

Contribuição de Portugal para a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil na Guiné-Bissau: Uma análise da Ajuda Pública ao Desenvolvimento de Portugal (2002–2018)

Portugal's Contribution to Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health in Guinea-Bissau: A Review of Portugal's Official Development Assistance (2002–2018)

Contribution du Portugal à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile en Guinée-Bissau: Une analyse de l'aide publique au développement du Portugal (2002–2018)

Anaxore Casimiro^{1,2,3} , Autor correspondente / Corresponding author / Auteur correspondant: anaxorec@gmail.com, Michel Jareski Andrade⁴ 
Réka Maulide Cane^{1,5} , Luís Varandas^{1,2,3} , Isabel Craveiro¹ 

(1) Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Associate Laboratory in Translation and Innovation Towards Global Health, LA-REAL, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade NOVA de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal.

(2) Hospital Dona Estefânia, HDE, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal.

(3) NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal.

(4) Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO, Paraná, Brasil.

(5) Instituto Nacional de Saúde, INS, Ministério da Saúde, MISAU, Maputo, Moçambique.

Resumo

Introdução: A saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI) permanece como um dos principais desafios globais de saúde, especialmente nos países de baixa renda. Na Guiné-Bissau, os indicadores nesta área mantêm-se preocupantes, refletindo fragilidades estruturais persistentes. Portugal, enquanto parceiro histórico, tem apoiado o setor da saúde através de várias iniciativas de cooperação.

Objetivo: Este estudo analisa as tendências de financiamento de Portugal para a SRMNI na Guiné-Bissau.

Material e Métodos: Para estimar os desembolsos destinados à SRMNI na Guiné-Bissau, no período de 2002 a 2018 — definido com base na disponibilidade de dados —, foram compiladas informações de financiamento reportadas no *Creditor Reporting System* da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e aplicada a metodologia Muskoka2. Este método permite calcular a proporção da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) alocada anualmente à SRMNI, por doador e país beneficiário. A análise das estimativas foi realizada com recurso aos softwares SPSS (versão 28.0) e Excel (versão 16.0).

Resultados: Entre 2002 e 2018, Portugal atribuiu 215,6 milhões de dólares em Ajuda Pública ao Desenvolvimento à Guiné-Bissau, dos quais 22,4 milhões (10,4%) foram canalizados para a SRMNI. A maior parte deste financiamento (72,4%) foi destinada à evacuação médica para Portugal, revelando uma forte dependência externa para cuidados especializados. Apenas 15% dos recursos foram investidos em cuidados de saúde reprodutiva, desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e controlo de doenças infecciosas. Áreas estruturantes, como o planeamento familiar e o reforço do sistema de saúde, receberam financiamento residual.

Conclusão: Portugal teve um papel crucial no financiamento da SRMNI na Guiné-Bissau, com ênfase na evacuação de doentes. A elevada dependência da evacuação médica compromete a autonomia e a resiliência do sistema de saúde guineense. Futuras iniciativas devem equilibrar as necessidades imediatas com investimentos de longo prazo, voltados ao fortalecimento da infraestrutura de saúde e à capacitação dos profissionais de saúde, de modo a assegurar uma melhor resiliência do sistema de saúde guineense em contextos de crise e da redução do financiamento.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil; ajuda pública ao desenvolvimento; cooperação; Portugal; Guiné-Bissau; África Ocidental.

Abstract

Introduction: Reproductive, maternal, neonatal and child health (RMNCH) remains one of the main global health challenges, especially in low-income countries. In Guinea-Bissau, indicators in this area remain worrying, reflecting persistent structural weaknesses. Portugal, as a long-standing partner, has supported the health sector through various cooperation initiatives.

Objective: This study analyses trends in Portuguese funding for RMNCH in Guinea-Bissau.

Materials and Methods: To estimate disbursements for SRMNI in Guinea-Bissau from 2002 to 2018—defined based on data availability—funding information reported in the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Creditor Reporting System was compiled and the Muskoka2 methodology was applied. This

method allows the proportion of Official Development Assistance (ODA) allocated annually to SRMNI to be calculated by donor and beneficiary country. The estimates were analyzed using SPSS (version 28.0) and Excel (version 16.0) software.

Results: Between 2002 and 2018, Portugal allocated 215.6 million dollars in Official Development Assistance to Guinea-Bissau, of which 22.4 million (10.4%) was channeled to SRMNI. Most of this funding (72.4%) was allocated to medical evacuation to Portugal, revealing a strong external dependence for specialized care. Only 15% of resources were invested in reproductive health care, human resource development for health, and infectious disease control. Structural areas, such as family planning and strengthening the health system, received residual funding.

Conclusion: Portugal played a crucial role in financing SRMNI in Guinea-Bissau, with an emphasis on patient evacuation. The high dependence on medical evacuation compromises the autonomy and resilience of the Guinean health system. Future initiatives should balance immediate needs with long-term investments aimed at strengthening health infrastructure and training health professionals, in order to ensure greater resilience of the Guinean health system in contexts of crisis and reduced funding.

Keywords: Reproductive, maternal, newborn, and child health; official development assistance; cooperation; Portugal; Guinea-Bissau; West Africa.

Résumé

Introduction: La santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) demeure un enjeu majeur de santé mondiale, en particulier dans les pays à faible revenu. En Guinée-Bissau, les indicateurs restent préoccupants, traduisant des faiblesses structurelles persistantes. Le Portugal, en tant que partenaire historique, soutient ce secteur à travers des initiatives de coopération bilatérale.

Objectif: Analyser l'évolution et les priorités du financement portugais en faveur de la SRMNI en Guinée-Bissau, en mettant en lumière ses implications sur la durabilité du système de santé.

Méthodes: L'étude couvre la période 2002-2018, définie selon la disponibilité des données et la cohérence avec les cycles de coopération. Les décaissements ont été extraits du Système de notification des pays créanciers de l'OCDE et analysés selon la méthodologie Muskoka2, qui estime la part annuelle de l'aide publique au développement (APD) destinée à la SRMNI, par pays et par donateur. L'analyse a été effectuée à l'aide des logiciels SPSS (v28.0) et Excel (v16.0).

Résultats: Sur 215,6 millions de dollars d'APD portugaise à la Guinée-Bissau, 22,4 millions (10,4%) ont été affectés à la SRMNI. La majorité de ce financement (72,4 %)

a été consacrée à l'évacuation médicale vers le Portugal, révélant une forte dépendance externe pour les soins spécialisés. Seuls 15 % ont été investis dans les soins de santé reproductive, la formation du personnel de santé et la lutte contre les maladies infectieuses. Des domaines clés comme la planification familiale ou le renforcement des capacités du système de santé ont reçu peu de soutien.

Conclusion: Bien que le Portugal joue un rôle central dans le financement de la SRMNI, la concentration des ressources sur les évacuations médicales soulève des inquiétudes quant à la durabilité du système de santé guinéen. Les futures coopérations devraient privilégier des investissements structurels à long terme, en misant sur les ressources humaines et les infrastructures locales pour renforcer la résilience face aux crises et à la variabilité des financements.

