



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

AVALIAÇÃO DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA NO SECTOR SAÚDE EM MOÇAMBIQUE (1990-2000)

RELATÓRIO FINAL

MARÇO-2003

EQUIPA DE AVALIADORES:

Aldina Augusta César de Carvalho Gonçalves
António Jorge Cabral
Filomena Maria Malveiro
Margarida Gaspar de Matos
Yussuf Adam



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

AVALIAÇÃO DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA NO SECTOR SAÚDE EM MOÇAMBIQUE (1990-2000)

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL	2
ACRÓNIMOS	5
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	7
EXECUTIVE SUMMARY.....	12
YUSSUF ADAM, HISTORIADOR, PROFESSOR ASSISTENTE DA UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE, MAPUTO – MOÇAMBIQUE	17
1 – INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO	18
1.1 - MOÇAMBIQUE	19
1.2 - A COOPERAÇÃO PORTUGUESA NO SECTOR SAÚDE EM MOÇAMBIQUE...	32
2 – METODOLOGIA.....	43
2.1 - TRABALHO DA EQUIPA DE AVALIAÇÃO	43
2.2 - TIPOLOGIA DOS PROJECTOS DA DÉCADA	46
2.3 - FASES DO TRABALHO	47
2.4 - RECOMENDAÇÕES: BASE LÓGICA E DOCUMENTAL	51
3 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	52
3.1 - GÉNESE DAS INTERVENÇÕES	52
3.2 - PERTINÊNCIA	53
3.3 - COERÊNCIA EXTERNA.....	54
3.4 - CONTRIBUIÇÃO PARA A REDUÇÃO DA POBREZA	55
3.5 - EFICÁCIA SOCIAL DO SNS MOÇAMBICANO.....	56
3.6 - EFICÁCIA.....	56



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

3.7 - IMPACTO	61
3.8 - ADEQUAÇÃO	63
3.9 - COORDENAÇÃO INTER-SECTORIAL PARA O DESENVOLVIMENTO	65
3.10 - PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	65
3.11 - EFICIÊNCIA	66
3.12 - COORDENAÇÃO E COMPLEMENTARIDADE ENTRE AS INSTITUIÇÕES PORTUGUESAS. COERÊNCIA INTERNA	72
3.13 - ORGANIZAÇÃO FORMAL DAS INSTITUIÇÕES PORTUGUESAS. SUPORTE DOCUMENTAL E GESTÃO DA COOPERAÇÃO.....	73
3.14 - COORDENAÇÃO E COMPLEMENTARIDADE COM A ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE MOÇAMBICANA, OUTRAS INSTITUIÇÕES LOCAIS E COM OUTROS DOADORES	76
3.15 - SUSTENTABILIDADE E CONTINUIDADE	77
3.16 - GESTÃO DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA DE LONGA DURAÇÃO (COOPERANTES) E BOLSEIROS: DOIS ASSUNTOS BANALIZADOS MAS EXIGENTES	80
3.17 - OPINIÃO DAS CONTRAPARTES MOÇAMBICANAS SOBRE AS INTERVENÇÕES DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA.....	83
4 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	87
4.1 - AVALIAÇÃO GLOBAL DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA.....	87
4.2 - ALGUMAS RECOMENDAÇÕES PRELIMINARES.....	94
4.3 - COORDENAÇÃO COM OUTRAS FONTES DE AJUDA EXTERNA EM MOÇAMBIQUE (SAÚDE): EXIGÊNCIAS DE UMA INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA E FOCALIZADA	106
4.4 - UM NOVO QUADRO DE GESTÃO DESCENTRALIZADA PARA A COOPERAÇÃO?	112
SÍNTESE.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136
ANEXOS	143
ANEXO 1	144



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

ANEXO 2	154
ANEXO 3	156
ANEXO 4	159
ANEXO 5	164
ANEXO 7	171
ANEXO 8	173
ANEXO 9	175



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

ACRÓNIMOS

AD – Ajuda ao Desenvolvimento
APD – Ajuda Pública ao Desenvolvimento
AT – Assistência Técnica
BM – Banco Mundial
CAD – Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
CM – Câmara Municipal
CRDS – Centro regional de Desenvolvimento Sanitário - Maputo
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTTF – Comissão Técnica de Terapêutica e Farmácia – Ministério da Saúde, Moçambique
CVM – Cruz Vermelha de Moçambique
CVP – Cruz Vermelha Portuguesa
DAC – Comité de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE
DAG – Departamento de Administração e Gestão – Ministério da Saúde, Moçambique
DEA/ICP – Divisão de Estudos e Avaliação / Instituto da Cooperação Portuguesa
DEPS – Departamento de Estudos e Projectos – Ministério da Saúde, Portugal
DFID – Departamento da Cooperação Internacional – cooperação Bilateral do Reino Unido
DNS – Direcção Nacional de Saúde (Ministério da Saúde de Moçambique)
DPS – Direcção Provincial de Saúde
DTS – Doenças sexualmente Transmissíveis
ECU – antiga unidade monetária da Comissão Europeia
ENST – Escola Nacional de Saúde Pública
EUA – Estados Unidos da América
FIAMC – Federação Internacional das Associações de Médicos Católicos
FMM – Faculdade de Medicina de Maputo
FNUAP – Fundo das Nações Unidas para as Actividades de População
FRELIMO – Frente de Libertação de Moçambique
GACOPI – Gabinete de Coordenação de Projectos de Investimento – Ministério da Saúde, Moçambique
HCM – Hospital Central de Maputo
ICEP – Instituto para a Cooperação Económica Portuguesa
ICOR – Instituto do Coração - Maputo
ICP – Instituto da Cooperação Portuguesa
IEC – Informação, Educação e Comunicação
IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical
IMVF – Instituto Marquês Valle Flôr
INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento - Portugal
INSS – Instituto Nacional de Segurança Social - Moçambique
IPATIMU – Instituto de Patologia e Imunologia Molecular – Universidade do Porto, Portugal
LINK – Plataforma de Coordenação e Apoio às ONGD que operam em Moçambique
MISAU – Ministério da Saúde - Moçambique
MNE – Ministério dos Negócios Estrangeiros
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ONG – Organização Não-Governamental
ONGD – Organização Não-Governamental para o Desenvolvimento
ONU – Organização das Nações Unidas
PAD – Direcção de Serviços de Programação, Avaliação e Documentação, do ICP
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PARPA – Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PESS – Plano Estratégico do Sector Saúde - Moçambique
PIB – Produto Interno Bruto
PIC – Programa Indicativo de Cooperação
PNB – Produto Nacional Bruto
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPNL – Prestadores Privados Não Lucrativos
RH – Recursos Humanos
SDC – Swiss Development Cooperation – Cooperação Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação
SMI – Saúde Matero-Infantil
SNS – Serviço Nacional de Saúde



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

SWAP – Sector-Wide Approach

TdR – Termos de Referência

UE – União Europeia

UNDP – United Nations Development Programme - PNUD

UNICEF – United Nations Infant, Children and Education Fund

UNL – Universidade Nova de Lisboa

US – Unidade Sanitária

US Dól. – Dólar Norte-Americano

USAID – United States Agency for International Development

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Adquirida / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Instituto da Cooperação Portuguesa decidiu realizar uma Avaliação da Ajuda Bilateral Portuguesa no Sector da Saúde em Moçambique na Década de 1990-2000. O presente Relatório é o resultado do trabalho da equipa técnica seleccionada, respondendo aos Termos de Referência dessa Avaliação.

A presente Avaliação abrange a Década de 1990-2000. Durante esta década, Moçambique foi um dos principais receptores da ajuda portuguesa. A cooperação portuguesa com Moçambique, no domínio da saúde, assenta no acordo assinado em 1984, embora as actividades de cooperação neste sector só se tenham intensificado nos últimos anos da década de 90. Estima-se que durante a década foram despendidos cerca de 50 Milhões de Euros no sector Saúde, financiados por diversas entidades portuguesas.

A Avaliação abrangeu um conjunto de critérios recomendados pelo Comité de Coordenação da Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE (CAD): pertinência, redução da pobreza, eficácia, impacto, adequação, coordenação intersectorial para o desenvolvimento, participação comunitária, eficiência e custos, coordenação e complementaridade das instituições portuguesas, coerência interna, coordenação e complementaridade com a administração de saúde moçambicana, actores locais e outras doadores, continuidade e sustentabilidade.

A Avaliação decorreu em Portugal e Moçambique. Para além de documentação referente à execução e financiamento dos projectos e intervenções de entidades portuguesas, foram entrevistados representantes da maioria dessas entidades, bem como os contrapartes moçambicanos e outros interlocutores chave. A Avaliação incluiu uma deslocação a Moçambique, durante a qual foi possível: a) melhorar o conhecimento do contexto moçambicano e evolução de políticas e estratégias de saúde ao longo da década em análise; b) recolher a opinião das autoridades de saúde moçambicanas sobre o papel da cooperação portuguesa; c) perceber a coordenação da cooperação portuguesa com os outros doadores sectoriais em Moçambique.

A saúde foi identificada, no documento de orientação estratégica "A Cooperação Portuguesa no Limiar do Século XXI", de 1999, como uma das prioridades da Cooperação Portuguesa, com ênfase nos Cuidados de Saúde Primários, enquadrada numa estratégia transversal de redução da pobreza e de reforço institucional. A Cooperação Portuguesa com Moçambique, no campo da Saúde, insere-se no quadro geral dos compromissos com as estratégias e objectivos do CAD (Comité para a Ajuda ao Desenvolvimento, OCDE) e procura enquadrar-se, simultaneamente, nas estratégias e objectivos do Plano de Redução da Pobreza Absoluta, de Moçambique.

Por outro lado, a Cooperação Portuguesa com Moçambique, no campo da Saúde, na Década em análise, deve ser contextualizada nos desenvolvimentos que ocorreram em Moçambique, em geral, e no campo da Saúde, em particular. Esta foi a Década que presenciou o fim de um longo período de confrontações armadas em Moçambique, o início da recuperação da economia, a estabilização do Governo e das instituições democráticas, e em que os serviços de saúde foram um contributo indispensável para a redução da pobreza, particularmente



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

rural (estima-se que 70% da população rural vive em pobreza absoluta). Assim, após a pacificação do país, assistiu-se a um incremento das intervenções de entidades portuguesas, bem como uma diversificação dos tipos de entidades, locais e dos problemas alvo de intervenção.

Portugal, como um país com recursos económicos limitados, não aparece como um dos principais doadores no sector da Saúde em Moçambique. Apesar de Portugal figurar entre as maiores fontes de Ajuda Pública a Moçambique (entre 5º e 7º maior doador, conforme as fontes), o sector Saúde tem um peso relativamente reduzido nessa Ajuda: entre 1998-2000, a Saúde apenas foi responsável por 2.3% dos gastos da Ajuda Pública portuguesa (a média da despesa anual em Saúde foi de 0,9 Milhões de Euros, para os anos 1998-2000).

Os problemas de saúde da maioria da população moçambicana ainda estão condicionados pelo ciclo da pobreza. O aumento da cobertura e a qualidade dos Cuidados de Saúde Primários continuam a ser a maior contribuição que o sector da Saúde pode fazer para a redução da pobreza. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) moçambicano, apesar de ter registado nos últimos anos notável aumento de procura de serviços em zona rural (o consumo de consultas passou de 0,36 para 0,83/capita/ano, entre 1993 e 2000), parece ainda necessitar de apoios externos e de entidades não lucrativas que estendam essa cobertura (só há cobertura para aproximadamente 50% da população).

A evolução dos mecanismos de concertação com os parceiros internacionais tem obrigado os dirigentes do Ministério da Saúde (MISAU) a criar capacidades crescentes em planeamento. Constatou-se que, entre 1997 e 2000, o valor anual da Ajuda Externa passou de 62 para 80 Milhões de dólares EUA, dos quais 40% foram dirigidos para investimentos. A parte destes montantes sob administração directa do Ministério da Saúde passou de 37% para 62%, no mesmo período. No entanto, as capacidades de planeamento e gestão a nível local e nas unidades prestadoras são limitadas. Por outro lado, verifica-se que as limitações de recursos humanos qualificados são gerais, tanto ao nível da simples prestação de cuidados médicos à periferia, como em disciplinas especializadas necessárias às novas funções de um Estado regulador (e não prestador directo). Neste contexto, começam a ser frequentes os casos de unidades prestadoras que foram recuperadas com programas de investimento e que ficam encerradas por falta de pessoal (em 2001, havia 207 unidades sem pessoal qualificado).

A coordenação entre a administração de saúde e a comunidade doadora tem sido pautada por um pragmatismo relativamente eficaz, e progressivamente exigente, tendo-se criado mecanismos inovadores. Por outro lado, a progressiva descentralização do planeamento e execução de serviços tem permitido o início de múltiplas experiências locais de prestação de cuidados e envolvimento das comunidades, que é paralela ao crescimento do número de ONGD e de outras entidades não lucrativas (das ONG moçambicanas e estrangeiras registadas na plataforma local - LINK - pelo menos 30 trabalhavam no sector Saúde). Neste contexto, a coordenação local torna-se imperiosa.

As entidades envolvidas e as intervenções portuguesas efectuadas podem ser **sistematizadas em três grandes categorias**: a) os projectos com sede institucional bem



definida (nas duas partes) - normalmente com objectivos de organização e reforço institucional; *b*) o Programa Indicativo entre os dois Ministérios da Saúde (pontual, institucional e diversificado); *c*) ONGD e actuações de emergência, normalmente com localização geográfica e capacidade de execução limitadas.

A **génese** das intervenções portuguesas parece caracterizar-se por uma junção de dois tipos de actuação: a continuidade das intervenções em curso e a resposta pontual às solicitações da administração moçambicana. Os contactos interpessoais (profissionais de saúde com conhecimento mútuo anterior) adquiriram relevância, quer na génese dos Projectos, quer na definição das actividades e executores, resultando grande dispersão das intervenções, tanto temática como geográfica. Por outro lado, o compromisso individual tem sido determinante na eficácia local das intervenções.

