

Cooperação Sul-Sul: Exemplo Cubano de Cooperação em Saúde com Moçambique

Cláudia Paixão

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global

Orientadora:

Doutora Clara Afonso de Azevedo de Carvalho
Professora Auxiliar do Departamento de Antropologia
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora

Doutora Isabel Maria Rodrigues Craveiro, Investigadora
Instituto de Higiene e Medicina Tropical da UNL

Outubro, 2012



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

Cooperação Sul-Sul: Exemplo Cubano de Cooperação em Saúde com Moçambique

Cláudia Paixão

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global

Orientadora:

Doutora Clara Afonso de Azevedo de Carvalho
Professora Auxiliar do Departamento de Antropologia
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora

Doutora Isabel Maria Rodrigues Craveiro, Investigadora
Instituto de Higiene e Medicina Tropical da UNL

Outubro, 2012

Poema do futuro cidadão

“Vim de qualquer parte
de uma Nação que ainda não existe.
Vim e estou aqui!

...

Não nasci apenas eu
nem tu nem outro...
mas irmão.
Mas
tenho amor para dar às mãos-cheias.
Amor do que sou
e nada mais.

E
tenho no coração
gritos que não são meus somente
porque venho dum país que ainda não existe.

Ah! Tenho meu amor à rodos para dar
do que sou.
Eu!
Homem qualquer
cidadão de uma nação que ainda não existe”

José Craveirinha

Dedico este trabalho

À minha filha Swahíla Paixão Hunguana

Resumo

A discussão aqui proposta aborda os ângulos analíticos da literatura sociológica e antropológica sobre os modelos de cooperação internacional em saúde.

O trabalho elege diferentes abordagens sobre as políticas dominantes de desenvolvimento e de cooperação e reflecte sobre o crescente aumento das situações de pobreza em países do sul. A grande crítica assenta nas lógicas da globalização e tentativas de homogeneidade em prol de um modelo de desenvolvimento global (Norte-Sul) o qual se tem caracterizado como um desenvolvimento controverso e desigual.

A contraposição apresentada ao modelo dominante descreve o modelo de cooperação sul-sul na sua origem e evolução, a partir de questões de ordem política, económica e de cooperação em saúde.

O “estudo de caso” sobre a cooperação Cubana em Moçambique cogita uma reformulação do modelo de cooperação a partir de países com o mesmo nível de desenvolvimento baseado em princípios de solidariedade, reciprocidade e equidade numa lógica de diplomacia em saúde.

Palavras-Chave: *Cooperação Sul-Sul; Cuba; Moçambique; Saúde.*

Abstract

The proposed discussion focuses on the analytical angles of sociological and anthropological literature on models of international cooperation in health.

The paper chooses different approaches about the dominant political development and cooperation and reflects on the increasing poverty situations in southern countries. The major criticism is based on the logic of globalization and attempts to homogeneity in favor of a global development model (North-South) which has been characterized as a controversial and uneven development.

The workaround presented to the dominant model describes the model of South-South cooperation in its origin and evolution, both from political, economic issues and health cooperation.

The "case study" on the Cuban cooperation in Mozambique cogitates a reformulation of the model of cooperation from countries with the same level of development based on principles of solidarity, reciprocity and equality in a logic of diplomacy in health.

Keywords: *South Cooperation; Health; Cuba, Mozambique.*

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 1 |
| Capítulo 1: Era moderna em desenvolvimento: modelos de cooperação internacional, em foco o movimento sul-sul e abordagens epistemológicas subjacentes..... | 7 |
| 1.1. Abordagens epistemológicas subjacentes aos modelos de desenvolvimento e cooperação internacional..... | 14 |
| Capítulo 2: Enquadramento histórico da cooperação internacional em saúde: em foco cooperação sul-sul em saúde | 21 |
| 2.1. Críticas ao Modelo de Saúde Global | 29 |
| 2.2. Contributos da cooperação sul-sul para a política internacional em saúde | 36 |
| Capítulo 3: Estudo de Caso: Cuba e Moçambique | 39 |
| 3.1. Cuba: exemplo de saúde universal e de cooperação técnica | 39 |
| 3.2. Moçambique receptor de Ajuda Externa | 50 |
| 3.3. Proposta de cooperação cubana em saúde com Moçambique | 56 |
| Conclusão | 59 |
| Bibliografia | 63 |

Índice dos Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1.1: Breve cronologia da consagração do movimento Sul – Sul | 13 |
| Quadro 2.1: Breve cronologia de alguns marcos da cooperação internacional em saúde..... | 22 |
| Quadro 3.1 : Breve sistematização das principais acções de cooperação de saúde cubanas | 45 |

Introdução

“Cooperação Sul-Sul: exemplo Cubano de Cooperação com Moçambique” é um exercício analítico que assume um discurso crítico, reflexivo e de cunho intervencionista.

A questão de pesquisa é sobre a cooperação cubana em saúde em particular com Moçambique: Em que medida é que a cooperação cubana poderá ser adequada para o desenvolvimento do sector da saúde em Moçambique?

A finalidade da investigação é contribuir para a introdução de uma cooperação mais empreendedora e sustentável na área da saúde em Moçambique, através de um programa de cooperação entre os dois países.

A escolha de Cuba como objecto de análise deve-se ao facto de que Cuba foi reconhecido internacionalmente por vários níveis de eficácia do sistema de saúde cubano, comprovado com estatísticas do final do ano de 2010¹, cujos indicadores de saúde colocam Cuba em posições paralelas a países mais desenvolvidos, pese embora a população sobreviva com rendimentos *per capita* bastante inferiores.

Outro motivo deve-se ao facto da cooperação cubana ser reconhecida internacionalmente pela formação e capacitação de recursos humanos da área da saúde. Em 2011, Cuba encerrou o ano com a cooperação na formação de vinte e dois mil médicos estrangeiros² de vários países do mundo. Bom exemplo disso foi o apoio à Serra Leoa com a disponibilização de mais de 30 médicos cubanos custeados pela África do Sul (PNUD, 2010: 22).

A escolha de Moçambique deve-se a uma experiência de trabalho em programas de saúde, com destaque no combate ao HIV e SIDA, entre 2005 e 2008 na província de Maputo. A experiência prática representa domínios sobre o contexto e lógicas de actuação moçambicanos.

A motivação para a elaboração da proposta deve-se a reflexões de natureza lógica, ética e moral e ao questionamento sobre que premissas devem orientar o desenvolvimento humano? O ponto de partida de pesquisa para as respostas a esta questão é o reconhecimento de que o desenvolvimento humano não pode ser pautado por políticas neoliberais de cooperação para a saúde, com intervenções institucionalizadas em função dos interesses dos países doadores e associado a temáticas específicas *em voga* no mundo ocidental industrializado.

¹ Relatório de Índice de Desenvolvimento Humano, PNUD; Relatório de desenvolvimento de protecção da infância, UNICEF; entre outros documentos oficiais e/ou noticiosos;

² http://port.pravda.ru/science/10-10-2011/32275-cuba_formacao-0/ [última consulta 30/12/2011]

A sustentação do ponto de partida tem como base uma eleição de quadros de referência da literatura sociológica e antropológica sobre a evolução dos modelos de cooperação internacional em saúde e concebe um enlace entre *o Saber que* (o saber epistemológico) e *o Saber como* (o saber da aplicação prática dos princípios de intervenção).

A investigação teve a temporalidade de doze meses (início em Outubro de 2011 e término em Outubro de 2012). Foi desenvolvida com uma metodologia de carácter intensivo – qualitativo, aplicada na pesquisa bibliográfica e na distinção de interlocutores para capazes de fornecer um *know-how* sobre os contextos específicos em análise: Cuba e Moçambique. A opção metodológica deve-se ao facto da investigação não incluir diligências no terreno que comprovem hipóteses e teorias pré-estabelecidas.

A análise bibliográfica e documental (websites), categorizada como fonte secundária, foi a essência do quadro analítico de investigação. Esta técnica foi utilizada para o enquadramento epistemológico da pesquisa e construção do modelo de análise. Consistiu em leituras aprofundadas relativamente a ideias, conceitos e estudos inerentes à temática, e que se revelaram essenciais para efectuar uma transposição teórica perante o estudo levado a cabo.

A selecção de bibliográfica centrou-se em referências sociológicas e antropológicas e inclui referências das últimas cinco décadas, data em que o culminar da nova *Era de desenvolvimento* começou a ser debatida entre economistas e sociólogos e se encetou uma dinâmica de abordagens de economia social e sociologia do desenvolvimento. Das selecções sobre literaturas mais recentes sobre as análises aos processos de cooperação para o desenvolvimento e cooperação em saúde, predominam as referências do campo da antropologia médica e de saúde pública internacional.

Um dos constrangimentos nesta fase de investigação foi o rumo académico que remete mais para literaturas anglo - saxónicas e francófonas, excluindo muitas vezes outros domínios literários da antropologia, nomeadamente literaturas latino-americanas. Alguns autores consideram esta questão como um constrangimento relacionado com a dominação do saber, também ele incluindo na dominação do desenvolvimento internacional pelo norte, ao que muitos autores nomeiam como “Colonialismo Académico” (Lander, et. al., 2005).

A análise bibliográfica documental permitiu a elaboração de um modelo de análise que foi em si mesmo o condutor do processo de investigação. O modelo de análise embora apresente as dimensões de análise compartimentadas, do ponto vista prático a abordagem foi realizada de forma integrada, obrigando a processos de reelaboração constantes tendo em vista a consistência e interdependência das dimensões de análise.

Foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas e entrevistas não estruturadas/abertas. As entrevistas semi-estruturadas contemplaram um guião com objectivos precisos de recolha de informação junto de interlocutores recomendados, nomeadamente a três médicos cubanos.

A oportunidade de entrevistar os três médicos cubanos foi propiciada pelo Centro Comunitário de Desenvolvimento Social de Lisboa (CCD-Social)³, Instituição que deu hospedagem (Praia Azul, Sta. Cruz, Lisboa) a uma comitiva de cerca de quarenta médicos cubanos, que ao abrigo de acordos de cooperação entre Portugal e Cuba vieram exercer medicina familiar em zonas rurais pelo período de dois anos, para dar resposta à falta de médicos portugueses.

O facto de somente se ter realizado três entrevistas foi devido a um constrangimento associado à ausência de liberdade individual dos cidadãos cubanos que somente após a autorização do Sr. Embaixador é que revelaram disponibilidade para colaborar com a presente investigação.

Devido a este constrangimento, perdeu-se a oportunidade de realizar mais entrevistas por uma questão de tempo, pois os médicos estavam já de partida das instalações do CCD-Social para ser distribuídos nas localidades para onde foram trabalhar.

Quanto aos médicos entrevistados, eles contam com experiência profissional de oito, quinze e vinte e cinco anos. Todos já trabalharam em países estrangeiros ao abrigo de acordos bilaterais (sul-sul), dois dos quais somente América Latina (Brasil e México) e um outro em África (Zimbabwe). Foram interlocutores essenciais para a aprendizagem do funcionamento do sistema primário de saúde cubano, assim como, a trajectória da formação do sistema e o espírito de solidariedade em cooperação com outros países.

As duas entrevistas não estruturadas / abertas, também consideradas “conversas com objectivo” (Burgess, 1997: 112) constituíram-se como uma fonte de informação privilegiada, pois os interlocutores apresentam domínios sobre a temática enquanto agentes focais em vários processos de cooperação.

Uma das *conversas com objectivo* foi com o Embaixador da República de Cuba em Portugal, Eduardo C. González Lerner⁴. O teor da conversa desenrolou-se com a descrição do percurso cubano em cooperação internacional, enquadrado em movimentos internos estratégicos para o desenvolvimento do país, com a especificidade de datas e dados estatísticos sobre os principais contributos de Cuba no desenvolvimento da cooperação Sul-Sul. Importa referir

³ De referir que actualmente e desde 2009, exerce funções de Directora Técnica do CCD-Social;

⁴ 6 de Janeiro de 2011, nas instalações da embaixada em Lisboa;

que esta entrevista foi o mote para início da presente investigação, antes mesmo de se enquadrar no âmbito da dissertação de mestrado.

A segunda conversa com objectivo foi com o Dr. Blasques Oliveira⁵, um profissional com vasta experiência na área da saúde pública internacional, em particular em contextos africanos. Foi um interlocutor essencial por deter uma visão (de dentro) enquanto membro receptor da ajuda (Ministério de Saúde de Angola), enquanto mediador da ajuda (Director Projectos Internacionais ONG) e enquanto doador (consultor do Banco Mundial).

A análise de conteúdo foi realizada a partir da recolha de fontes bibliográficas e Web gráficas e da informação recolhida através das entrevistas. A partir dos pontos de análise em entrevista efectuou-se a pesquisa de referências numa diversidade de sites oficiais e noticiosos.

A aplicação desta técnica foi realizada com o alinhamento dos pontos de análise, recolhidas pelas fontes primárias e secundárias, e respectivo tratamento de informação de forma não obstrutiva e sobre a correspondência das dimensões de análise.

A partir análise de conteúdo procedeu-se à reavaliação da pesquisa e produção de conhecimento que não se legitima pela singularidade uma vez que existem já vários estudos sobre o tema em análise.

Talvez seja inédito e singular a produção de uma proposta de forma interpretativa e abductiva, para a formulação de uma explicação de algo que não se conhece: realidade Cubana e a possibilidade de replicar o sucesso das intervenções de saúde em Moçambique.

Deste modo, este trabalho não conclui uma explicação com sentidos absolutos, está efectivamente dotado de uma irrecusável subjectividade e um espírito operativo que só se tornará efectivamente legítimo no momento em que for verificado empiricamente.

A presente investigação é apenas uma primeira fase de abordagem ao tema e perspectiva-se que futuramente seja possível realizar a verificação empírica a desenvolver no âmbito de um grau académico superior.

⁵ Realizada via Skype no dia 12 de Setembro de 2012 (Lisboa-Luanda);

A apresentação da investigação está estruturada em três capítulos:

O capítulo **1** aborda a evolução histórica do desenvolvimento e dos modelos de cooperação internacional com foco no movimento sul-sul.

A descrição histórica da evolução dos movimentos internacionais é realizada a partir da contextualização de questões de ordem política, económica e de cooperação. A análise não pretende em primeira instância enumerar os eventos cronológicos mas identificar alguns dos principais eventos de cooperação e características de actuação.

O modelo Sul-Sul assume relevância na abordagem pela cooperação estratégica entre países de baixo desenvolvimento, perspectivando a diminuição das avolumadas dívidas externas e do aumento das desigualdades criadas pelo modelo de cooperação tradicional (vertical) encabeçado pelos países do Norte.

A abordagem epistemológicas subjacentes á evolução dos modelos referencia-se em autores como Arturo Escobar, Jürgen Habermas, José Paulo Netto, Boaventura Sousa Santos, Amartya Sen e John Rawls. O objectivo destas referências é identificar o problema social do desenvolvimento como paradigma do modelo científico dominante e sistematizar a pesquisa de referências para o desenvolvimento de acordo com conceitos de justiça, equidade, multiculturalidade, democracia participativa, diplomacia e cooperação técnica.

O capítulo **2** debruça-se sobre a temática em questão – Saúde, e por isso inclui a evolução da saúde pública e a preponderância da cooperação internacional sul-sul no sector da saúde.

As referências da historicidade e desenvolvimento do sector são diversas, mas é eleito o autor George Rosen pela sua obra “*História da Saúde Pública*” que conduz para uma excelente análise macro histórica da prática médica e das dimensões políticas associadas ao processo de *globalização da medicina*.

Distinguem-se também Michel Foucault, James Pfeifer, e Arachu Castro como autores contemporâneos cujas referências sociológicas e antropológicas consagram retrospectivas sobre os marcos históricos, os avanços da cooperação e as mudanças de correntes que permitem compreender a evolução do sistema internacional em saúde.

O capítulo sistematiza algumas críticas ao modelo de saúde global (biomedicina – cooperação – mercantilização da saúde) evidenciando a perpetuação das relações de hegemonia e subalternidade no sistema de globalização estrutural da saúde. Os contributos teóricos de autores como António Gramsci, Michel Foucault, Ivan Illich e Vicente Navarro remetem para os conceitos de governamentalidade e politização da saúde enquanto instrumentos de gestão e controlo internacional das nações. Miriam Green e Paul Farmer são as referências de apoio à

transição do cunho epistemológico para uma vertente de conceptualização de questões éticas de cunho intervencionista sobre a eficácia e a eficiência da quantidade e da qualidade as intervenções em saúde.

E os autores Paulo Buss, Ilona Kikbusch, João Milano (entre outros) são o ponto de referência para a formulação dos contributos da diplomacia em saúde e reformulação de estratégias de cooperação com base na democracia participativa e intervenção comunitária.

O capítulo 3 dedicado ao *estudo de caso* apresenta Cuba como um exemplo de promoção da saúde universal e de cooperação técnica e analisa Moçambique enquanto país receptor de ajuda externa.

A apresentação de Cuba é realizada através de duas vertentes, a primeira apresenta o exemplo do sistema de saúde cubano e as estratégias internas promotoras do sucesso da rede primária de saúde. E a segunda apresenta Cuba como um membro proeminente da cooperação Sul – Sul, enquadrando as principais acções de cooperação cubana em saúde.

A análise sobre Moçambique sistematiza algumas abordagens críticas à ajuda externa dada para o desenvolvimento do sector da saúde, elegendo autores como James Pfeiffer, Carlos N. Castel-Branco e Cristiano Matsinhe.

Este capítulo finda com a conciliação das matérias anteriores e apresenta uma proposta de cooperação solidária e sustentável entre Cuba e Moçambique para melhoria do sistema de cuidados de saúde em Moçambique.

A proposta inclui adopção da cooperação técnica para a saúde que prima por intervenções com sustentabilidade em base comunitária à medida das capacidades e reais necessidades do contexto de intervenção, numa óptica global de promoção da saúde e do bem – estar, pelo acesso a bens elementares (alimentação; água; saúde; saneamento; educação, etc.).

A grande referência da proposta é o sistema primário de saúde cubano, de base comunitária, a partir do qual se pode aprender as boas práticas a replicar em contexto moçambicano.

Capítulo 1: Era moderna em desenvolvimento: modelos de cooperação internacional, em foco o movimento sul-sul e abordagens epistemológicas subjacentes

Este capítulo não pretende em primeira instância abordar a evolução do conceito de desenvolvimento. Trata-se de um conceito já abordado por uma pluralidade de autores, não obstante importa introduzir o conceito enquanto foco de análise da evolução do modelo de cooperação internacional.

Foi no período Pós Segunda Guerra Mundial e na emergência da reconstrução das nações afectadas pela guerra, que o mundo ocidental iniciou uma corrida para o progresso e desenvolvimento social.

A transformação ocorreu direccionada por aspirações de um projecto de desenvolvimento global, todo ele conduzido pelo desenvolvimento capitalista. A partir dos anos 50 resultados notáveis de desenvolvimento (tecnologia, ciência, economia e direitos humanos) foram alcançados na região norte do globo, em contraposição com a região do sul marcada fortemente pela pobreza e subjugação dos países aos poderes e regimes ditatoriais e escravagistas do norte.

No início da década de cinquenta gerou-se a ideia, uma convicção de massas, de que o desenvolvimento não ocorreria simplesmente por mecanismos próprios de crescimento económico e as grandes potências apostaram numa concertação global entre países ricos e pobres, através da criação de um corpo de organizações de ajuda e desenvolvimento.

Em 1944 foi criado o sistema Bretton Woods como veículo de regulação do sistema financeiro mundial (na altura regulada pelo dólar americano). O dólar foi introduzido como moeda padrão de troca mundial e foram criadas duas entidades de supervisão: Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (Edelman et al, 2005: 126)

Na corrida ao desenvolvimento, encabeçada pelos movimentos capitalistas e neo-liberais (Estados Unidos e Europa), incrementou-se uma economia transnacional para escoar os produtos e aumentar cada vez mais os níveis de consumo das ditas sociedades desenvolvidas (Cooper et al., 1997). Nesta corrida, um conjunto de países ficou excluído por não responder as premissas do desenvolvimento ocidental, categorizando-os como países de *Terceiro Mundo*. A não correspondência ocorreu do ponto de vista ideológico (politico) e financeiro (economias enfraquecidas).