Mots-clés: Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile; aide publique au développement; coopération; Portugal; Guinée-Bissau; Afrique de l'Ouest.

Introdução

A morbimortalidade materna, neonatal e infantil continua a representar um desafio importante a nível global, sobretudo em países de baixa renda [1–5]. Ao longo dos anos, esta questão tem merecido especial atenção por parte da comunidade internacional, refletida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e na concretização da Cobertura Universal de Saúde [1,2]. Por outro lado, iniciativas destinadas à redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil, têm recebido um apoio substancial através da ajuda bilateral, da ajuda multilateral e de Iniciativas Globais de Saúde [3–7]. Alguns autores sugerem que os doadores tendem a canalizar a ajuda destinada ao desenvolvimento e ao combate à pobreza através de instituições multilaterais e a utilizar a sua ajuda bilateral para prosseguir objetivos geopolíticos. Assim, esta ajuda concentra-se em países que refletem as prioridades da comunidade internacional e dos próprios Estados doadores [8,9].

A Guiné-Bissau, situada na costa ocidental africana e limitada a norte pelo Senegal, a sul pela Guiné-Conacri e a Oeste pelo Oceano Atlântico, partilha uma ligação histórica com Portugal. Esta relação remonta ao século XV, quando o navegador português Nuno Tristão chegou à costa da Guiné em 1446, e tem sido

marcada por períodos de tensão e violência, nomeadamente durante as campanhas de pacificação no início do século XX, após a Conferência de Berlim de 1886. Esta história turbulenta culminou em 11 anos de luta armada e numa declaração unilateral de independência em 1973, oficialmente reconhecida por Portugal a 10 de setembro de 1974 [10–12]. Desde a independência, a Guiné-Bissau tem enfrentado episódios recorrentes de instabilidade política, económica e militar, os quais têm comprometido o funcionamento das instituições e contribuído para os persistentes défices nos indicadores macroeconómicos e de saúde [7,13–15].

Portugal iniciou o seu percurso democrático em abril de 1974, dando início a uma trajetória de cooperação para o desenvolvimento e demonstrando um compromisso contínuo com as relações com as antigas colónias, agora Estados independentes [16]. Em 1991, com a adesão ao Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD), Portugal passou a assumir-se como país doador, reconhecendo o seu papel essencial na relação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). A Estratégia da Cooperação Portuguesa 2030 estabelece o enquadramento fundamental para a concretização da política pública de cooperação internacional para o desenvolvimento. Esta estratégia assenta em três dimensões estruturantes, que constituem os pilares orientadores da operacionalização da política pública: Cooperação para o Desenvolvimento, Educação para o Desenvolvimento e Ação Humanitária e de Emergência [17]. Neste contexto, a cooperação portuguesa com a Guiné-Bissau assume particular relevância, especialmente no setor da saúde, onde tem contribuído para o reforço das capacidades institucionais, a formação de recursos

humanos e a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população [18].

O presente estudo visa analisar as tendências de financiamento de Portugal para a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI) na Guiné-Bissau, no período compreendido entre 2002 e 2018. Pretende-se caracterizar a alocação temporal e setorial dos desembolsos, bem como identificar padrões de priorização e lacunas de financiamento, com base na aplicação da metodologia Muskoka2 [6].

A escolha da área da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil como foco deste estudo justifica-se pela persistência de indicadores de saúde extremamente preocupantes na Guiné-Bissau. Destacam-se, entre eles, a elevada taxa de mortalidade materna (505 por 100.000 nascimentos), a mortalidade de crianças menores de cinco anos (69,3 por 1.000 nascidos vivos) e a mortalidade neonatal (33 por 1.000 nascidos vivos) (Tabela 1) [19,20]. Esses dados refletem fragilidades estruturais profundas do sistema de saúde, em especial no que se refere à força de trabalho: há uma escassez significativa de profissionais de saúde, com somente 2,52 médicos e 9,9 enfermeiros e parteiras por 10.000 habitantes - números muito abaixo da recomendação da Organização Mundial da Saúde, que propõe um mínimo de 44,5 profissionais (médicos, enfermeiros e parteiras) por 10.000 habitantes [21]. Soma-se a isso uma distribuição geográfica desigual, deficiências na formação e limitações no acesso a recursos essenciais [22,23]. A relevância desta área é ainda reforçada pela relação histórica de cooperação entre a Guiné-Bissau e Portugal, bem como pela prioridade atribuída à SRMNI em instrumentos como o Programa Estratégico de Cooperação (PEC) (2021–2025) [24], o que reforça a sua pertinência como objeto central de análise.

Tabela 1: Alguns indicadores-chave selecionados da Guiné-Bissau e da África Ocidental e Central

Indicador	Guiné-Bissau	África Subsaariana
População total	2.153.339	1.259.902,35
PIB per capita, PPC (US\$ internacionais constantes de 2021)	2.579	4,309
Esperança de vida à nascença (anos)	64	63
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1.000 nados-vivos)	69	68
Rácio de mortalidade materna (por 100.000 nados-vivos)	505	448
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nados-vivos)	33	26
Despesa corrente em saúde (% do PIB)	8,1%	5,1%
Despesa corrente em saúde per capita, PPC (US\$ internacionais)	186,6	217,1
Despesa do governo em saúde (% do PIB)	1,11	2,0
Despesa do governo em saúde (% da despesa corrente em saúde)	13,6%	40,1%
Despesas diretas do bolso (% da despesa corrente em saúde)	64,9%	32,0%
Despesa externa em saúde (% da despesa corrente em saúde)	18,2%	13,5%
Despesa externa em saúde per capita, PPC (US\$ internacionais)	34,0%	30%

PIB - Produto interno bruto; PPC - Paridade do poder de compra.

Dados retirados dos Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial

Materiais e métodos

Fonte de dados

Foram compilados dados dos desembolsos da Ajuda Pública ao Desenvolvimento de Portugal, entre 2002 e 2018, a partir do Sistema de Informação sobre Credores (CRS) da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e da iniciativa Muskoka2 [6,18]. Adicionalmente, foram integrados dados complementares disponibilizados pelo Ministério da Saúde de Portugal, com o propósito de realizar a triangulação dos resultados e aferir a robustez das estimativas relacionadas às evacuações médicas [25–27]. Estes dados são de acesso público, não sendo necessária aprovação ética nem autorização administrativa para a sua utilização. Antes da análise, foi realizada a verificação da consistência e da ausência de duplicações.

Análise de dados

Os dados foram exportados para o Microsoft Excel (versão 16) e para o IBM SPSS Statistics (versão 28.0 para Macintosh) [28], para codificação e gestão. Os valores dos desembolsos são apresentados em dólares constantes de 2018, ajustados com os deflatores do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD).