Quanto às **categorias de análise** solicitadas para esta avaliação, os "**RESULTADOS**" podem ser resumidos nos seguintes pontos:

- A maioria das intervenções portuguesas dispôs de **recursos modestos**, resultando em **efeitos limitados**, nas dimensões geográfica, institucional e temporal;
- As intervenções portuguesas relacionadas com a prestação de serviços demonstraram maioritariamente **eficácia local**, incluindo o efeito de aumento da actividade nos níveis hospitalares de referência local. Inserem-se, por outro lado, num quadro geral de contínuo crescimento do número de serviços prestados pelo serviço público. A maioria das intervenções incluiu formação de recursos humanos locais, desde formação de activistas a pós-graduação médica. O apoio à **formação médica pós-graduada tem maior utilidade individual** do que para a rede pública prestadora (o número de bolseiros moçambicanos em Portugal passou de 5, em 1994, para 24, em 2000);
- Diversas intervenções apresentaram resultados aquém do proposto, por **desadequação de recursos** relativamente às necessidades. Do mesmo modo, a retaguarda de apoios organizativos e logísticos foi insuficiente para um bom desempenho durante os tempos de execução de vários projectos;
- Limitações de informação sobre o estado de saúde local (e de poder inferir da causalidade das intervenções portuguesas) impedem a análise do **impacto** das intervenções no estado de saúde das populações das áreas. No entanto, a atestar pela elevada pertinência das intervenções (problemas prioritários e grupos vulneráveis) podemos inferir que as intervenções de terreno (nível primário), com aumento de consumo de serviços, estejam a contribuir (embora localizadamente) para a melhoria do estado de saúde das comunidades directamente abrangidas. Podemos ainda constatar que o impacto na capacidade das instituições foi limitado pela escassez de recursos (em quantidade ou duração das intervenções);
- A maioria das intervenções portuguesas é considerada **pertinente e coerente** com as políticas de saúde moçambicanas, podendo inferir-se da sua contribuição potencial (embora localizada) para a **redução da pobreza**;



- Consta-se que a escassez de recursos obrigou a uma gestão criteriosa e imaginativa. Na maioria dos casos, os resultados foram obtidos com gastos modestos, sendo particularmente **eficiente** a recuperação de pequenas infra-estruturas periféricas (em Gaza, o custo médio de reabilitação de pequena infra-estrutura de saúde foi de 8.800,00 Euros);
- A mesma modéstia de recursos pode ter estado na base de uma prática habitual de colaboração com as **comunidades** e outras entidades realizando pequenos projectos locais, contribuindo assim para algumas experiências de **desenvolvimento intersectorial**;
- Os Projectos apresentam resultados muito variáveis quanto à **sustentabilidade e continuidade**. O contexto moçambicano ainda tem grandes carências de recursos humanos, para constituírem as contrapartes locais (e têm uma grande rotação nas colocações periféricas), sendo também notórias as limitações orçamentais para uma participação logística, verificando-se ainda algumas fraquezas da administração local e das unidades prestadoras. O caso da Faculdade de Medicina ilustra a importância de dois princípios sobre o papel do receptor para o sucesso da Ajuda ao Desenvolvimento: *a)* a definição dos objectivos institucionais a serem atingidos (baseados numa avaliação de necessidades detalhada); *b)* uma maior coordenação dos apoios externos;
- O conjunto das intervenções portuguesas foi realizado com razoável **coordenação** com o Ministério da Saúde moçambicano e **administração local** de saúde, bem como sinergia de "inputs" com outras entidades externas realizando apoios locais. Já a coordenação entre Cooperação Portuguesa e **outros doadores** é considerada fraca por outros parceiros. O predomínio da negociação pontual e "*ad-hoc*", sobre a coordenação para estratégias abrangentes e de longo prazo, reflectem o carácter reactivo, pontual e personalizado das intervenções portuguesas. Por outro lado, dado o pequeno peso relativo do Sector da Saúde na Cooperação Portuguesa a efectiva coordenação pontual reflecte, e justifica, uma gestão pragmática dos escassos recursos da representação local do Instituto da Cooperação Portuguesa.

No **Ministério da Saúde de Moçambique**, a Cooperação Portuguesa é considerada não apenas de pequeno vulto - pelo volume de recursos - (quando comparado com os mais de 6 milhões de dólares anuais do Reino Unido, Noruega, Suíça e EUA, Portugal fica em 14º lugar, entre os doadores do sector), mas também não sistematizada e desprovida de objectivos e estratégias. O Ministério da Saúde moçambicano expressou ainda o seu desagrado com a não materialização do Programa Indicativo, 1999-2001. Foi também recomendada a definição de estratégias que tenham em conta a maximização de benefícios para as duas partes, com o **aproveitamento da língua portuguesa**, particularmente na área da formação, onde se inclui a assistência técnica com objectivos de ensino.

Os entrevistados do **nível local** (e administrações provinciais) manifestaram uma notória **apreciação pelas intervenções** de assistência técnica e material locais, considerando-as de utilidade prática na manutenção da prestação de serviços (independentemente da sua continuidade).



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

A Cooperação Portuguesa no Sector Saúde, em Moçambique, na Década de 1990, dada a génese personalizada e dispersa das intervenções, resultou em conjuntos de actividades **sem uma definição estratégica portuguesa**, nem um exercício conjunto de planeamento estratégico com a administração de saúde moçambicana. Uma das consequências desta forma de intervenção é o risco de perder "duas janelas" de oportunidade: o apoio à política do medicamento e a formação de recursos humanos.

O Sector Saúde, em Moçambique, dispõe de **amplios financiamentos provenientes de várias fontes de ajuda pública**, com base nos quais se realizam diversos investimentos em infra-estruturas e reforço da capacidade institucional. No entanto, **a escassez de recursos humanos** permanece o maior obstáculo à expansão da rede prestadora e ao reforço das instituições de suporte dessa rede. Considera-se que **um amplo programa de formação**, dirigido a um número bem definido e delimitado de focos institucionais poderia ser **o melhor contributo da Cooperação Portuguesa** para o desenvolvimento sectorial, e, ainda, uma oportunidade para Portugal ocupar um lugar adequado nos mecanismos de coordenação entre os doadores sectoriais. Os custos deste programa poderão ser reduzidos se for feito um aproveitamento da capacidade residual de instituições portuguesas já dedicadas à área da formação. Este programa deveria constituir **o eixo de articulação da Cooperação Portuguesa** no sector Saúde.

A constituição de programas de Cooperação com sedes institucionais bem definidas em Moçambique, e menos numerosas em Portugal, permitiria, ainda, melhorar os métodos de monitorização (no actual quadro de gestão descentralizada). Paralelamente, esses programas poderiam constituir a base de **cadernos de encargos para concursos públicos de execução**, diminuindo, assim, a discricionariedade interpessoal com que actualmente se estabelecem os acordos e se executam novos projectos.



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

EXECUTIVE SUMMARY

The Institute for Portuguese Co-operation decided to undertake an Evaluation of the Bilateral Aid to the Health sector in Mozambique, during the decade 1990-2000. This report presents the findings of the selected Evaluation Team, in conformity with the Terms of Reference.

The Evaluation covers the decade of 1990-2000. Mozambique has been one of the principal recipients of Portuguese aid during the decade. Bilateral support to Mozambique in the Health sector is based on the Agreement signed in 1984, although sector interventions only intensified towards the end of the decade. An estimated 50 million Euro have been spent during the decade, financed by various Portuguese entities.

The Evaluation covered a set of criteria recommended by OECD's Committee on Development Aid Co-ordination. These criteria included: pertinence, poverty alleviation, efficacy, impact, adequation, intersectoral co-ordination for development, community participation, efficiency and costs, co-ordination and complementarity amongst Portuguese institutions, internal coherence, co-ordination and complementarity with the Mozambican health administration, local actors and other donors, continuity and sustainability.

Evaluation work took place both in Portugal and in Mozambique. Documentation concerning the implementation and financing of projects and other Portuguese interventions has been collected, and interviews were undertaken with representatives of the majority of the implementing agencies, as well as Mozambican counterparts and key informants. The Evaluation Team travelled to Mozambique, with the purposes of: a) improving knowledge on the Mozambican context, as well as the evolution of health policies and strategies throughout the decade under study; b) recording the opinion of Mozambican health administration on the Portuguese sectoral co-operation; c) improving understating on the co-ordination among Portuguese co-operation and other donors.

The strategy paper "The Portuguese Co-operation at the Threshold of the XXI Century" identifies the Health sector as a priority, putting emphasis on Primary Health Care, within a cross-sectoral framework of poverty alleviation and institutional strengthening. Moreover, Portuguese co-operation in Health is committed to the strategies and objectives of both OECD's Committee on Development Aid Co-ordination as well as Mozambique's Plan for the Poverty Alleviation.

Portuguese Health sector co-operation with Mozambique must be approached within the context of the developments that took place in Mozambique, both global and sectoral, during the decade. This has been the decade that witnessed the end of the prolonged internal armed conflict, the beginning of economic recovery, and a decade through which health services played a critical role in poverty alleviation, particularly in rural areas (an estimated 70% of the rural population lives in absolute poverty). Thus, after the peace agreements, Portuguese interventions have both increased in number and diversity of institutions, locations and targets.



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

Portugal, a country with limited resources, does not appear among the leading donors for the Health sector, in Mozambique. Indeed, Portugal lists among the major global donors to Mozambique (between 5th and 7th major donor, depending on the source), but the Health sector only accounted for 2.2% of total Portuguese spending (average 0.9 Mill. Euro per year) for the years 1998-2000.

The major health problems afflicting the Mozambican people are still influenced by sheer poverty. Improving coverage and quality of Primary Health Care is still the main contribution that the Health sector can bring to Poverty Alleviation. During the last years, the Mozambican National Health Service has recorded an impressive increase in service utilisation in rural areas (visits to health facilities rose from 0.36 to 0.83/capita/year, between 1993 and 2000). However, it still needs the support of external aid and non-profit entities in order to increase coverage, which rates presently at approximately 50 per cent of the population.

Co-ordination mechanisms with donors have led the Ministry of Health to develop its planning capacities. From 1997 to 2000, foreign support to the Health sector rose from 68 to 80 Mill. US dollars, 40% of which being directed towards investments. During the same period of time, the part of external finance under direct management by the Ministry of Health of Mozambique rose from 37% to 62%. However, at lower levels in the administration and health units, planning and management capacities are still limited. Moreover, skilled manpower is in short supply, both for general service delivery as for the sophisticated skills of the new duties of the regulatory state. Tales of newly rebuilt health facilities that remain closed due to lack of technicians are becoming alarmingly frequent (in 2001, 207 health facilities did not avail qualified personnel).

The co-ordination between the health administration and the donor community adopted a pragmatic approach, both reasonably effective and progressively demanding, through innovative mechanisms. Besides, planning and service delivery has been progressively decentralised, allowing for multiple local experiences in service delivery and community involvement, in tandem with the growth of NGO and other non-profit organisations (at least 30 of the NGO's registered with the local platform - LINK - were active in the Health sector). Co-ordination among agencies undertaking local interventions becomes a key issue.

Portuguese interventions and implementing entities can be categorised in three major types: a) projects with well defined headquarters (on both sides), usually aiming at institution strengthening and organisation development; b) the Indicative Programme between the two Ministries of Health (a bulk list for training, short-term technical support and patient referral); c) NGO and emergency relief operations, usually on a geographically localised basis and with limited delivery capacities.

Portuguese interventions seem to share a generation pattern where one (or both) of two mechanisms occur: the continuation of previous activities and/or specific answers to requests coming from the Mozambican partners. Inter-personal contacts (mainly among



professionals with previous acquaintance) become relevant, both for the generation of projects, as well as for the definition of activities and the designation of the delivering institutions. Thematic and geographic dispersion has been the natural consequence. Individual commitment, however, became the key for effectiveness in many local interventions.

The findings of the Evaluation, according to the criteria listed in the Terms of Reference, can be summarised as follows:

- The majority of Portuguese interventions afforded limited resources, with localised results, both in geographical, institutional and temporal terms;
- Service delivery by Portuguese projects has displayed localised efficacy, including the growth in the referral of patients to upper levels in the health system. However, these developments must be interpreted within a context of global growth in service utilisation. The majority of the interventions have included some form of training, ranging from in-service to medical post-graduation. Utilities generated by the support to medical post-graduate training seem to be greater for the individuals than for the public service (the yearly number of Mozambican post-graduate students in Portugal rose from 5, in the early nineties to 24, in 2000).
- Resources have frequently been insufficient (in quantity and/or duration) for the proposed interventions, thus contributing to delivery shortcomings. Similarly, organisation and logistical support has frequently been insufficient for proper performance during implementation.
- The lack of health information (and the possibility of claiming any causal relationships) has hindered the confirmation of the impact of the interventions on the health status of targeted populations. However, various Portuguese interventions have been highly pertinent, both in terms of priority problems and vulnerable groups. Therefore, it is reasonable to consider that field interventions in primary care, with contemporary increases in service utilisation, are contributing (though locally) towards improvements in health status of the communities directly served. Insufficient and short-lived resources, however, have limited such potential impact.
- The majority of Portuguese interventions is pertinent to health problems and coherent with Mozambican health policies, and therefore may have contributed (at least locally) towards poverty alleviation.
- Shortage of resources has led to careful and imaginative management. Outputs were generally obtained at low cost, particularly in the rehabilitation of small physical infrastructures (in Gaza Province, the average cost for the rehabilitation of a small health facility has been approximately 8,800 Euros).



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

- Field projects have stimulated community participation and tried co-ordination with other local agencies, thus becoming a stimulus to local intersectoral development experiences. Limited resources may again have been at the origin of this approach.
- Continuity and sustainability is highly variable across projects. Limited resources and high rotation of personnel in peripheral positions hinder building of Mozambican counterparts. Budget participation for logistical support is also limited, as well as local management capacity. The successful intervention in the Medical School stresses again two important roles of the recipient in aid projects: a) a previous definition of institutional targets to be achieved (based on needs assessment); b) the co-ordination of the various external aid projects.
- In general, Portuguese interventions were developed in proper co-ordination with the Ministry of Health and the local health administration, and other agencies at local level. However, global co-ordination is very weak, according to partners in Mozambique. Ad-hoc and case-to-case negotiation has prevailed over comprehensive and long-term strategies, reflecting the reactive and personalised genesis of Portuguese interventions. Moreover, the Health sector has a relatively minor importance within Portuguese aid in Mozambique. It is therefore not surprising that the limited staff of the delegation of the Institute for Portuguese Co-operation also prefer to concentrate on case-to-case management.

For the Ministry of Health of Mozambique, Portuguese aid to the Health sector is not only short of resources (when compared with the yearly contributions from the UK, Norway, Switzerland and the USA, with expenditures above 6 Mill. US dollars, Portugal rates at a modest 14th place) but it also lacks strategic objectives and systematisation. The Ministry of Health expressed its dismay with the non-implementation of the 1999-2001 Indicative Programme. The Ministry also suggested that the utilisation of the Portuguese language in overall training and technical assistance should be used to maximise benefits for both parties.

Officials at local level expressed obvious appreciation for the material and technical assistance, which has helped to keep services running, independently of the continuity.

The lack of definition of strategic objectives for Portuguese support, together with the low level of strategic planning with the Ministry of Health, puts at risk two windows of opportunity: support to pharmaceutical policies and health manpower development.

Various sources of development aid have been made available to Mozambique, allowing for rehabilitation of physical infrastructure and institutional development. However, shortage of human resources stays as the main obstacle to the expansion of the service network as well as the strengthening of support institutions. A comprehensive training support programme, focused on a limited number of institutions, could become the most effective contribution of Portuguese aid to the sector. It would also lead Portugal to take its place at the co-ordination mechanisms between donors and the Health administration. The costs of such a programme can be maintained at low levels if reserve capacities in Portuguese



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

institutions are put to work. This programme should become the structuring basis of the overall Health sector support from Portugal.

Proper definition and a reduced number of institutional loci of Portuguese interventions could facilitate monitoring within the present decentralised aid management system. Simultaneously, intervention proposals should become the basis for public tenders for potential implementing agencies. This could represent a radical move away from the present discretionary basis within which individuals influence generation and implementation of projects.



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

RESPONSABILIDADE DOS AUTORES

Para a realização da Avaliação, os autores deste Relatório obtiveram testemunhos de muitas pessoas ligadas à Cooperação Portuguesa no sector Saúde em Portugal e em Moçambique, incluindo alguns técnicos envolvidos directamente na execução de actividades de terreno. Por outro lado, este Relatório é realizado para o Instituto da Cooperação Portuguesa (ICP), que detém propriedade sobre o mesmo. No entanto, as opiniões aqui expressas podem não representar os pontos de vista nem a correcta interpretação das experiências das pessoas consultadas. Do mesmo modo, as opiniões aqui expressas podem não representar a política do ICP. O relato e tratamento da informação bem como as análises aqui incluídas são da exclusiva responsabilidade da equipa de avaliação.