Alguns dos países que não se enquadraram na definida política global de Bretton Woods organizaram-se e criaram o movimento de países Não-Alinhados à política externa internacional. Tratou-se de um grupo de países maioritariamente do sul, bastante heterogêneos mas com uma identidade em comum (PNUD, 2010: 3) – a exclusão do sistema de desenvolvimento ocidental.

O movimento designado como os “Não Alinhados” foi organizado por um conjunto de países do Sul (Cuba foi um dos 25 países fundadores do movimento), considerados como países de terceiro mundo, que procuram definir alternativas ao modelo dominante de cooperação vertical norte-sul governado pelas grandes potências.

Na década de 60 e 70 “os países não-alinhados manifestam a sua presença na cena internacional através de conferências (...): Bandung (1955: 25 [participantes]), Cairo (1964: 46 [participantes]), Lusaka (1970: 54 [participantes]), Argel (1973: 86)” (Heffer. et al., 1992: 275).

A primeira conferência realizada em Bandung promoveu uma identidade própria e um espírito de “*solidariedade entre os povos do Sul*” como referiu Samir Amin no artigo “Refundar a solidariedade dos povos do Sul” (Santos et. al, 2003).

Ao movimento crítico de não-alinhamento foram designados os conceitos de “outro desenvolvimento”, “desenvolvimento participativo”, “desenvolvimento socialista”, (...) (Escobar, 1996: 22).

O forte desejo dos países do sul em conquistarem a independência e emancipação ideológica - nacional surge alicerçada à luta do movimento socialista da ex-URSS, no período denominado por Guerra Fria, entre 1945 até meados dos anos 80.

A medida que as revoluções socialistas venceram em vários países, pelo desmoronamento dos regimes coloniais, os países libertados iniciaram a luta pela conquista e independência económica e encetaram um processo de redistribuição das forças políticas no palco internacional, iniciando uma nova fase de desenvolvimento e cooperação entre os países socialistas e alguns estados da América Latina, Ásia e África.

Um dos processos de revolução em evidência ocorreu na América do Sul, com a vitória da revolução cubana (1959). Cuba foi o primeiro estado socialista do mundo ocidental, marcado pelo cunho revolucionário anti-capitalista contra os Estados Unidos e a coligação internacional dominante.

A vitória cubana exerceu uma enorme influência sobre o desenvolvimento do processo de adesão das ideias socialistas na América latina. A posição político-ideológica de Cuba

estimulou o movimento dos países vizinhos do continente para a luta e conquista da independência nacional e económica.

Durante a década de sessenta, vários países da América do Sul como Jamaica, Trindade e Tobago, Barbados e Guiana obtiveram a independência política. E países como o Chile, Brasil, Guatemala, México, Uruguai e Venezuela alcançaram sucessos substanciais na solidificação das forças democráticas.

As principais críticas do Sul ao modelo de desenvolvimento ocidental recaíram sobre as superpotências em evidência durante o auge da guerra fria e sobre os estados coloniais em países do Sul, que representaram uma “clivagem adicional (sul-sul) à dupla polarização que presidia as relações entre os Estados ao longo do século passado, nos eixos geopolíticos leste-oeste (comunismo vs capitalismo) e Norte-Sul (países desenvolvidos vis-à-vis subdesenvolvidos ou não industrializados)” (Santana, 2010: 2).

Com a força das coligações dos países do Sul, o início dos anos de 70 foi marcado pelo novo movimento de cooperação internacional. Durante toda a década de 70 o movimento do Sul providenciou apoio político, militar, económico, científico, técnico e cultural para fortalecer os laços de cooperação com África na luta contra o colonialismo português e a ideologia do *apartheid*.

A conquista da independência de países como Angola, Cabo Verde, Etiópia, Guiné-Bissau, Namíbia, Moçambique, São Tomé e Zimbábwe (entre outros) deu-se uma reviravolta na auto-determinação das nações da África Austral que consagraram dentro do movimento do sul, acções de cooperação para a obtenção da independência económica, desenvolvimento o progresso social.

A experiência de cooperação com países de orientação socialista foi preconizada com tratados de amizade e de cooperação entre países de Ásia, América latina e África: Rússia, Cuba, Angola, Moçambique, Etiópia, Afeganistão, Síria, República Democrática Popular do Iémen e Republica Popular do Congo. Estes tratados testemunharam o rápido enriquecimento do conteúdo político e a diversidade da cooperação socialista com os países do tipo nacional - democrático.

O movimento do Sul incrementou a luta e ideologia contra hegemonia capitalista evidenciando as forças aliadas do sul (não alinhadas) da construção de uma Nova Ordem Económica Internacional (NOEI) contra a exploração neo-colonial e do sistema caduco das relações económicas mundiais.

A NOEI foi reconhecida em 1974 pela Assembleia Geral da ONU, que aprovou a Carta dos Direitos e Deveres Económicos dos Estados, baseada em documentos produzidos durante as conferências dos Não-alinhados entre outras organizações internacionais. As reivindicações essenciais referentes à reestruturação das relações económicas internacionais (1) projectaram a eliminação da discriminação dos recém Estados dentro do sistema das relações económicas, e a (2) garantia de estratégias coordenadas como combate à subjugação e dependência das oscilações económicas dos países industrializados e desenvolvidos.

A NOEI propôs um novo modelo de desenvolvimento internacional, defendendo o progresso dos países mais pobres com a garantia do seu reconhecimento e posição nas relações internacionais. A principal luta foi a abertura e inclusão dos países em desenvolvimento em movimentos económicos transnacionais, mas de acordo com as suas estratégias nacionais, respeitando a soberania dos Estados (menos desenvolvidos).

Simultaneamente, os anos 70 e 80 marcaram situações de pobreza extrema dos Estados recém libertados devido às consequências da recessão da crise petrolífera que ressaltou as relações internacionais de ordem económica e militar, gerando um ambiente de tensão à escala global.

Em resposta à crise económica criou-se um plano de recuperação económica internacional regulado pelo sistema financeiro de Bretton Woods, e levado cabo pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional com a implementação das medidas de ajustes estruturais para o apoio às novas nações confrontadas com maiores dificuldades.

A ideia de emancipação e desenvolvimento conjugada com a real incapacidade interna de regulação autónoma e auto-suficiente das novas nações direccionaram muitos países para a dependência da ajuda internacional. A dívida contraída não foi só monetária como também política, com obrigatoriedade de adopção de estratégias globais de desenvolvimento. A dominância por via do financiamento e dos planos de cooperação para o desenvolvimento dos países subjugados politicamente foi uma vitória requintada de um novo sistema de exploração neo-colonial (Pfeiffer et al, 2010:150).

As elevadas taxas de juro pagas pelos países em desenvolvimento deu origem à transformação das relações económicas internacionais, através de novas práticas de ajuda externa e de cooperação para o desenvolvimento, camuflando estratégias de controlo e exploração do sul e *fabricando* o Terceiro Mundo (Escobar, 1995).

Foi deste modo que a cooperação internacional desencadeou um processo egocêntrico de “*capitalização*” de interesses políticos e económicos (em detrimento das libertações nacionais plenas e promoção de clivagens geopolíticas). O financiamento de acções

estratégicas da NATO em países em luta pela renovação social foi bom exemplo disso e colocou em evidência o monopólio encabeçado pelos Estados Unidos, entre outros países interessados pelo modelo de desenvolvimento ocidentalizado.

A versão neo-liberal (neo-colonial) agravou a assimetria entre os e os países ricos (que se abasteceram de políticas e de lucros económicos concentrados no norte) e os países pobres (que compactavam a situação de pobreza no sul). A sobrevivência internacional de cada país passou a depender da capacidade de entrar no mercado global e de gestão da dívida (Castro et al., 2004: 63).

Ao modelo de cooperação económica dos estados desenvolvidos (neo-liberais) com os países em vias de desenvolvimento sucedeu um crescente continuar de desigualdades no acesso aos direitos entre os dois eixos do globo.

Na década de 1980 e no âmbito do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o movimento Sul-Sul reage em consternação á corrente de desenvolvimento dominante e criou um mecanismo de cooperação sul-sul: Cooperação Técnica entre países em Desenvolvimento (CTPD) para superar o sistema de Bretton Woods.

A partir de 1980 o Comité da CTPD tornou-se o principal responsável pela defesa da cooperação Sul-Sul e pela promoção dos recursos do sul como forma de superar o sistema dominante, “ a CTDP – também chamada de “cooperação horizontal” – tornou-se um instrumento importante para a estratégia de cooperação sul-sul e ganhou novos contornos políticos, económicos e estratégicos. O “princípio” da “horizontalidade” representou uma alternativa à “verticalidade” – transferências unilaterais de “pacotes prontos” – então conhecida como ajuda internacional Norte-Sul” (Almeida. et al., 2010: 26-27).

No final dos anos 90 e início do segundo milénio, a CTPD foi reconhecida e apoiada pela UNDP, para se constituir e meio alternativo e de minimização das perversidades da globalização económica (Amador, 2001: 95).

Nos últimos anos, o movimento Sul-Sul desenvolveu-se praticamente sem a participação do sistema das Nações Unidas⁶, mas “assume compromissos comuns com a realização dos Objectivos do Milénio (ODMs) até 2015 e criou um senso de urgência quanto aos problemas do sul” (PNUD, 2010:4).

⁶ Evaluation of UNDP contribution to south-south cooperation, Evaluation Office, December 2007. UNDP;

A adopção de modelos de cooperação técnica surgiu como uma resposta eficaz, que aliada ao crescente aumento de economias emergentes (Brasil, México, Índia, África do Sul⁷) tem grande contributo no fortalecimento político e económico do sul, bem como, noutras áreas como a saúde, a educação e a protecção social. Estes países tornaram-se “ (...) mercados expressivos, surgindo como importantes investidores ou fornecedores de tecnologia, produtores de medicamentos genéricos e prestadores de assistência técnica e ajuda financeira (...)” (PNUD, 2010: 8-9).

Este tipo de doadores é designado como o grupo dos *novos doadores*, que através de relações de parceria desenvolve programas de cooperação sul-sul. (...) Os países parceiros é que definem qual a assistência necessária, com base nos seus planos nacionais e incluindo diversos actores da sociedade civil estimulando novos processos de participação (PNUD, 2010:11-12).

As linhas de financiamento provêm de agências internacionais e bilaterais com objectivos da cooperação para a melhoria dos indicadores e proximidade de concretização dos ODMs. Em troca, o movimento Sul-Sul situa as agências internacionais no que respeita aos seus papéis na colaboração para o desenvolvimento e opera programas de “melhores práticas” entre países do sul (PNUD, 2010:4).

A cooperação sul-sul para além da cooperação técnica opera também a partilha de custos de projecto, incluindo outro tipo de fluxos financeiros e de cooperação. “A cooperação triangular geralmente consiste numa contribuição financeira de um doador “do Norte”, juntamente com as habilidades técnicas fornecidas por um doador “do Sul”, geralmente implementada num destes países. (...) a cooperação triangular sul-sul-sul também está a avançar (Conselho Económico e Social da ONU, 2008)” (PNUD, 2010:11).

A importância deste movimento já é reconhecida nas “agendas de política externa de muitos países, no planeamento estratégico de várias organizações e nas pesquisas de alguns estudiosos”. No entanto, há uma chamada de atenção de Paul Ladds, no supracitado relatório do PNUD, para que no futuro o movimento do sul não se desmobilize, pois pese embora histórica e tradicionalmente a identidade que uniu os países do sul foi a *solidariedade recíproca*, as diferenças entre o “Sul Global” têm aumentado nos últimos anos, resultando em divergências políticas, económicas e sociais (os BRIC, a Argentina, a Indonésia, México e a Turquia foram convidados a participar no G-20 por serem considerados países de importância

⁷ Grupo de países que compõem a “BRIC”: grupo de economias com desenvolvimento rápido (PNUD, 2010: 4);

⁸ Investigador no escritório do PNUD para as políticas de desenvolvimento.

estratégica para o desenvolvimento económico global). Ladd refere que é necessário “assegurar que a influência dos países mais desenvolvidos não seja corroída ainda mais nas reformas de governança do Banco Mundial e no FMI, nem completamente perdida em novos grupos plurilaterais como o G-20” (PNUD, 2010: 4–6).

A chamada de atenção alerta para que o movimento do sul continue a incrementar os programas de cooperação técnica como idealmente a mais eficaz, de índole solidária, pela transferência de know-how, pelos custos baixos das transacções, e por ser “mais inclusiva, à medida que novas potências do sul ganham destaque.

Para além das actuais económicas emergentes, adivinham-se que outras económicas como o Egipto, a Indonésia, a Malásia, Nigéria e Singapura também poderão desempenhar funções estratégicas e cruciais no cenário mundial (...)” (PNUD, 2010: 8-12). Actualmente, os doadores mais activos em cooperação sul-sul (agricultura, segurança alimentar, infraestruturas, meio ambiente, administração pública, combate ao HIV/AIDS, serviços sociais básicos, entre outras áreas) são o Brasil, a Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, México e Venezuela (PNUD, 2010: 18).

Quadro 1.1: Breve cronologia da consagração do movimento Sul – Sul

| | |
|-------------|---|
| 1955 | Conferência Ásia – África, realizado em Bandung, Indonésia; |
| 1961 | Movimento dos Não-Alinhados; |
| 1970 | Terceira Conferência de Cúpula dos Países Não Alinhados realizada em Lusaka; |
| 1973 | Quarta Conferência de Cúpula dos Países Não Alinhados, realizada em Argel; |
| 1974 | ONU reconhece a Nova Ordem Económica Internacional (NOEI); |
| 1978 | Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica em Países em Desenvolvimento - Criação de Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul (CTDP) (no âmbito do PNUD) ⁹ ; |
| 1987 | Comissão do Sul, formada por 28 países; |
| 2000 | Os países do movimento sul-sul integrados na ONU ratificam o documento sobre os objectivos para o desenvolvimento global até 2015; |
| 2002 | Conferência de Monterrey sobre o financiamento aos países em desenvolvimento e sustentabilidade do Sul; |
| 2003 | Maior: Comité de Alto-Nível do PNUD altera o nome CTDP para Unidade Especial |

⁹ Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP);

| | |
|-------------|---|
| | do PNUD para a cooperação Sul-Sul (SU / SSC); Junho: Declaração de Marrakesh: reconhecimento da cooperação Sul-Sul como complemento à cooperação Norte-Sul e concretização dos ODM's - Criação do G3 / IBAS (Índia, Brasil e África do Sul), durante a 58ª Assembleia Geral da ONU; Agosto: Formação do grupo G20 composto por 20 países em desenvolvimento, realizado em Cancun (África do Sul, Egito, Nigéria, Tanzânia, Zimbabué, China, Filipinas, Índia, Indonésia, Paquistão, Tailândia, Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Peru, Equador, Cuba, Guatemala, México, Paraguai, Uruguai e Venezuela); |
| 2004 | Acção Internacional de Combate à Fome e à Pobreza (ONU) liderada por Brasil, França e Chile; |
| 2005 | Declaração de Paris sobre a eficácia de Ajuda ao Desenvolvimento |
| 2009 | Reunião Plurianual de Especialistas de Cooperação Internacional Conferência das Nações Unidas sobre a Promoção da Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento (com foco no conceito Diplomacia em Saúde); 10; |

1.1. Abordagens epistemológicas subjacentes aos modelos de desenvolvimento e cooperação internacional

A descrição histórica atrás apresentada revela que a implementação do modelo de desenvolvimento ocidental enquanto uma lei universal inerente a todo o sistema de capitalismo polarizou o sistema mundial e revelou-se sobretudo desigual nos países do sul e periferia, cujas situações de pobreza multiplicam exponencialmente o número de pessoas que vivem com o mínimo dos mínimos, agravando as diferenças do ritmo de crescimento dos países, bem como as desproporções sociais e o aumento da dependência dos países do sul.

Gerou-se assim a *Era dos extremos* (nomeada por muitos autores) que intensificou as disparidades internacionais e multiplicou os problemas sociais e de saúde (Buss, et al., 2010:93).

O antropólogo Arturo Escobar refere na sua obra *La invención del tercer Mundo, construcción y desconstrucción del desarrollo* que a luta contra os extremos “exige uma profunda análise histórica, identificação dos erros crassos, para a criação de alternativas teórica - práticas de acordo com as diferentes conjecturas mundiais, e condições específicas de regiões e países (...). Os países em desenvolvimento estarão sempre em condições

10 Fonte: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br>:

diferentes dos países que moldaram o desenvolvimento contemporâneo do mundo (...). A emergente revolução contemporânea mundial exige a ponderação dos ritmos de transformação social, económica e cultural, a revisão das superestruturas, (...) dos princípios de desenvolvimento técnico – científico, (...), da cooperação política e económica, entre outras formas de cooperação (...)” (2007).

As críticas a este modelo de desenvolvimento global e aos processos de cooperação inerentes conduzem para análises sobre o paradigma da ciência e paradigma da modernidade, questionando e focando sobre quais os contributos para “construir formas de conhecimento mais comprometidos com a condição humana? É possível fazê-lo de modo não eurocêntrico e não disciplinar” (Santos et al., 2003:9).

O sociólogo Boaventura S. Santos na obra *Epistemologias do Sul* refere que a modernidade desenvolveu-se a partir de uma abordagem monocultural do mundo, gerando uma espécie de epistemicídio com a inferiorização de outros (sobre os desígnios coloniais e neo-coloniais) (Meneses, 2010:49).

O autor designa por ao *epistemicídio* a eliminação de formas de conhecimento locais que não se enquadrem nos domínios ocidentais e defende a irrecusável emergência de um novo paradigma da modernidade que incluiu a revalorização dos conhecimentos e práticas não hegemónicas.

Estudos actuais concluem que o modelo dominante de desenvolvimento, dirigido pelos países ricos do norte do globo, não respeita as heterogeneidades geográficas e culturais das nações, prática que desvirtua os resultados e a sustentabilidade de acções de cooperação para o desenvolvimento global.

Trata-se de um modelo que anualmente está dependente dos financiamentos e da “boa vontade” dos países mais ricos, os quais impõem as suas orientações políticas em função dos interesses dos mercados. O desenvolvimento da modernidade conduziu para a dominância por via da esfera económica e da esfera do conhecimento científico.

Outros autores nomeiam como principal problema social à escala mundial o projecto de desenvolvimento da modernidade, nomeadamente a acção dos Estados, e em as condições em que foram conduzidos os princípios emancipatórios – Igualdade, Liberdade e Cidadania.

Arturo Escobar questiona o projecto de desenvolvimento e de transformação como a multiplicação dos problemas sócio – económicos da Ásia, África e América Latina. Acrescenta que através de uma abordagem superficial sobre as dimensões biofísicas, económicas e culturais do Terceiro Mundo se verifica que o desenvolvimento está em crise, e

que a pobreza e a crescente deterioração social e ambiental são o resultado de cinquenta anos de receitas e de crescimento económico, ajustes estruturais, macro projectos sem avaliação de impacto e marginalização da maioria da população e dos processos de pensamento e decisão sobre a prática social (1996: 11 – 12).

Na crítica ao capitalismo e à racionalidade ocidental, o filósofo e sociólogo Jürgen Habermas ao formular a *sociologia da sociedade moderna* refutou a interpretação marxista ortodoxa quanto ao desenvolvimento do capitalismo, considerando-a inapropriada para a explicação do capitalismo avançado. Não só devido ao crescente significado do poder da ciência ao revolucionar as forças de produção (o que alterou a teoria do valor) como devido ao crescente aumento do Estado na regulação da economia. O que conduziu à deslocação das problemáticas da esfera económica do mercado para a esfera política do Estado. Este tomou sobre os seus ombros a co-responsabilidade de dirigir o desenvolvimento futuro da sociedade, o que minou o clássico liberalismo económico (Habermas, 1990: 27 – 38).

Para estes autores, o social emerge como resultado de um sistema político-económico, ele mesmo gerador de desigualdades económicas e culturais. A cultura nas sociedades ditas desenvolvidas encontra-se estruturada num modelo hierarquizado que corresponde a uma concepção etnocêntrica que divide os «homens cultos» do norte, dos outros: “bárbaros e ignorantes” do sul. Os «homens cultos», associados a sociedade capitalista ocidental impõem, arbitrariamente, determinados padrões de cultura ao abrigo do princípio da universalidade (homogeneidade) e do desenvolvimento global.