Estimativa dos desembolsos para a SRMNI utilizando a metodologia Muskoka2

Foi aplicada a metodologia Muskoka2 [6,18] à base de dados de atividades de ajuda do CRS da OCDE, para gerar estimativas dos desembolsos destinados à SRMNI de Portugal para a Guiné-Bissau, no período de 2002 a 2018. A metodologia Muskoka2 consiste num algoritmo automatizado aplicado aos dados de ajuda reportados ao CRS da OCDE, que estima o valor monetário do financiamento com impacto direto nos resultados da SRMNI a nível global, por ano, por país beneficiário e por doador. Esta metodologia inclui também o financiamento dirigido a doenças específicas, como o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a malária, o reforço dos sistemas de saúde, o setor da água e saneamento, bem como as parcelas do financiamento destinadas ao setor humanitário [6].

Descrição de atividades e despesas em SRMNI

A SRMNI inclui atividades que contribuem para a melhoria do acesso de mulheres e crianças a um pacote abrangente e integrado de intervenções e serviços essenciais de saúde ao longo do ciclo de vida [29]. As despesas com a saúde reprodutiva (SR) são definidas como

os montantes especificamente destinados à saúde sexual e reprodutiva de mulheres não grávidas, incluindo o planeamento familiar, saúde sexual, infeções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH, bem como políticas populacionais [6,30]. As despesas com a saúde materna e neonatal (SMN) referem-se às despesas afetas a atividades cujo objetivo principal é restaurar, melhorar e manter a saúde de mulheres grávidas e dos seus filhos durante a gravidez, o parto e o primeiro mês após o nascimento [6,31]. Por sua vez, as despesas com a saúde infantil (SI) incluem atividades cujo propósito principal é restaurar, melhorar e manter a saúde de crianças com idades entre um mês e os cinco anos [6,31].

Foram também consideradas outras atividades com benefícios para a SRMNI, como o reforço dos sistemas de saúde, a prestação geral de cuidados de saúde, o apoio orçamental geral, a ajuda humanitária em saúde, o setor da água e saneamento, bem como algum financiamento específico para determinadas doenças (por exemplo, malária, VIH e tuberculose) [11]. Os fundos atribuídos a estas categorias mais amplas de despesa foram alocados à SRMNI com base em regras que refletem a proporção do desembolso considerada como beneficiando diretamente a SRMNI [6,18].

Estimativa da ajuda para a SRMNI

As estimativas da ajuda para a SRMNI foram calculadas com base na atribuição de uma percentagem (0–100%) do valor de cada desembolso constante no CRS que beneficia a SRMNI. O código de finalidade do CRS determina a percentagem da ajuda reportada e atribuída a cada área temática. Entre os 223 códigos de finalidade existentes, 25 são considerados relevantes para a SRMNI e, por conseguinte, recebem uma percentagem distinta de zero [6].

No caso da malária, VIH/SIDA, tuberculose e apoio orçamental geral, as percentagens puderam variar com base nos dados relativos à carga da doença, bem como à despesa demográfica e governamental em saúde na Guiné-Bissau por ano [6,18].

Resultados

Durante o período analisado, Portugal atribuiu um total de 215,6 milhões de euros em ajuda pública ao desenvolvimento à Guiné-Bissau, dos quais 22,6% (48,3 milhões de euros) foram especificamente destinados ao setor da saúde (Políticas/Programas de Saúde e População e Saúde Reprodutiva). Desse montante, 10,4% (22,4 milhões de euros) foram

alocados explicitamente a iniciativas de SRMNI.

Papel de Portugal na Financiamento da SRMNI na Guiné-Bissau e nos PALOP

Portugal destacou-se como o terceiro maior contribuinte durante o período analisado, após o Fundo Global de Combate ao VIH/SIDA, Tuberculose e Malaria, com 55,4 milhões de dólares, e os Estados Unidos da América, com 34,4 milhões de dólares (Fig. 1).

Entre 2002 e 2008, a ajuda portuguesa foi gerida através do Instituto Camões de Cooperação e da Língua. No entanto, a partir de 2009, a responsabilidade passou a ser assumida por diversas entidades centrais e municipais. No âmbito da ajuda externa de Portugal destinada à SRMNI nos PALOP, a Guiné-Bissau destacou-se como o segundo maior beneficiário, a seguir a Cabo Verde, tendo recebido uma parcela substancial dos fundos atribuídos

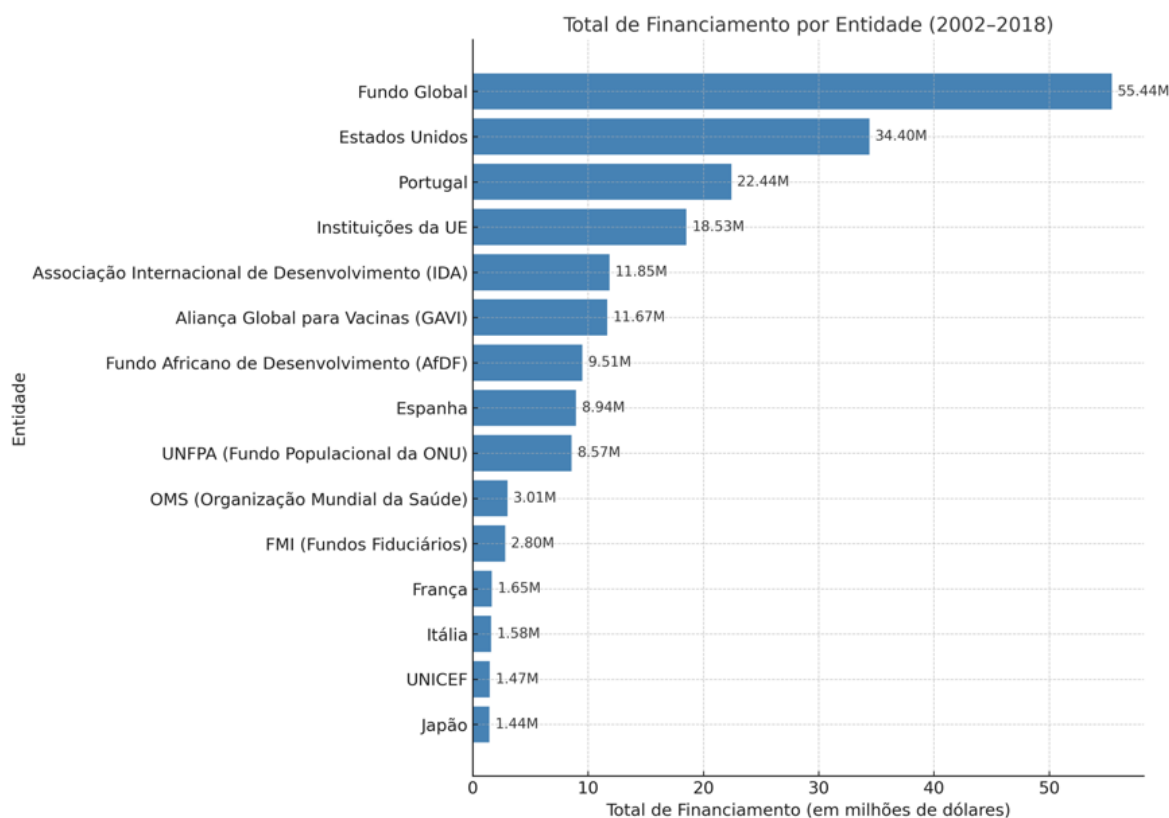


Figura 1: Financiamento para Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil na Guiné-Bissau por doadores proeminentes de 2002 a 2018 em milhões de dólares americanos constantes de 2018