AGRADECIMENTOS

Esta avaliação baseou-se nos relatos e documentação de muitas pessoas que intervieram na Ajuda Portuguesa ao sector Saúde em Moçambique. A equipa recolheu ainda muitas opiniões, factos e documentação sobre o contexto presente e futuro próximo de Moçambique e os actores mais importantes no sector Saúde. A lista dos que nos privilegiaram com a sua atenção está incluída na secção 2.3 deste Relatório. Tentámos obter as suas opiniões sobre os conteúdos dos relatórios parcelares de trabalho anteriores. Elementos da Equipa Técnica da Divisão de Estudos e Avaliação do ICP – Lisboa e da Representação do ICP em Maputo tiveram a amabilidade de rever versões provisórias dos relatórios parciais elaborados pela equipa. O ICP/DEA e a sua representação em Maputo tomaram a seu cargo a organização da logística da ida a Moçambique da equipa de avaliação. Muitas outras individualidades em Maputo, Lichinga e Xai-Xai ajudaram-nos a marcar encontros, e a viajar dentro de Moçambique. Esta nota não estaria completa sem mencionarmos as ocasiões de convívio com que nos contemplaram.

A EQUIPA DE AVALIAÇÃO

Aldina Augusta César de Carvalho Gonçalves, Médica, Professora Auxiliar e Directora da Unidade de Sistemas de Saúde, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa

António Jorge Cabral, Médico, Mestre em Saúde Pública e Assistente Convidado do IHMT, Unidade de Sistemas de Saúde

Filomena Maria Malveiro, Médica, Msc. Epidemiologia (LSHTM), Diploma de Saúde Pública (ENSP)

Margarida Gaspar de Matos, Psicóloga Clínica, Professora Associada na Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa

Yussuf Adam, Historiador, Professor Assistente da Universidade Eduardo Mondlane, Maputo – Moçambique



1 – INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

A presente Avaliação da Cooperação Portuguesa no sector Saúde em Moçambique abrange a década de 1990-2000. A Avaliação foi efectuada para o Instituto da Cooperação Portuguesa, que elaborou os Termos de Referência (**Anexo 1**).

Segundo os Termos de Referência (TdR):

“... A cooperação portuguesa com Moçambique no domínio da saúde assenta no acordo assinado em 1984 e publicado no DR n.º 160, 1ª série, de 12 de Julho de 1984. Contudo, as actividades de cooperação neste sector só se intensificaram nos anos 90, particularmente nos últimos anos...”

..... Nos anos 90, reflexo do peso das medidas tomadas no quadro de alívio da dívida e da situação de estabilidade política e crescimento económico que o país entretanto conheceu.

A saúde foi identificada, no documento de orientação estratégica “A Cooperação Portuguesa no Limiar do Século XXI”, de 1999, como uma das prioridades da cooperação portuguesa, com ênfase nos cuidados primários de saúde, enquadrada numa estratégia transversal de redução da pobreza e de reforço institucional..”

Os TdR definiam os **Objectivos** da Avaliação como:

“O principal objectivo desta avaliação é conhecer o desempenho da cooperação portuguesa no sector da saúde em Moçambique, tendo como pano de fundo o sistema de saúde moçambicano e a sua evolução, fazendo o levantamento das “lições aprendidas” com vista a promover a qualidade da intervenção portuguesa neste sector.

Outro objectivo é o de verificar a consonância da cooperação portuguesa neste sector com os consensos internacionais sobre o mesmo, nomeadamente os Objectivos Internacionais de Desenvolvimento e seus antecessores, e a forma como a nossa cooperação tem em conta estes objectivos.”

Os TdR listavam os seguintes **Resultados** a atingir, com a Avaliação:

“A avaliação traduzir-se-á:

- No levantamento de todos os compromissos assumidos por Portugal, quer ao nível do Programa Indicativo de Cooperação, quer ao nível de protocolos ou outros acordos assumidos no âmbito de visitas de entidades portuguesas a Moçambique e/ou de convidados moçambicanos a Portugal;
- No levantamento de todos os projectos e acções executados pela cooperação portuguesa neste sector em Moçambique, no período em análise;
- Numa análise da evolução das actividades financiadas pela cooperação portuguesa, tendo em consideração o contexto moçambicano;



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- o Num exame da ajuda portuguesa ao sector da saúde em Moçambique no que respeita à eficácia, eficiência, impacte, relevância e sustentabilidade das intervenções na melhoria do sistema de cuidados de saúde (a todos os níveis) e do nível de saúde dos grupos alvo (devidamente especificados) tendo em consideração as questões da pobreza e do reforço institucional;
- o Na produção de conclusões, lições aprendidas e recomendações relativas às actividades da cooperação portuguesa neste sector, visando a melhoria da eficácia de intervenções futuras.”

Tal como previsto no TdR, a Avaliação decorreu em três (3) fases: A primeira fase, em Portugal, que contemplou trabalho essencialmente de gabinete. A segunda fase, em Moçambique, que implicou contactos com entidades locais e deslocações aos locais onde se desenvolveram os projectos. A terceira fase envolveu a análise da informação da 1ª e da 2ª fases e elaboração do relatório final. No final de cada fase foi elaborado um Relatório, cujo conteúdo foi discutido com a maioria das partes intervenientes (portuguesas e moçambicanas) entrevistadas/visitadas e com referência a cada fase. O texto completo dos TdR pode ser consultado no **Anexo 1**.

1.1 - MOÇAMBIQUE

O contexto global da situação em Moçambique, que se apresenta em seguida, abarca um período que se alarga para além dos limites da década em análise (1990-2000). Por um lado, a política e estratégias no sector da Saúde em Moçambique, vigentes na década de 1990, foram bastante influenciadas pelas políticas das décadas de 70 e 80. Essa mesma evolução política, embora dominada pelo fim do conflito armado interno, que aconteceu durante o período em análise, apresentava outros aspectos igualmente condicionantes do sector que já vinham sendo preparados desde o fim da década de 80: nomeadamente a revisão constitucional e liberalização da economia. Por outro lado, dado que um dos objectivos desta Avaliação é o de contribuir para uma melhor definição de intervenções futuras da Cooperação no sector, optou-se por uma descrição contextual que abarca o momento presente e a evolução previsível, de modo a fundamentar as recomendações feitas.

1.1.1 - O contexto social, económico e político: década de 1990 e perspectivas para o início da nova década

País e população

Moçambique está localizado na costa oriental/sul de África, com uma superfície de aproximadamente 800.000 Km², alongando-se por mais de 2.500 km da costa do Oceano Índico.

Conta com uma população de aproximadamente 17 milhões de habitantes (a guerra interna prolongada dificultou os censos, e alguns autores preferem, por isso, considerar que existem 18 milhões de habitantes). Quanto à estrutura etária, é uma população predominantemente jovem (aproximadamente 50% da população tem menos de 15 anos, e 70% têm menos de 30 anos), com elevados índices de fertilidade e mortalidade e uma reduzida esperança de vida à nascença. É também uma população predominantemente rural e com um elevado índice de pobreza absoluta, sendo este mais marcado nas zonas rurais (*The Economist, Country Profile, 1997-98*).



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

No Quadro 1 resumem-se alguns dos indicadores demográficos e sociais mais utilizados.

Quadro 1: Moçambique: principais indicadores demográficos e sociais

INDICADORES	1975	1980	1993	1998
Taxa de Natalidade (/1.000)		47.1		43.9
Taxa de Mortalidade (/1.000)		20.7		20.5
Esperança de Vida à Nascença (anos)			46,4	45,2
Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000)	163			129
Taxa de Mortalidade Materna (/100.000)			1.500	1.100
Taxa de Crescimento Anual da População (%)				2,7 (1994 – 2000)
Taxa de Fertilidade Total (%)			6,5	
Taxa de Pobreza Absoluta Urbana (%)				38
Taxa de Pobreza Absoluta Rural (%)				70
PIB <i>per capita</i> (em Dólares EUA)			90	178
Taxa de Alfabetização de Adultos (%)	22			42
% da População c/ acesso a Água Potável			33	46

Fontes: PNUD, Relatórios de Desenvolvimento Humano, 1993 e 1999 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento); Moçambique, Instituto Nacional de Estatística, Indicadores e Estatísticas Sociais, 1997-98.

Duas províncias do Centro/Norte, Zambézia e Nampula, são as mais vastas e densamente povoadas, contando com aproximadamente 40% da população total do País. No Sul, a população concentra-se ao longo da costa, sendo o interior seco e escassamente povoado.

O português é a língua oficial e há três grandes grupos de línguas nativas: Tsonga, Sena-Nyanja e Makua-Lomwe.

O clima varia entre o tropical e subtropical.

Política

Na década de 1990 ocorreu o fim dum longo período de conflitos armados, primeiro o da descolonização e o seguinte entre o Governo e a RENAMO, com períodos em que houve incursões dos exércitos dos anteriores governos da ex-Rodésia e da África do Sul. O fim dos conflitos resultou do Acordo de Paz com a RENAMO assinado em 1992, e da realização das primeiras eleições multipartidárias em 1994.

A Constituição revista em 1990 para abrir caminho às reformas políticas e económicas então em início, foi de novo revista em 1998. O sistema multipartidário está formalmente estável, embora haja uma marcada bipolarização (entre a FRELIMO e a RENAMO) ao nível da Assembleia da República.

Com a nova Constituição, o sistema judicial tornou-se formalmente independente do poder executivo. Apesar de uma maior liberdade de imprensa e da proliferação de jornais, a maioria tem uma circulação limitada.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Nos últimos anos da década de 1990 ocorreram também o nascimento de ONGD moçambicanas, muitas vezes apoiadas inicialmente por ONGD estrangeiras. Os sindicatos, anteriormente ligados ao Partido FRELIMO, foram obrigados a redefinir o seu papel social e bases de sustentação. As Igrejas, em expansão já muito antes do fim da guerra, com o aumento da segurança nas zonas rurais, passaram a ter um papel mais activo na prestação de serviços sociais (saúde, educação, desenvolvimento agrário, etc.).

O País tem uma divisão administrativa de que constam 10 Províncias e a capital, Maputo, que também tem o estatuto de Província. Os Governos Locais assumem a forma de corpos municipais eleitos e autónomos (administrativamente separados do Governo Central e com os seus próprios orçamentos para gerir) que foram inicialmente introduzidos nas cidades maiores e serão progressivamente estendidos ao resto do país.

O País apresenta-se historicamente dividido entre Norte e Sul, como resultado tanto da distribuição geográfica dos grupos étnicos dominantes como, e principalmente, da concentração da presença colonial portuguesa, no Sul. Infra-estruturas, serviços, nível de escolaridade e riqueza são mais elevados na zona a Sul do rio Zambeze.

A sociedade

O peso proporcional da população rural e o deficiente desenvolvimento de infra-estruturas nas zonas rurais fazem com que a agricultura de subsistência seja ainda a fonte de sobrevivência da maioria da população. O sector agrícola contribui com a maior porção do Produto Interno Bruto e com 4/5 dos empregos no país. Nessas zonas as deficiências da rede de comunicações põem entraves adicionais ao desenvolvimento agrícola e rural. Mesmo quando a produção agrícola alimentar começou a dar sinais de clara revitalização (auto-suficiência em milho, em 1996 e 1997), a rede viária não permitiu o escoamento desses produtos para os mercados das zonas mais urbanizadas e mais densamente povoadas (*The Economist, Country Profile, 1997-98*).

O actual Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta – PARPA – define a Pobreza, em Moçambique, como um fenómeno multidimensional, não se caracterizando apenas pelo baixo rendimento e consumo, mas pela falta de acesso à educação, saúde e outras oportunidades para o desenvolvimento humano, conducentes a uma maior dignidade e segurança pessoais. No PARPA as zonas rurais são consideradas áreas prioritárias de intervenção, devido às suas actuais insuficiências em capital humano e deficiências em infra-estruturas e em fontes de trabalho e rendimento.

Os serviços de saúde e educação são considerados como instrumentos cruciais na redução da pobreza. No entanto, estes mesmos sectores foram seriamente afectados durante a década de 1980/90 (até ao Acordo de Paz) pela combinação de destruição de infra-estruturas e crise económica. No fim da guerra (1992) aproximadamente 50% das 5.700 escolas primárias tinham sido destruídas ou encerradas e um em cada três Postos de Saúde tinha tido o mesmo destino (*The Economist, Country Profile, 1997-98*). A insegurança tinha também levado à concentração do pessoal técnico nas cidades e outros centros mais seguros, acentuando a falta de recursos humanos em serviços rurais.

Após o Acordo de Paz, o sector da Saúde foi confrontado com maiores necessidades, derivadas do retorno de populações deslocadas (internamente) e refugiadas (que voltaram dos países vizinhos), com graves carências de saúde, particularmente no caso dos deslocados internos. As



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

infra-estruturas destruídas e as necessidades aumentadas ditaram na altura como prioridade a recuperação das redes sanitária e escolar (utilizando principalmente fundos de ajuda externa).

Infra-estruturas

As infra-estruturas de transportes e comunicações constituíram parte importante do equipamento de Moçambique, dado o seu papel de intermediário geográfico entre países mais desenvolvidos no interior do continente e o mar. Portos e caminhos-de-ferro, estradas e pontes, estiveram normalmente viradas para esta rede de comunicação entre o interior e o mar. Toda essa rede foi afectada pela duração e efeitos da guerra.

A base industrial é relativamente fraca e concentrada em poucos pólos, e também foi afectada pela descolonização e pela guerra subsequente (principalmente as indústrias de transformação agrícola em zonas rurais). A rede eléctrica, necessária ao funcionamento de outras infra-estruturas, cobria uma parte muito pequena do país, tendo sido também afectada pela guerra (mesmo uma cidade capital de província, como Lichinga, pode ter energia eléctrica muito poucas horas por dia).

Os analistas económicos consideram, no entanto, que o país tem um potencial de desenvolvimento, sobretudo pelos recursos existentes e ainda não aproveitados, incluindo os sectores mineiro e energético. Como prova disso, Moçambique foi alvo de importantes investimentos em infra-estruturas e equipamentos, após o Acordo de Paz. Infelizmente, a magnitude das Cheias de 2000 vieram destruir muitas das infra-estruturas já recuperadas e obrigaram a um reinvestimento.

Economia

Moçambique iniciou, desde 1986, um grande processo de reestruturação económica, mudando de um modelo de planeamento central para uma economia de mercado. Este foi um dos objectivos da revisão constitucional de 1990. Uma cascata de novas leis e regulamentos foram desde então emitidos, legalizando ou liberalizando actividades económicas previamente sob controlo estatal, incluindo os serviços de saúde.

A revitalização da agricultura (incluindo a sua modernização), bem como investimentos na indústria, transportes e actividade mineira, foram as maiores realizações dos últimos anos e deverão continuar como prioridades na década de 2000. O turismo apresenta também um grande potencial futuro.

A ajuda internacional tem desempenhado um papel crucial na economia moçambicana. A Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) constituiu, em 1994, 60% do Produto Interno Bruto (*The Economist, Country Profile, 1997-98*). O total da APD representou 1.463 e 1.039,3 milhões de dólares americanos, em 1992 e 1998, respectivamente. O bom desempenho económico interno, e a atracção de investimentos privados, fizeram com que a APD passasse a ter um peso mais reduzido, na parte final da década: 28% do PNB, em 1998 (*PNUD, Relatório de Desenvolvimento Humano, 2000*).