Compreender a perversidade e o fracasso do modelo de construção da era moderna é em si a forma de compreender a complexidade do real, fortemente vinculada a um modelo global do racionalismo.

O racionalismo atingiu o seu apogeu, aquando foi defendido por Hegel, nos finais do século XVIII, princípios do século XIX. Numa tentativa de superação do hedonismo (doutrina da lei do menor esforço, na qual o fim das ambições do homem é o prazer) e do utilitarismo (doutrina fundada no hedonismo cuja particularidades está numa moral onde o bom é o que é útil, “*maior felicidade para o maior numero*” (Rawls: 1971), Hegel introduziu os princípios de autoridade absoluta da razão estendendo-os a toda a realidade. Desenvolveu-se a partir das suas ideias, também elas já fundadas em Kant (contemporâneo do Iluminismo) no século anterior, um racionalismo universal onde “tudo o que é racional é real e tudo o que é real é racional” (Kant).

Para José Paulo Netto, doutorado em Serviço Social e conhecido como um marxista contemporâneo, refere que “o que está em jogo é a racionalidade do projecto da modernidade (...) A premissa é que há uma crise – de uma cultura e de civilização – vinculada ao fracasso das promessas da modernidade, entendida esta como um grande projecto histórico, social e cultural que, contido no Iluminismo, vinculava a racionalidade do controle sobre a natureza à emancipação e à libertação dos homens. (...) Essa promessa, efectivamente não se realizou. Ao crescente controlo da natureza e das forças produtivas não sucedeu uma crescente autonomia dos homens. Pelo contrário: os indivíduos, tomados enquanto tais, foram submetidos a uma progressiva heteronomia – formas de opressão, de sujeição, estabeleceram-se sólida e cristalizadamente, precisamente à base da razão (instrumental) que propicia a máxima produtividade na exploração da natureza” (Netto, 1992:11- 12).

O primado da razão produziu grandes avanços científicos e tecnológicos, mas simultaneamente produziu situações de desigualdade e de exclusão. “As sociedades modernas vivem a contradição entre os princípios de Emancipação: Igualdade e Integração Social, e os princípios de Regulação: desigualdade e exclusão social” (Santos, 1999:1).

Segundo Boaventura S. Santos, o processo de desenvolvimento e progresso deu-se pela à adopção de “duas ideologias de luta moderna capitalista contra a desigualdade e a exclusão. (...) o Universalismo Anti – diferencialista [(modelo de desenvolvimento global)], (...), e o Universalismo Diferencialista [(discriminação “positiva” dos países em vias de desenvolvimento ou zona de terceiro mundo)]” (Santos, 1999:6-8).

A primeira ideologia a luta trava-se pela negação das diferenças inferiorizando os indivíduos pelo excesso de semelhança, “(...) trata-se de uma ideologia que nega as especificidades culturais por via de uma gestão cultural homogeneizada” (idem,1999: 18); a segunda ideologia só é accionada quando falha a primeira, sendo que, por via desta o processo passa pela absolutização das diferenças, inferiorizando os indivíduos pelo excesso de diferença.

Boaventura S. Santos vai mais longe e aborda a questão através da metáfora do *pensamento abissal* para descrever o pensamento moderno enquanto sistema de distinções visíveis e invisíveis em dois universos ontologicamente diferentes: o Norte imperial (colonial e neo-colonial) e o Sul (colonizado, silenciado e oprimido) (Santos, 2009: 24).

Aurturo Escobar tem uma abordagem semelhante à de B. S. Santos na crítica à dominância ocidental (conhecimento e lógicas de cooperação para o desenvolvimento) que tornou as culturas locais invisíveis. A invisibilidade criada através da “normalização e modelação” para satisfazer as características cientificamente verificáveis de uma “sociedade desenvolvida”

(Escobar, 1999:62). De acordo com Escobar, o desenvolvimento homogeneizado levado a cabo pelo modelo de cooperação norte (doador) sul (receptor) tornou as culturas locais invisíveis, “a ideia da libertação da soberania Europeia (Diavara, 1990) anuncia que epistemológica e politicamente o terceiro mundo se construiu como objecto natural técnico que deve ser normalizado e moldado mediante a planificação para satisfazer as características cientificamente verificáveis de uma sociedade desenvolvida” (Escobar, 1999:62).

É indispensável a leitura dos contributos teóricos para a análise sobre os paradoxos do projecto da modernidade, naquilo a que considero de uma perspectiva pós-moderna de contorno à crise social da actualidade.

Boaventura S. Santos conceptualiza um paradigma, destacando duas ideias fundamentais: a primeira diz respeito à passagem “do conhecimento-regulação ao conhecimento-emancipação” (Santos, 2002: 74). Esta parte de duas estratégias epistemológicas: “A aceitação e revalorização do caos, é pois, uma das estratégias epistemológicas que tornam possível desequilibrar o conhecimento a favor da emancipação. A segunda estratégia consiste em valorizar a solidariedade como forma de saber” (idem: 76); a segunda refere-se ao estabelecimento da seguinte premissa: “(...) todo o conhecimento é autoconhecimento” (idem: 77). Esta premissa significa que não existe “(...) distinção entre as condições de conhecimento e objecto do conhecimento”. Assim, “no paradigma emergente, o carácter autobiográfico do conhecimento-emancipação é plenamente assumido: um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos une pessoalmente ao que estudamos” (Santos, 2002: 80). Este paradigma visa a constituição de um novo saber: um novo senso comum cruzadamente ético, político e estético. A cada uma destas características do novo saber corresponde uma racionalidade própria: a solidariedade, a participação e o prazer (cf. Santos, 2002: 100-110).

Outro exemplo, Habermas defende que o está em causa na crise do desenvolvimento é a dominância do cognitivo-instrumental. “Na «crise da modernidade», não se verifica uma falência da razão, nem ela se deve a uma saturação da racionalidade. Antes o que aí se regista é um *déficit* de racionalidade: a dominância cognitivo-instrumental não propiciou o desenvolvimento da razão comunicativa” (Habermas, 1990: 60). Aos recursos do “*lebenswelt*”, do mundo vivido do quotidiano, propostos por Habermas — a cultura, a sociedade e a personalidade, correspondem situações críticas de instabilidade, ou a revisão constante das tradições, para o que se exige reflexividade, ou a ponderação das dependências

(excessivas ou não) relativamente às ordens e procedimentos legítimos que fundamentam as normas, ou quanto à probabilidade de auto-monitoragem de um eu de identidade abstracta.

O questionamento sobre o desenvolvimento da modernidade está assim conotado com o desenvolvimento da auto-consciência, da autodeterminação e da auto-realização.

Reconhecendo-se ser necessário, para o florescimento das autonomias nacionais, a criação de condições instrumentais através de uma esfera pública forte. Assim, este autor propõe a racionalidade comunicativa exercida por via da democracia participativa. Habermas destaca a “(...) capacidade de unificar sem coação e de gerar consenso que possui uma fala argumentativa em que diversos participantes superam a subjectividade inicial dos seus respectivos pontos de vista e, graças a uma comunidade de convicções racionalmente motivada, asseguram-se ao mesmo tempo da unidade do mundo objectivo e da intersubjectividade do contexto em que desenvolvem suas vidas” (Habermas, 1990: 64). Ao exigir-se uma racionalidade comunicativa, faculta-se uma razoabilidade, constituirá como via para a superação da barbárie social, inscrevendo-se numa programática sociopolítica: a programática democrática.

A questão da participação é nuclear para alguns dos problemas fundamentais que têm mitigado a força e o alcance da teoria do desenvolvimento, “o desenvolvimento económico, tal como o conhecemos, pode na verdade ser nocivo a alguma nação, pois pode conduzir à eliminação das suas tradições e herança cultural” (Sen, 2003:46).

A história revelou assim que a expansão económica não representou um sinónimo de emancipação, independência e progresso social universal. Após décadas de história de cooperação (norte-sul) verifica-se que a ajuda para o desenvolvimento aumentou as assimetrias caracterizando-se pela efectiva ineficiência em prol dos interesses neo-liberais, perpetuando as diferenças entre os países ricos do norte e os países pobres do sul. A verdade é que o hemisfério sul congrega a maior contingência de países pobres e “as evidências compiladas por Benatar [“Global Health ethics (...)”,2003] sobre o agravamento da injustiça no mundo são incómodas: a diferença de renda entre os 20% mais pobres e a mesma proporção dos mais ricos do mundo partiu de um patamar de nove vezes no início do século passado, cresceu até trinta vezes ao longo de seis décadas e alcançou a cifra de um para oitenta no ano 2000” (Santana, 2010: 1).

As principais críticas da actualidade ao modelo dominante de relação norte-sul assumem relevância social e pertinência para estudo científico através de estatísticas de desenvolvimento humano, até porque a percentagem de países pobres do Sul corresponde a

cerca de 60% das nações alistadas na ONU. “Como apontam diversos relatórios internacionais (...) os determinantes sociais e económicos da saúde (WHO:2008) e o fenómeno da globalização injusta, com a pobreza e a iniquidade entre as nações e no interior das mesmas (...) estão na raiz da situação” (Buss e al,2010: 94).

A pertinência da abordagem epistemológica das questões apresentadas interessa para esta investigação para o enquadramento teórico dos factos históricos do processo de desenvolvimento. Trata-te portanto de um empreendimento teórico-prático que procura identificar o problema social do desenvolvimento correlacionando com as opções de cooperação internacional em busca de argumentos para a adopção de posições alternativas.

A reflexão questiona se ainda é possível adoptar alternativas para o modelo de desenvolvimento dominante? Será possível perfurar todo um sistema de relações internacionais e as dominâncias epistemologias com o reconhecimento de conhecimentos científicos que não estejam inseridos fora da esfera económica globalizada? Será possível conduzir o desenvolvimento sem doutrinas institucionalizadas, sejam elas políticas ou económicas, mas orientado pelos reais princípios de desenvolvimento humano: justiça e equidade social, democracia participativa, empreendedorismo comunitário sustentável e solidariedades recíprocas?

Em busca de resposta para estas questões propõe-se neste trabalho o entendimento histórico das relações internacionais em saúde (enquanto valorização do caos da modernidade) e a concepção de uma alternativa que mitigue os efeitos perversos do desenvolvimento em prol do alcance do bem estar dos povos em sofrimento e autonomização das nações subjugadas.

Capítulo 2: Enquadramento histórico da cooperação internacional em saúde: em foco cooperação sul-sul em saúde

A cooperação internacional em saúde remonta à Era do Iluminismo (1750-1830), marcada pela revolução industrial e intelectual em prol do progresso, vários países concertaram a reivindicação pelos direitos dos trabalhadores e melhorias do estado de saúde dos homens e do bem-estar humano.

Rosen explica na sua obra “História da Saúde Pública” que se distinguiu particularmente na Era do Iluminismo a gestão geográfica da saúde (aritmética política) de controlo populacional e do desenho do perfil de doenças muito específicas. A cooperação entre países para a prevenção de doenças como a varíola (1994:148) foi um dos grandes sucessos da época.

Posteriormente, na **Era Industrial** (1830-1875) caracterizada pela concertação internacional (E.U. e alguns países da Europa) de várias visões políticas e económicas (“mobilização da força do trabalho” (1994: 159) nas respostas às demandas das sociedades (Lei dos Pobres isabelina e o relatório da Comissão de Chadwick (1836)) por melhores condições sanitárias de higiene pública e organização urbanística, devido ao elevado crescimento e concentração populacional nas cidades. Foi uma época marcada por novos procedimentos de gestão pública (questionários e estatísticas de censos urbanos) e proliferação de periódicos informativos de educação para a saúde.

Rosen evidencia a revolução social e a cooperação entre países (1848) como um contributo para a higiene pública (1994:197) para o reconhecimento das condições ambientais (pobreza, fome, condições de habitabilidade) das classes laborais, indigentes, priorização das mulheres e das crianças e combate às grandes endemias como o caso da Cólera.

Mas foi no período designado por **Era bacteriológica** (1875-1959) que a cooperação em saúde assumiu contornos internacionais marcados pela teoria microbiana de grande contributo científico (“Koch em 1976 demonstrava o papel do bacilo” (1994:244) e “Pasteur (...) que permitiu decifrar os mistérios da fermentação e da geração espontânea (...) e da doença contagiosa” (1994:238)) na produção de vacinas e também pela cientificidade positivista anatomista.

As acções de cooperação distinguiram-se pela melhoria da esperança de vida à nascença e o declínio da morbidade e mortalidade (1994: 261), bem como a erradicação de algumas doenças em países europeus e nos E.U..

Embora a OMS represente a entidade internacional com maior visibilidade na área da saúde á data da sua criação “(...) já existia a Oficina Sanitária Pan-Americana, precursora da actual Organização Pan-Americana da Saúde. A existência dessa agência foi a um só tempo resultante e promotora da interacção entre os estados americanos [do sul] na área da saúde, proporcionado oportunidades de actuação conjunta multilateral e bilateral” (Santana, 2010:3).

2.2: Breve cronologia de alguns marcos da cooperação internacional em saúde:

| | |
|-------------|--|
| 1851 | Primeira Conferência Sanitária Internacional em Paris; |
| 1902 | Criação da Oficina Sanitária Pan-Americana - OPAS; |
| 1924 | Criação de <i>Código Sanitário</i> Organização Pan-Americana para o controlo das doenças transmissíveis; |
| 1948 | Criação da Organização Mundial de Saúde; Primeira Assembleia Mundial de Saúde e Formalização da incorporação da OPAS na OMS (após pagamento de quase 1.5 milhão de USD) |
| 1961 | <i>Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso</i> da América Latina |
| 1967 | Reunião de Chefes de Estado Americanos no Uruguai: reconhecimento da importância da saúde como dimensão para o desenvolvimento económico; A OPAS realizou a Conferência Internacional sobre Recursos Humanos para a Saúde e Educação Médica na Venezuela; |
| 1974 | As Nações Unidas integram a cooperação técnica entre países em desenvolvimento – CTPD nos objectivos estratégicos do PNUD e da OMS; |
| 1978 | Declaração de Alma Ata, com foco na Atenção Primária em Saúde; |
| 1987 | Comissão do Sul formada por 28 países; |
| 1993 | OMS inclui a estratégia DOTS (<i>Directly Observed Treatment, Short-course</i>) na <i>Emergência Global</i> para o combate mundial à Tuberculose e elege a estratégia DOTS11 como a forma mais eficaz e de melhor custo - benefício de controlo da doença em nível mundial; |
| 2000 | Declaração da Cúpula do Sul e o Plano de Acção de Havana; Definição dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM, 2000), com 3 dos 8 |

¹¹ Importa explicar que o Tratamento Directamente Observado foi uma estratégia lançada pela OPAS nos anos 70 e que teve excelentes resultados de sucesso no Chile (entre os anos 30 e os anos 50 a incidência de mortalidade 475 a 535 por 100,000 e a partir dos anos 60 a incidência de mortalidade foi de 53,2 por 100,000 (Castro et. al., 2004:68). Nas décadas seguintes esta estratégia foi adoptada por vários países do Sul.

| | |
|-------------|--|
| | objectivos voltados para problemas de saúde (Millenium Development Goals Report, 2009); Criação da Comissão Macroeconomia em Saúde – OMS; |
| 2001 | Relatório Comissão de Macroeconomia em Saúde (OMS): defende como prioridade a melhoria da saúde para o desenvolvimento económico, através de maior investimento das parcerias bilaterais e multilaterais entre organizações governamentais e entidades privadas; |
| 2004 | Criação da Unasul Saúde: 12 países da América do sul; |
| 2005 | Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (2005-2008); |
| 2007 | Declaração de Oslo: Parceria Internacional para a Saúde (15 países Africanos e 2 da Asiáticos) - Iniciativa Política Externa e Saúde Global emitida pelos Ministros da Relações exteriores de África do Sul, Brasil, França, Indonésia, Noruega, Tailândia, Senegal; |
| 2008 | PECS - Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade Países Língua Portuguesa; Celebração mundial dos 30 anos de realização da Conferência de Alma – Ata; Conferência Mundial sobre Investigação para a Saúde em Bamako, no Mali; |
| 2009 | Conferência das Nações Unidas sobre a Promoção da Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento Reunião do Conselho Económico das Nações Unidas sobre Saúde Global; |
| 2010 | Consórcio Diplomacia e Saúde Global; Fórum Académico Índia-Brasil-África do Sul (IBAS): debate sobre o acordo mundial de patentes – TRIPS, abordando estratégias para a diminuição do preço de medicamentos e transferência de conhecimentos entre países ¹² |

O movimento do Sul foi assim precursor em acções de cooperação em saúde para o desenvolvimento e pioneiro na introdução do princípio de diplomacia em saúde.

¹² Fontes da sistematização cronológica:

- i.** Almeida et al., 2010:28;
- ii.** Buss, et al., 2010:106-118 ;
- iii.** www.bioeticaediplomacia.org
- iv.** <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/opas.pdf>;
- v.** http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=296&Itemid=422“UNDP and South-south Cooperation since 1996” ;
- vi.** <http://www.who.int/macrohealth/events/en/InvestirSaudeEcon-Abril.pdf>;
- vii.** <http://new.paho.org/>;
- viii.** <http://www.ipc-undp.org/pressroom/pdf/IPCPressroom273.pdf>;

No entanto, e porque as características e condições dos países do sul (referidas no capítulo anterior) historicamente foram subjugadas e vulnerabilizadas ao mercantilismo e neo-liberalismo do norte, a ciência produzida e as intervenções em saúde foram considerados como “modelos alternativos”, não tendo por isso uma visibilidade ampliada à escala mundial, como o movimento do norte representado por várias agências internacionais de intervenção para a saúde com destaque na OMS¹³.

O princípio de diplomacia em saúde age como efeito facilitador entre países com “(...) diferenças substanciais no campo político e ideológico. (...) [Dois] exemplos clássicos da iniciativa da diplomacia médica, (...). No primeiro caso, inicia-se a diplomacia médica entre os EUA e o México, os quais possuíam afinidades diplomáticas. Verifica-se essa relação através da intervenção da Fundação Rockefeller durante a campanha contra a febre amarela nos anos 20. (...) (...) [outro] momento de cooperação diplomática em saúde dá-se em Cuba. Esse país acumulou capital simbólico para promover os cuidados de saúde junto a sua população (Villa. et al., 2001: 103 – 104).

Entre os anos 20 e os anos 40, a cooperação em saúde latino americana foi liderada pela Organização de Saúde da Liga das Nações que “apoiou iniciativas científicas lideradas por especialistas para o avanço da ciência médica e o desenvolvimento de condições de vida e saúde assegurando, desse modo, a coesão social e promovendo a saúde em sentido amplo. (...) Assumiu um papel técnico, e em parte dedicado a análises de doenças e carência social (...)” (Weindling, 2006: 319).

A partir da década de 40 as crescentes desigualdades associadas ao neo-liberalismo e ao modelo de desenvolvimento económico de Adam Smith (Rosen, 1994:269) deram origem à acumulação de riqueza e distribuição e degradação da pobreza. Surgiu deste modo um imperativo de transformação social por via da implementação da acção social, aliada aos interesses económicos, políticos (eugenia nazista) e também militares (coincidentes com os tempos das guerras mundiais), culminando com a implementação dos Welfare State.

A implementação dos Welfare State implicou a preconização dos direitos humanos, através Declaração Universal dos Direitos do Homem, adoptada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, e que reconheceu a Saúde como um direito de todos os cidadãos do mundo.

Em prol destas novas preocupações com a saúde pública, em 1948 foi criada a Organização Mundial de Saúde com a finalidade de coordenar e monitorar programas e financiamentos

¹³ A referir que actualmente a OMS tem 194 Estados membros do norte e do sul do mundo.

para cuidados médicos, medidas perinatais e de saúde reprodutiva, nutrição, saúde ocupacional e educação, etc.

Em 1978 assinalou-se a Declaração de Alma Ata cujo objectivo foi definir estratégias nacionais de saúde através da criação de sistemas de saúde primários (PHC) como uma política internacional em prol de “Saúde para todos até 2000” (Castro et al., 2004:63).