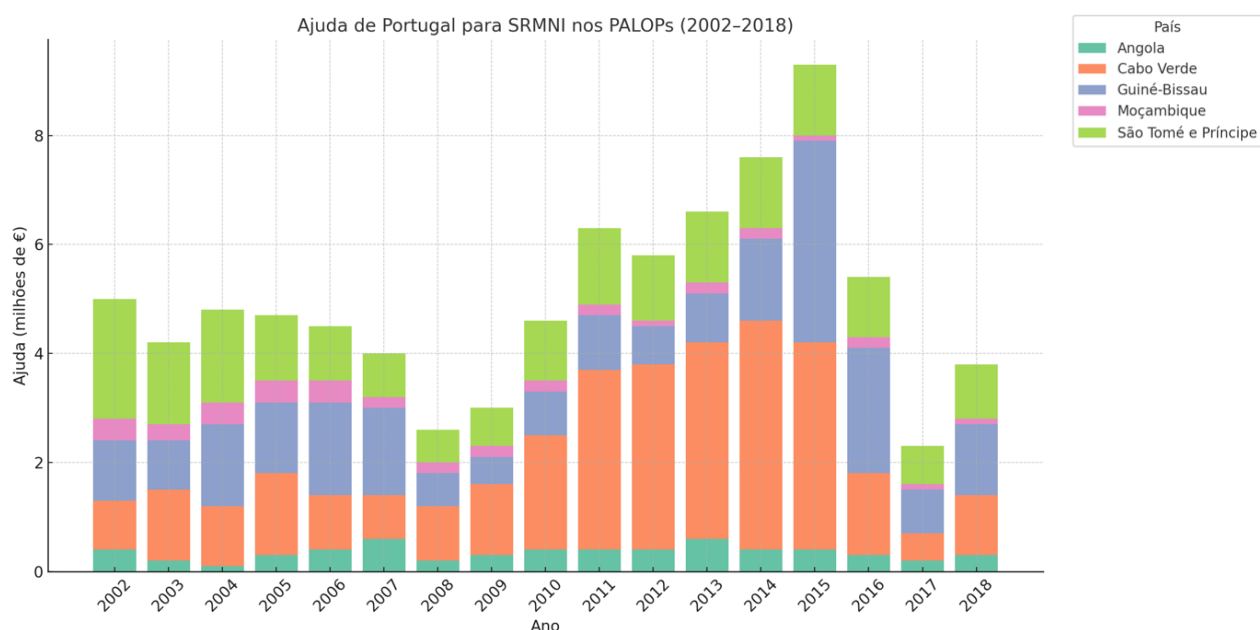


Figura 2: Alocação de Ajuda para a Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil (SRMNI) nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) 2002-2018

(39%, totalizando 32,7 milhões de euros). Seguiram-se São Tomé e Príncipe, com 24.0% (equivalente a 20,1 milhões de euros), Angola com 7.0% (correspondente a 5,7 milhões de euros) e Moçambique com 4.0% (totalizando 3,6 milhões de euros) (Fig. 2 e Fig. 3).

Distribuição da Ajuda de Portugal aos PALOPs (2002-2018)

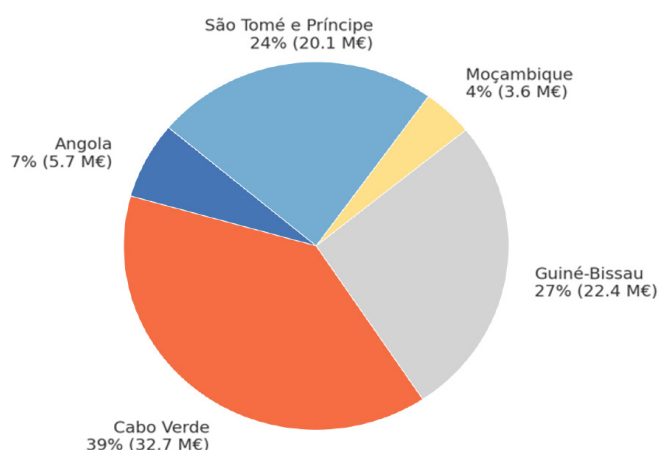


Figura 3: Distribuição da Ajuda de Portugal para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) 2002–2018

Distribuição e evolução da ajuda portuguesa destinada à SRMNI na Guiné-Bissau

A ajuda alocada por Portugal à SRMNI na Guiné-Bissau manteve um padrão relativamente constante ao longo dos anos analisados, oscilando entre um mínimo de 0,48 milhões de euros em 2009 e um máximo de 3,70 milhões em 2015 (mediana: 1,32 milhões;

desvio padrão: 0,75) (Fig. 4). A taxa média de crescimento anual da ajuda para a SRMNI foi de 15,3% durante este período, refletindo uma tendência semelhante à da ajuda dirigida à Saúde e Políticas/Programas Populacionais e Saúde Reprodutiva, cuja taxa média anual foi de 15.9%. Em contraste, a Ajuda Pública ao Desenvolvimento total de Portugal registou uma taxa média de crescimento anual de apenas 3,0%. A quase totalidade do financiamento destinado à SRMNI (99.9%; 22,27 milhões de euros) foi direcionada para projetos de saúde e população, sendo apenas 0.75% (0,17 milhões de euros) atribuída ao apoio orçamental geral. No que se refere à distribuição temática da ajuda portuguesa à SRMNI, a maior parcela foi destinada à saúde infantil (52.4%; 11,8 milhões de euros), seguida pela saúde materna e neonatal (40.0%; 9 milhões de euros) e, por fim, pela saúde reprodutiva (7.5%; 1,7 milhões de euros).

Áreas prioritárias de financiamento da SRMNI: Evacuação, cuidados reprodutivos, formação de pessoal e controlo de doenças infecciosas

Os recursos alocados por Portugal à área da SRMNI foram predominantemente direcionados para serviços médicos, com ênfase na evacuação de doentes (72.4%; 16,22 milhões de euros), seguida pelos cuidados de saúde reprodutiva (15.0%; 3,4 milhões de euros), formação de pessoal de saúde (2.6%; 0,6 milhões de euros) e controlo de doenças infecciosas (2.6%; 0,58 milhões de euros) (Fig. 5).