Face às necessidades de investimento para a recuperação da capacidade produtiva do país compreende-se que a utilização do financiamento público, doméstico e de ajuda externa disponíveis continuem a ser matéria recorrente de discussão sobre a sua melhor distribuição e o



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

esforço possível para apoiar os sectores sociais (dado manterem-se graves carências sociais). Desde a segunda metade da década de 1990 têm sido aprovados planos plurianuais em que se procura clarificar o esforço com os sectores sociais e também a utilização compensatória da ajuda externa.

O desempenho económico melhorou sensivelmente nos últimos anos da década de 1990, com o crescimento real do Produto Interno Bruto (6,4%, em 1996), das exportações (30%, em 1996). A estabilidade financeira, conseguida também pela contenção da despesa pública, reflectiu-se na redução da inflação (inferior a 10%, em 1997) e na estabilidade da taxa de câmbio da moeda nacional (*The Economist, Country Profile, 1997-98*).

Apesar das medidas legais enquadradoras da economia de mercado, os investidores externos continuam a reclamar que a administração pública, no sector económico, é demasiado pesada (em tamanho) e lenta (nos procedimentos), tendo-se verificado um crescimento da corrupção em paralelo com a disponibilidade de financiamentos externos para investimento.

1.1.2 - O contexto de saúde e o sistema nacional de saúde

Período Pós-Independência

Na segunda metade da década de 70, Moçambique foi um dos países de vanguarda em África na implementação de políticas de cuidados primários de saúde. A constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) baseou-se fundamentalmente na expansão do nível primário: perto de 1.000 Postos e Centros de Saúde, com referência a apenas 27 Hospitais Rurais e 10 Hospitais Provinciais e Centrais. Para suportar a extensão da rede rural foi efectuada formação e reajustamento de funções a cerca de 10.000 profissionais, actualmente registados (embora a qualificação de aproximadamente 50% destes seja do tipo “básico”)^a. Outra das medidas de suporte aos cuidados primários de saúde foi a racionalização da importação, registo e prescrição de medicamentos, que nos primeiros anos permitiu economias substanciais. Os efeitos no estado de saúde da população parecem atestar o efeito somado a outras medidas de acesso a bens e serviços básicos, nos anos anteriores ao início do conflito armado interno e ainda outras perturbações surgidas no país, desencadeadas por parte de anteriores regimes políticos de países vizinhos de Moçambique.

As limitações do SNS foram, sobretudo, em recursos financeiros, em baixo número e qualificação dos recursos humanos e num certo esgotamento da capacidade de gestão (em geral muito centralizada) para uma rede de serviços cobrindo uma grande área geográfica e com população muito dispersa.

Período final da década de 80

Neste período o desempenho do SNS desceu, arrastado pela diminuição de cobertura associada às destruições da guerra e às limitações financeiras. Por outro lado, cresceu a dependência da ajuda externa. Registou-se uma acentuada descida do valor dos salários do pessoal técnico e

^a O nível “básico” nas profissões de Saúde equivalia (até ao início da década de 90) a uma exigência de 2 anos de ensino secundário, à entrada dos cursos profissionais, seguidos de cursos de saúde de 2 anos de duração.



apareceram os primeiros sinais de actividade médica privada (que tinha sido ilegalizada em 1975).

Este período coincidiu com crises dos SNS em outros países em desenvolvimento, que o Banco Mundial criticou como tendo perdido a sua missão de eficácia social em favor dos pobres (concentração urbana-hospitalar, com os serviços subsidiados utilizados maioritariamente pela classe média urbana, e para utilidades privadas). Neste contexto, o Banco Mundial propôs a consideração de maior participação privada, no financiamento e na prestação de serviços, e de escolhas mais judiciosas quanto à utilização dos financiamentos públicos.

O lançamento em 1986 do Programa de Reajustamento Económico veio acentuar as carências orçamentais do sector público da saúde. Agravou-se a crise de sobrevivência de largas camadas de população rural, com a guerra e as secas. Por outro lado aumentou o número de agências executoras de intervenções de ajuda externa, ao mesmo tempo que diminuía o controlo governamental sobre estas e se esgotava a capacidade de gestão do restante aparelho administrativo devido à dispersão de actividades.

Apesar dos enormes obstáculos à prestação de serviços, assistiu-se, no fim da década de 80, a algumas iniciativas tendentes a uma revisão das estratégias, ao nível central da administração de saúde. Propuseram-se cenários para a redistribuição de recursos e investimentos (a favor do nível primário e dos Hospitais Rurais), e preparou-se um projecto (que viria a ser financiado pela União Europeia) para desenhar um plano director para a recuperação dos Hospitais Rurais do país (*Noormahomed & Segal, 1991*). O esforço para implementar e manter o papel director do Ministério da Saúde sobre questões de estratégia viria a dar efeitos quando a ajuda externa se multiplicou, após a assinatura dos Acordos de Paz (1992). (*Colombo et Pavignani, 2000*).

Nos primeiros anos da década de 90 assistiu-se à re-legalização da actividade médica privada e à criação de associações profissionais na área da saúde.

Período da Década de 90, pós Acordos de Paz

A Década de 90, na qual se centra esta Avaliação, correspondeu em Moçambique, fundamentalmente à Década do fim da Guerra e de diversas modificações na vida económica e política do País, que o fim da Guerra tornou possíveis.

No início dessa Década, a rede formal de serviços de saúde (o Serviço Nacional de Saúde) não era acessível a mais do que 30% da população (*Moçambique, Ministério da Saúde, Avaliação da Estratégia SPT/2000, 1993*). Durante toda a Década se presenciou um esforço para expandir a cobertura dos serviços, com investimentos na recuperação de infra-estruturas, formação de pessoal, aumento na prestação de serviços e na procura de financiamentos para todo este conjunto de intervenções.

Apesar do esforço de reconstrução desenvolvido por todos os sectores, e dos números sobre a recuperação económica do País (*Hanlon, 2002*), Moçambique ainda ocupava, em 1999, o 169º lugar (num total de 174 países) na classificação de Desenvolvimento Humano da ONU (*PNUD, 2000*). Apesar do esforço efectuado, o Plano Estratégico para o Sector Saúde (*Moçambique, Ministério da Saúde, 2001*) ainda apontava como principais determinantes do estado de saúde da população moçambicana:

- Baixa educação, ruralidade, má nutrição, ambiente físico-biológico desfavorável



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- Iniquidade no acesso a cuidados de saúde;
- Grupos vulneráveis: mulheres, crianças, pobres (e os deslocados, no início da década);
- Um SNS com deficiências sérias de funcionamento: Baixo moral do pessoal; poucos equipamentos; falta de consumíveis; falta de supervisão;
- Sobrecarga de serviços nos Hospitais (resultantes das limitações da rede periférica)
- Baixa capacidade de gestão devido à centralização dos serviços e à baixa qualificação dos recursos humanos.

Assim, o estado de saúde da população moçambicana é determinado pelo somatório dos problemas habituais em países tropicais com baixo nível de desenvolvimento (e.g. elevada fertilidade, doenças transmissíveis, carências nutricionais), da eclosão da epidemia do VIH e dos problemas particulares de guerras arrastadas (saúde mental, famílias desmembradas, maior vulnerabilidade de todos os grupos já anteriormente de risco, amputados, etc.).

A meio da década, considerava-se que Moçambique tinha dados passos positivos para melhorar o desempenho do SNS e reduzir as desigualdades (*Moçambique, Ministério da Saúde, 1997*). Mas, tais realizações tinham enfrentado muitas limitações, desde as orçamentais e de recursos humanos, às de capacidade organizativa (incluindo a presença maciça de organizações de ajuda externa). Na prática, os profissionais tinham-se habituado à prática generalizada de pequenos esquemas de pagamentos extra para valorizarem economicamente a sua presença nas Unidades, ou seja, encontraram estratégias de sobrevivência (*Moçambique, Ministério da Saúde, 1997*). Por outro lado, as falhas de supervisão e logística agravaram o isolamento geográfico das unidades de nível primário, com consequentes problemas na qualidade dos serviços.

As realizações da Década de 90

As várias fontes documentais consultadas parecem unânimes em reconhecer que na Década 1990-2000 se presenciou uma impressionante recuperação da capacidade de **prestação de serviços pelo SNS**, como pode observar no **Quadro 2**

Quadro 2: Cobertura pelo SNS, Consultas e Partos, 1993-2000

	1993	2000
N.º Consultas no SNS / Capita	0,36	0,83
Taxa de Cobertura a Partos Assistidos	26%	40%
N.º Consultas Externas no SNS	6.252.937	14.350.856

Fontes: Departamento de Planificação, Ministério da Saúde de Moçambique/Cooperação Suíça, 2001

Mais importante que o simples crescimento global do número de serviços, foi a recuperação do papel da rede periférica rural, e a **redução de desigualdades** no consumo de serviços. Seguem-se exemplos dessa redução durante alguns períodos:

- Entre 1993 e 2000, a proporção de serviços realizados no nível primário passou de 28% para 39%, enquanto que a dos Hospitais Provinciais e Centrais passou de 33% para 21%;
- Entre 1997 e 2000, o crescimento do número de consultas foi de 46%, nas zonas rurais, e de 32% nas grandes cidades;



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- No mesmo período o Índice de Iniquidade (da província, em relação à média nacional) – medido em consumo de unidades de serviços *per capita* - desceu de 5,7 para 4,5;
- Entre 1994 e 2000, a desigualdade inter-provincial na disponibilidade de orçamento *per capita* (incluindo ajuda externa) também desceu de 7,5 para 4,9;
- Entre 1993 e 1998, o conjunto das províncias a Norte do rio Zambeze (habitualmente desfavorecidas) apresentou um crescimento de consumo de serviços de 57%, contra 45% nas províncias do Sul, e 16% na cidade de Maputo.

Nesta década, o volume do **financiamento para o SNS** teve felizmente, um crescimento, tanto da ajuda externa (nos anos imediatamente após o Cessar-Fogo, reduzindo-se a seguir o financiamento para ajuda humanitária de emergência), como do Governo, nos últimos anos da década. A meio da década, com a diminuição do financiamento para as emergências, os fundos totais disponíveis para o sector tiveram uma redução drástica, que foi corrigida, a partir de 1996/97. A partir de 1997, o financiamento total para o sector (gastos correntes e investimentos) atingiu os 100 milhões de dólares anuais, dos quais aproximadamente 60% destinados a despesas de funcionamento.

A profundidade da diferença entre financiamento disponível e necessidades razoavelmente satisfeitas pode ser expressa nos seguintes valores estimativos:

- Entre 1995-97, o gasto *per capita*/ano em Saúde foi da ordem dos 4-6 Dólares EUA (dos quais uns 60-70% resultantes de Ajuda Externa) (*Moçambique, Ministério da Saúde, 1997*)
- O Banco Mundial estimava que o gasto para um pacote mínimo de cuidados abrangentes para a África Sub-Sahariana seria de aproximadamente 13,22 Dólares EUA, *per capita*/ano (*Banco Mundial, 1993*)

Em 2000, os gastos do SNS moçambicano foram distribuídos de acordo com o padrão reflectido no **Quadro 3**:

Quadro 3: Gastos do SNS, 2000

Distribuição de Gastos, por Níveis do SNS

	% Gastos Correntes
Hospitais Centrais	27%
Hospitais Provinciais	15%
Distritos com Hospitais Rurais	15%
Cidades - Níveis I e II	19%
Rede Periférica Rural	25%

Distribuição de Gastos, por Linhas Orçamentais

	% Gastos Correntes
Bens e Serviços	52%
Salários	24%
Medicamentos	24%

Fontes: Departamento de Planificação, Ministério da Saúde, 2001



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Além dos gastos correntes, convém assinalar que se realizaram extensos programas de recuperação de infra-estruturas e de equipamentos, com cerca de 90% de financiamento externo, resultando que, nos últimos anos, 40% dos gastos anuais totais (funcionamento e investimento) têm correspondido a um investimento. Mais de 400 unidades sanitárias do nível primário foram reabilitadas, entre 1993 e 1999 (*Colombo et Pavignani, 2000*) e diversos Hospitais Rurais e Provinciais começaram a ser alvo de reabilitação e reequipamento.

De entre as melhorias observadas é de referir que a dependência da ajuda externa diminuiu globalmente, de 48%, em 1996, para 30%, em 2000. O peso dessa dependência variou nas várias linhas de gastos, sendo de aproximadamente 50% nos medicamentos, 75% na formação e 90% no investimento (*Moçambique, Ministério da Saúde, DAG, 2001*). O peso relativo da Ajuda Externa nas despesas de funcionamento diminuiu depois de 1997, à medida que aumentava o nível de financiamento governamental.

A área dos **Recursos Humanos** foi um dos centros de atenção, na década em análise. Em 1992, foi elaborado um Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (*O Gish, 1992*), cujo grau de realização foi avaliado em 1999. O Plano previa importantes alterações da distribuição de pessoal, a sua requalificação e formação, em algumas categorias, em números adequados à recuperação de infra-estruturas que seria esperada no pós-guerra. Comparando 1990 com 1997, verifica-se que a equipa de saúde, em termos médios, passou para o dobro nas pequenas unidades periféricas, mas reduziu-se de tamanho nos grandes centros de saúde e hospitais rurais. Por outro lado, nestes últimos, a redução do número total foi acompanhada do aumento do número de profissionais com qualificações de nível médio e superior (*Moçambique, Ministério da Saúde, 1997*). A avaliação do Plano de Desenvolvimento, realizada em 1999 demonstrou que o Plano estava a ser realizado (em números de produção) cerca de 40% abaixo das metas previstas, e apontava como factores mais importantes pela baixa execução: a) dificuldades no processo de planeamento no MISAU; b) dificuldades e instabilidade nas próprias instituições de formação (*Moçambique, Ministério da Saúde/UNDP, 1999*).

Relativamente aos custos da formação prevista no PDRH constata-se que, em 1997, a formação de cada aluno (carreiras não-médicas) custou, em média, em 1997, 4.000 Dólares/ano, e cerca de 10.000 Dólares para a formação completa (2,5 anos) da média dos profissionais, cuja formação estava prevista no plano de Desenvolvimento de RH.

A mesma avaliação aponta, ainda, que as perdas de pessoal (por todas razões) foram aproximadas ao volume de formação efectuada, pelo que o número de profissionais disponíveis não aumentou. A informação sobre perdas de pessoal veio a agravar-se com os dados recentes sobre as perdas causadas entre pessoal de saúde pela epidemia do VIH/SIDA.

Mesmo que todos os investimentos corram bem, a **capacidade de planeamento e gestão do SNS** tem limitações importantes. Como já foi referido os anos da guerra, as dificuldades logísticas e a multiplicidade das organizações de ajuda levaram até ao limite a pouca capacidade do sistema de gestão criado no fim dos anos 70. Apesar da qualidade dos serviços de planeamento centrais, as direcções provinciais trabalham com informação pouco fiável (vejam-se as anotações no Relatório Estatístico de 2000 e o texto *Moçambique, Ministério da Saúde/Cooperação Suíça, Informação Sumária, 2000*), e o documento “Avaliação ao Plano de Recursos Humanos” cita como uma das principais causas da baixa produtividade do pessoal de saúde a baixa capacidade de organização nos locais de trabalho.