A Declaração de Alma Ata marcou uma aposta forte numa nova lógica de cooperação internacional em saúde, nomeadamente o domínio da actuação de agentes privados (organizações não governamentais), parcerias público-privadas e agências intergovernamentais (Beyer et al, 2000) que co-orientaram as reformas no sector para “intervenções tecnológicas e de produtos (...) enquanto enfraquecia consideravelmente o apoio ao fortalecimento dos sistemas dos serviços de saúde” (Almeida et al., 2010:28).

Já no final do século XX (conforme referido no capítulo anterior) com os processos de reembolso das dívidas externas, a crise económica instalou-se e agudizou as desigualdades entre países não apenas no que respeita ao acesso a bens e serviços mas essencialmente desigualdade no poder de decisão por submissão aos condicionalismos económicos: *“Throughout the 1990s, as health indicators were deteriorating across Africa, economies remained anemic, and political opposition was brewing in Latin America (Kim et al. 2000). Under increasing criticism in 1996, the IFIs created the Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) initiative that included 41 countries deemed to have unrepayable debt levels (Gershman & Irwin 2000). They could receive additional debt restructuring support if they agreed to IFI conditionalities (Pfeiffer et al., 2010: 152).*

O Sul endividado e a padecer com o alastramento epidemias devastadoras (HIV, Tuberculose e Malária) sujeitou-se às novas medidas internacionais de gestão da saúde para a diminuir os custos do sector, os quais foram “submetidos às exigências dos ajustes macroeconómicos (SAP: *Structural adjustment program*¹⁴), incorporando os mesmos princípios neoliberais de “menos Estado” (...). O acesso aos serviços de saúde deixou de ser considerado um bem público e as privatizações pioraram a situação, com o aumento do gasto privado, mesmo entre as populações mais carentes” (Almeida et al., 2010:28).

Gerou-se deste modo “uma estratégia global (...) de uma política da saúde (...) e das doenças como um problema político e económico [da responsabilidade das instituições (incluindo

¹⁴ “Structural adjustment program (or SAPs) are the tool used by international financial institutions (IFIs) such as the International Found (IMF) and the World Bank at country level to promote the market fundamentalism that constitutes the core of neoliberalism. (...) SAPs refer to the country-specific agreements negotiated by the IFIs with local ministries of finance that have produced a cascade of profound political, economic, and social changes in the Third World” (Pfeiffer et al., 2010:150).

“clientelas privadas) capazes de] resolver através de decisões globais” (Foucault, 1979: 89-90).

Bom exemplo disso é que à data da definição dos SAPs já se previa efeitos colaterais negativos, pese embora não tenham sido devidamente esclarecidos inicialmente, a verdade é que grande parte dos países que aderiram ao funcionalismo dos SAPs só o fez para estar ao alcance do financiamento do Banco Mundial: *The designers of SAPs readily admitted from onset that there would be some initial negative impact ("belt-tightening") as the result of adjustment, but few spoke openly that this negative impact could last for decades. By 1995, non of the 88 countries that adopted adjustment as the condition for their ability to obtain loans was the WB's projected schedule (Abbasi, 1999). Two of the most pervasive trends within the context of structural adjustment health-sector reform have been toward the privatization of health services and the institution of fee-for-service policies in public sectors*” (Castro et. Al., 2004: 64-65).

A partir no novo milénio e com as evidências do agravamento da pobreza e do acesso desigual à saúde foram tomadas várias iniciativas internacionais que começaram a sinalizar uma nova atitude global de luta contra o estado crítico da saúde das populações.

Em 2000 a OMS criou a *Comissão de Macroeconomia em Saúde*¹⁵ colocando a saúde no centro do programa mundial de desenvolvimento. O objectivo da Comissão foi mobilizar mais recursos para alargar intervenções de saúde pública através de parcerias entre os países ricos e pobres, entre organizações de cooperação bilateral e multilateral e outros agentes interessados. A imperatividade do investimento na saúde passa pela multiplicação de intervenções específicas de combate às doenças mais mortais, pelo reforço dos sistemas de prestação de cuidados de saúde às populações, especialmente às mais pobres. O relatório criado pelo Comissão enfatiza ainda que cerca de 50% deste aumento será proveniente da assistência internacional ao desenvolvimento e os outros 50% serão fornecidos pelos países africanos. Com base no relatório criado pela Comissão começaram a surgir novos mecanismos de apoio para o desenvolvimento da saúde: Fundo Mundial para o Combate à Sida, à Tuberculose e ao Paludismo (GFATM); a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI); o Documento Estratégico para Redução da Pobreza (PRSP), entre outros.¹⁶

O relatório sublima de forma inovadora que devido à grande variedade de infra-estruturas e condições nos diferentes países africanos, os preâmbulos da Comissão enumera apenas um

¹⁵ Constituída por 18 membros;

¹⁶ Relatório da Comissão de Macroeconomia em Saúde, 2001, [última consulta 06/09/2012] disponível em: <http://www.who.int/macrohealth/events/en/InvestirSaudeEcon-Abril.pdfM;>

conjunto de recomendações e não um quadro rígido para a sua implementação, e convida os países a elaborar as suas próprias e mais apropriadas estratégias de saúde, no âmbito da Macroeconomia e Saúde”.¹⁷

Este relatório foi realmente inovador por apelar à pro-actividade dos países africanos e na reorientação das intervenções de acordo com as especificidades locais. Não obstante a forma como orientou a cooperação através da injeção de financiamentos a programas de saúde condenou o princípio de empowerment estatal. Nos anos seguintes, grande parte da liquidez financeira dos Estados foi direccionada para pagar as dívidas dos apoios, reflectindo assim que as medidas implementadas anteriormente caducavam a par e passo a melhoria da capacidade de actuação multisectorial dos Estados (água, saneamento, educação) pois as riquezas ganhas sempre foram e sempre serão inferiores aos custos dos apoios e respectivos juros.

Joan Paluzzi explica bem esta questão em *“Primary Health care since Alma Ata: Lost in Bretton Woods?”* quando refere que *“understanding the ways in which critical health care policy continues to be driven by financial institutions with larger, market-based, reform agendas (rather than by physicians, public health personnel, nursus, and other health care experts) permits a clearer understanding of the ways in which dominant global health policy can often become more of an obstacle than a facilitator of good health”* (Castro et al., 2004:64).

Considerando ainda que o relatório apresenta uma perspectiva macroeconómica, falha na ausência de inclusão da cooperação técnica como uma medida de cooperação sustentável para os países mais pobres (ironizando, talvez por tal não ser rentável para os países com poder de financiamento... seria apenas cooperação por solidariedade e sem retorno económico...).

Por outro lado, o movimento do Sul em cooperação em saúde (em foco América latina) foi evoluindo com acções estratégicas (alternativas) com planos de acção em matéria de cooperação para a sul. Um dos exemplos da prioridade deste modelo de cooperação em saúde foi traçado em 2004 através da consolidação da UNASUL – Saúde, cuja agenda inclui:

“1) Elaborar a Política Sul-americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde, antes ‘escudo epidemiológico sul-americano’;

2) Desenvolver sistemas universais de saúde;

¹⁷ Relatório da Comissão de Macroeconomia em Saúde, 2001, [última consulta 06/09/2012] disponível em: <http://www.who.int/macrohealth/events/en/InvestirSaudeEcon-Abril.pdf>

3) Promover o acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e desenvolver o complexo produtivo da saúde na América do Sul;

4) Promover a saúde e enfrentar de forma conjunta seus determinantes sociais;

5) Desenvolver recursos humanos em saúde.

A Política Sul-americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde visa estabelecer um registo regional de indicadores de morbi-mortalidade padronizados; promover o trabalho e actuação conjunta na vigilância e controle de enfermidades em áreas de fronteira; criar, fortalecer, consolidar e articular redes sul-americanas de vigilância e controle epidemiológico; e identificar as doenças que devem ser focadas de maneira prioritária. A cooperação entre os países buscará fortalecer os serviços públicos nacionais de vigilância epidemiológica, dotando-os de ferramentas e instrumentos técnico-científicos e gerenciais adequados e mobilizando os recursos nacionais e subcontinentais de diversas fontes e naturezas para tanto. Segundo o GT Vigilância (UNASUL Saúde, 2010), reunido em Assunção, Paraguai em Julho de 2009 e em Fevereiro de 2010, a política sul-americana de vigilância epidemiológica, elaborada e implementada considerando o Regulamento Sanitário Internacional, se debruçará sobre as situações dependentes de acções nacionais e regionais, como as doenças transmissíveis, as doenças crónicas não-transmissíveis (neoplasias e problemas cardiovasculares, entre outras), as que acometem mulheres e crianças, as decorrentes de violência e outras causas externas etc. Outro componente importante nesta agenda é o fortalecimento de um Programa Sul-americano de Imunizações, de forma a alcançar cobertura universal da população com vacinas adequadamente indicadas pelo perfil epidemiológico vigente” (Buss et. al, 2010: 114-115).

Em 2007 os Ministros dos Negócios Estrangeiros do Brasil, França, Indonésia, Senegal, África do Sul e Tailândia promoveram a “*Iniciativa da Saúde Global e Política Externa*” e reconheceram a pertinência e prioridade do movimento sul-sul na cooperação para a saúde: “a saúde é uma das mais importantes questões de longo prazo na política externa do nosso tempo, (...), declarou a necessidade urgente de ampliar os horizontes da política externa e criar novos paradigmas de cooperação, destacando as conexões entre política externa e saúde (Oslo Ministerial Declaration, 2007)” (Almeida et al, 2010:26).

Outro exemplo, em 2008 foi traçada uma agenda semelhante para a cooperação técnica no âmbito da CPLP18, com a elaboração do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde – PECS, financiado pelos governos de oito países19, entre outras fontes de financiamento, e cujos objectivos são a implementação de acções no âmbito dos ODM em sete áreas prioritárias (desenvolvimento da força do trabalho, vigilância epidemiológica, preparação para

18 Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa

19 Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-bissau, Moçambique, Portugal e S. Tomé e Príncipe e Timor;

emergências e desastres, informação e comunicação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e produção de medicamentos e vacinas e promoção e protecção da saúde) identificadas em função das necessidades de cada país. Estas acções são coordenadas pela Secretaria Executiva da CPLP, com o apoio técnico formal da Fiocruz (do Brasil) e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (de Portugal) (Almeida et al., 2010: 29-34).

2.1. Críticas ao modelo de saúde global

Nas últimas décadas são diversos os estudos sobre o modelo de saúde global, sobre as lógicas de actuação, as prioridades e os paradigmas da cooperação internacional.

No século XX “os enfoques de cooperação internacional na área da saúde têm acompanhado as tendências da reflexão sobre o desenvolvimento” (Almeida et al., 2010: 27). Apesar da visibilidade e dos grandes contributos da ciência moderna ocidental, o registo histórico conta que ciência médica aliada ao mercantilismo e ao forte crescimento populacional dos países criou a demanda de *produção de ciência e praxis* biomédica.

A análise histórica permite verificar que o modelo de desenvolvimento aliado ao mercantilismo direccionou o sector da saúde como um recurso para o *controlo social* (Foucault, 1990) promovendo as relações de *hegemonia / subalternidade* (Gramsci, 1975) entre os povos (o controlo por via da esfera económica: altos financiamentos e pré-condições exigidas pelo efeito).

Michel Foucault refere que a preocupação do Estado através da providência da saúde tornou o *biológico* como um instrumento de poder ao serviço da política (1979:95). A partir de 1942 os Estados iniciaram a providência das necessidades da população a qual foi integrada no sistema colectivo de regulação social com a adopção do Plano Beveridge.

Este autor sustenta a crítica através de uma analítica de conceitos de biopoder, biopolítica, governamentalidade e segurança como a base do modelo de desenvolvimento da saúde. Explica ainda que o modelo se desenvolveu a partir de quatro processos:

- i. O aparecimento da autoridade médico-política (instauração da medicina de estado e da polícia médica) (Foucault, 1990:106);
- ii. A moral do corpo: transferência da moral do corpo para uma nova abordagem conceptual do indivíduo enquanto sujeito de direitos. Neste ponto, importa esclarecer que o interesse do Estado em assumir a responsabilidade da saúde está intimamente

relacionado com garantia do Estado da força do trabalho da sociedade (Foucault 1990:125);

- iii. A macroeconomia da saúde na providência estatal (Foucault, 1990: 95). A economia mercantil (como referida no *capítulo 1*) surge como o modo de governar e regular correntes monetárias internacionais de fluxos de mercadorias. A evolução deste modelo de desenvolvimento social transformou a “saúde em objecto de consumo, promovido e fabricado por laboratórios farmacêuticos, médicos (...)” (Foucault, 1990: 114);
- iv. O processo de somatocracia para designar a revolução social da medicina e a crise da medicina associada ao conceito de progresso social e tecnologia moderna, reflectida a partir da descoberta dos antibióticos e posteriormente nos contextos institucionais do saber médico: hospitais (Foucault, 1990:97).

A tecnologia revolucionou também os contextos institucionais da medicina, os processos de intervenção cirúrgica, o exercício privado da medicina e a relação estabelecida entre médico e cliente. A revolução da medicina e revolução hospitalar ocorreu em paralelo com a questão da urbanização e sociabilização da medicina, como resposta às necessidades geográficas de “cura das doenças” (Foucault, 1990:168) e o exercício da medicina na relação de cliente/médico e o contexto institucional hospitalar como o reflexo da crise da medicina fruto do processo de medicalização (Foucault, 1990:98).

A saúde assumiu internacionalmente domínios políticos tornados soberanos pela cientificidade (positivista), cuja simbologia associada excluí suspeitas (autónoma e independente) sobre questões políticas (neo-liberais) de opressão e controlo das classes subalternas (países pobres) e sobre os interesses económicos. Gramsci chega mesmo a referir que a ciência médica (desde sempre) que tem sido dominada por quem abunda de capital (Gramsci, 1974:49).

Ivan Illich à semelhança de Foucault efectuou uma crítica (forte) ao modelo de saúde global enquanto controlo da sociedade. A sua crítica é alimentada pelos contornos do desenvolvimento da sociedade industrial *Imperialista*, tecnológica e burocrática e foca a subalternização dos povos que são condicionados ao seu exercício cívico ao abrigo do progresso social (1976:4-6).

Illich propõe com a sua análise avaliar o impacto do desenvolvimento do modelo de saúde global na assistência de saúde. A fundamentação da sua crítica ao modelo de saúde global é realizada com a introdução do conceito de *iatrogenia social*.

Por *iatrogenia social* Illich considera que é a transmissão política da doença iatrogénica²⁰ na organização social do ambiente sociopolítico e socioeconómico, por via do poder médico cujo monopólio profissional da cientificidade gera a *medicalização da vida / medicalização estrutural* (1979:29) dos povos e das nações, subalternizando (inclusive moralmente) as subdesenvolvidas face à supremacia das nações desenvolvidas em torno do modelo de saúde global.

A coerção moral passa pelo não reconhecimento que cada cultura tem as suas próprias doenças, interpretadas e curadas ao abrigo das suas moralidades (1979:31). O autor defende ainda uma vertente hipocrática ambiental para manter a estabilidade da população (1976:10) e critica a destruição da análise dos factores culturais e ambientais imprescindíveis para o bem-estar dos indivíduos.

Illich faz também referência aos custos insustentáveis do modelo de saúde global, e como o mercantilismo da saúde financia a própria insustentabilidade num paradoxo de envenenamento de culturas e de controlo do corpo para o alargamento do mercado industrial. O autor considera que o *imperialismo diagnóstico* é uma forma de catalogar (doenças agudas ou benignas) as populações e as suas capacidades (excluindo as mais pobres), interferindo com a liberdade individual e gerando um *estigma preventivo* pela decisão médica dos casos tratáveis do não tratáveis em função do acesso ao mercado biomédico e capacidade do seu consumo (1976:39-55).

O autor Vicente Navarro (cientista político e economista) apresenta uma crítica com uma abordagem marxista que inclui a medicina no processo de regulação de forças (ciência, política, economia, cultura, etc.) dentro do processo de produção capitalista.

A abordagem deste autor esmiúça uma análise às controvérsias do processo de incorporação do modelo de saúde global na América Latina e explica “como as forças políticas e económicas determinam a natureza do capitalismo e do imperialismo que produzem o subdesenvolvimento da saúde e dos recursos” (Navarro, 1979: 16),

²⁰ Entende-se por doença iatrogénica as alterações patológicas causadas por efeitos secundários. Illich refere que “a cura da doença iatrogénica que abarca a toda a sociedade é uma questão política, não profissional. Deve basear-se num consenso popular acerca do equilíbrio entre a liberdade civil de curar e o direito civil a uma assistência equitativa da saúde” (1976: 6).

Faz foco no Chile, e aquilo que denomina de “doença do subdesenvolvimento” (Navarro, 1976:67), cujas patologias associa a alguns organismos internacionais como o Banco Mundial e a OMS que ditam as orientações (neo-liberais) e promovem a má distribuição de recursos da saúde.

Sobre a dimensão de cooperação internacional Navarro explica a dualidade económica (norte/sul; urbano/rural) como o resultado da má distribuição económica dos recursos resultado das diferenças culturais e tecnológicas e escassez de recursos gerada pelas relações de dependência. E acusa o modelo médico de dominância imperialista (no norte do mundo) sobre os demais (sul e subdesenvolvidos), perpetuando dependências com a criação de novas necessidades (tecnológicas, industriais e económicas), em versões camufladas de hegemonia ao abrigo da evolução da ciência (1976:15).

Na perspectiva mundial, Navarro explica como a regulação de forças cria desigualdades e má distribuição dos recursos, contribuindo para a manutenção dos países desenvolvidos e dos países subdesenvolvidos²¹.

Este autor aborda também o modelo de saúde global como a resposta para o subdesenvolvimento, e neste ponto efectua várias pontes de abordagem com Illich, nomeadamente a relação da industrialização e tecnogilização com o domínio do funcionalismo da ciência, tornando a medicina como um factor de opressão da esfera individual e colectiva.

A eleição de Navarro como referência neste trabalho deve-se ao facto do autor concluir a sua obra *La medicina bajo el capitalismo*²² com três análises sobre o poder político com a finalidade de encontrar uma alternativa ao modelo dominante.

Tendo em conta que as referências supracitadas fazem parte da “velha guarda” de autores que encetaram as grandes críticas ao modelo hegemónico de desenvolvimento e consequente politização da saúde, concluo que a perversidade dos executantes do modelo (cooperação norte-sul) foi ainda maior por não considerar as perspectivas como contributos e orientações para redireccionar a verdadeira emancipação e autonomia das nações: liberdade e usufruto

²¹ Navarro aborda também a má distribuição dos recursos e as desigualdades entre as classes trabalhadoras nos Estados Unidos, cujo pressuposto de classe médica tem acesso à “ciência evoluída da saúde” restando à classe baixa a caridade empobrecida do estado;

²² Trata-se de uma obra explicitamente marxista (determinismo económico, estrutural e estatismo corporativo);

pleno dos trinta direitos humanos emitidos como uma declaração universal em 1948, com distinção (e no que respeita ao tema deste trabalho) ao usufruto do artigo 25º - direito à saúde e ao bem-estar).

Nos últimos anos vários investigadores que trabalham no terreno em acções de cooperação para a saúde como R. Pool e W. Geissler identificaram que a maioria das intervenções de cooperação em saúde tem historiorizado práticas de desrespeito às heterogeneidades ambientais (sociais, geográficas, culturais, etc.) que desvirtuam os resultados e a sustentabilidade das acções e ainda que a avaliação dos resultados cinge-se às estatísticas demográficas (indicadores de estados de saúde), camuflando as verdadeiras condições em que se vive.

Os autores referem que para desenvolver intervenções adequadas que viabilizem resultados concretos de melhoria de qualidade de vida e de desenvolvimento humano é necessário compreender os estados actuais a partir da compreensão da evolução sócio-histórica e cultural do contexto onde se pretende intervir. Trata-se de um imperativo científico antropológico que deve ser realizado livre de concepções padronizadas de interpretação e de entendimento dos indivíduos, para não incorrer no risco de estudos etnocêntricos, que discriminam e estupidificam “lógicas de vida” de culturas heterogêneas, com particularidades étnicas distintas das culturas das sociedades modernas ocidentais (Pool, R. and Geissler, W.:2010: 10-11).