Alocação da ajuda portuguesa à SRMNI na Guiné-Bissau (2002-2018)

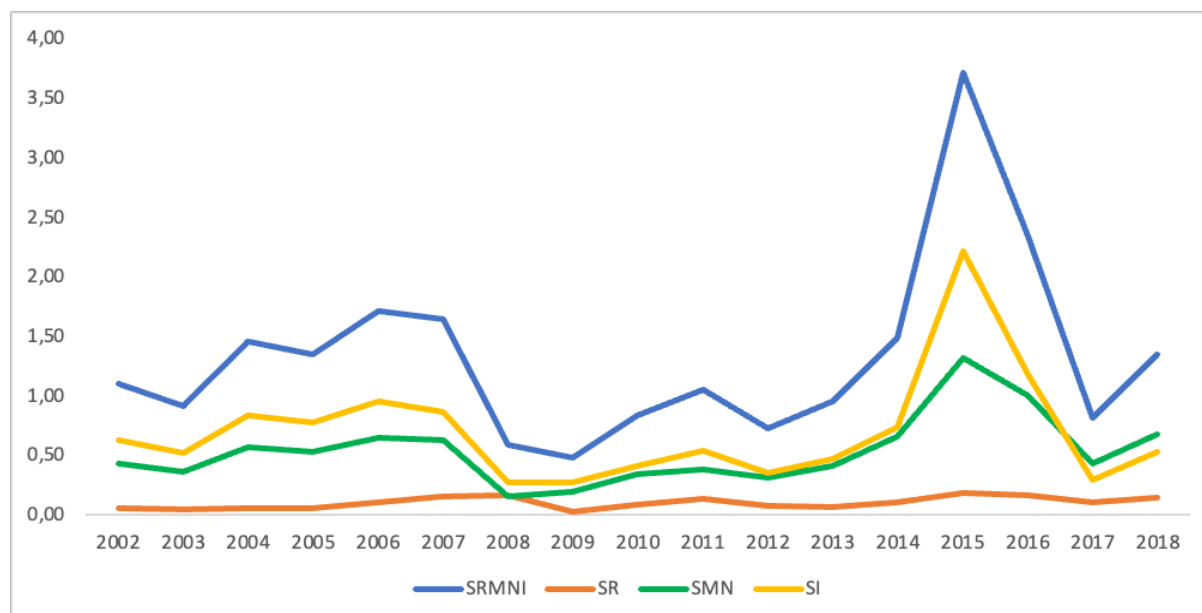


Figura 4: Alocação Anual de Ajuda de Portugal para Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil (SRMNI) na Guiné-Bissau de 2002 a 2018. SRMNI-Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil; SR-Saúde Reprodutiva; SMN-Saúde Materna e Neonatal; SI-Saúde Infantil

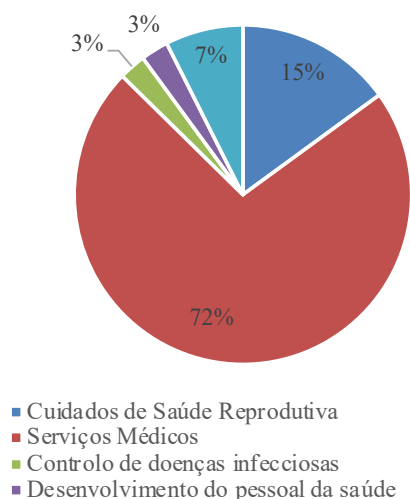


Figura 5: Alocação de fundos de ajuda portuguesa para Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil na Guiné-Bissau de 2002 a 2018

A evacuação de doentes da Guiné-Bissau para Portugal constituiu, de forma consistente, a principal área de financiamento ao longo do período analisado, apresentando um aumento expressivo a partir de 2014 e atingindo um pico em 2015 (2,7 milhões de euros).

Os cuidados de saúde reprodutiva abrangeram a promoção da saúde reprodutiva, cuidados pré e pós-natais (incluindo o parto), prevenção e tratamento da infertilidade, gestão das complicações do aborto e intervenções relacionadas à maternidade segura. Apesar da importância estratégica desta área, os níveis de financiamento mantiveram-se sistematicamente baixos. Um ponto de viragem ocorreu em 2012, com a implementação do Programa de Reforço dos Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência nas regiões de Oio, Gabú e Bafatá. Este foi sucedido, em 2013, pelo Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil (PIMI). O maior volume de financiamento destinado aos cuidados de saúde reprodutiva foi registado em 2015, totalizando 0,18 milhões de dólares (Fig.4). Destaca-se, contudo, que uma das áreas que não recebeu nenhuma alocação de recursos no período analisado foi o planeamento familiar.

A formação de pessoal de saúde, englobando a educação médica, a educação para a saúde e o desenvolvimento de recursos humanos no domínio da saúde em geral e, em particular, da saúde populacional e reprodutiva, beneficiou de um financiamento total de 0,69 milhões de dólares durante o período em análise. As intervenções centraram-se sobretudo na capacitação para a prestação de cuidados de saúde básicos, com destaque para o programa implementado no Hospital Nacional Simão Mendes, em 2004 [32].

O controlo de doenças infecciosas incluiu ações de imunização, prevenção e combate a doenças como diarreia, doenças transmitidas por vetores (oncocercose, dracunculose), doenças virais, micoses, helmintíases, zoonoses e infeções bacterianas e virais. Esta área foi quase exclusivamente financiada em 2015, em resposta ao surto de doença por vírus Ébola que afetou a África Ocidental (2014–2016), atingindo os países vizinhos da Guiné-Bissau como a Guiné-Conacri, Serra Leoa e Libéria. Considerado o maior e mais complexo surto de Ébola desde a descoberta do vírus em 1976, motivou esforços importantes visando mitigar o seu impacto generalizado.

Distribuição do financiamento por subáreas da SRMNI

O apoio à saúde infantil concentrou-se sobretudo na prestação de serviços médicos, com destaque para a evacuação de doentes para tratamento em Portugal, que absorveu 77,5% do total investido nessa área (9,13 milhões de dólares). Os fundos remanescentes foram direcionados para cuidados de saúde reprodutiva (7,2%; 0,85 milhões), controlo de doenças infecciosas (4,7%; 0,55 milhões), formação de pessoal de saúde (2,9%; 0,34 milhões) e cuidados primários de saúde (2,0%; 0,24 milhões).

No que respeita à saúde materna e neonatal, os serviços médicos representaram 70,94% do total alocado (6,37 milhões), seguidos pelos cuidados de saúde reprodutiva (22,0%; 1,98 milhões) e pela formação de profissionais de saúde (2,7%; 0,24 milhões).

Quanto à saúde reprodutiva, os recursos foram distribuídos entre serviços médicos (43,5%; 0,73 milhões), cuidados de saúde reprodutiva (31,5%; 0,53 milhões) e ações de controlo de infeções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH (12,5%; 0,21 milhões).

Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar as tendências do financiamento português para a SRMNI na Guiné-Bissau, entre 2002 e 2018. Verificou-se que, durante este período, o sistema de saúde guineense dependia sobretudo de contribuições financeiras diretas da população, através de pagamentos realizados pelos próprios utentes, sendo complementado por ajuda internacional destinada, essencialmente, à cobertura de despesas operacionais. Paralelamente, a principal fonte de financiamento

interno — o Orçamento Geral do Estado — era maioritariamente direcionada para o pagamento de salários dos funcionários públicos [33,34].

A cooperação bilateral entre Portugal e a Guiné-Bissau tem-se desenvolvido, nos últimos anos, no âmbito dos Programas Indicativos de Cooperação, dos Planos Anuais de Cooperação e, desde 2015, no âmbito dos Programas Estratégicos de Cooperação, incluindo a Estratégia da Cooperação Portuguesa 2030 [17]. O nosso período de estudo coincide com a retoma das iniciativas de cooperação portuguesa após a assinatura do PIC para o triénio 2000–2002, assinando o ressurgimento de projetos após a interrupção causada pelo conflito militar na Guiné-Bissau durante 1998–1999. Entre 2002 e 2018, Portugal deu ênfase consistente aos sectores da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil no âmbito da sua Ajuda Pública ao Desenvolvimento. Durante este período, a APD atribuída à SRMNI registou uma taxa média anual de crescimento superior à taxa de crescimento da APD destinada a todos os outros sectores, com um pico em 2015 muito associado a um pico nas evacuações médicas para Portugal [35].

Áreas prioritárias de financiamento da SRMNI: Evacuação de doentes

Os resultados apresentados neste estudo evidenciam uma alocação predominantemente orientada para o financiamento da SRMNI, com ênfase no apoio à evacuação médica de doentes para unidades de saúde em Portugal. Esta tendência poderá ser justificada pelas limitações persistentes ao nível da capacidade técnica e dos recursos humanos no sistema de saúde da Guiné-Bissau, que dificultam a prestação local de cuidados adequados a estes doentes [36].

A evacuação de doentes da Guiné-Bissau para Portugal decorre dos acordos de cooperação firmados entre os dois países. Inicialmente estabelecidos em 1976 [37], esses acordos foram posteriormente aprofundados e especificados com a assinatura do Acordo de Cooperação na Área da Saúde entre Portugal e a República da Guiné-Bissau, em 1992 [38] e a posterior regulamentação via Circular Normativa NO04/DCI da Direção-Geral da Saúde, datada de 16 de abril de 2004 [39]. Este quadro regulatório define as responsabilidades das autoridades portuguesas em termos de cuidados hospitalares, meios complementares de diagnóstico e procedimentos terapêuticos intra-hospitalares. Simultaneamente, define o compromisso das autoridades

guineenses em fornecer o apoio logístico essencial durante todo o processo de evacuação [39].

Os dados da Direção-Geral da Saúde (DGS) de Portugal revelam um aumento progressivo no número de cidadãos da Guiné-Bissau que acederam ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) português ao longo do período analisado, com um crescimento acentuado a partir de 2014 e picos registados em 2015, 2017 e 2018. Estes números excederam os limites máximos anuais estabelecidos nos acordos bilaterais de cooperação. Em contrapartida, observou-se uma redução significativa em 2016, possivelmente relacionada com o decréscimo de financiamento que se seguiu ao pico de 2015 [25,40,41].

Entre 2010 e 2018, os dados da DGS contabilizam um total de 6 405 doentes evacuados (adultos e crianças) para tratamento em Portugal [25,41]. Embora estas evacuações respondam a necessidades clínicas urgentes e contribuam para salvar vidas, colocam em evidência importantes desafios quanto à sustentabilidade financeira e à dependência externa do sistema de saúde da Guiné-Bissau. A predominância deste modelo levanta a necessidade de avaliar o seu custo-benefício e o impacto potencial da redistribuição desses recursos para o fortalecimento do sistema de saúde local [24].

Por outro lado, o processo de evacuação médica revela-se extremamente complexo, envolvendo múltiplas etapas e a articulação entre diferentes entidades, nomeadamente as autoridades médicas da Guiné-Bissau, as embaixadas de Portugal em Bissau e da Guiné-Bissau em Lisboa, a Direção-Geral da Saúde e as unidades hospitalares portuguesas responsáveis pelo acolhimento dos doentes. Este percurso, marcado por entraves administrativos e operacionais, nem sempre resulta em desfechos clínicos favoráveis que fundamentam a sua conceção.

As dificuldades são evidentes desde a fase de triagem, na qual nem sempre prevalecem critérios clínicos rigorosos e bem definidos. Observam-se, em algumas situações, evacuações para condições passíveis de serem tratadas localmente, assim como casos em que o estado clínico avançado dos doentes compromete a viabilidade de qualquer intervenção terapêutica com prognóstico favorável. Esta fragilidade na definição e aplicação dos critérios compromete não apenas a eficácia do processo, mas também a sua legitimidade do ponto de vista clínico e ético. Adicionalmente, após a chegada a Portugal, muitos destes doentes enfrentam desafios sociais e psicológicos significativos. A

ausência de apoio institucional estruturado por parte da embaixada da Guiné-Bissau, associada a barreiras linguísticas, desenraizamento cultural e contextos de isolamento social, tende a agravar a vulnerabilidade destes doentes [42].

Comparativamente, em Cabo Verde, outro parceiro da cooperação portuguesa, as evacuações médicas também são frequentes, mas estão a ser acompanhadas por investimentos significativos em telemedicina e formação local, visando reduzir a dependência de tratamentos no exterior [43].

Áreas Prioritárias de Financiamento da SRMNI: Cuidados Reprodutivos

No domínio da saúde reprodutiva, este estudo evidencia a ausência sistemática de investimento em planeamento familiar e na capacitação de recursos humanos para a saúde populacional e reprodutiva, conforme registado pelo CRS em todo o período analisado. Os serviços de planeamento familiar — que integram atividades educativas, clínicas e sociais destinadas a permitir que cada pessoa decida livremente o número e o espaçamento dos seus filhos, bem como os métodos a utilizar — permanecem subfinanciados, tal como a formação e qualificação dos profissionais que os prestam. A literatura demonstra que considerar o planeamento familiar e o desenvolvimento de recursos humanos como pilares dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva é fundamental para aumentar o intervalo interpartos e reduzir a mortalidade materna e neonatal [44–47]. Para além destas lacunas, o estudo identificou outras áreas críticas, igualmente subfinanciadas, com impacto significativo na mortalidade e morbilidade na Guiné-Bissau, nomeadamente as intervenções de controlo da malária e da tuberculose. Este défice poderá dever-se à estratégia portuguesa de canalizar grande parte do apoio nestes domínios através do Fundo Global de Combate à Sida, Tuberculose e Malária, que constitui a principal via de financiamento para essas doenças.