Mas é o próprio **Plano Estratégico do Sector Saúde** (2001-2005) que inclui entre as causas de baixo desempenho do SNS a existência de uma organização centralizada e a falta de recursos



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

humanos formados nessa área ((*Moçambique, Ministério Saúde, PESS, 2001*). O eixo fundamental do PESS propõe o reforço da estrutura e organização do SNS, para um uso eficiente dos recursos, baseado em sistemas de informação de apoio à gestão. A mudança organizativa proposta pelo PESS resume-se em: *a*) descentralização; *b*) planeamento estratégico nas Direcções Provinciais de Saúde; *c*) um planeamento da actividade do SNS diferenciado nas grandes cidades; *d*) recursos humanos qualificados para a gestão em geral e o tratamento de informação, em particular. O PESS passaria a ser, também, o foco da avaliação de desempenho do MISAU, tendo já sido definidos um conjunto de indicadores (para o período 2001-2005), com os seguintes objectivos:

- implementação em áreas chaves (políticas): equidade; qualidade; advocacia; estratégias de financiamento; desenvolvimento institucional;
- Funcionamento do sistema de saúde: direcção; financiamento; atribuição e gestão de recursos; prestação de serviços;
- Realização dos objectivos do sistema nacional de saúde: alívio da pobreza absoluta; melhoria do estado de saúde das populações.

A título de exemplo, os indicadores da área de desenvolvimento institucional incluem: descentralização para os municípios; autonomia dos Hospitais; funções dos Órgãos Centrais transferidas para os níveis Provincial e Distrital; pessoal qualificado para a gestão nos Hospitais Centrais e Provinciais e nas Direcções Provinciais de Saúde.

O Sector Saúde e a Redução da Pobreza

Sendo Moçambique um dos países do Mundo com maior prevalência de pobreza, foi elaborado um Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), para o período 2001-2005. O documento oficial define a “pobreza” em termos semelhantes aos do CAD/PNUD/Banco Mundial (2001): a pobreza é um fenómeno multi-dimensional, não se caracterizando apenas pelo baixo rendimento e consumo, mas pela falta de acesso à educação, saúde e outras oportunidades para o desenvolvimento humano, conducentes a maior dignidade e segurança pessoais. A estratégia apontada no documento baseia-se no desenvolvimento do capital humano e no desenvolvimento rural. Apontam-se ainda como eixos adicionais necessários as infra-estruturas, a efectividade das instituições públicas e um clima macroeconómico estimulador do investimento.

As zonas rurais são consideradas prioritárias, devido às suas actuais insuficiências em capital humano, infra-estruturas e fontes de trabalho e rendimento. O documento de estratégia considera que as seguintes linhas de acção do PARPA conferem garantia de orientação dos benefícios para os estratos mais pobres da população: dar prioridade à saúde e educação, infra-estruturas, emprego, participação local e intervenção de entidades não governamentais.

Quanto ao papel da Saúde, o PARPA começa por assinalar que, nas zonas rurais, a prevalência da pobreza está estatisticamente associada ao menor acesso a serviços de saúde e a uma maior percentagem de malnutrição. A situação é semelhante em zonas urbanas, onde os estratos “menos pobres” consomem maior número de serviços públicos.

Tendo em conta essa realidade a estratégia sectorial para a Saúde aponta como prioridades:



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- A educação para mudanças de atitudes e comportamentos, nas escolas, quanto ao VIH/SIDA;
- Nos Cuidados Primários, a ênfase é posta no aumento da cobertura dos serviços de Saúde Materno-Infantil, doenças diarreicas e luta contra as doenças transmissíveis mais responsáveis pela “carga de doença” (Malária, Tuberculose, VIH/Doenças de Transmissão Sexual);
- A expansão da rede sanitária, qualificação e redistribuição de recursos humanos, e melhores capacidades em planeamento e gestão;
- Maior intervenção das ONGD e diversificação das fontes de financiamento para o SNS.

Outros Actores Não Públicos no Sector da Saúde

No sector público, o Serviço Nacional de Saúde ainda é (e continuará a ser para uma maioria de população pobre) o principal prestador de cuidados de saúde em Moçambique. No entanto, o papel de outras entidades como prestadores de cuidados (associando-se ao co-financiamento, nos casos de entidades beneméritas) tem crescido, desde que no início da década de 90 a medicina privada foi novamente legalizada.

As ONGD, das quais umas 30 se dedicam a cuidados de saúde, têm uma presença progressivamente mais numerosa e com maior dispersão geográfica. A equipa de avaliação teve contactos com estas ONGD em Lichinga, Matola e Xai-Xai. Vários programas como por exemplo o de controlo do VIH promovem e subsidiam as actividades destas ONGD. Para além disso, o conjunto das ONGD (nacionais e estrangeiras) activas em Moçambique dispõe de uma plataforma de apoios, coordenação e prestação de serviços legais: a LINK.

Os prestadores privados não lucrativos (PPNL) são representados maioritariamente pelas entidades religiosas, mas também há uma presença crescente de cooperativas e outras organizações locais de cidadãos. As entidades religiosas escolhem prioritariamente localizações rurais para as unidades de saúde que constroem ou recuperam. Uma avaliação recente da sua actividade revelou que podem realizar serviços com qualidade melhor que unidades equivalentes do SNS, mas persistem problemas de baixa eficiência social (sobreposição geográfica com outras unidades, equipamentos desadequados ao nível das unidades, atracção de pessoal de unidades estatais, etc.) (*Moçambique, Cooperação Suíça, Soares I, Succato R 2000*).

A medicina privada lucrativa tem ainda um mercado muito limitado, devido à reduzida proporção da população a trabalhar na economia formal, e ao reduzido crescimento da segurança social e dos seguros de saúde privados. A cobertura pelo Instituto Nacional de Segurança Social (obrigatória para o sector público e a economia formal) é ainda reduzida. Constata-se que, após sete anos de instalação em todo o país, a Segurança Social não contava com mais de 15.000 inscritos, não cobria mais de 60.000 pessoas, e mais de 75% destas concentravam-se em Maputo (dados de 2000, *INSC, 2001*). Os prestadores privados lucrativos concentram-se em Maputo, provavelmente porque é em Maputo que: estão concentradas grande parte das empresas de maior porte; onde se instalam alguns novos investimentos; reside a maioria da população estrangeira e se pode recorrer ao sector público de saúde para utilização daqueles equipamentos ainda escassos nas instituições privadas. A principal consequência desta situação é a atracção que esta concentração de mercado exerce sobre os profissionais médicos.



Aproveitamento da Ajuda Externa no Sector Saúde

Uma avaliação efectuada em 1997 identificou a utilização da Ajuda Externa pelo Sector Saúde em Moçambique como uma história de relativo sucesso (*Pavignani e Durão, 1999*). Essa avaliação começa por caracterizar os actores: o pragmatismo dos dirigentes sectoriais moçambicanos (manter a prestação de serviços a qualquer custo, resultados a curto prazo mais importantes que os planos de longa duração). Também explicita que as diversas fontes de Ajuda Externa mantiveram um elevado nível de desembolsos em Moçambique: uma avaliação da UE, em 1999^b, referia que o Sector Saúde continuava a ser o sector individual que recebia maior volume de apoio externo (logo depois do apoio macrofinanceiro). Os doadores mantiveram um elevado grau de interesse no país e no sector saúde. Provavelmente, os pragmáticos dirigentes do sector saúde aprenderam a aproveitar a existência de doadores alternativos para certos objectivos, e a conseguir financiamentos daqueles com procedimentos menos exigentes. Por outro lado, a necessidade de consolidação dos exercícios dos doadores levou à atracção de alguns dos poucos quadros disponíveis (com salários baixos na administração pública), criando alguns pólos de boa qualidade técnica, à custa de alguma instabilidade na direcção do MISAU.

O mais interessante da análise da relação entre MISAU e doadores é a utilização de mecanismos de coordenação progressivamente mais sofisticados, exigentes, mas também compensadores. Logo no início da década, era claro que o caos da gestão de múltiplas ONGD (emergência) não poderia continuar por muito tempo, nem a fragmentação da ajuda em programas verticais. Essa realidade deu origem a experiências de “pooling” e “SWAP”: basicamente, ao nível central e provincial o MISAU teve que definir prioridades e necessidades, explicitar a produtividade dos recursos disponíveis, para que os grupos de doadores canalizassem os seus fundos de modo coordenado e com um efeito transversal no sistema (mesmo que nalguns casos a transversalidade seja provincial), complementando o financiamento governamental^c. Mesmo os investimentos foram maioritariamente integrados. A Cooperação Suíça foi escolhida pelo MISAU (e aceite pela maioria dos doadores governamentais) para coordenar o exercício entre as duas partes (um prémio pelo risco assumido com o primeiro “apoio orçamental” ao sector). O que é importante, da observação destas experiências sucessivas de coordenação, é que representaram uma vitória dos elementos mais racionalizadores, tanto no MISAU como entre os doadores. A margem discricionária dos dirigentes do MISAU (para conseguir financiamento para projectos) reduziu-se. Do mesmo modo, reduziu-se a aceitação do financiamento para programas verticais preferidos por alguns doadores. Paralelamente, os processos trouxeram exigências progressivamente crescentes ao aparelho de planeamento do MISAU: melhores exercícios de avaliação de necessidades e das carências de recursos e a abertura dos livros oficiais de contas às auditorias conjuntas. Estes exercícios, apesar do seu lado positivo, também consumiram mais recursos humanos.

O sucesso dos mecanismos de coordenação no sector moçambicano de saúde é particularmente notável porque alguns desses mecanismos não tinham ainda sido experimentados noutros países. Do lado moçambicano, houve compromissos políticos e do lado dos doadores, houve aceitação de riscos para perspectivas de longo prazo e os processos inicialmente flexíveis (por reconhecidas carências do receptor) foram-se tornando progressivamente mais exigentes, à medida que cada mecanismo ia dando resultados. Esta atitude de incremento progressivo parece ter sido um dos segredos do sucesso porque não se comprometeu demasiado (com novas exigências) a capacidade de prestação de serviços em cada momento.

^b Informação interna do Escritório da UE em Maputo, cedida à equipa de avaliação.

^c Os vários mecanismos de coordenação permitiram, por exemplo, utilizar a ajuda externa para ir diminuindo as desigualdades inter-provinciais



Outros motivos que contribuíram para o sucesso foram: *a)* alguma melhoria de capacidade de análise e de avaliação em alguns focos do MISAU (informação usada pelos doadores); *b)* boa qualidade de documentos de planeamento de longo prazo (que os doadores foram usando para obrigar o MISAU a cumprir); *c)* a estabilidade (temporal) das pessoas no MISAU e nas representações dos doadores em Maputo (a confiança pessoal somou-se à satisfação das relações entre técnicos qualificados).

1.1.3 - Presente e futuro imediato: factores com influência na eficácia da ajuda externa em saúde

Os **problemas de saúde** da maioria da população moçambicana ainda estão condicionados pelo **ciclo da pobreza**: limitada capacidade financeira (e consequente grande vulnerabilidade) das famílias, más condições de vida, fracas oportunidades para maior papel da mulher na protecção da saúde da criança e da família, fraca escolaridade e cultura de saúde. A estes factores associam-se a dispersão rural e a fraca rede de transportes e comunicação neste meio. O **aumento da cobertura e qualidade dos Cuidados de Saúde Primários**, em particular as actividades preventivas ligadas à Mulher e Criança, continuam a ser a maior contribuição que o sector Saúde pode fazer para a **redução da pobreza**, particularmente se forem disponibilizados a preço subsidiado por entidades não lucrativas. O SNS moçambicano parece ainda necessitar de apoios de entidades não lucrativas que estendam essa cobertura (menos de 50% da população total tem acesso regular a cuidados de saúde). Diversas **entidades não lucrativas** têm-se estado a fixar como prestadoras de cuidados e têm alargado e diferenciado a sua oferta em função das necessidades específicas das comunidades ou grupos locais mais vulneráveis, como é o caso da resposta aos problemas dos doentes infectados com VIH/SIDA.

Esta proliferação de organizações, tem posto em prática em diferentes pontos de Moçambique iniciativas pragmáticas de pequena ou média dimensão (solução de problemas com poucos meios, fácil apropriação e replicação) que podem constituir mais um estímulo **para a participação comunitária, desenvolvimento intersectorial e descentralização**. No entanto, a multiplicidade e o número de organizações presentes geram a possibilidade de o conhecimento destas a nível central ser limitado, e torna necessário que as ONGD portuguesas façam um levantamento exaustivo desses parceiros, de modo a **se aproveitarem as sinergias potenciais e se evitarem as duplicações de projectos e intervenções**.

Ao SNS têm sido **atribuídos recursos crescentes**, tendo a Comunidade Internacional contribuído com uma porção significativa desses recursos, para efeitos quer de investimento, quer de apoio ao funcionamento corrente. Com esses recursos, o SNS tem realizado um volume crescente de serviços, sendo o crescimento particularmente notável, como já referimos, em zonas rurais. No entanto, algumas infra-estruturas recuperadas já começaram a perder a sua eficácia, por **limitações na formação de pessoal técnico** e consequente encerramento das mesmas por falta de pessoal.

A evolução dos **mecanismos de concertação com os parceiros internacionais** tem obrigado os dirigentes do MISAU a criar **capacidades crescentes em planeamento** (incluindo avaliação de necessidades e previsão de cenários de macro financiamento) e manter as contas públicas permanentemente disponíveis para auditoria. Pelo menos ao nível central, criaram-se capacidades de trabalho e investigação apreciáveis. O mesmo parece não acontecer nas Direcções Provinciais, embora estejam em curso programas de reforço institucional para este nível.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

As **limitações de recursos humanos qualificados** são gerais, tanto ao nível da simples prestação de cuidados médicos à periferia, como em disciplinas especializadas necessárias às novas **funções dum Estado regulador** (e não prestador directo). Um caso exemplificativo é o das capacidades para executar a nova política do Medicamento: nem o Ministério da Saúde (MISAU), nem o Conselho do Medicamento têm recursos humanos qualificados em número suficiente para lidar com os processos de registo de muitas centenas de fármacos já existentes no mercado. As novas funções do Estado exigem perfis profissionais também novos, tal como nos países industrializados.

Um factor limitador para as intervenções da Ajuda Externa, é que a escassez de recursos **limita as possibilidades de transmitir, em curto período de tempo, as prestações e qualificações das equipas externas para contrapartes nacionais**, o que atrasa os programas de formação dos elementos que poderiam garantir a continuidade.

Apesar da demonstrada capacidade de gerir problemas e aproveitar os meios disponíveis, parece também que **a capacidade institucional da administração de saúde moçambicana**, abaixo do nível central e das grandes instituições prestadoras, é **limitada e irregular**. Não apenas o número de técnicos formados em gestão é reduzido, como a maioria destes têm apenas formação para as tarefas processuais rotineiras de administração. Os dirigentes e gestores da administração e das instituições são maioritariamente técnicos de outras áreas que estão “de passagem”. A **carreira de Gestão da Saúde Pública** em Moçambique, parece ainda não se ter estabelecido, sem o que não se atraem nem estabilizam os poucos médicos com “inclinação” para o planeamento e para a gestão. A maior frequência de rotação nos profissionais destes níveis parece estar associada a uma perda de memória institucional e à redução de eficiência.

Como já referimos os **recursos disponíveis, de origem interna e externa**, são ainda insuficientes para cobrir todas as necessidades básicas de saúde, o grau extremo de pobreza, a destruição de infra-estruturas durante os anos de guerra, a ausência de poupanças públicas (e privadas) para investimento e o baixo grau de capacidade tecnológica são alguns dos factores que convém lembrar para compreender a manutenção da limitação dos recursos, apesar do esforço do governo moçambicano e da comunidade internacional. São adquiridos anualmente menos de 50% dos medicamentos essenciais que seriam necessários e muitos dos hospitais ainda têm carências de técnicos e equipamentos com os quais nenhum Hospital português de Nível I pactuaria. Face à extensão e variedade das faltas, os gestores moçambicanos mais pragmáticos **consideram útil todo o tipo de ajuda externa, mesmo que esta seja pontual e não seja garantida a sua continuidade**.