Um bom exemplo de uma concepção padronizada do desenvolvimento é o IDH, os índices de desenvolvimento humano estabelecidos para melhorar a avaliação e parametrização global, e que impedem uma real avaliação sobre os modos de vida dos diferentes territórios e segundo vários autores são avaliações focalizadas no custo – efectividade: “O IDH não consegue incorporar a essência do conceito central que tenta medir. (...) o *desenvolvimento* é um processo mais amplo que o mero aumento da promoção, melhoria de produção e de índices. Envolve a direcção, o sentido e sobretudo o conteúdo do crescimento. Actualmente, essa dimensão anímica do processo económico faz a diferença entre o crescimento e o desenvolvimento. Um país pode crescer ou deixar de crescer. Mas uma nação desenvolvida nunca pode deixar de sê-lo, porque o desenvolvimento se incorpora às estruturas, às instituições e às mentalidades. E não se desencarna. Da mesma forma, o campo semântico da qualidade de vida na tradição ocidental, além da ideia de desenvolvimento, transita pela crença na democracia. Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de

qualidade de vida, do grau de bem-estar da sociedade e da equidade ao acesso aos bens materiais e culturais” (Green, 2005).

Green acrescenta uma crítica ética - filosófica ao modelo de avaliação do IDH, considerando-o como etnocêntrico, baseado em padrões ocidentais referência a serem atingidos por todos os países do mundo (Green, 2005).

No que respeita à área médica, Green refere que foram desenvolvidos (anos 70) instrumentos de avaliação de qualidade de vida, mas cuja metodologia de avaliação se restringe ao custo - utilidade das medidas implementadas como o exemplo do Quality-Adjusted Life Year (QALY)²³.

O QALY é um instrumento de avaliação global aplicado em saúde, de cunho utilitarista, cujo objectivo é avaliar o custo - utilidade de cada intervenção específica em cada indivíduo. O QALY foi usado para determinar quais os países que receberão fundos para determinados tratamentos. Este instrumento foi apontado como insuficiente pois não inclui a avaliação das condições demográficas em que ocorrem as doenças e também os parâmetros de avaliação valorizavam o custo - efectividade das intervenções.

Após a validação da insuficiência de avaliação, o QALY foi substituído por Disability-Adjusted Life-Years - DALY²⁴.

O autor Dasbach (1996) explica que o instrumento DALY foi utilizado no Relatório Anual do Banco Mundial de 1993 para comparar a carga de doenças nas diversas regiões do mundo e o custo-efectividade de uma variedade de intervenções e com o objectivo de redireccionar os recursos das intervenções ditas de maior custo, de modo a garantir um pacote mínimo que reduza a carga das doenças, sem aumentar os recursos da saúde.

²³ Método de aplicação do índice: “Um ano de boa saúde (ano saudável) de um determinado indivíduo corresponde (vale) a um QALY. Neste sentido, um ano de vida com um nível de saúde baixo, por exemplo x , em que $x < 1$, vale x QALYs. Ajustando o valor de um ano de vida futura a um valor corrente a uma taxa r , é possível calcular o valor corrente dos QALYs esperados por um indivíduo, considerando o seu «perfil de saúde» e a sua vida futura”, disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-05-2003.pdf>;

²⁴ Método de aplicação do índice: “combina o tempo de vida com doença e o tempo de vida perdida devido a mortalidade prematura. O tempo perdido devido a morte prematura é estimado com base numa esperança de vida *standard* para cada idade. Os anos vividos com doença são traduzidos para um tempo de perda equivalente, através da utilização de um grupo de pesos que reflectem a redução da capacidade funcional, em que pesos maiores correspondem a elevadas reduções. Em ambos os casos, o tempo passado no estado de saúde é ajustado utilizando um conjunto de «valores de escolhas» que pesam o tempo vivido em diferentes idades e em diferentes períodos de tempo de maneira diferente”, disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-05-2003.pdf>;

Várias são as referências sobre as insuficiências deste instrumento nomeadamente ao nível da metodologia de avaliação, pois “falta-lhe o rigor de outras medidas de *preferência*, uma vez que esse indicador utiliza apenas as preferências de um grupo de especialistas” (Matos, 1999). As críticas às medidas de avaliação são unânimes no que respeita ao desencontro de parâmetros de referência sobre os modos e a qualidade de vida nos diferentes contextos, no entanto os instrumentos servem de medidas e de padrões para avaliações globais.

Apesar dos debates sobre as controvérsias e insuficiências nos modelos de avaliação estão em uso em quase todos os sistemas de saúde no mundo e os seus resultados orientam as principais medidas para a aplicação dos ajustes estruturais.

Conforme refere J. Paluzzi a razão pela qual continuam em uso deve-se ao facto de “*vertical programs are attractive to donors; they are clearly delimited, well defined, and the results are amenable to quantification. Most vertical programs can predict with accuracy the cost per patient (or “unit” cost) of treatment, which in turn facilitates budgetary planning, funding, and accountability*” (Castro et. al., 2004: 66).

Sobre a monopolização da ciência e negligência com os contextos locais, Paul Farmer (2002) refere que a falta de acesso à saúde deve-se essencialmente ao condicionalismo económico – a qual nomeia como fruto das desigualdades estruturais e diferenças culturais. Em “*Infections and Inequalities – the modern plagues*” Farmer refere que “a hipocrisia do desenvolvimento não é só moralmente frágil mas também analiticamente superficial (...) só fundos excedentes é que estão disponíveis para projectos sustentáveis. A lógica evidenciada é que aqueles que trabalham para os pobres é que têm o poder de decidir e escolher entre intervenção preventiva ou alta-tecnologia, normalmente esta última raramente é escolhida (...) (Farmer, 2002:22).

As considerações sobre as camufladas intervenções em saúde, nos estudos de caso no Haiti e no Peru, apresentadas por Farmer são semelhantes a numerosas críticas de outros autores sobre o modelo dominante de cooperação para a saúde, indicando que as opções de ajuda externa são manifestamente a-políticas, pois apenas concentram a ajuda em intervenções de custo baixo, enquanto para salvar vidas efectivamente é necessário tecnologia *higt tech*, capaz de dar sustentabilidade à intervenção em saúde (Farmer, 2002:24).

Elejo Farmer pois considero que a sua análise sobre as desigualdades (fruto das conjecturas económico - política) no acesso à saúde formaliza preocupações éticas de cunho intervencionista sobre a eficácia e a eficiência da quantidade e da qualidade as intervenções em saúde.

Trata-se de uma crítica actual que recai sobre o modelo de cooperação em saúde, e que à semelhança de outras identifica o fracasso das intervenções pelo facto da ajuda externa ser traçada em função da conveniência dos países que prestam a ajuda em detrimento das necessidades efectivas das populações que necessitam de ser ajudados: “A alocação bilateral ou multilateral de recursos de cooperação internacional para países e regiões em todo o mundo sempre ocorreu a partir de complexos processos políticos e económicos, permeados por considerações estratégicas, de ordem nacional e internacional.” (Almeida et al., 2010:27). As críticas sobre os princípios de actuação indicam a ineficiência do modelo de desenvolvimento global em saúde: “(...) o sistema de agências da ONU [inclusive a OMS] vê o seu orçamento regular (...) estagnar, crescendo apenas os recursos financeiros com finalidade específica, apontada directamente pelos doadores. No caso da OMS, cerca de 60% do orçamento provém agora de tais contribuições voluntárias (...). Temendo ver as contribuições ainda mais reduzidas, o Secretariado [da OMS] faz todo o esforço para que se evitem conflitos com doadores poderosos ou que os seus interesses sejam contrariados. (...) Trata-se de uma deformação do processo de cooperação multilateral (...)” (Buss et al., 2010:95).

“Understanding the ways in which critical health care policy continues to be driven by financial institutions with larger, market-based, reform agendas (rather than by physicians, public health personnel, nurses, and other health care experts) permits a clearer understanding of the ways in which dominant global health policy can often become more of an obstacle than a facilitator” (Castro et. Al., 2004: 64).

2.2. Contributos da cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento da política internacional em saúde

A cooperação Sul-Sul em saúde foi crescendo e ganhando força nas vertentes de cooperação horizontal – bilateral e despertou o interesse das corporações internacionais em integrar este modelo numa política globalizada de cooperação técnica para o desenvolvimento. Interesse que culminou mais recentemente (2010) com a globalização do conceito de diplomacia em saúde.

O princípio de diplomacia em saúde tem um efeito facilitador de resolução de “problemas de saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõem os países a influências globais, necessitando para a sua resolução uma coordenação mais decisiva entre sectores governamentais de saúde e relações internacionais” (Kikbusch et al., 2007:230).

Este movimento actua de acordo com as condições geográficas dos contextos, aposta na intervenção comunitária e está assente numa lógica de racionalidade solidária e de ajuda recíproca. A cooperação técnica “(...) toma profundamente em conta a situação sócio-sanitária dos países, suas capacidades de resposta aos principais problemas encontrados e os recursos técnicos e financeiros existentes, que possam solidariamente ser colocados à disposição dos demais, num processo de cooperação comprometida com os princípios de apropriação, alinhamento e harmonização” (Buss, et al., 2010:109).

A cooperação técnica actua por princípio na “construção de bases para o desenvolvimento, definida como o processo pelo qual os indivíduos, organizações, instituições e sociedades desenvolvem habilidades (individualmente ou colectivamente) para desempenhar funções, solucionar problemas e alcançar objectivos” (UNDP, 1997:2). Actua essencialmente em cooperação para a formação e capacitação técnica e especializada de recursos humanos, apoio técnico à pesquisa e investigação, criação de serviços, apoio técnico ao funcionalismo das estruturas existentes, entre outros.

Um bom exemplo do contributo deste modelo de cooperação foi a intervenção comunitária contra a Tuberculose implementada pela OPAS no início dos anos 1970, para o combate à Tuberculose no Chile (implementada também em Cuba e Uruguai). A boa prática desta intervenção foi a dinâmica comunitária na qual os profissionais de saúde se focaram no tratamento directamente observado e na vigilância epidemiológica. A boa prática reflectiu-se na diminuição drástica na taxa de mortalidade por TB como também no custo-utilidade da intervenção. Razão pela qual em 1993 incorporada pela OMS e intitulada por DOTS (Castro, e tal., 2004:68).

A estratégia DOTS²⁵ implica uma intervenção comunitária de vigilância e expansão do tratamento (TB) directamente observado. O sucesso desta estratégia deve-se a um conjunto de intervenções integrais, voltadas para diferentes esferas: individual, familiar e social, adoptando uma relação de proximidade com reais e efectivas necessidades das populações, de modo a garantir a adesão ao tratamento. Bons exemplos da aplicação desta estratégia ocorreram em Bangladesh e na África do Sul (Smith, 1999: 277)²⁶.

Com efeito, o modelo de cooperação sul-sul revela vários exemplos em que o processo de desenvolvimento a partir da comunidade tem uma base de organização local que incita a

²⁵ <http://brazil.usaid.gov>, [última consulta 16/12/2011];

²⁶ <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/Tuberculosis-55.pdf>, [última consulta 16/12/2011];

participação activa das comunidades nas acções de cooperação, promove os sujeitos enquanto agentes de intervenção e aumenta a aderência aos programas.

Em “Cooperação sem Desenvolvimento” João Milano refere que é a nível local que se detém os maiores domínios sobre quais as estratégias eficazes para se produzir as mudanças e que os processos participativos dão sustentabilidade aos projectos e maior probabilidade de serem bem sucedidos (2005:17). O autor nomeia a participação como elemento propiciador do *empowerment* das populações e como uma forma de “um desenvolvimento mais efectivo e mais humano”.

Comuns á diversidade de autores são as críticas feitas à lógica vertical baseada numa cientificidade ocidental e no poder económico superior, que exerce um controlo social sobre os pobres e oprimidos, criando novas necessidades e relações dialécticas na promoção do bem-estar social.

A cooperação segundo o domínio científico e económico faz emergir ainda mais as diferenças pois é conduzida pelos “donos da racionalidade” (países ricos), os quais só apoiam países cujas prospectivas futuras revelem oportunidades de mercados de consumo e negligenciando, muitas vezes, algumas doenças que impedem o florescimento dos países mais humildes.

O modelo de cooperação sul – sul em saúde distingue-se por políticas e estratégias de democracia participativa (participação da população nas tomadas de decisão no desenvolvimento das esferas sociais) e diplomacia em saúde, através do intercâmbio solidário entre países com o mesmo nível de desenvolvimento, apostando no desenvolvimento e reforço das capacidades institucionais e comunitárias tendo em vista a diminuição das situações de dependência financeira e autonomia política.

A apresentação do leque de abordagens críticas ao modelo de saúde global e a sua evolução histórica permite identificar os problemas do funcionamento do modelo dominante, concluindo que a cooperação em saúde não pode ser pautada por interesses de mercado, nem dirigida por um sistema económico globalizado, mas sim dirigida por valores de humanidade - cuidar de quem precisa de ser cuidado e que não reúne recursos para o efeito. Sem criação de dívidas. Cooperar com o objectivo de um equilíbrio global de desenvolvimento humano exemplificado com algumas práticas do modelo de cooperação sul-sul em saúde.

Como referiu o Dr. Blasques de Oliveira, consultor do Banco Mundial e médico de saúde pública (12 de Setembro de 2012), não se pode porém considerar que a cooperação certa está destinada à opção de um dos modelos. Trata-se de considerar uma nova lógica de cooperação

internacional, encetada por análises sobre as especificidades e os *modus operandis* de cada um dos modelos de cooperação em saúde - norte-sul e sul-sul, tendo em vista a identificação das potencialidades, dos constrangimentos e quais as principais aprendizagens para encetar estratégias de cooperação mais justas e com resultados evidentes na melhoria da qualidade de vida das populações.

Capítulo 3: Estudo de Caso sobre Cuba e Moçambique

3. 1. Cuba: exemplo de saúde universal e de cooperação técnica

Sistema de saúde cubano e as estratégias internas promotoras do sucesso da rede primária de saúde

Cuba tem um património histórico e sociopolítico marcado pela posição revolucionária na luta contra o imperialismo do norte do globo, assente em políticas socialistas de solidariedade e bem-estar colectivo.

É certo que as posições sociopolíticas de Cuba são bastante controversas por se tratar de um país de regime ditatorial que compromete as liberdades individuais em prol do colectivo, e que o contexto social é marcado por um estado de pobreza particularizada pela ausência de capital monetário do povo e ausência de diversidade de bens de consumo.

Não obstante, e no que respeita à saúde e Cuba tem investido na gestão de um programa nacional de saúde gratuito e com indicadores objectivamente mensuráveis de sucesso, reflectidos no aumento de esperança de vida, controlo e erradicação de doenças e liderança em tecnologias da saúde²⁷. “Cuba levou a sério as orientações de Alma Ata e prova eficiência económica e social de um sistema ancorado em cuidados primários” (Madureira, 2010:54).

O funcionamento do actual sistema de saúde cubano é fruto de sessenta anos a incrementar estratégias de intervenção capazes de responder à melhoria do estado de saúde da população de forma gratuita e universal. Um percurso complicado tendo em conta as exigências e as

²⁷ Um artigo disponível em <http://www.tierramerica.net/2001/0930/particulo.shtml> [última consulta 06/09/2012], refere que “Boa parte do êxito de Cuba no campo da pesquisa em saúde se deve a uma ampla infra-estrutura científica e tecnológica. Existem em Cuba 1,8 cientistas e engenheiros para cada mil habitantes e 1,2% do Produto Interno Bruto destina-se a gastos no sector. O restante é aportado pela estreita coordenação entre os centros que integram o pólo científico do oeste de Havana, sendo o mais antigo deles o CIGB, que caminha na vanguarda da engenharia genética e da biotecnologia modernas (...)”.

despesas do sector e associado a um *Estado* embargado por várias nações motivo o qual marginalizou o país pela resistência ao capitalismo e sentenciou a *Ilha* a severas dificuldades económicas.

A Dra. Irma Caridad M. Cala, Médica Geral Integral (cubana), entrevistada no dia 30 de Maio de 2012, relatou alguns aspectos da evolução do sistema de saúde cubano:

“Nos primeiros anos antes da revolução cubana, o sistema de saúde de Cuba foi muito ruim. Tínhamos um sistema capitalista antes do ano de 1959 e quase toda a medicina era privada. Mas o governo também tinha não privada [pública] (...) mas com poucos profissionais. Depois do triunfo da revolução muitos dos profissionais de saúde fugiram para os E.U., porque esse país fez muita coisa para roubar os profissionais. [Depois da revolução o sistema de saúde cubano começou a funcionar com] (...) com menos de 3 mil médicos (...) Um sistema único de saúde”.

Segundo Pedro Madureira (médico português que efectuou um estudo sobre o Sistema de Saúde Cubano na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra) o Estado cubano após a revolução priorizou a “concretização de um sistema de cuidados de saúde inclusivo e universal, “providenciando serviços de saúde para o maior número de pessoas possível, instituir um programa de medicina preventiva, e orientação no sentido da prática de medidas de higiene” (Ernesto Guevara, 1960). Mas tal foi, logo à partida, largamente dificultado pelo êxodo para os EUA de cerca de metade dos médicos cubanos nos meses seguintes à revolução, ficando na ilha cerca de 3000 médicos e 16 professores na Universidade de Havana” (Madureira 2010: 6).

Após a vitória da revolução em 1959, o governo cubano atribuiu a formação de médicos como uma demanda nacional para responder às necessidades efectivas do país, nomeadamente a colocação de médicos em zonas rurais:

“No começo de 1960, apenas três meses depois de formados, mais de 300 médicos partiram para cumprir o Serviço Rural com uma mochila nas costas, um estetoscópio, alguns poucos instrumentos cirúrgicos e os medicamentos elementares que cada qual conseguiu. Eles respondiam, dessa forma, às solicitações, sugeridas nas assembleias de estudantes de Medicina, de que apresentassem solução para as condições sanitárias adversas da época.

Esses ares dos "novos tempos na Revolução" completaram-se depois com a renúncia expressa do exercício privado da Medicina e, também, com a extensão para dois anos ou mais do Serviço Médico Rural, com a vigência do espírito de superação científica, com o impulso da

medicina e da estomatologia preventivas e com o cumprimento dos altos princípios do internacionalismo em saúde (...)” (Osa, 2011).

Outro entrevistado, o Dr. Oswaldo H.Vidal, Médico Geral Integral, explicou também que “o Ministério da saúde pública tentou levar a saúde o mais perto possível da população. Construíram consultórios médicos dentro da própria população e fizeram atendimento para 120 famílias” (30 de Maio de 2012).

A implementação do sistema primário de saúde como prioridade efectiva teve como “*enfoque em integrar o indivíduo e a família e a comunidade. E com quatro funções importantes: a promoção da saúde, a prevenção da saúde, a promoção do coração e a reabilitação de menor quantidade. (...) Depois do ano de 1984 começaram a formação de médicos para a atenção primária da saúde ou seja para trabalhar na medicina familiar. E iniciamos em 1988 um destacamento pelo Instituto Finlay e ali começamos a formar muitos médicos e a começar o programa de saúde familiar. E em cada comunidade com 120 famílias, mais ou menos uma quantidade de 600 utentes, 800 utentes tinham um médico de família que também morava no mesmo lugar onde trabalha. Ele mora ali, tem um módulo, a enfermeira com o seu médico e a consulta é ali na sua casa. Então isso foi desde 1984 até agora é assim que funciona* (Dra. Irma Cala, Médica Geral Integral, 30 de Maio de 2012).

O sucesso do sistema de saúde cubano atribui-se em primeira instância à relação de proximidade entre os serviços e a comunidade para a intervenção primária da saúde, em segunda instância ao facto do investimento em intervenção primária diminuir o fluxo de população a necessitar de intervenções do nível secundário (hospitais), terciário e quaternário. Irma Cala explicou que “*depois da implementação do trabalho do médico da família começamos a obter indicadores de saúde quase do primeiro mundo. (...). E tudo aconteceu pelo trabalho integral do médico e da enfermeira com a comunidade e com o indivíduo e com as famílias (...). Onde a primeira função é a prevenção das doenças. (...). Então a nível secundário temos os hospitais e o nível terciário com os institutos*” (Dra. Irma Cala, Médica Geral Integral, 30 de Maio de 2012).