Áreas Prioritárias de Financiamento da SRMNI: Formação de Pessoal e Fortalecimento do Sistema de Saúde

A formação e capacitação de recursos humanos em saúde, bem como o fortalecimento do sistema de saúde na Guiné-Bissau, foram identificados neste estudo como áreas prioritárias de financiamento da

SRMNI e ainda insuficientemente desenvolvidas. O imperativo de melhorar as condições de saúde locais é reconhecido tanto no Documento Estratégia para a Cooperação Portuguesa em Saúde de 2011 [48] quanto no mais recente Programa Estratégico de Cooperação entre Portugal e a Guiné-Bissau para o período de 2021–2025 [24]. Este último estabelece como eixos centrais a referenciação de doentes para cuidados especializados no Sistema Nacional de Saúde português, quando os recursos terapêuticos na Guiné-Bissau estão esgotados, e o desenvolvimento de competências institucionais e técnicas no setor da saúde guineense. As ações propostas incluem a formação de quadros do Ministério da Saúde para a implementação e gestão do Programa de Saúde Comunitária, bem como o reforço da qualificação dos profissionais de saúde por meio de cursos especializados e programas de pós-graduação. Destaca-se, adicionalmente, a capacitação para o diagnóstico laboratorial de agentes etiológicos de doenças infecciosas, preparação e resposta a emergências em saúde pública, e medidas de biopreparação. O programa contempla, ainda, a integração de soluções de telemedicina com o objetivo de ampliar o acesso a cuidados de qualidade, além do apoio a intervenções em saúde pública voltadas à erradicação de práticas nocivas, como a mutilação genital feminina, e ao combate à desnutrição materna e infantil [24].

Estas prioridades representam um desafio significativo, nomeadamente na mudança no paradigma de financiamento observado ao longo dos anos abrangidos pelo nosso estudo, rumo a uma estratégia de melhoria a longo prazo e centrada nas capacidades locais e no Fortalecimento do Sistema de Saúde da Guiné-Bissau (FSS).

O FSS tem-se consolidado como um dos eixos centrais da Ajuda Pública ao Desenvolvimento no setor da saúde, sendo considerado fundamental para a concretização da cobertura universal de saúde e para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [49]. A consecução desses objetivos requer avanços estruturais em áreas-chave, tais como o planeamento estratégico, financiamento sustentável, gestão de recursos humanos em saúde e articulação efetiva com a sociedade civil [50,51]. Entre as prioridades estratégicas destaca-se o reforço da governação descentralizada, a adoção de mecanismos de financiamento mais eficientes e transparentes, a promoção de parcerias com o setor privado e o investimento sistemático na formação e valorização dos recursos

humanos [50].

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. A análise baseou-se em dados do CRS, dependentes do que é reportado pelos doadores, e que poderão não refletir todas as contribuições para a SRMNI, nomeadamente em projetos multisectoriais. Acresce a limitada capacidade de reporte local, que condicionou a análise da alocação e eficiência dos recursos no contexto guineense.

Conclusão

Este estudo constitui, tanto quanto é do nosso conhecimento, a primeira análise sistematizada sobre o papel de Portugal no financiamento direcionado à SRMNI na Guiné-Bissau. Os dados analisados revelam que Portugal tem mantido uma posição relevante neste domínio, destacando-se como o segundo doador bilateral mais significativo, após os Estados Unidos da América.

Os dados do nosso estudo demonstram que a ajuda pública portuguesa ao desenvolvimento destinada à SRMNI na Guiné-Bissau centrou-se, sobretudo, no apoio à evacuação de doentes para tratamento médico em Portugal. Embora estas intervenções respondam a necessidades clínicas urgentes, a sua predominância levanta questões quanto à sustentabilidade e à eficácia a longo prazo desta abordagem. A concentração de recursos em medidas de resposta, em detrimento de investimentos estruturais no sistema de saúde local, pode limitar a capacidade do país em garantir cuidados adequados à sua população de forma autónoma e continuada.

Torna-se, assim, necessária uma reorientação estratégica do apoio português, com maior ênfase no reforço das capacidades locais. Tal implica o investimento na formação de profissionais de saúde, na melhoria das infraestruturas e na integração de soluções tecnológicas, como a telemedicina. Adicionalmente, mecanismos de financiamento partilhado, sustentados por compromissos bilaterais, podem promover uma cooperação mais equitativa e eficaz.

Os resultados apresentados reforçam a utilidade de análises deste tipo para orientar políticas de cooperação internacional na área da saúde, contribuindo para uma melhor afetação de recursos e para a melhoria dos indicadores de SRMNI.

Investigações futuras devem aprofundar a comparação entre modelos centrados na evacuação médica e abordagens que priorizam o fortalecimento dos sistemas de saúde locais, incluindo a análise de custo-benefício e dos respetivos desfechos clínicos.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Dr. Plácido Cardoso, a Mireille Pereira e a Anaximandro Menut pelas valiosas contribuições por meio de discussões e sugestões.

Financiamento

A.C., R.M.C., L.V. e I.C. foram financiados pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, através dos fundos atribuídos ao GHTM — UID/04413/2020 e ao LA-REAL — LA/P/0117/2020. As opiniões expressas nesta publicação são da exclusiva responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente as posições das instituições ou entidades financiadoras.

Aspetos Éticos

O estudo foi conduzido em conformidade com a Declaração de Helsínquia e aprovado pelo Comité Nacional de Ética na Pesquisa em Saúde da Guiné-Bissau (Ref.º 022/CNES/INASA/2021, aprovado a 18 de maio de 2021).

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.

Bibliografia

1. Engmann CM, Khan S, Moyer CA, Coffey PS, Bhutta ZA. Transformative Innovations in Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health over the Next 20 Years. *PLoS Med.* 2016 Mar 2;13(3):e1001969.
2. Vega J. Universal health coverage: the post-2015 development agenda. *The Lancet.* 2013 Jan;381(9862):179–80.
3. Kuruvilla S, Bustreo F, Kuo T, Mishra C, Taylor K, Fogstad H, et al. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bull World Health Organ.* 2016 May 1;94(5):398–400.
4. Victora CG, Requejo JH, Barros AJD, Berman P, Bhutta Z, Boerma T, et al. Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. *The Lancet [Internet].* 2016 May 14;387(10032):2049–59. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361500519X>
5. Boerma T, Requejo J, Victora CG, Amouzou A, George A, Agyepong I, et al. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. *The Lancet [Internet].* 2018 Apr;391(10129):1538–48. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618301041>
6. Dingle A, Schäferhoff M, Borghi J, Lewis Sabin M, Arregoces L, Martinez-