1.2 - A COOPERAÇÃO PORTUGUESA NO SECTOR SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

1.2.1 - Redução da pobreza e o papel da cooperação para o desenvolvimento na viragem para o século XXI.

Na 34ª Reunião (1996) de Alto Nível do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) considerou-se que os países desenvolvidos destinam parte dos seus rendimentos à ajuda ao desenvolvimento tanto por imperativos morais como por garante da segurança mundial. Na Reunião considerou-se, também, que a Ajuda Pública é a parte indispensável dessa ajuda, que não pode ser substituída pela contribuição privada (que é concentrada em focos de interesse, não se centra obrigatoriamente no desenvolvimento do capital humano e exige complementaridade,



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

nem sempre disponível, de poupanças privadas nos países receptores). Assinalou-se também que só 4 dos 21 países membros do CAD cumprem com a meta de 0,7% do PIB destinado à Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD). Mais do que isso, referiu-se que a porção do orçamento público destinada à ajuda pública tem vindo a decrescer, como resultado de ter aumentado a porção destinada à negociação da dívida externa e à ajuda de emergência.

Na mesma Reunião considerou-se que a coordenação da APD deveria ser realizada pelo país receptor e listaram-se, ainda, um conjunto de estratégias para aumentar as possibilidades de sucesso da ajuda:

- a) contexto político estável e com abertura à participação privada;
- b) investimento social no capital humano;
- c) desenvolvimento da mulher, da equidade e da participação comunitária;
- d) instituições públicas funcionais e eficazes, bem como governação transparente;
- e) preservação dos recursos ambientais.

Sobre o mesmo tema, numa Consulta entre o CAD, o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e Banco Mundial (*IPAD, documento interno, 2001*) consideraram-se importantes as estratégias de sucesso da APD, acima mencionadas, e a necessidade de se focar ainda mais o efeito da ajuda na redução da pobreza.

Na Reunião foi manifestada a concordância com um conjunto de metas para a Redução da Pobreza, aprovadas pela Declaração do Milénio das Nações Unidas, entre as quais se destacam várias metas afins à Saúde como a redução da mortalidade infantil e materna e o acesso a serviços de saúde reprodutiva.

Numa publicação recente do Banco Mundial (*Banco Mundial, 1999*), aprofundando a contribuição da Saúde para a Redução da Pobreza, resume-se a avaliação que deve ser feita em cada contexto nacional e reconhece-se que o ciclo vicioso da pobreza tem a ver com:

- a) Condições de vida, de que os factores negativos (exposições a riscos) e positivos (utilização de medidas protectoras) se acumulam ao longo da vida.
- b) Os custos que podem ter de ser despendidos no tratamento de problemas de doença (na falta de protecção pública, as famílias mais vulneráveis tornam-se insolventes para a geração seguinte).

A vulnerabilidade a este ciclo é diferente conforme a condição socio-económica dos diferentes estratos sociais. É óbvio, do que foi referido, que os sistemas públicos de saúde podem intervir sobre este ciclo com serviços adequados (aos problemas dos mais pobres), o mais acessíveis possível (geograficamente) aos pobres, e com custos subvencionados.

A Assistência Externa e o Reforço Institucional no Contexto do Desenvolvimento

Outra publicação recente do Banco Mundial (*Banco Mundial, 2000*) descreve as preocupações desta instituição com a reduzida eficácia dos empréstimos por ela concedidos, bem como da ajuda externa ao desenvolvimento em geral. Nela se conclui que sem instituições não há desenvolvimento, não se saindo do ciclo da pobreza.

O Banco Mundial considera também que são necessárias instituições públicas com mais capacidades para que se prestem serviços aos pobres, assim se contribua para a redução da



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

pobreza. Mas, não bastam acções de reforço interno de capacidades: é necessária a participação dos cidadãos e a descentralização, forçando ao melhor desempenho e mudando os incentivos a que respondem os funcionários e gestores públicos.

O Banco Mundial considera ainda que a ajuda externa ao desenvolvimento pode contribuir para esta mudança e capacitação de várias formas:

- a) não limitando os seus apoios às instituições públicas, pelo contrário solicitando a participação da sociedade civil e das ONGD;
- b) revendo os efeitos de apoios a programas verticais, que aumentam a fragmentação e escondem o desrespeito pelas regras e procedimentos nas instituições públicas;
- c) analisando a realidade de cada local, de modo a agir com conhecimento dos obstáculos e oportunidades.

1.2.2 - Cooperação portuguesa no sector da saúde em Moçambique

Objectivos Estratégicos da Cooperação Portuguesa e seu Enquadramento em Relação às Políticas Globais de Desenvolvimento e às Políticas de Saúde Moçambicanas

Portugal passou a ser considerado como país doador em 1992, e tem tido uma participação irregular na ajuda pública ao desenvolvimento, que tem sido centrada essencialmente nos PALOP.

No que se refere a Moçambique, não há dados desagregados por país que permitam ter um conhecimento mais objectivo dos investimentos feitos pela Cooperação Portuguesa no sector da saúde, em percentagem do PIB português. No entanto os dados da OCDE (1997 e 2001) dão-nos uma ideia da percentagem do PIB português despendido nos PALOP (em todos os sectores) nos anos de 1992: 0,35%; 1993: 0,28%; 1994: 0,34%; 1995: 0,25%; 1996: 0,21%; 1997: 0,25%; 1998: 0,24% e 1999: 0,26% (OCDE, 1997 e 2001).

Grande parte dessa contribuição monetária portuguesa tem ver com a renegociação da dívida externa dos países beneficiários. No entanto, o governo português propôs-se aumentar a ajuda ao desenvolvimento de uma forma escalonada passando de uma previsão de 0,36% do PIB em 2000 para 0,7% em 2006.

Após o estabelecimento e consolidação dos Acordos de Paz em Moçambique, a Cooperação Portuguesa tem vindo a ter cada vez mais expressão nas relações de política externa bilaterais, que se inserem no quadro da ajuda pública ao desenvolvimento.

Esse aumento tem sido substancial e traduz-se a vários níveis: há um número cada vez maior de Instituições envolvidas e também uma grande diversidade de projectos e de actores vocacionados para a cooperação no sector da saúde. No entanto, as várias estruturas portuguesas quer estatais quer privadas, perante esta nova realidade, **são obrigadas a adaptações de intervenção** para obter um eficaz conhecimento e controlo das acções desenvolvidas, que contribuam para melhorar a concretização das acções e fomentar a complementaridade e eficácia das mesmas.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

O Instituto da Cooperação Portuguesa reflectiu algumas destas preocupações no Documento de Orientação estratégica publicado em 1999 “*A Cooperação Portuguesa no limiar do Século XXI, 1999*” onde se traçam as linhas mestras que devem orientar as políticas e estratégias da cooperação portuguesa no sentido de melhorar a sua eficácia e contribuir para um maior impacto da ajuda externa portuguesa.

Desse documento sobressai a necessidade de uma maior atenção e adaptação às mudanças das políticas de desenvolvimento e, sobretudo, a necessidade de um sistema de planeamento onde haja uma clara definição de prioridades e objectivos e em que se desenvolva a coerência entre os objectivos propostos e os programas desenvolvidos. É salientada também a necessidade de transparência nas relações com os países receptores e um maior rigor na utilização dos fundos públicos utilizados para a ajuda pública ao desenvolvimento (*Introdução da Resolução do Conselho de Ministros N.º 43/99, de 18 de Maio*).

No sentido de permitir que a Cooperação Portuguesa faça uma melhor utilização dos seus recursos humanos e financeiros e melhore as suas estratégias de intervenção, tem havido recomendações de organismos internacionais (*DAC- Internet, OCDE 91*) que, não pondo em causa o modelo descentralizado em que assenta a cooperação portuguesa, recomendam que sejam implementadas políticas e mecanismos de reforço da coordenação, do controlo e da avaliação das acções desenvolvidas.

Em relação à implementação dessas medidas o Instituto de Cooperação Portuguesa incluiu, desde 1994, na sua lei orgânica (*Decreto-lei n.º 60/94, de 24 de Fevereiro, alterado pelo Decreto-lei n.º 293/97, de 24 de Outubro*) mecanismos de avaliação. Contudo, só em 1997, após nova avaliação do CAD, foi criado um “Grupo Consultivo de Avaliação” e o CAD na sua avaliação de 2001 ainda considera esta como uma das áreas mais críticas do sistema de cooperação português, pelo que recomenda a implementação urgente de um sistema de avaliação independente (*A Cooperação Portuguesa no limiar do Século XXI, 1999*).

O enquadramento com as políticas internacionais para o desenvolvimento no sector da saúde tem tido maior expressão na definição de estratégias de intervenção. No documento do IPAD sobre a reflexão para a definição de uma “Estratégia de intervenção na cooperação para o desenvolvimento no sector da saúde” estão bem definidas: a importância da integração com outros sectores influentes sobre a saúde, a prioridade a dar aos Cuidados Primários de Saúde, e a importância da sustentabilidade das intervenções.

Quanto ao enquadramento da cooperação da saúde com as necessidades e estratégias políticas de Moçambique, este fez-se, desde 1993, através de reuniões de Comissões Interministeriais (da responsabilidade do Ministério da Saúde), a que se seguiram os Programas Indicativos de Cooperação (da responsabilidade do IPAD/Ministério dos Negócios Estrangeiros).

Capacidade de coordenação da Cooperação Portuguesa com a realidade moçambicana

A cooperação portuguesa no sector da saúde em Moçambique, entre os anos 1990 e 2000, esteve sujeita a vários condicionalismos quer da parte portuguesa quer moçambicana. Da parte portuguesa há a destacar o crescimento do número de intervenções ao longo da década, embora com um perfil de actuações isoladas e desencadeadas no sector público, nas ONGD e noutros projectos, por solicitações da parte moçambicana.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

As intervenções, quer de sede institucional, quer das ONGD e de outros projectos com financiamentos não institucionais, sofreram limitações no planeamento, monitorização e avaliação.

Apesar de nesta década haver deficiências de planeamento e de coordenação por parte dos dois países, é interessante verificar que prevaleceu o bom senso e que as intervenções se desenvolveram em áreas que já eram e que continuam a ser prioritárias. Identificaram-se, no entanto, falhas ao nível da adequação de recursos (portugueses) e de sustentabilidade (por carências de ambas as partes), o que mais uma vez evidencia a necessidade de um planeamento adequado pelas partes envolvidas.

No entanto, este não foi um problema exclusivo da cooperação portuguesa. Um documento do Ministério da Saúde (*Moçambique, Ministério. Saúde/Cooperação Suíça, 2001*) refere várias deficiências na ajuda externa de outras agências de cooperação ao apontar que: a) em certos projectos, as agências financiadoras e ONGD não têm dados actualizados sobre as despesas anuais e que em muitos casos não há discriminação por classe de despesas; b) os dados das agências estão agregados não sendo possível discriminar os gastos em cada sector; c) nem todas as agências têm conhecimento dos financiamentos disponibilizados pelos próprios governos, por não haver uma informação completa na respectiva embaixada ou escritório a funcionar no país receptor.

Sendo o problema da coordenação da ajuda externa comum a vários países doadores e receptores, o Banco Mundial promoveu desde 1980 um programa centrado no tipo de financiamento concedido e na sua coordenação, o “Sector-Wide Approaches” (SWAp) que começou apenas a ser adoptado pelas agências bilaterais e alguns governos receptores em meados de 1990 (*Walt et al. 1999, i*). Vejam-se as notas, acima, sobre a utilização de mecanismos de coordenação da APD no sector Saúde, em Moçambique.

O peso relativo da ajuda portuguesa a Moçambique

Os valores utilizados nesta secção devem ser consultados com reservas. Diferentes fontes oficiais de informação sobre montantes inscritos pelos governos como Ajuda Pública ao Desenvolvimento podem fornecer valores muito divergentes. A divergência pode dever-se à inclusão (ou não) de certas linhas de gastos (por ex. Perdão da dívida, auxílio militar, etc.) ou à utilização (ou não) de custos administrativos (em adição aos custos directos). Os valores da APD portuguesa em Moçambique exemplificam estas divergências: enquanto que a CE estimava que Portugal, no período 1998-2000, tinha contribuído com uma média de 38.6 milhões de Euros anuais de financiamento total, estatísticas da OCDE colocavam esse valor médio em 154 milhões de dólares americanos (embora a mesma fonte considere os 154 milhões difíceis de equacionar com o valor da Ajuda portuguesa total para a África Sub-Sahariana, de 180 milhões de dólares americanos) (*Batley R., 2002*). Uma revisão, feita em apoio a esta Avaliação, por técnicos do ICP (Outubro de 2002) a valores disponíveis no CAD, referia que o financiamento médio anual de Portugal, em 1998-2000, tinha sido de 46,7 milhões de Euros (*Edite Singens, 2002*). Assim, a apreciação seguinte é baseada em duas séries de valores:

- a) Os valores fornecidos pela CE, para a comparação entre doadores, quer em financiamento global, quer na posição do sector Saúde, para cada doador;
- b) Os valores da revisão ICP/CAD (*Edite Singens, 2002*) para a posição relativa do sector Saúde na Cooperação Portuguesa.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Portugal, como país com recursos económicos limitados, não aparece como um dos principais doadores no sector da saúde. A sua contribuição relativamente a outros países é baixa, com 0.9 milhões de Euros (média anual). Mas, no total de 17 países doadores, Portugal contribuiu com uma média de 38.6 milhões de Euros anuais de financiamento total, o que o coloca na 6ª posição como país financiador de Moçambique (segundo E. Singens, o montante total foi de 46,7 milhões de Euros, o que colocava Portugal na 5ª posição). É possível avaliar o peso relativo de Portugal e dos outros países no total das contribuições feitas e nas contribuições para o sector da saúde pelo **Quadro 4**.

Quadro 4 - Financiamentos totais e no sector da saúde por país em milhões de Euros: Média anual entre 1998-2000. Estimativas da CEE e do CAD

PAÍS	FINANCIAMENTO GLOBAL				Valores CEE Financ. Saúde
	Valores CAD - milh. Euros	Posição País	Valores CEE - milh. Euros	Posição País	
Reino Unido	61,2	2º	54.6	2º	7.9
Noruega	40,1	9º	39.6	6º	7.4
Suíça	21,1	12º	19.8		6.9
USA	84,9	1º	44.1	4º	6.7
Holanda	50,5	4º	44.7	3º	4.8
Comunidade			87.8	1º	4.2
Finlândia	12,5	14º	12.2		3.2
Espanha	14,2	13º	10.0		2.7
Irlanda	10,8	16º	12.1		2.2
Itália	41,3	7º	16.0		2.2
Dinamarca	47,3	6º	35.0		2.1
França	27,5	11º	14.8		1.3
Alemanha	58,8	3º	32.6		1.0
Portugal	46,7	5º	38.6	7º	0.9
Canada	10,4	15º	12.4		0.6
Suécia	42,3	8º	41.6	5º	-
Áustria	4,5	18º	3.9		-

Fontes: adaptado de documento não classificado, Escritório da Comissão Europeia em Maputo (d), 2001 e Revisão de valores do CAD, CEA/IPAD, Out/2002.