O estudo de Pedro Madureira (2010) descreve mais detalhadamente como Cuba organiza o sistema de saúde nos diferentes níveis, sendo que o primeiro nível visa a prevenção de doenças e de promoção da saúde pela educação e pela monitorização e controlo epidemiológico. O segundo nível de menor cobertura e de maior complexidade inclui hospitais regionais e municipais que actuam em meios complementares de diagnóstico através de análises laboratoriais. O terceiro e quarto nível, de cobertura mínima e de complexidade

máxima, actuam para internamentos / tratamentos, sendo o quarto nível destinado aos cuidados intensivos dos doentes (2010: 14-16).

Outra medida do governo cubano que substancia o sucesso do sistema (aplicada desde 1960 até aos nossos dias) é a implementação de uma política “(...) *de formação de recursos humanos nas especialidades de acordo com as necessidades de cada território, de cada região. (...) Isso satisfaz as necessidades de toda a população. Por enquanto é muito mais fácil para a população receber os serviços de saúde porque está mais perto deles. E com tecnologia de desenvolvimento adequada às necessidades da população*” (Dra. Irma Cala, Médica Geral Integral, 30 de Maio de 2012).

A produção de médicos e respectiva colocação em função das especificidades e necessidades geográficas do país é uma medida política que revela uma inteligência inquestionável que orienta a intervenção comunitária e a gestão dos serviços.

O investimento do país em saúde comunitária permite aos profissionais desenvolver um trabalho de qualidade em termos de atendimento e de registo de informação sobre o estado de saúde de cada paciente, numa prática médica semelhante às bases *Hipocráticas*²⁸, nomeada como “o carácter social do exercício da medicina”²⁹: “*O trabalho de atenção primária da saúde trata-se da prevenção da saúde. (...). Com o cadastramento da população e atendimento a pessoas com saúde, a crianças, a mulheres grávidas, idosos, pessoas com doenças crónicas não comunicadas, e também todo o tipo de doença.*”(…). (Dr. Osvaldo Vidal, Médico Geral Integral, 30 de Maio de 2012). “*É um trabalho muito constante. A exigência é a clínica, o trabalho com os doentes e o bom controlo todo o tempo. A confecção da historia clínica, o seguimento dos doentes, das mães o seguimento pré natal. É todo um sistema e uma planificação e que embora não conta com a tecnologia suficiente, nem com a forma de organização perfeita, tudo nós temos muito bem classificado, muito bem lebadado com o mínimo de detalhes*” (Dr. Angel Perez, Médico Geral Integral, 30 de Maio de 2012).

A visão integrada social da prática de medicina inclui a avaliação dos determinismos ambientais, realizada com base na participação das pessoas das próprias comunidades onde intervêm: “*Aí uma das causas fundamentais de como alcançar uma boa prevenção primária, não é somente um trabalho de prevenção de doenças, que sabemos que tem enfoque biológico*

²⁸ Hipócrates, o pai da medicina, fez história com a sua visão naturalista, a qual através da prática etnográfica, transcreveu e produziu conhecimento a partir dos factos observados sobre varias doenças. 28 Lei nº 41, Capítulo I, Artigo 4: Ley de la Salud Pública; Assembleia Nacional de Poder Popular, 1983;

²⁹ Lei nº 41, Capítulo I, Artigo 4: Ley de la Salud Pública; Assembleia Nacional de Poder Popular, 1983;

mas também o enfoque do ambiente. Então a comunidade é quem activamente em Cuba é apoiada principalmente pelas organizações de massa e é a comunidade que tem uma acção activa, uma organização para lograr o trabalho do médico de família, O médico de família é como um líder comunitário para dirigir as suas massas e para poder alcançar os seus objectivos. É um trabalho de comunhão. (...) Você não pode ver a parte social separada do biológico é todo o enfoque é incluso tudo. As assinaturas de todos.” (Dr. Angel Perez, Médico Geral Integral, 30 de Maio de 2012).

A prática social da medicina é efectivamente uma das chaves do sucesso e da diminuição da carga das doenças na população. Um bom exemplo disso é o programa de vacinação universal (também já reconhecido internacionalmente) que é implementado com estratégias de intervenção comunitária de promoção da saúde:

“Nos consultórios médicos da família todas as pessoas estão cadastradas, desde o nascimento até à morte dessa pessoa, e então o esquema de vacinação esta no consultório. E tem o trabalho do médico e da enfermeira que não só consulta no consultório como vai na casa das pessoas, faz intervenção nas casas, faz a vacinação na data certa (...) E por isso por ter esse trabalho na promoção da saúde e na prevenção da saúde é que o nosso país tem um bom desenvolvimento na saúde pública e tem tido indicadores bons no programa materno infantil, no programa dos idosos e outras coisas mais” (Dr. Osvaldo Vidal, Médico Geral Integral, 30 de Maio de 2012).

Todo este trabalho é realizado por equipas multidisciplinares, constituída por profissionais de ciências da saúde, ciências sociais e ciências da educação. A intervenção realizada implica agentes de diferentes sectores que operam de forma integrada e complementar com as famílias e na comunidade.

Um outro aspecto relevante no sistema de saúde cubano é coexistência da medicina biomédica com a medicina tradicional, numa complementaridade institucionalizada:

“(...) é a partir dos conhecimentos que você tem de anatomia, da medicina alopática que se pratica medicina tradicional. E é uma mais no nosso sistema de saúde que se encontra muito bem integrada, principalmente no nosso centro de reabilitação. Temos muitos médicos naturistas” (Dr. Angel Perez, Médico Geral Integral, 30 de Maio de 2012).

Cuba é um exemplo efectivo na combinação da medicina tradicional com a biomédica e os benefícios são diversos. O mais evidente é que diminuiu o consumo de fármacos e a despesa do estado com medicamentos. Mas tal só é possível porque Cuba tem uma política interna de aproveitamento de todos os recursos em resposta às demandas da população, e uma busca

incessante de independência de todos os constrangimentos associados às submissões dos mercados, nomeadamente o mercantilismo da saúde.

Das diversas considerações sobre o sistema de saúde cubano alguns estudos apresentam argumentos que contradizem o sucesso do sistema. Baseiam-se em indicadores como *Investimento por habitante em saúde* ou *Dispêndio em saúde por proporção do PIB* comparando com outros países com um nível de investimento económico no sector mais elevado. Trata-se de leituras economicistas que deturpam a eficácia e a eficiência do sistema.

A descrição apresentada sobre a evolução do sistema de saúde cubano auxilia a compreensão do sucesso dos resultados para além dos resultados e avaliar a forma como foram obtidos, em que contexto, qual a trajectória e as principais estratégias para superar os problemas.

Com efeito, a *despesa per capita* em saúde é efectivamente mais baixa do que outros países, não obstante (e conforme já referido anteriormente) Cuba apresenta bons indicadores de saúde, alguns semelhantes ao grupo de países mais desenvolvidos e com maior investimento *per capita em saúde*.

Se considerarmos este facto à luz do *custo-efectividade* da intervenção, então o argumento não só não desconceitua o sistema de saúde cubano como ainda o enaltece mais, pois consegue obter bons resultados com baixo custos económicos.

Tal só é possível porque (e de acordo com as referências dos entrevistados) a grande mais-valia do sector da saúde em Cuba é o investimento humano, ao qual é exigido um esforço individual aos médicos perante situações de necessidade de outros, mesmo que isso implique trabalhar com fracas condições e poucos recursos. Esta ideologia enaltece o *papel do médico* na sociedade e a sua prática como uma dádiva a ser colocada à disposição do povo: a *arte médica*.

O Dr. Angel Perez pronunciou em entrevista um comentário que é o reflexo genuíno da prática da *arte médica*: “(...) com exigência e trabalho constante ou melhor, o interesse é aquele valor humano, como eu tenho, é trabalho que você tem de fazer somente com o coração, não pode pedir muitas coisas á câmara... às vezes o trabalho é muito mais forte do que as coisa que você precisa de obter (30 de Maio de 2012).

Cuba um membro proeminente da cooperação Sul – Sul: principais ações de cooperação cubana em saúde

A cooperação cubana conta já com mais de 50 anos de história, data marcada com a missão de emergência de assistência ao Chile por ocasião de terramoto em 1960. Desde então, “Cuba têm prestado assistência médica [(missões de emergência)] a vários países em desenvolvimento de Ásia, África e América Latina: Perú (1970), Chile (1960 e 1971), Nicarágua (1972 e 1974), Venezuela [(1999)], (...). Argélia e Vietname (1963), Mali (1965), Congo Brazzaville (1966), Guiné Conacri (1967)” (Chaple, 2006:710), Moçambique (2000), Timor (2004), Haiti (2010), entre outros países.

Quadro 3.3: Breve sistematização das principais ações de cooperação de saúde cubanas

| | | | |
|------------|-----------------|---|--|
| 1960 | Chile | Terramoto, 5000 mortos | Equipa médica |
| 1970 | Perú | Terramoto, 60 000 mortos | Equipa médica, 6 Hospitais Rurais, 106000 unidades de sangue |
| 1972 | Nicaragua | Terramoto, 5000 mortos | Equipa médica e medicamentos |
| 1974 | Honduras | Furacão Fifi, 2000 mortos | Equipa médica |
| 1990 | União Soviética | Chernobyl | 17733 crianças tratadas em Cuba, até Outubro de 2004 |
| 1996 | Brasil | Exposição e radiação | 52 doentes tratados em Cuba |
| 1998 | América Central | Furacão Mitch, 30 000 mortos | Equipas médicas |
| 1999 | Venezuela | Cheias 9000 mortos | Equipa médica |
| 2000 | El Salvador | Epidemia de Dengue, 10 000 casos em 16 semanas | Equipa médica, equipamento e aconselhamento |
| 2005 | Cuba | O governo cubano constituiu o contingente “Henry Reeve” com 10 000 médicos para responderem a situações de catástrofe natural | |
| 2005 Out. | Paquistão | Terramoto, 75 000 mortos, 3,3 milhões de desalojados | 2465 equipas médicas, 32 hospitais de campo (7 meses) |
| 2005 Out. | Guatemala | Furacão Stan 670 mortos, 300 000 desalojados | 600 equipas médicas e medicamentos (3 meses) |
| 2006 Fev. | Bolívia | Cheias | 140 equipas médicas 20 hospitais de campo |
| 2006 Junh. | Indonésia | Terramoto, 6000 mortos | 135 equipas médicas, 2 hospitais de campo |
| 2010 | Haiti | Terramoto | Apoio do contingente Henry Reeve |

Fonte: Madureira, 2010: 24-25

As iniciativas de política externa destacam o país na comunidade internacional pelo carácter humano e solidário em resposta às catástrofes naturais e à falta de pessoal médico em contextos particularmente difíceis.

Chaple refere que “um dos mais inovadores aspectos da saúde internacional: a experiência cubana de cooperação em saúde. Com um impacto directo sobre a construção de solidariedade entre países em desenvolvimento na América Latina e em outras regiões, essa ajuda desempenhou importante papel simbólico politicamente durante a Guerra Fria, quando os países do Terceiro Mundo serviram de títeres para Leste e Oeste. A cooperação cubana em saúde também suscita o debate sobre a estrutura da ajuda estrangeira, as diferenças de poder entre doador e cooperante, e o papel do internacionalismo da saúde na construção da imagem externa e da identidade nacional” (2006: 713).

A diplomacia em saúde internacional de Cuba tem influenciado as agências internacionais de saúde e, especialmente, os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. “A prática da diplomacia de saúde em Cuba aponta para quatro características, a saber: o alto nível das decisões tomadas, a participação da política cubana no processo, a inteligência em saúde e planeamento estratégico e os efeitos percebidos em outras áreas económicas, tais como turismo e saúde dos trabalhadores, os quais têm implicações para o desenvolvimento da diplomacia em saúde internacional” (Villa. et al., 2001:105).

Em análise cronológica de várias cooperações bilaterais e triangulares de Cuba com países vizinhos, africanos e asiáticos, os números de pessoal técnico e qualificado a trabalhar em países em desenvolvimento são muito elevados:

“Entre os anos 1963-2003 (40 anos), um total de 67.609 colaboradores em 94 países. Neste período o Ministério de Saúde Pública de Cuba colaborou na criação de nove faculdades de medicina em diferentes países e no trabalho e na educação médica em 37 faculdades. No ano de 2004 trabalharam 22.474 colaboradores em 68 países (...) 163 professores trabalharam em 15 países, trabalhando em 20 faculdades de medicina. (...) Entre os anos 1966 até 2004 se graduaram em Cuba 3.914 profissionais e 4.535 técnicos de mais de 100 países.” (Chaple, 2006: 713).

Segundo o Dr. Angel Perez (de referir já teve uma experiência de trabalho no âmbito da cooperação bilateral entre Cuba e o Zimbabwe) a cooperação cubana têm como base um “*sistema de ajuda mútua, principalmente com os países menos desenvolvidos, política de ajuda geralmente nas comunidades que mais precisam de ajuda dos médicos. (...) Quando os Estados que “fazem” a cooperação com Cuba e não têm as condições para brindar essa*

ajuda às suas próprias comunidades... Cuba é capaz, em muitas ocasiões, de brindar os seus próprios recursos para essa ajuda.” [Acréscita que Cuba]“tem muitas acções de cooperação. (...). No âmbito da saúde é também a produção de vacinas e o intercâmbio de técnicas. Por exemplo em campanhas contra ou para a prevenção de muitas doenças, a produção de vacinas, a produção de material humano, (...), a formação de pessoal qualificado para exercer e também algumas actividades de promoção da docência. É uma acção integrada” (30 de Maio de 2012).

Desde 1998 que a Escola Latino Americana de Ciências Médicas (em Cuba) desenvolve um programa científico -pedagógico em saúde (gratuito) que beneficia Honduras, Guatemala, Haiti, Venezuela, Paraguai, Níger, Gâmbia, Zimbabwe, Guiné Equatorial, Mali, Ghana, Camboja, Chade, Guiné-Bissau, Moçambique, Namíbia, Libéria, Benim e Cabo Verde. A missão da faculdade de ciências médicas é formar médicos de clínica geral, com foco na atenção primária em saúde como um dos princípios fundamentais de actuação profissional, com elevada formação científica, humanista, ética e solidária, capazes de responder às necessidades dos seus países em prol do desenvolvimento humano sustentável (Chaple, 2006: 711-712).

Dados apresentados por Pedro Madureira relatam que a Escola Latino Americana de Medicina em 2010 acolheu estudantes de 24 países, 19 da América Latina, 4 de África e os Estados Unidos da América, com 8637 estudantes. A escola colaborou também na criação de 12 faculdades de Medicina em vários países e trabalhou em 38 instituições de Educação Médica em países subdesenvolvidos; colaborou na assistência dada pelo sistema de Educação Médica a 17 países, com 305 professores cubanos que leccionam em 24 faculdades de Medicina; apoia ainda o funcionamento da Faculdade do estudante do Caribe no Instituto Superior de Ciências Médicas de Santiago de Cuba; realiza intercâmbios em investigações científicas, mediante projectos conjuntos com centros e investigadores de diversos países; e a formação em especialidades médicas e Estomatologia de médicos estrangeiros. (...) Um total de 53815 jovens de 85 países (21926 em Cuba e 31889 através dos colaboradores cubanos no exterior, sendo que destes cerca de 30000 são venezuelanos, tendo também já formado 54872 assistentes sociais desde que iniciou a cooperação com a Bolívia e a Venezuela (Madureira, 2010: 29).

Ao longo da segunda metade do século XX até a actualidade, Cuba tem revelado ao mundo capacidade de doação de ajuda internacional de mérito, através de estratégias inovadoras

como é o exemplo dos “Pacotes” de Saúde e Turismo³⁰ e com princípios de actuação mais justos, com vantagens mútuas e equitativos.

As principais ajudas externas de Cuba em saúde são a nível tecnológico, recursos humanos, formação superior médica e epidemiológica, educação e saúde comunitária, biotecnologia e farmacêutica e medicina natural e tradicional. “Este país tem sido importante actor político na cooperação Sul-Sul, exportando tecnologias inovadoras na área da biotecnologia e de equipamentos em saúde, assim como disponibilizando recursos humanos (médicos e enfermeiros, principalmente) para sistemas de saúde reconhecidamente carentes de mão-de-obra qualificada” (Buss et. al, 2010: 107).

Cuba revela desta forma o dogma de saúde e ciência: um bem para todos. Exemplo disso, e ao nível da produção de vacinas, Cuba participa em projectos de apoio externo a custo justo, como por exemplo a cooperação triangular apoiado pela OMS, entre o Instituto Finlay, de Cuba, e o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), do Brasil. Os dois institutos em parceria produzem a vacina Men AC, numa resposta emergente de combate á meningite meningocócica no “cinturão da meningite” que inclui 21 países africanos. O sucesso da parceria foi reconhecido e anualmente a OMS financia a produção de 100 milhões de doses anuais³¹. Entre 2007 e 2009, as maiores remessas foram destinadas a Mali, Etiópia, Burkina Faso, Nigéria, Níger e Chade, segundo documentos da Bio-Manguinhos. “As vacinas são adquiridas pela própria OMS, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), pela organização Médicos Sem Fronteiras, e pela Cruz Vermelha Internacional. Além disso, cada país compra algumas quantidades, segundo os recursos que possui”³².

O Dr. Oswaldo Vidal explicou que “(...) *pensamento do (...) Ministério e do (...) governo é ajudar as pessoas, então quando conseguem fazer uma vacina, quando conseguem alguma coisa boa, tratam de que as coisas cheguem às pessoas no menor preço possível. (...). O governo (...) trata de fazer isso e quando vende ao mundo (...) faz pensando na população para que todo mundo fique bom e com saúde. (...) é um país muito humano e não vê os medicamentos, não vê a tecnologia, não vê as coisas que faz como um negócio, como uma mercadoria para ganhar dinheiro... Faz para ajudar a população (...) [em] cooperação (...) com outros países do mundo*” (30 de Maio de 2012).

³⁰ [http://www.news-medical.net/health/World-Medical-Tourism-Review-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/World-Medical-Tourism-Review-(Portuguese).aspx) [última consulta 30/12/2011]

³¹ <http://inverta.org/jornal/edicao-imprensa/435/especial/nova-fabrica-de-vacinas-no-instituto-finlay> [última consulta 02/11/2011];

³² <http://mercosulcplp.blogspot.com/2010/10/ciencia-cubano-brasileira-para-africa.html>; [última consulta 02/11/2011];

Com efeito Cuba tem sido proeminente com a adopção de estratégias cooperação, com base em princípios de desenvolvimento recíproco, bom exemplo disso são os “pacotes” de intervenção oftalmológica, onde as pessoas se podem inscrever para uma operação cirúrgica aos olhos (duração média de 15 minutos) na compra de uma estadia de sete dias nas Caraíbas, com acompanhamento médico personalizado.

Ao abrigo de acordos bilaterais e regionais Cuba desenvolve esta área com vários indicadores de sucesso ocupando já um lugar privilegiado nas opções internacionais em termos de tratamentos médicos, conjugando a saúde e a cultura do lazer, como uma dinâmica contemporânea da cooperação em saúde.

Para terminar, importa referir que a proeminência das acções cubanas (internas e externas) está em foco nas análises contemporâneas e bom exemplo disso será a realização de uma Conferência Internacional de Saúde Pública³³, no próximo mês de Dezembro de 2012 em Havana.

A conferência tem como objectivos analisar a situação de saúde de Cuba e do resto do mundo, bem como promover o intercâmbio de práticas, estratégias de intervenção em saúde, nomeadamente a saúde primária, formação técnico - científica de profissionais e promover novas estratégias de cooperação internacional baseados em colaborações solidárias e complementares para a melhoria da saúde dos povos³⁴.

³³ http://isags-unasul.org/eventos_interna.asp, [última consulta 02/11/2011];

³⁴ <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012>, [última consulta 03/10/2012];

3.2. Moçambique receptor de Ajuda Externa

“Ermelinda conheces as orientações actuais e passadas. Se fosse era antigamente, tinham sido mandados para longe. Era o que acontecia se havia as visitas de categoria, estruturas e estrangeiros. Tínhamos orientações superiores: não podíamos ter a Nação a mendigar, o País com as costelas todas de fora na véspera de cada visita, nós todos, administradores, recebíamos a urgência: era preciso esconder os habitantes, varrer toda aquela pobreza.