- Alvarez M, et al. Estimates of aid for reproductive, maternal, newborn, and child health: findings from application of the Muskoka2 method, 2002–17. *Lancet Glob Health*. 2020 Mar;8(3):e374–86.
7. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & Trends in Child Mortality: Report 2022, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York; 2023.
8. Headey D. Geopolitics and the effect of foreign aid on economic growth: 1970–2001. *J Int Dev [Internet]*. 2008 Mar;20(2):161–80. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jid.1395>
9. Apodaca C. Foreign Aid as Foreign Policy Tool. In: *Oxford Research Encyclopedia of Politics [Internet]*. Oxford University Press; 2017. Available from: <http://politics.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190228637.001.0001/acrefore-9780190228637-e-332>
10. Mendy PK. Colonialismo Português em África: A Tradição da Resistência na Guiné-Bissau, 1879-1959. Bissau: Edições INEP/Imprensa Nacional Casa Moeda.; 1994.
11. Sangreman C. A Política Económica e Social na Guiné-Bissau. CES/ CSG - Documentos de Trabalho n° 146/ 2016. 2016;(1):1–35.
12. Leopoldo Amado. Guerra colonial & guerra de libertação nacional, 1950-1974 : o caso da Guiné-Bissau. Lisboa: IPAD-Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento; 2011.
13. Nóbrega Á. Guiné-Bissau: um caso de democratização difícil (1998-2008). Lisbon: Universidade técnica de Lisboa, Instituto superior de ciências sociais e políticas; 2015.
14. Nóbrega Á. A Luta pelo Poder na Guiné-Bissau. Lisbon: Universidade técnica de Lisboa, Instituto superior de ciências sociais e políticas; 2003.
15. The World Bank. World Development Indicators [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 15]. Available from: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>
16. Guerreiro CS, Hartz Z. A evacuação de doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa para Portugal— estudo de avaliabilidade. *ihmt [Internet]*. 2018 Sep [cited 2022 Sep 6];14:101–8. Available from: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/154>
17. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal. Estratégia da Cooperação Portuguesa 2030. 2022.
18. Pitt C, Bath D, Binyaruka P, Borghi J, Martinez-Alvarez M. Falling aid for reproductive, maternal, newborn and child health in the lead-up to the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2021 Jun 9;6(6):e006089.
19. World Health Organization. Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva; 2025.
20. The World Bank. World development indicators [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 4]. Available from: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>
21. Haakenstad A, Irvine CMS, Knight M, Bintz C, Aravkin AY, Zheng P, et al. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2022 Jun;399(10341):2129–54.
22. Russo G, Pavignani E, Guerreiro CS, Neves C. Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea-Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis. *Hum Resour Health*. 2017 Dec 7;15(1):12.
23. Seidi M, Nhaga IC, Bitchala UDS, Dias Caetano LM. Fomos usados, depois descartados? Análise sobre o congelamento das admissões na Administração Pública da Guiné-Bissau. *Revista de Estudos Interdisciplinares*. 2024 Jul 18;6(2):01–20.
24. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Programa Estratégico de Cooperação Portugal-Guiné-Bissau 2021-2025. Lisboa; 2021.
25. Ministério da Saúde de Portugal. Acesso a cuidados nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2018. 2018.
26. Ministério da Saúde de Portugal. Acesso a cuidados nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2021. 2021.
27. Ministério da Saúde de Portugal. Acesso a cuidados nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2020. 2020.
28. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Macintosh. Version 28.0. Armonk, NY, USA; 2021.
29. OECD. Converged Statistical Reporting Directives for the Creditor Reporting System (CRS) and the Annual DAC Questionnaire. Annexes-modules D and E. Paris; 2018.
30. Hsu J, Berman P, Mills A. Reproductive health priorities: evidence from a resource tracking analysis of official development assistance in 2009 and 2010. *The Lancet*. 2013 May;381(9879):1772–82.
31. Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller DH, Patouillard E, Mills A. Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health. *The Lancet*. 2006 Sep;368(9541):1077–87.
32. OCDE. Creditor Reporting System: Aid activities [Internet]. OECD International Development Statistics (database). 2024 [cited 2021 May 6]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/development/data/creditor-reporting-system/aid-activities_data-00061-en?parentId=http%3A%2F%2Finstance.metastore.ingenta.com%2Fcontent%2Fthematicgrouping%2Fdev-cred-data-en
33. The World Bank. Public Financing Management in the Guinean- Bissau Health System: Challenges and Opportunities. 2019.
34. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Internet]. 2021 [cited 2024 May 16]. Available from: <https://apps.who.int/nha/database>
35. Ministério da Saúde de Portugal. Acesso a cuidados nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2019. 2019.
36. Ministry of Public Health Republic of Guinea Bissau. Função “recursos humanos” no Sector da Saúde da Guiné-Bissau. 2007.
37. Presidente da República Portugal. Acordo Geral de Cooperação e Amizade entre Portugal e a Guiné-Bissau. . *Diário da República 1ª série, número 22, de 27 de Janeiro*. 1976. p. 189–91.
38. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros (1992). Acordo no Domínio da Saúde com a República da Guiné-Bissau. . Decreto no 44/92. *Diário da República 1a serie A, número 243, de 21 de Outubro*, 4898-4900.
39. Ministério da Saúde. DGS. Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde. Circular Normativa n°04/DCI. 2004.
40. Oliveira C, gomes natalia. Migrações e Saúde em Números - o caso português. 2018.
41. Ministério da Saúde de Portugal. Acesso a cuidados nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2015. 2015.
42. Henriques MA. A imigração PALOP em Portugal. O caso dos doentes evacuados. *Forum Sociológico*. 2012 Dec 1;(22):53–62.
43. Azevedo V, Latifi R, Parsikia A, Latifi F, Azevedo A. Cabo Verde Telemedicine Program: An Update Report and Analysis of 2,442 Teleconsultations. *Telemedicine and e-Health*. 2021 Feb 1;27(2):172–7.
44. Tessema ZT, Tesema GA. Incidence of neonatal mortality and its predictors among live births in Ethiopia: Gompertz gamma shared frailty model. *Ital J Pediatr*. 2020 Dec 21;46(1):138.
45. Lassi ZS, Mansoor T, Salam RA, Das JK, Bhutta ZA. Essential pre-pregnancy and pregnancy interventions for improved maternal, newborn and child health. *Reprod Health [Internet]*. 2014 Aug 21;11(S1):S2. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-S1-S2>
46. Brown W, Ahmed S, Roche N, Sonneveldt E, Darmstadt GL. Impact of family planning programs in reducing high-risk births due to younger and older maternal age, short birth intervals, and high parity. *Semin Perinatol*. 2015 Aug;39(5):338–44.
47. Policy Considerations for Financing Sexual and Reproductive Health and Rights in the Post-2015 Era. *Reprod Health Matters*. 2015 Jan 27;23(45):159–63.
48. IPAD. Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde. IPAD. Lisboa. 2011.
49. Tin N, Lwin S, Kyaing NN, Htay TT, Grundy J, Skold M, et al. An approach to health system strengthening in the Union of Myanmar. *Health Policy (New York)*. 2010 May;95(2–3):95–102.
50. Kienny MP, Bekedam H, Dovlo D, Fitzgerald J, Habicht J, Harrison G, et al. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bull World Health Organ*. 2017 Jul 1;95(7):537–9.
51. Tancred T, Caffrey M, Falkenbach M, Raven J. The pathway to health in all policies through intersectoral collaboration on the health workforce: a scoping review. *Health Policy Plan*. 2024 Nov 16;39(Supplement_2):i54–74.