Os países que deram maior peso do total do seu financiamento ao sector da Saúde foram a Suíça com 6.9 milhões de Euros (36% dos 19.8 milhões de financiamento total) e a Espanha com 2.7 milhões de Euros (33% dos 10.0 milhões de financiamento total).

Para além da APD bilateral, o sector Saúde, em Moçambique, tem contado com crescente disponibilização de financiamentos por bancos de desenvolvimento, sob a forma de empréstimos de longo prazo a baixas taxas de juro: no início da década de 2000, o conjunto de empréstimos do Banco Mundial e diversos bancos regionais de desenvolvimento contribuíam com perto de 124 Milhões de dólares americanos, fundamentalmente em reabilitação de infra-estruturas, programas de formação e de reforço institucional. A estes, somavam-se ainda 35 Milhões de Euros destinados pela UE a um mega projecto na Província da Zambézia. Veja-se o **Anexo 2** com a entrevista com o Gabinete de Coordenação de Projectos de Investimento do Ministério da Saúde de Moçambique.

Do investimento médio anual total feito por Portugal, a Saúde apenas foi contemplada com 2.2% (aproximadamente 1 milhão de Euros). Os sectores em que houve maior contribuição portuguesa foram a Educação com 14.7% do total do financiamento e as “Acções relacionadas com a Dívida” (61%). É possível que a não desagregação de dados por vezes presente na informação não tenha permitido perceber a que sector foram afectadas algumas das verbas

^d Documento distribuído pela Delegação da Comissão Europeia em Moçambique, a 22.05.2001: **Matriz de Doadores**.



incluídas em outras linhas, e que a contribuição do financiamento na saúde seja em termos práticos superior ao declarado.

No **Quadro 5** podemos ter uma ideia global da média de financiamentos anual feita por Portugal e da sua distribuição por sectores (baseada na revisão dos dados do CAD).

Quadro 5 - Financiamento português: alguns sectores (em milhões de Euros)

SECTORES	MÉDIA 1998-2000	%
EDUCAÇÃO	6.023.773	12,9
SAÚDE	1.035.700	2,2
GOVERNO E SOCIEDADE CIVIL	409.987	0,9
COMUNICAÇÕES	3.578.777	7,7
AGRICULTURA	453.982	1,0
VI - ACÇÕES RELACIONADAS COM A DÍVIDA	28.538.821	61,0
VII - AJUDA DE EMERGÊNCIA	599.969	1,3
IX - APOIO AS ORGANIZAÇÕES NAO-GOVERNAMENTAIS	241.374	0,5
TOTAL GERAL	46.769.773	

Fonte: ICP/ EPA (Out/ 2002)

Se a política da Cooperação Portuguesa se pretende incluir numa estratégia internacional mais alargada de redução da pobreza, será importante que a definição de políticas futuras tenha em conta que a pobreza depende de um ciclo vicioso em que a saúde é um componente primordial.

1.2.3 - Descrição das actividades financiadas e fontes de financiamento. Os limites da informação disponível

A lista de actividades financiadas por entidades estatais portuguesas foi-nos fornecida pelo ICP (Divisão de Estudos e Avaliação e base de dados da PAD – Direcção dos Serviços de Programação, Avaliação e Documentação). A informação disponibilizada pelo ICP foi complementada com informação de custos fornecida pelas ONGD para os Projectos de menor dimensão e financiamento diversificado. A Direcção da Faculdade de Medicina de Maputo forneceu-nos informação sobre as várias fontes de financiamento e entidades executoras dos quatro projectos em curso, com participação portuguesa. Em Moçambique, foi ainda obtida informação avulsa sobre actividades de ajuda informais, normalmente evacuação de doentes e apoio técnico pontual, financiadas através dos orçamentos de funcionamento de instituições hospitalares portuguesas.

O **Quadro 6** resume o crescimento do número de intervenções e diversificação das entidades financiadoras e executoras, ao longo da década. Note-se o crescimento paralelo do número de bolseiros moçambicanos estagiando em Portugal.

A informação desagregada sobre Custos é incluída no **Quadro 9**. É demasiado óbvia a falta de informação sobre as actividades e gastos dos anos anteriores a 1998, sublinhando os problemas de perda da informação durante a década (tanto diversos Departamentos do ICP como o DEPS – Min. Saúde foram forçados a mudanças de instalações físicas e tiveram que utilizar novas aplicações informáticas de contabilidade, na Segunda metade da década). Os valores de custos aqui utilizados correspondem apenas aos custos “directos” da instituição executante: nos casos



de projectos co-financiados pelo ICP, os custos incluem apenas o valor desse co-financiamento, não se referindo os custos “de administração” suportados pelo ICP.

A evolução temporal, apresentada no **Gráfico 1**, reflecte o crescimento da Cooperação no Sector Saúde, na 2ª metade da década de '90. O Gráfico reflecte, também, as principais actividades que foram financiadas nos últimos anos da década.

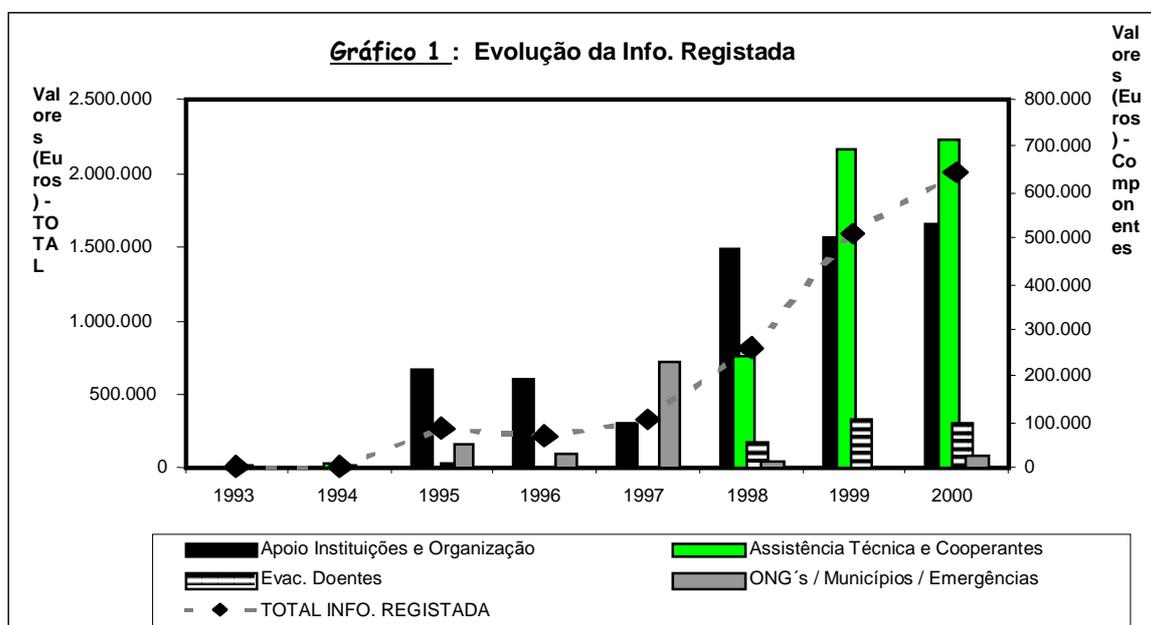
Quadro 6 - Crescimento das Intervenções Portuguesas na Década 1990-2000

	1990 - 1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIC 2 Minist. (Evac / Bols / AT)	X	X	X	X	X	X	X
OIKOS - Desenv. Integr. Niassa		X					
África Solidd. - Niassa			X		X		X
Várias ONG's (3)				X			
Emerg. Cólera				X			
Reab. Hosp. Militar Maputo					X	X	X
DEPS / Min. Sd. - Proj. Gaza					X		
Med. Desportiva					X		
Min. Finanças - Proj. Gaza						X	X
ICP - Cooperantes					X	X	X
IMVF / Outros - Facd. Medic. (4)						X	X
ONG "Sd. Em Português" - Beira							X
Câm. Munic. Loures - Matola						X	X
Instituto do Coração (AT / Evac.)							X
Nº DE INTERVENÇÕES / ANO	1	2	2	3	6	9	12

Nº Bolseiros	5	7	24
--------------	---	---	----

X - Ano correspondente a financiamento oficial

Fontes: ICP, Ministério da Saúde, Ministério da Defesa



Fontes: ICP, Ministério da Saúde, Ministério da Defesa

Uma melhor informação referente aos anos de 1998 a 2000 permite avançar com algumas impressões gerais, sobre as grandes áreas apoiadas, e os maiores financiadores:



A informação razoavelmente acessível cobre apenas 10,5% (pouco mais de 1 Milhão de Contos) dos gastos realizados. A estimativa baseada em valores fornecidos pela DEA do ICP é de que houve um compromisso total de aproximadamente 10 Milhões de Contos das várias entidades portuguesas, ao longo de década em análise. A limitação de informação também pode ter a ver com: *a)* os co-financiamentos desconhecidos das ONGD, que constroem verdadeiros “consórcios” para poderem realizar cada uma das suas actividades (ver adiante); *b)* as diversas actividades que se continuam a desenvolver à margem dos Programas Indicativos, ou de Projectos com financiamento dedicado, nos domínios da assistência técnica e da referência de doentes (servindo apenas de indicação os casos relatados à equipa de avaliação durante a estadia em Moçambique: hospitais públicos e faculdades de medicina enviam especialistas e recebem doentes, sendo as despesas cobertas pelos orçamentos regulares das respectivas instituições).

Quadro 7: Grandes áreas apoiadas, e os maiores financiadores

APOIOS POR GRUPOS DE OBJECTIVOS (1998 - 2000) (Euros)

	1998	1999	2000
Apoio Instituições e Organização	475.310	503.911	528.716
Assistência Técnica e Cooperantes	243.239	695.334	714.239
Evacuação de Doentes	57.611	105.062	96.019
Bolséiros	27.529	12.924	9.053
ONG / Municípios / Emergências	14.964	0	25.648

GRANDES FINANCIADORES (INFORMAÇÃO REGISTADA) (Euros)

Min. Defesa	792.575
Min. Saúde	1.941.072
Min. Finanças	467.014
ICP	2.056.984

Fontes: ICP, Ministério da Saúde, Ministério da Defesa

Os gastos com actividades de reforço institucional mostram-se relativamente estáveis nos anos de 1998 a 2000. Os gastos com a Assistência Técnica (missões de curta duração e cooperantes) aumentaram (cresceu o número de missões de curta duração).

O Ministério da Saúde e o ICP parecem partilhar níveis semelhantes de gastos com as intervenções de assistência.

Fontes de Financiamento

Para alguns projectos, foi possível compor razoavelmente o conjunto de entidades financiadoras e os registos dos gastos. São apresentados alguns exemplos nos **Quadros 8 e 9**. O papel relativo do ICP como entidade financiadora varia muito entre Projectos. A variedade de fontes de financiamento pode contribuir para o sub-registo oficial de informação sobre gastos, mencionado acima.

Quadro 8: Diversidade de Fontes de Financiamento

FIAMC – NIASSA



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

(1999)	(Euros)	% de cada parte
Financiamento – FIAMC	22.945	45%
Financiamento – ICP	27.534	55%
TOTAL	50.478	

Fonte: África Solidariade / FIAMC

OIKOS – NIASA*

(1995)	(Ecu)**	% de cada parte
Financiamento – Com. União Europeia	440.000	89%
Financiamento – ICP	55.963	11%
TOTAL	495.963	

INSTITUTO MARQUÊS. VL. FLÔR - FACULDADE DE. MEDICINA. MAPUTO

(1999)	(Euros)	% de cada parte
Financiamento – IMVF	594.567	72%
Financiamento – Fundação C. Gulbenkian e Universidades	160.364	19%
Financiamento – ICP	74.820	9%
TOTAL	829.750	

EVACUAÇÃO DOENTES

(1999-2000)	(Euros)	% de cada parte
Financiamento – Ministério Saúde	142.407	68%
Financiamento – Ministério Defesa	20.266	10%
Financiamento – ICP	46.083	22%
TOTAL	208.756	

Fontes: OIKOS, Instituto Marquês de Valle Flôr, Ministério. da Saúde, Ministério. da Defesa, ICP

*Dados disponíveis apenas para o projecto de intervenção de 1995, projecto de desenvolvimento essencialmente agrícola. **Moeda adoptada no ano em análise



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Quadro 9: Fontes e Objectivos de Financiamento por Ano, 1990-2000 (Informação conhecida)

(Euros)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000		
Min. Defesa - Org. S.Sd. Militar						203.564	289.427	279.317		Sub-Tot. Min.Def.
Min. Defesa - Evac. Doentes							20.266		792.575	
Min.Saúde - Evac. Doentes	5.986	5.986	8.729			57.611	84.796	96.019		Sub-Tot. Min.Sd.
Min.Saúde - Ass.Téc. Cta. Dur.		8.480				74.071	273.117	163.182		
Min.Saúde - Bolseiros										
Min.Saúde - Efic. Hosp.										
Min.Saúde - Gaza			211.989	190.541	99.760	271.745	214.483	174.579	1.941.072	
Min. Finanças - Gaza							272.483	194.531	467.014	Min.Fin.
Apoio ONG's			49.880	29.928	4.489	14.964		25.648		Sub-Tot. ICP
Municípios										
Emergências					224.459					
UAH - IMVF / Fac. Med. Maputo								515.669		
ICP - Bolseiros						27.529	12.924	9.053		
ICP - Cooperantes						169.167	422.217	551.057	2.056.984	
TOTAL	5.986	14.465	270.598	220.469	328.708	818.652	1.589.714	2.009.055	5.257.645	TOTAL



2 – METODOLOGIA

Os **Termos de Referencia (TdR) (Anexo 1)** listam as categorias de análise mais importantes a incluir nos resultados a apresentar pela Avaliação:

- Eficácia
- Adequação
- Eficiência
- Impacto
- Pertinência
- Sustentabilidade
- Coerência interna
- Coerência externa
- Coordenação (com as autoridades moçambicanas)
- Complementaridade e coordenação (entre as actividades dos diferentes actores da cooperação portuguesa no sector Saúde)
- Complementaridade e coordenação (entre a cooperação portuguesa e outros doadores)
- Participação Comunitária
- Eficácia Social do SNS moçambicano
- Coordenação inter-sectorial para o desenvolvimento
- Impacto sobre o ambiente e reforço institucional
- Contribuição para a redução da pobreza

O **Anexo 3** fornece as definições geralmente aceites para cada uma destas categorias de análise, no contexto da avaliação da APD.

Os TdR indicavam, ainda, que o trabalho de colheita/análise de informação se deveria desenvolver em 2 fases, sendo a primeira em Portugal e a segunda em Moçambique. Estas duas fases, embora complementares, tiveram focos de interesse relativamente específicos, em virtude dos actores mais intervenientes e fontes de informação mais próximas, em cada fase.

Os Relatórios de cada uma das Fases foram distribuídos, em versão preliminar, aos actores mais importantes, com o objectivo de corrigir o viés de transcrição e interpretação da informação colhida.

2.1 - TRABALHO DA EQUIPA DE AVALIAÇÃO

Na formulação da Proposta Técnica para esta Avaliação, a equipa de avaliação teve em conta três condicionantes gerais prévias à definição de métodos de aferição das categorias de análise:

- **Esta avaliação não serviu para monitorizar projectos individuais.** No entanto, foram feitas sugestões e tiradas conclusões baseadas nas observações de projectos individuais.^e
- Os Termos de Referência sugerem **que a avaliação global da Ajuda Bilateral portuguesa ao Sector se baseie, tanto quanto possível, em elementos de avaliação**

^e A equipa pode, no entanto, disponibilizar os Relatos das entrevistas e visitas de campo.



das intervenções já realizadas. Assim, para responder a cada categoria de análise foram escolhidas algumas intervenções, e combinada informação qualitativa e quantitativa de diversas fontes, com o objectivo de diminuir o viés de especificidade de cada intervenção.