Porém, com todos os donativos da comunidade internacional as coisas tinham mudado. Agora, a situação era muito contrária era preciso mostrar a população com a sua fome, com suas doenças contaminosas. Lembro-me bem as suas palavras, Excelência: a nossa miséria está a render bem. Para viver num país de pedintes é preciso arregaçar as feridas, colocar a mostra os ossos salientes dos meninos. (...). Essa é a actual palavra de ordem: juntar os destroços, facilitar a razão do desastre. Estrangeiro de fora ou da capital deve poder apreciar toda aquela coitadeza sem despender grandes suores” (Couto, 2002:77).

A Declaração de Paris (2010) menciona que “há muito tempo que Moçambique tem sido considerado como uma história de sucesso e um querido dos Parceiros de Desenvolvimento. Taxas impressionantes de crescimento económico desde o fim da guerra civil que se seguiu à independência, a implementação de inúmeras reformas, um Governo estável e democraticamente eleito, um progresso assinalável de um grupo de indicadores sociais e uma aparente grande redução nos índices de pobreza, conduziu aos grandes fluxos da ajuda ao país” (Declaração de Paris, 2010: 11).

Moçambique desde os anos 80³⁵ (durante o período de guerra civil e com o Estado socialista em colapso) que vive à mercê de ajudas internacionais, em foco para o desenvolvimento do sector da saúde. As últimas três décadas marcam um desenvolvimento construído através da dependência externa “(...) multidimensional, estrutural e dinâmica, (...). [As grandes críticas à ajuda externa dada a Moçambique questionam] como pode a “contínua dependência multidimensional, estrutural e dinâmica de ajuda” ser consistente com “sucesso”? A resposta pode bem depender do entendimento das dinâmicas do *ownership* contestado (ou economia política) das políticas de desenvolvimento, opções, efeitos (ou beneficiários) e da avaliação dos resultados” (Castel-Branco, 2011: 9).

A verdade é que, o desenvolvimento do país tem-se pautado desde a década de 80 pela subjugação a programas e “*budget´s*” na luta contra as grandes endemias que assolam o país. O governo moçambicano foi “obrigado” a ceder á ajuda externa internacional, aceitando as injeções de fundos em troca da adesão a programas de desenvolvimento desenhados á escala global.

³⁵ Em 1984 Moçambique aderiu ao sistema Bretton Woods;

O socialismo rendeu-se às políticas neo-liberais e a proliferação de programas com grandes movimentos económicos internacionais, como o exemplo dos programas em torno do SIDA, que têm traçado a recuperação do país à luz desta temática.

Já na década de 90, período em que Moçambique sofreu de uma enorme crise económica e alimentar (consequência da guerra civil) o país recebeu uma avalanche de organizações internacionais (governamentais e não governamentais) para a gestão dos fundos internacionais de ajuda para o desenvolvimento e actuação em situações de emergência.

A abertura das agências internacionais em apoiarem Moçambique fez parte de uma estratégia internacional para rompimento com a política ideológica dominante³⁶ (socialismo e a máxima de intervencionismo estatal) e abertura da economia moçambicana a versões neo-liberais (neo-coloniais) e consequentemente redução da acção do estado. As políticas sociais públicas, debilitadas pelas crises sucessivas que o país foi atravessando, foram penalizadas pela imposição de medidas económicas por parte das agências multilaterais, ao longo do processo de adesão de Moçambique às instituições de Bretton Woods:

“Na “unruly melange” (Buse and Walt 1997) of international health agencies, such Doctor without Borders (...), Save the Children, Africare, Care, (...), Food for the Hungry International, and a range of other, has become a central feature of the neoliberal socioeconomic landscape of the Third World” (Castro et. al., 2010:45).

Sob pressão dessas mesmas agências condicionou-se a existência de políticas sociais públicas a uma relação de custo-benefício, “«que marginaliza e subalterniza a justiça social» (PNUD, 2001)” (Santos, 2004: 27-28).

Com o *boom* das organizações não governamentais (ONG's) as estruturas de trabalho vigentes foram fragmentadas. J. Pfeiffer (2003) dá exemplos concretos dos efeitos que a “inundação” dos agentes de cooperação em Moçambique (focando as ONG'S na área da saúde) tiveram neste contexto. A redução da acção do Estado e as políticas neoliberais

³⁶ Sobre o rompimento com a ideologia política dominante (socialismo), importa reflectir sobre o quão “oportuno” foi a morte “acidental” de Samora Machel (revolucionário socialista) em 1986.

Após a morte do líder moçambicano (cuja identidade político-ideológica consagrava a vertente contra-dominante dos países não alinhados, em cooperação com países como a ex-URRS e Cuba) o país cedeu e aderiu ao Alinhamento mundial e às políticas neo-liberais.

A partir dessa reviravolta política, Moçambique iniciou “(...) um processo de profunda transformação do Estado Socialista (...), [em que] o Estado assumiu contornos claros de submissão à dinâmica do mercado. (...) Á medida que o Estado abria espaço para a intervenção humanitária das agências internacionais e ONG's [e “«infiltração» norte-americana através da Care International”] foi-se transformando naquilo que viria a ser no final dos seus dias: uma imensa e ineficaz organização estatal roída pela corrupção e desacreditada aos olhos dos moçambicanos e da comunidade internacional” (Santos, 2003: 59-60);

conduziram a saúde para a privatização do sector. Pfeiffer (2003) descreve a forma como o crescente número de ONG's fragmentou o sistema de saúde existente, enfraquecendo o controlo dos programas de saúde e contribuindo para o crescimento das desigualdades sociais. O autor dá especial atenção ao facto da presença dos expatriados ter empoado as desigualdades sociais:

“The most direct interaction/confrontation between expatriate NGO aid workers and their target communities occur ‘up-country’, in the provinces where foreign aid presumably arrives at its intended destination. In this unusual social interface between highly educated technicians from rich countries and communities in extreme poverty, relationships of power and inequality are enacted in ways that profoundly shape primary health care policies and programs” (Pfeiffer, 2003: 726).

As desigualdades sociais foram criadas por várias razões: (1) diferenciação entre os recursos profissionais locais e os recursos expatriados, através das diferenças salariais; (2) desvalorização do know-how local; (3) demanda no mercado para responder ao comércio dos expatriados e inflação do custo de vida; (4) mercantilização turística da pobreza; entre outras...

“This international aid culture, with its ‘well-resourced’ and driven foreign professional class engaged a society experiencing its own rapid class formation in the privatizing economy. The new free market had stimulated the growth of the local merchant sector, and city stores began filling with gleaming commodities, in contrast to the years of war and socialism when consumer products were difficult to find. As one Mozambican put it, ‘during socialism we had money but nothing to buy, but now there’s a lot to buy but we have no money’. The rapid social differentiation was visible throughout the town” (Pfeiffer, 2003: 731).

Após trinta anos de ajuda externa, Moçambique continua a apresentar baixos índices de desenvolvimento humano e a fazer parte da lista dos 20³⁷ países mais pobres do mundo, bem como, se verifica o aumento das assimetrias de desenvolvimento entre as onze províncias do país. “A debilidade do desenvolvimento humano é agravada pelos fracos investimentos na cobertura nacional de serviços como a saúde, educação, água, e saneamento. Esta fraca participação do Estado nas tarefas de promoção do bem-estar social está na raiz da permanência de elevados índices de doenças endémicas que assumem características epidémicas, como a malária e o HIV / SIDA” (Santos, 2004: 26).

³⁷ No final de 2011 Moçambique ocupou a oitava posição entre os vinte países mais pobres do mundo;

O autor Castel-Branco explica no seu trabalho sobre a *Dependência de Ajuda Externa, Acumulação e Ownership* que a perversidade da ajuda externa a Moçambique evidencia-se nos jogos de poder entre o Governo Moçambicano e os doadores. As influências determinam as dinâmicas políticas e económicas da *Ajuda* e estruturam a natureza e os resultados da contestação social em torno das opções de desenvolvimento (2011: 8).

O autor avança ainda que “as direcções e os resultados da reforma do sector público ou da saúde, das privatizações, da liberalização dos mercados e preços, das reformas do sector financeiro, etc., são, em grande medida, o produto da disputa social e política relacionada com o poder, a natureza dos problemas e as opções de resposta, e com a influência diferenciada dos vários grupos sociais sobre as instituições, opções e ligações de desenvolvimento” (Castel-Branco, 2011: 8).

À data actual e após trinta anos de recepção de ajuda externa Moçambique continua “altamente dependente da ajuda internacional de forma multidimensional, estrutural e dinâmica, nomeadamente no tocante às finanças, escolhas políticas, construção institucional, cultura de serviços cívicos e organizações da sociedade civil e mesmo no tocante ao desenvolvimento e dinâmicas das instituições políticas e da economia” (Castel-Branco, 2011: 20).

É certo que, mesmo camuflando interesses económicos e de expansão liberal, a ajuda internacional apoiou Moçambique na diminuição dos impactos das catástrofes naturais (seca prolongadas e cheias), no apoio ao combate à fome, construção e reabilitação de infra-estruturas, qualificação e profissionalização de recursos humanos, entre outros resultados positivos, mas paralelamente o custo da ajuda externa tem sido o aumento de assimetrias económico-sociais, vazios culturais dos programas de intervenção, e a sensação de trabalho *in glorio* pela tentativa de implementação de programas que “(...) desafiam a capacidade de gestão de conhecimento a definição de prioridades em Estados e sociedades com estrutura organizacional e administrativa relativamente frágil (...) com implicação na perda de foco ou estruturas de orientação das acções a serem efectivamente implementadas” (Matsinhe, 2005:84).

Assim, aquilo que idealmente seria a reconstrução multisectorial de um Estado de nação, foi subjugado às orientações de combate a epidemias (em foco o combate ao SIDA), que paralelamente intensificou a conceito de cidadania por via do ingresso aos programas de combate ao HIV e também frustrou todo um crescimento/fortalecimento da base de uma

sociedade (incipiente) nas estruturas que sustentabilizam o desenvolvimento humano: saúde, educação, cultura, emprego, transportes, etc.

Simultaneamente, a dinâmica da população moçambicana já fragilizada pelas adversidades do colonialismo português, guerra civil, campos minados, fome, das intempéries climáticas (secas prolongadas, chuvas torrenciais / cheias do ano 2000), proliferação de doenças, etc., é negligenciada no que respeita ao seu conceito sobre saúde, vida e morte, e é “abandonada” às lógicas de sobrevivência de acordo com as oportunidades dos “*budget’s*” dos programas internacionais.

Os moldes de intervenção internacional negligenciaram a coexistência do sentimento de “já não tenho nada a perder”, como explica C. Matsinhe numa âmbito da pesquisa sobre questões de ““(sobre)vivência” (...) derivadas das suas condições socioeconómicas – e as inúmeras causas concorrentes para a ocorrência de morte. Num tal quadro em que a vida (ou a morte) são explicados dentro de um contexto cosmológico complexo, que combina valores e sistemas cognitivos ditos tradicionais e modernos, (...), exacerbando os processos de (re)formatação dos sistemas cosmológicos operantes” (Matsinhe, 2005:175).

Esta questão reflecte uma pressão moral entre o valor da vida e o valor da sobrevivência. Sobreviver numa lógica etológica de capacidade de adaptação do indivíduo à realidade que se confere o seu tempo útil de vida. Trata-se da capacidade de resposta de sobrevivência de cada indivíduo num contexto social que historicamente tem sofrido e sido alvo de várias adversidades.

A pressão moral e a alteração das lógicas de sobrevivência local evidenciam mais uma vez a perversidade da ajuda internacional, pautada pelo modelo de racionalidade científica e que ao longo dos anos foi excluindo os domínios, os saberes e o *lebenswelt* dos moçambicanos.

Evidencia-se assim a imperatividade da previsão dos efeitos colaterais das intervenções nos contextos onde são implementados os programas, não apenas no sentido macro de contexto social e de colectivos, mas também sobre os efeitos indirectos que influenciam ao nível micro de transformação do indivíduo.

Um outro exemplo desta perversidade foi a exclusão dos domínios tradicionais da medicina (categorizando-a como complementar e / ou alternativa)³⁸ nos projectos de ajuda internacional

³⁸ “O saber do médico tradicional só é válido como complementar à biomedicina; o terapeuta é visto como aquele que precisa de ser treinado, mas que não participa no treino dos biomédicos (Nordstrom, 1991; Cunningham, 1995)” (Santos, 2003: 93).

em saúde, coagindo moralmente os moçambicanos à adesão do oficial e abandono do não oficial.

A dicotomia em evidência entre o conhecimento científico biomédico e o conhecimento tradicional médico avassalaram os moçambicanos nas últimas décadas por via de uma coação moral sobre a suposta inferioridade dos seus saberes que não se coaduna com a modernidade (“assente em experiências eurocêntricas” (Santos, 2003:81)). Os domínios de conhecimento tradicional moçambicano foram excluídos pela subjectividade que representam *dimensões mágicas* (Menezes, 2010:197).

Como tentativa de contornar estas e outras perversidades da ajuda externa (norte-sul) e com o objectivo de amplificar as condições de vida dos moçambicanos, Moçambique encetou no início da década de 2000 a adesão à cooperação sul-sul por via da integração na Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) e na Nova Parceria Económica para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) (Santos, 2004: 26), entre outras parcerias de cooperação técnica estabelecidas com países da América do Sul, nomeadamente Cuba e Brasil.

Mais recentemente e na tentativa de dar mais poder ao Estado Moçambicano criou-se um instrumento de trabalho – análise SWAP - entre o Estado moçambicano e doadores, que estabelece um modelo de avaliação sobre como são operacionalizadas as políticas de saúde e respectivas estratégias de implementação³⁹.

Trata-se de um instrumento criado para colmatar as falhas do próprio sistema de cooperação em saúde, nomeadamente para devolver poderes ao Ministério da Saúde:

*“The Mozambique SWAP was developed by the government and its development partners in response to a problematic health sector situation in the late 1990s2. A plethora of donors and fragmented assistance provided strong incentives for the government to “take back control” of the national health system and paved the way for the emergence of the SWAp and the creation of a common health fund (known as Prosaude)”*⁴⁰.

A aplicação deste instrumento no sector da saúde enfrenta ainda alguns desafios e requer uma comunhão com o Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2007-2012.

³⁹ Termos de referência da abordagem SWAP, disponível em: http://www.pap.org.mz/downloads/wg_tor/wg_health_swap_tor.pdf [última consulta 07/09/2012];

³⁹ The Global Fund operating in a SWAp though a common fund: issues and lessons from Mozambique, /disponível em <http://www.who.int/healthsystems/gf7.pdf> [última consulta 07/09/2012];

⁴⁰ The Global Fund operating in a SWAp though a common fund: issues and lessons from Mozambique, /disponível em <http://www.who.int/healthsystems/gf7.pdf> [última consulta 07/09/2012];

O PESS detalha as prioridades do sector de saúde e institucionalizou o reconhecimento de que os Parceiros de Cooperação desempenham papéis importantes no desenvolvimento do sector (nomeadamente é o de financiador). Neste sentido, o SWAP foi introduzido como elemento mediador entre os Parceiros de Desenvolvimento e o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) para consagrar um diálogo mais regular e aberto sobre o financiamento de serviços de cuidados de saúde e a gestão de fundos.

Apesar do “princípio emancipatório” do instrumento a sua aplicação continua a ser controlada pelos parceiros internacionais. Não obstante, trata-se de uma medida reveladora de tomadas de consciência sobre a necessidade efectiva de se alterarem os procedimentos gerais da cooperação.

3.3. Proposta de cooperação cubana em saúde com Moçambique

A presente proposta reúne as principais considerações das dimensões de análise abordadas ao longo do todo o trabalho. Não se trata de uma conclusão em tom de resposta às questões colocadas sobre o problema social identificado, mas uma consideração final enquanto proposta de caminho alternativo.

Os contributos dos autores enunciados no *capítulo 1* remetem para o estabelecimento do vínculo de responsabilidade ético-política entre ciência e libertação ou emancipação social para um modelo de desenvolvimento multicultural, com bases em relações de diplomacia em prol de um desenvolvimento mais justo e equitativo.

Interessa portanto focar uma alternativa de cooperação em saúde que preze por princípios de desenvolvimento através da diplomacia (com exemplos de cooperação bilateral para o desenvolvimento), promovendo “laços de amizade cívica”, como designa J. Rawls, (1972:27), para diminuir as assimetrias dos contextos, e sobre as polémicas do desenvolvimento entre o que é o justo para uns e injusto para outros.

Deste modo, a proposta incluiu um paralelismo entre os princípios de desenvolvimento integrado do movimento do Sul com as referencias de Rawls (algumas com base em Rousseau) sobre a teoria da moral, que segundo duas emoções básicas do homem: auto-preservação (sobrevivência) e empatia pelo sofrimento do próximo, ou seja, capacidade de se colocar no lugar do outro - tornam possível uma vivência cooperativa e solidária entre as nações.

Os princípios de diplomacia para o desenvolvimento, aplicada através do princípio de prioridade, como é apresentado por Rawls (e lembrando o conceito de Hegel), é a ideia ética e filosófica que retracta uma alternativa ao desenvolvimento social pautado por uma ética universal baseado nos valores do bem: justiça; e da igualdade: equidade.

Com o contributo de Rawls introduz-se a ideia do conceito *fairness* na ética social, que representa a capacidade para se viver em sociedade com a consciência de justiça equitativa em prol da saúde para todos.

Considerando que o movimento Sul tem revelado prática de desenvolvimento e de cooperação solidária, agindo em conformidade de uma coordenação, eficiência e estabilidade de desenvolvimento humanitário, a proposta aposta da cooperação cubana em saúde com Moçambique, nomeadamente para a replicação das estratégias de intervenção em saúde primária.

Das informações recolhidas sobre o *modus operandi* do sistema primário cubano embora não seja perfeito tem tido resultados notáveis. A aposta na prevenção e o investimento na educação das pessoas é uma medida sustentável para evitar factores de risco de doenças crónicas e para diminuir a carga da intervenção secundária.

A proposta assume relevância pelo sucesso do sistema de saúde primário cubano e pela intervenção comunitária implicada, sendo que, o bom exemplo pode e deve ser replicado, nomeadamente em Moçambique, país de bases comunitárias bastante sólidas, mas cujas condições socioeconómicas e sócio sanitários e de extrema pobreza condenaram o país ao elevado nível de dependência da economia global e da ajuda externa.

Esta hipótese poderá fazer parte do sucesso de Moçambique para a obtenção de resultados prósperos no que respeita ao aumento do número de pessoas com condições e acesso a cuidados de saúde.

A proposta inclui as seguintes dimensões:

- Visão integrada e comunitária para uma saúde sustentável global;
- Desenvolvimento de plataformas de saúde nacionais, alargadas e transversais aos diferentes níveis de intervenção em saúde, incluindo os patamares de administração ministerial e empowerment institucional;
- Intercâmbio para a formação técnica especializada;
- Estratégias alternativas de cooperação em saúde através da aposta em (1) medicina tradicional e natural (combatendo os interesses económico-industriais e patentes

farmacêuticas) e (2) inclusão de actores comerciais e da sociedade civil para o desenvolvimento da cultura do bem-estar e lazer através de sinergias turísticas e de saúde.

O facto de Cuba não fazer parte do sistema económico globalizado, nem adoptar políticas neoliberais afasta por princípio a hipótese de pretensão de domínios de poder sobre Moçambique, e as acções de cooperação cubanas assumem de forma evidente uma identidade de carácter solidário e de espírito humanitário.

Ao contrário das acções de cooperação em saúde levadas a cabo pelas ONG's em Moçambique, que se caracterizam pela posição externa e distanciamento entre os cooperantes e a população-alvo, as acções de cooperação cubana em saúde destacam-se pela proximidade entre os profissionais e a população-alvo.

Esta possibilidade de cooperação representa também uma intervenção com um custo-efectividade mais baixo por via da introdução de profissionais de saúde que representam custos salariais inferiores para a cooperação (profissionais cubanos) e a formação de profissionais locais para intervirem nas localidades e em prol do desenvolvimento do seu país. É fundamental que os profissionais estejam integrados dentro das comunidades, para que as intervenções concretizem programas adaptados às especificidades dos contextos, com forte aposta no domínio das relações sociais locais e segundo uma perspectiva de “sociologia da saúde que investiga a determinação que exercem os contextos social e institucional sobre as enfermidades e os comportamentos delas decorrentes. [E também inclui a perspectiva antropológica considerando a dimensão] da saúde e o que se relaciona a ela são fenómenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados” (Uchô, Elizabeth, et al, 1994: 498), evitando assim o vazio cultural entre as práticas de sobrevivência do dia-a-dia e as políticas de saúde pública e segurança nacional.

Em suma e na tentativa de dar um contributo para a melhoria dos programas e abordagens de intervenção em saúde em Moçambique propõe-se que as novas filosofias de cooperação incluam:

- i.** Uma perspectiva antropológica da saúde, tratamento e doença;
- ii.** Abordagens etnográficas de apreciação das influências da intervenção (previsão dos efeitos colaterais das ajudas internacionais) nomeadamente a coerção moral e ética das escolhas das prioridades de sobrevivência, privilegiando o ponto de vista os autóctones;
- iii.** Adequabilidade de intervenções em função das reais necessidades, minimizando os efeitos colaterais morais;

- iv. Através de intervenções estruturais e funcionalistas na organização social, de modo a garantir o suprimento das necessidades básicas, numa óptica global de promoção da saúde e do bem – estar.

A boa notícia é que o estreitamento de relações já está a ser coagitado pelos governos de Cuba e Moçambique. A 21 de Maio de 2012, realizou-se em Maputo um encontro entre dois membros dos Estados de Moçambique e Cuba para reafirmarem as necessidades de incrementar as suas relações de cooperação e amizade, identificando novas áreas de interesse para os dois países e povos⁴¹ Cuba revelou estar interessado em enviar mais moçambicanos para se formarem em diferentes instituições cubanas nas áreas de interesse nacional, mas com destaque para a saúde onde Cuba é uma referência mundial⁴².

No encontro, as duas partes expressaram a sua satisfação pelo excelente nível da cooperação bilateral, particularmente nas áreas de saúde e educação, e assumiram o compromisso de reforçarem continuamente as relações existentes entre a República de Moçambique e a República de Cuba⁴³.

Conclusão

Importa em primeira instância explicar que a conclusão deste trabalho não sistematiza necessariamente as principais considerações dos capítulos apresentados (como dita a habitual e tradicional prática académica). Trata-se de uma conclusão essencialmente reflexiva dotada de toda uma subjectividade crítica sobre as dimensões analisadas ao longo dos capítulos.

A abordagem ideológica sobre a situação actual é o reforço dos conteúdos de diversas teorias e conceitos sobre desenvolvimento e epistemologia política que deverão orientar o *Saber como* levar a cabo boas práticas de desenvolvimento humano.

No caso específico da ajuda externa em saúde as críticas apontam para uma ajuda desigual e por vezes “ilegal” pois efectivamente o acesso ao direito de saúde para todos só está ao alcance dos que estiverem inseridos em esferas económicas globalizadas.

⁴¹ Notícia “MOÇAMBIQUE E CUBA REAFIRMAM RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO E AMIZADE”, disponível em: <http://noticias.sapo.mz> [última consulta: 07/09/2012];

⁴² <http://www.opais.co.mz/index.php/politica/63-politica/20335-cuba-vai-continuar-a-ajudar-mocambique-na-saude-e-educacao.html>, [última consulta: 07/09/2012];

⁴³ “Ministro Baloi avalia com visitante cubano as relações de cooperação Moçambique-Cuba”, disponível em: <http://www.minec.gov.mz/>, [última consulta: 07/09/2012];

Historicamente a ajuda internacional caracterizou-se como uma estratégia de controlo mundial e de gestão de interesses geopolíticos. Karen Mundy num artigo sobre os paradoxos da ajuda internacional refere que *a ajuda internacional não serve apenas para aliviar o mundo pobre, mas para legitimar as acções dos governos mais ricos do mundo e dos seus interesses pessoais (dos Estados) e geopolíticos* (2010: 51).

O ciclo de pobreza geracional em estruturas sociais sem acesso às redes de oportunidades, de melhoria de qualidade de vida e de bem-estar contradiz o imaginário dos povos que ingenuamente acreditam viver numa era dita desenvolvida.

A dominância cultural do (pseudo) desenvolvimento não é mais nem menos do que uma opressão social, económica e cultural das grandes potências do norte e ocidente. Estas fundamentadas em princípios de universalidade e de cooperação “envenenada” que perpetuam as assimetrias globais e continuam a condenar à fome e sofrimento uma vasta camada populacional do nosso mundo.

O paradigma da modernidade evidencia que o progresso da ciência não priorizou o desenvolvimento humano na verdadeira óptica humanitária. Em detrimento do desenvolvimento social global, o progresso foi orientado por interesses particulares de crescimento económico, camuflado por práticas políticas ultrajantes aos valores da democracia e do desenvolvimento social e humano, uma vez que exclui todos aqueles que não têm acesso à moeda.

A hipocrisia da governamentalidade actual revela um papel redutor da função dos Estados, a mera regulação e o controlo social, negligenciando os valores de progresso pela liberdade e emancipação cultural dos povos mais vulneráveis.

Os vulneráveis apresentam-se como os mesmos de sempre, os potenciais também. As assimetrias são abismais. Face à incapacidade de superação do problema, dá-se a apatia generalizada dos povos – o cordeirismo social (alimentado pelos media) e ausência de consciência social.

E é este o cenário que caracteriza o fracasso do projecto de desenvolvimento da modernidade e a perversidade da cooperação internacional em saúde.

A luta, a reivindicação e a contra dominância é emergente e é o desafio da era pós moderna. Em tempo actual cabe repensar no desenvolvimento com a adopção de políticas de capazes de elaborar sinergias diplomáticas para um desenvolvimento global e sustentável, ancorados em princípios de ética política e económica, responsabilidade e equidade social, e consciência cívica e humanitária para o desenvolvimento global.

As leituras sobre gênese do movimento sul-sul e as críticas ao modelo de cooperação tradicional permitem validar efectivamente a cooperação sul-sul como uma alternativa mais justa e equitativa, não obstante, relatórios recentes do PNUD não isentam os interesses políticos e económicos, com estratégias de futura dominância das economias emergentes do sul sobre as demais e ainda em ascensão.

O trabalho reivindica portanto os princípios de equidade e universalidade à saúde. A equidade na saúde implica que, idealmente, todos devem ter oportunidade justa para desenvolver todo seu potencial e ninguém deve ficar em desvantagem para alcançá-lo. Assim, visando a equidade, deve-se oferecer oportunidades iguais para a saúde, mantendo as desigualdades na saúde no nível mais baixo possível.

A proposta alternativa através cooperação de Cuba com Moçambique visa contribuir para a diminuição dos problemas de saúde dos moçambicanos e a promoção da acessibilidade de todos a cuidados primários de saúde, tomando como exemplo os resultados de sucesso do sistema de saúde cubano.

A proposta de cooperação cubana assenta em estratégias de cooperação técnica como alternativa às subjugações económicas e promoção da independência de governança de Moçambique (diminuindo também os riscos de aliciamento á corrupção incrementados pela ajuda económica).

As práticas comunitárias cubanas de intervenção em saúde são adequadas ao contexto moçambicano e potenciam intervenções a partir das especificidades dos contextos e das lógicas de sobrevivência de cada comunidade.

É fundamental que a intervenção em saúde seja realizada por profissionais capazes de exercer para além do seu âmbito profissional e que incluam nas abordagens à comunidade a análise geracional dos indivíduos ao nível da evolução dos seus valores morais e éticos em adaptação a contextos brutalmente difíceis: “(...) *more scholars should become aware of the ways in which the presence of the disease has affected local and household economies; gender and kinship relations; religious expression and organisation; conceptions of life, death and healing; (...)*” (Dilger, H., 2009: 3).

A análise sobre a evolução dos valores morais e éticos exige que abordagem etnográfica adopte uma *perspectiva emic*: “(...) *emic perspective privileges the view point of the local, the insider (...)*”(Pool, R. and Geissler, W.:2010: 24). A previsão dos efeitos permitirá de acordo com as perspectivas dos autóctones desenhar linhas de intervenção e criar respostas sociais adequadas às suas reais e primordiais necessidades.

Neste ponto, interessa indicar que a previsão deverá servir em grande instância para pensar e desenvolver em intervenções globais de estrutura e funcionalismo de programas amplos de garantia e defesa dos direitos humanos e o acesso a bens elementares para a sobrevivência dos povos: Alimentação, Água, Saúde, Saneamento, educação (entre outros). Ou seja, ampliar respostas sociais capazes de sustentar articuladamente as intervenções sociais de melhoria de qualidade do desenvolvimento humano.

Se o que é básico e elementar não for providenciado para o bem-estar social e de saúde, não vale a pena o investimento em grandes programas de combate epidémico. Quanto maior é a debilidade social, maior é o risco epidémico. Implementar programas específicos de combate a doenças específicas em contextos socialmente desprovidos da garantia dos serviços mínimos de sobrevivência, é ditar ao fracasso os programas antes mesmo de se iniciarem.

A incrementar a emergência do modelo alternativo é a real constatação de que o modelo tradicional de cooperação é uma farsa imperialista dos países do norte, que com a lógica de dominância económica levou à actual crise mundial, falindo não apenas os países do sul em desenvolvimento, como os países periféricos do norte (pseudo) desenvolvidos (Portugal, Espanha, Grécia, Itália, Irlanda, etc), estremecendo até as superpotências (E.U., Alemanha, Inglaterra) mas perpetuando a sua dominância nas decisões globais. “Actualmente, na agitação do período de crise económica, os países em desenvolvimento não acreditam que o “Norte Global” tenha condições de ditar lições sobre gestão económica e financeira (...) estendido também para outras áreas (...)”(PNUD, 2010:5).

Bibliografia

Amador, Ethel., (2001), “El nuevo rostro de la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y las nuevas tendencias internacionales”, **Ciências Sociais**, v.I, no. 94, pp. 169-168;

Castel-Branco, C. Nuno, (2011), “Dependência de Ajuda Externa, Acumulação e *Ownership*”, Cadernos IESE, disponível em: http://www.iese.ac.mz/lib/publication/cad_iese/CadernosIESE_07_CNCB.pdf;

Bogdan, R.; Biklen,S.,(1994), *Investigação Qualitativa Em Educação*, Porto, Porto Editora;
Buss, M. Paulo., Ferreira, J.R., Março 2010, “Diplomacia da Saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de cooperação em saúde da Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP)”, **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.4, n.1, Rio de Janeiro, 106-118, [última consulta 25/12/2011], disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br>;

Buss, M. Paulo., Ferreira, J.R., “Ensaio Crítico sobre a cooperação internacional em saúde”, **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.4, n.1, Rio de Janeiro, Março 2010: 93-105, [última consulta 10/10/2011], disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br>;

Castro, Arachu., Singer, Merrill., (2004), *Unhealthy health policy – A Critical Anthropological Examination*”, AltaMira Press, United Kingdom;

Chaple, E. Beldarraín, July/Sept 2006, “Public health in Cuba and its international experience (1959 – 2005)”, **Revista História, Ciência, Saude-Manguinhos**, vol.13, no.3, Rio de Janeiro, 703 – 716;

Cooper, Frederick, Randal Packard, (1997), *International Development and the Social Sciences*, disponível em: <http://www.google.pt/books>;

Couto, Mia., (2002), *O ultimo voo do Flamingo*, Lisboa, Caminho;

Dasbach, E., Teutsch, S. M., 1996, Cost-utility analysis, pp. 4-12. In AC Hadix, SM Teutsch, PA Shafer & DO Dunet (orgs.), **Prevention Effectiveness: a Guide to Decision Analysis and Economic Evaluatio**n, Oxford University Press, Oxford;

Declaração de Paris, (2005), “Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento Fórum de Alto Nível”, Paris, 28 de Fevereiro - 2 de Março de 2005, [última consulta 30/12/2011]disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/56/41/38604403.pdf>;

Dilger, Hansjörg., (2007), “Healing the Wounds of Modernity: Salvation, Community and Care in a Neo-Pentecostal Church in Dar Es Salaam, Tanzania”, *Journal of Religion in Africa* 37: Pp. 59-83;

Diretrizes OMS sobre Medicina Natural e Tradicional, [última consulta 20/01/2011], disponível em: <http://www.sld.cu>;

Edelman, Marc., Haugerud, Angélique., (2005), *The Anthropology of Development and Globalization*, London, Blackwell;

Escobar, Arturo, (1991), *Anthropology and the Development Encounter: the Making and Marketing of Development Anthropology*, in *American Ethnologist*, 18, 4, 658-682;

Escobar, Arturo, (1995), *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*, Princeton: Princeton University Press;

Escobar, Arturo., (2007), *La invención del Tercer Mundo, Construcción y Desconstrucción del desarrollo*, Caracas, Venezuela;

Farmer, Paul, (2001), *Infections and Inequalities : The Modern Plagues*, Berkeley, Univ. Calif. Press;

Farmer, Paul, (2008), *Challenging orthodoxies : the road ahead for health and human rights*, *Health Hum, Rights*, 10, 5 – 19;

Foucault, Michel, (1979), *La Politique de la Santé au XVIIIème siècle*. In *Les machines à guérir. Aux origines de l' hôpital moderne*, Bruxelles, Atelier Pierre Madarga, 7-18.; edição espanhola

Foucault, Michel (1990) "Historia de la medicalización" en l *La vida de los hombres infames*. Madrid, La Piqueta, (PDF)

Foucault, Michel (1991) *Saber y verdad*. Madrid, Ediciones La Piqueta;

Gramsci, António, (1975), *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*, Juan Pablos Ed., México;

Green, Miriam,(1995), *Measuring quality of life*, pp.108-124, in M. Green (org.). *The economics of health care. Office of Health Economics (OHE)*. Cambridgeshire, Inglaterra;

Habermas, Jürgen, 1990, *O Discurso Filosófico da Modernidade*, Lisboa, Publicações Dom Quixote;

Held, D., McGrew, A., (2007), "Globalization, anti-globalization: Beyond the Great divide", Polity Press, Cambridge, UK;

Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2010, **SEGIB**, Madrid. [última consulta 04/10/2011], disponível em <http://segib.org/> ;

Kickbusch, I., Silberschmidt, G., Buss, P.M., (2007), "Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health", **Bull WHO**, vol. 85, n.3, 230-232;

Lopez, D. G., (2002), "Relaciones Cuba-África: Marco para un Bojeo Bibliográfico", **Estudios Afro-Asiáticos**, A.24, no.3: 601-630, [última consulta 10/10/2011], disponível em: [http://port.pravda.ru](http://port.pravda.ru;);

Osa, José de la, (2011), "Um olhar para a saúde pública cubana", **Estudios Avanzados**, vol.25 no.72 São Paulo, [última consulta: 02/08/2012], disponível em: [http://www.scielo.br](http://www.scielo.br;);

PARPA III, 2011-2014, Conselho de Ministros Maio 2011, PARPA III;

Pfeiffer, James, (2003), "International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for new model of collaboration", **Social Science and Medicine**, 56, 725-738;

Pheiffer, James, Chapman, R., (2010), "Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and Public Health", **Annual Review of Anthropology**, 39, 149-165;

Pool, R. and W. Geissler, (2010), Chapter 4: "Medical systems and medical syncretism". In: Pool, R. and W. Geissler, **Medical Anthropology**, Pp. 39-44. Berkshire, MacGrawHill, Open University Press;

Pool, R. and W. Geissler, (2010), Chapter 5: "Interpreting and Explaining sickness". In: Pool, R. and W. Geissler, **Medical Anthropology**, Pp. 32-38. Berkshire, MacGrawHill, Open University Press;

Madureira, Pedro., (2010), Sistema de Saúde Cubano, Universidade de Coimbra, disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt>;

Matos, O., (1999), “Qualidade de Vida: uma visão polisémica”, [última consulta 06/09/2012] disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos2/qualidade-vida-saude/qualidade-vida-saude2.shtml>;

Matsinhe, Cristiano, (2005), “Tábua Rasa”: Dinâmica da resposta moçambicana contra HIV – SIDA”, [última consulta 30/12/2011] disponível em: http://www.ifcs.ufrj.br/~ppgsa/doutorado/Texto_completo_54.prn.pdf;

Menéndez, E L., (2005), “O Modelo Médico e a Saúde dos Trabalhadores”, in **Salud Colectiva**, vol.1, n.1, 9-32, jan/abr;

Meneses, M.Paula, Santos, B., (2010) Epistemologias do Sul, Coleção CES, Almedina;

Milano, João, (2005), Cooperação Sem Desenvolvimento, Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais;

Navarro, Vicente, (1976, 1979) La medicina bajo el capitalismo. Barcelona, Grijalbo

Netto, José Paulo (1992), “A Controvérsia Paradigmática nas Ciências Sociais”, in **A Produção de Conhecimento em Serviço Social**, Cadernos ABESS nº5, São Paulo, Cortez;

Rawls, John, 1972, Teoria da Justiça, Editorial Presença;

Rosen, George., (1994), *A History of public Health*, São Paulo, Unesp;

Santana, J. P., “Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde”, **Revista Ciência e Saúde Colectiva**, art. n.285, 2010 [última consulta 10/10/2011], disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos>;

Santos, Boaventura Sousa, (1999), “A Construção Multicultural da Igualdade e da Diferença”, Oficina do Centro de Estudos Sociais, Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra;

Santos, Boaventura Sousa, (2002), *A Crítica da Razão Indolente: Contra o Desperdício da Experiência [Para um novo senso comum. A ciência, o direito e a política na transição paradigmática, Volume I]*, Porto, Edições Afrontamento;

Santos, Boaventura Sousa, Silva, T. Cruz e, 2004, *Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social.*, Maputo, Centro de Formação Jurídica e Judiciária;

Santos, Theotônio dos, (2003), *Os impasses da globalização – hegemonia e contra-hegemonia*, Rio de Janeiro, Editora PUC-Rio, 2003, vol.1;

Semeraro, G., (2006), **Intelectuais “Orgânicos” em Tempos de Pós-Modernidade**, in *Cad. Cedes*, Campinas, vol.26, n.70, 373-391, set/dez.;

Sen, Amartya, 2003, *O Desenvolvimento como Liberdade*, Gradiva;

Schander, M., (2010), *Measures of efficiency in healthcare: QALMs about QALYs?*, Institute for Innovation & Valuation in Health Care, [última consulta 10/08/2012], disponível em <http://www.michaelschander.com/pnp/publications>;

Stusser, J. Rodolfo, (2011), *Demystifying the Cuban Health System: an insider’s view*, Cuba in Transition, ASCE;

Villa T.C.S., Weiller T.H., Palha P.F., Mishima S.M., Angerami E.L.S, Sá LD, (Maio 2001), “Saúde internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos”, **Revista Latino-am Enfermagem**, Vol. 9,no.3: 101-105;

UNDP- United Nations Development Programme, (1997), “Capacity Development: Technical Advisory Paper”, no. 2, **Management Development and Governance Division**, Bureau for Policy Management, New York;

UNDP, (2007), **Evaluation of UNDP Contribution to South-South Cooperation**: Chapter 2: “UNDP and South-South Cooperation since 1996”, 2007, [última consulta 28/05/2012], disponível em <http://www.undp.org/evaluation/documents/>,

UNDP, (2008), “Criando Valores para todos : Estratégias para fazer negócios com os pobres”;

UNDP, (2010), “Cooperação Sul-Sul, o mesmo jogo de sempre ou um novo paradigma?”, no. 20, **Poverty in Focus**, Centro Internacional de Políticas de Crescimento Inclusivo: Grupo de Pobreza, Escritório de Políticas para o Desenvolvimento do PNUD;

USAID, Brasil, Estratégia DOTS de combate à Tuberculose, [última consulta 06/09/2012] disponível em <http://brazil.usaid.gov>;

Weindling, Paul, (2006), “As origens da participação da América Latina na Organização da Saúde da Liga das Nações, 1920 a 1940”, **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Julho/Setembro, vol. 13, no.3: 319 – 332, [última consulta 06/06/2012], disponível em: <http://www.medicando.com.br/conteudo/noticia/-parceria-para-produzir-medicamentos-e-um-marco-na-cooperacao-com-cuba>.