- **As limitações de quantidade e qualidade da informação disponível** para fundamentar as categorias de análise, nos projectos seleccionados, foram compensadas com um elevado número e variedade de fontes de informação e actores consultados para permitir uma análise da coerência interna (entre as diferentes categorias de análise) e da coerência com o contexto moçambicano.

Por outro lado, na avaliação da eficácia, impacto, etc., não é possível, na maioria dos projectos, **estabelecer relações de causa efeito entre as intervenções e os resultados**, dado que outros factores (durante a vida do projecto) podem estar a causar o efeito evidenciado. Também é difícil apreciar tendências temporais dos resultados com os dados disponíveis, dado que as tendências apresentadas (crescentes ou decrescentes) podem já estar instaladas antes de qualquer intervenção do projecto em questão. Assim, neste Relatório, quando se faz alguma menção de **“efeito do projecto”** qualifica-se a mesma, procurando explicitar os motivos que sugerem essas conclusões, apesar das limitações inerentes. Deve ter-se presente a todo o momento a limitação da qualidade da informação disponível, conforme se refere abaixo: as sugestões de “efeito do projecto” poderão resultar de um viés de informação^f ou da existência de factores de confusão^g.

Por último, devido à inexistência ou à pouca qualidade dos documentos de projecto, **os indicadores** tiveram, em alguns casos, que ser **definidos pela equipa de avaliação de acordo com a informação disponível**.

A equipa de avaliação verificou que num elevado número de projectos a documentação de base era insuficiente para fornecer quer as metas a cumprir (documentos de projecto), quer o grau de realização (relatórios de monitorização). Tal facto, constatado logo no início da 1ª fase do trabalho, levou a que a **“qualidade documental”** fosse incluída entre os critérios de avaliação: não era apenas a qualidade do trabalho da equipa que estava condicionado, mas foi considerado como uma limitação fundamental para que o ICP possa vir a realizar melhor acompanhamento dos projectos aprovados e financiados pelo orçamento do Estado e/ou suas instituições.

O **Anexo 4** caracteriza a aplicação das categorias de análise definidas nos TdR ao contexto da Ajuda Portuguesa no sector Saúde em Moçambique, os indicadores utilizados, os projectos exemplificativos seleccionados e as fontes de informação utilizadas.

A **colheita da informação** para os indicadores foi guiada por um conjunto de **doze (12) perguntas**, que se dividiram entre a primeira e a segunda fase da avaliação, aproveitando a localização de actores e fontes documentais (e a observação directa do contexto moçambicano, só possível na segunda fase):

2.1.1 - Perguntas relativas à 1ª fase da avaliação, em Portugal:

1. As intervenções da Cooperação Portuguesa no sector saúde em Moçambique são pertinentes e adequadas?

^f Viés de informação: Informação não fiável pela forma como foi colhida ou registada.

^g Factores de confusão: Variáveis que explicam alternativamente os resultados encontrados.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

2. As intervenções da Cooperação Portuguesa no sector saúde em Moçambique têm suporte de coordenação inter-institucional para se materializarem (coordenação, complementaridade e coerência interna)?
3. As intervenções da Cooperação Portuguesa no sector saúde em Moçambique têm suporte de coordenação e complementaridade com as autoridades moçambicanas e outros doadores, para se materializarem e se existe coerência externa com as políticas de saúde em Moçambique?
4. As intervenções da Cooperação Portuguesa contêm mecanismos organizativos de acompanhamento interno e de auto-avaliação a essas intervenções?
5. Como foram definidos os projectos ou iniciativas de cooperação entre as partes?

2.1.2 - Perguntas relativas à 2ª fase da avaliação, em Moçambique:

6. Adequação e relevância das intervenções da cooperação portuguesa - coerência (externa) com as políticas moçambicanas e com as prioridades para o sector da saúde *(com 6 Sub-Perguntas)*
 - 6.1: Melhorou a cobertura (geográfica) e o acesso/consumo de prestações de saúde, nas áreas abrangidas por intervenções da cooperação portuguesa?
 - 6.2: Qual foi o contributo das intervenções portuguesas na produção/qualificação de recursos humanos para o sector saúde?
 - 6.3: As intervenções portuguesas contribuíram para o reforço institucional actual do sistema prestador moçambicano, através do reforço das funções de planeamento e gestão de recursos?
 - 6.4: As intervenções portuguesas atenderam a problemas prioritários de saúde, quer em termos de problemas, quer de grupos de risco?
 - 6.5: As melhorias nas prestações de saúde conseguidas com as intervenções portuguesas foram acompanhadas de maior participação comunitária?
 - 6.6: As intervenções portuguesas contribuíram para uma melhoria da eficácia social do sistema prestador moçambicano?
7. As intervenções da cooperação portuguesa contribuíram para a coordenação inter-sectorial e desenvolvimento?
8. Avaliação de eficiência: custos e benefícios conseguidos



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

9. As intervenções da cooperação portuguesa tiveram impacto sobre o ambiente que rodeou as áreas de intervenção?
10. As intervenções da cooperação portuguesa contribuíram para a redução da pobreza nas áreas geográficas em que se executaram?
11. As intervenções da cooperação portuguesa têm condições de sustentabilidade que garantem a sua continuidade?
12. Avaliação de coordenação e complementaridade com outros doadores no sector saúde

A deslocação da equipa de avaliação a Moçambique serviu ainda para **completar a descrição das políticas de saúde em Moçambique**, recorrendo à proximidade e abundância das fontes documentais e actores.

2.2 - TIPOLOGIA DOS PROJECTOS DA DÉCADA

Ao longo deste Relatório (e dos Relatórios anteriores das 1ª e 2ª Fases da avaliação) são frequentemente citados os “**tipos**” de **Projectos**/intervenções (da Cooperação Portuguesa). A tipificação dos projectos resultou da necessidade de agrupar projectos, com características semelhantes, de modo a facilitar a aplicação das metodologias de avaliação e facilitar a obtenção de conclusões (generalização) a partir da experiência dos projectos realizados. O grande número de intervenções que se tinham acumulado durante 10 anos, a variedade de entidades e fontes de financiamento e as diversas áreas geográficas e problemas alvo abrangidos, poderiam pulverizar a observação tanto de processos como de resultados. O agrupamento das intervenções em “**tipos**” permitiu a **sistematização da informação** que foi sendo colhida, quer documental e de entrevistas, quer de visitas no terreno e facilitou a avaliação.

Assim, os projectos foram agrupados em:

2.2.1 - Projectos de tipo I

Projectos com uma clara definição das entidades realizadoras, nas partes portuguesa e moçambicana, normalmente relacionados com objectivos de **reforço organizativo e institucional** em Moçambique, e com intervenções geralmente localizadas nos níveis Central e Regional da Administração Pública dos Serviços de Saúde ou em grandes Instituições Hospitalares.

2.2.2 - Projectos de tipo II

Programa Indicativo entre os dois Ministérios da Saúde: uma longa lista de intervenções, algumas com sede institucional própria, outras medidas avulsas (evacuação de doentes, bolseiros, formação, assistência técnica pontual). Estas intervenções são, em geral, regulamentadas por acordos bilaterais. Os grupos de intervenções em execução são monitorizados regularmente, através do mecanismo das Comissões Mistas (Ministérios da



Saúde dos dois Países) até 1998, e depois de 1998, os Programas Inter-sectoriais de Cooperação^h.

2.2.3 - Projectos de tipo III

Projectos e actividades resultantes da intervenção das ONGD e que podem abranger desde a resposta a situações de emergência à formação. Há normalmente um ou vários parceiros locais, e os projectos são geralmente identificados e definidos a partir de contactos pessoais. Normalmente têm uma localização geográfica restrita e capacidade de execução limitada.

2.3 - FASES DO TRABALHO

A divisão de concentração de trabalho entre as 1ª e 2ª fases da avaliação já foi referida quando foi sistematizada a lista de perguntas a responder em cada fase.

2.3.1 - Primeira Fase

A 1ª Fase constou, fundamentalmente, de revisão documental dos projectos (das entidades executoras e das financiadoras) e entrevistas, em Portugal. Os resultados mais importantes foram a sistematização das intervenções (ver acima), a consciência da necessidade de incluir a “qualidade documental” como objecto da avaliação (ver acima), e uma primeira recolha de impressões sobre as várias categorias de análise pelos actores da parte portuguesa.

A lista de entidades entrevistadas/consultadas consta do **Quadro 10**. O guião das entrevistas encontra-se no **Anexo 9**.

Quadro 10: Projectos, Entidades e Interlocutores Entrevistados (1ª Fase)

PROJECTOS (1990-2000)	ENTIDADES RESPONSÁVEIS	INDIVIDUALIDADES ENTREVISTADAS
Reuniões das Comissões Interministeriais e posteriormente Programa Indicativo entre os dois Ministérios da Saúde	Ministério da Saúde: Antigo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS)	Director do DEPS (à altura): Dr. Luís Magão Técnica do DEPS: Dr.ª Deolinda Martins
Reabilitação e reequipamento do Laboratório de Patologia Clínica do Hospital Militar do Maputo	Ministério da Defesa Lisboa	Departamento de Cooperação Técnica Militar: Dr.ª Maria Luís Figueiredo
Apoio a diversas ONGD	ICP: Divisão de Serviços de Ajuda Humanitária	Direcção de Serviços: Dr.ª Maria de Jesus Chaves

^h Ao longo deste Relatório, usa-se a designação “**Programa Indicativo entre os dois Ministérios**” para os pacotes regularmente acordados entre os Ministérios da Saúde de Portugal e Moçambique, cobrindo evacuação de doentes, assistência técnica e bolseiros. Ao longo da década de 90, estas actividades anualmente renovadas foram sendo coordenadas, pela parte portuguesa, em diferentes sedes institucionais e de planeamento, seguindo a própria reorganização do ICP: Programas Anuais de Cooperação entre os dois Estados, Programa Indicativo 1999-2001 entre os dois Ministérios da Saúde, PIC-Programas Trienais.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

PROJECTOS (1990-2000)	ENTIDADES RESPONSÁVEIS	INDIVIDUALIDADES ENTREVISTADAS
Informação sobre Custos e Gastos	ICP: Coordenação de Moçambique	Dr. ^a Isabel Januário Dr. ^a Ana Correia
Projecto Emergência na Cidade da Beira	ONG Saúde em Português	ONG/Saúde em Português: Dr. ^a Maria João Trindade
Projecto Matola /Educação para a Saúde (Medicamentos e Equipamento Hospitalar, Formação)	Município de Loures (promotor) ONG Saúde em Português (executor)	Município de Loures, Divisão das Actividades Económicas: Dr. ^a Marlene Valente e Dr. ^a Carla P. Cruz
Projecto Saúde e Nutrição (Banco Mundial): componentes Gestão Hospitalar e Apoio à Direcção Nacional de Saúde	Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)	Gestão Hospitalar: Dr. Rogério Carvalho/ Dr. Manuel Schiappa
Projecto Comunitário para a construção de um Posto de Saúde Pública, em Trevo – Matola	Cruz Vermelha Portuguesa	Departamento de Relações Internacionais: Dr. Ricardo Filipe Almeida
Projecto de Cooperação Portuguesa em Cuidados Primários – Província de Gaza – 1ª Fase	Administração Regional de Saúde do Centro	Dr. José Luís Biscaia
Projecto de Apoio à Faculdade de Medicina de Maputo – Apoio às Ciências Básicas da Medicina	Instituto Marquês de Valle Flôr	Direcção de Projectos: Dr. Ahmed Zaky
Projecto de Apoio à Política da Farmácia e do Medicamento	INFARMED	Departamento de Relações Internacionais: Dr. ^a Maria João Morais Dr. ^a Dinah Duarte
Projecto de Desenvolvimento Comunitário Inter-sectorial em Niassa - Projecto Integrado	OIKOS	Eng. João José Fernandes

2.3.2 - Segunda Fase

A 2ª Fase centrou-se na informação que só poderia ser colhida em Moçambique e, eventualmente, na correcção de algum viés de colheita de informação da 1ª Fase. Segundo os Termos de Referência, dever-se-iam aprofundar, clarificar e contextualizar as informações recolhidas na primeira fase, dando especial ênfase a:

- Análise da coerência, coordenação e complementaridade;
- Impacto, adequação, eficiência e sustentabilidade;
- Análise da política de saúde do governo moçambicano e da contribuição da cooperação portuguesa para a acessibilidade aos serviços de saúde, em particular os grupos mais desfavorecidos;
- Recolha das opiniões do maior número possível de participantes.

Por outro lado, a execução da 2ª Fase era indispensável para:

- A opinião das autoridades de saúde moçambicanas sobre o papel da cooperação portuguesa, tendo em conta a experiência anterior, as necessidades do sector, a



participação concertada com outros doadores e eventuais características particulares da cooperação portuguesa;

- O contexto moçambicano (global e sectorial, e evolução de políticas e estratégias de saúde ao longo da década em análise, incluindo o papel do sector Saúde na redução da pobreza), de modo a enquadrar a avaliação das intervenções já realizadas e eventuais recomendações;
- A coordenação da cooperação portuguesa com os outros doadores sectoriais em Moçambique.

As entidades entrevistadas e os locais visitados foram seleccionados de modo a obter informações sobre diferentes tipos de intervenções e de entidades adequadas a esta fase da avaliação, procurando abranger:

- Dirigentes do sector Saúde;
- Contrapartes moçambicanas envolvidas em projectos de tipo institucional, e do Programa Indicativo entre os Ministérios da Saúde português e moçambicano;
- Contrapartes moçambicanas envolvidas em projectos executados por ONGD portuguesas;
- Informadores-chave sobre a sociedade civil moçambicana e suas iniciativas no campo da Saúde;
- Representantes de outros doadores no sector da Saúde.

Os locais para visita de campo, fora de Maputo, foram escolhidos por representarem situações extremas de facilidade ou de dificuldade logística e também de apoio institucional: o Projecto de Apoio à Rede Sanitária do distrito de Xai-Xai (200Km de Maputo), e a Cooperação Sanitária na Província de Niassa (extremo NW de Moçambique). Todos os locais de projectos conhecidos em Maputo foram visitados. Apresentamos no **Quadro 11** a lista de entidades contactadas e/ou locais visitados durante esta fase.

Quadro 11: Entidades e Interlocutores Entrevistados, Visitas de Campo (2ª Fase)

ENTIDADE / PESSOA	PROJECTO
ICP – Eng.º Fernando Costa	Coordenação ICP, Moçambique
Dirigentes do Sector Saúde, Contrapartes Institucionais e Programa Indicativo	
MINISTÉRIO DA SAÚDE: Sr. Director do Departamento de Planificação e Cooperação + Técnicos das Direcções de Cooperação Internacional e Recursos Humanos	Global
DEPARTAMENTO FARMACÊUTICO – MISAU: Dr. Joaquim Durão FACULDADE DE MEDICINA – Conselho do Medicamento, Comissão Técnica de Terapêutica e Farmácia: Dr. Sam Patel	Apoio à Política do Medicamento
JUNTA NACIONAL DE SAÚDE: Dr. JM Igrejas de Campos	Evacuação de Doentes
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO SIDA: Dr. Avertino Barreto	Informação / contexto



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

ENTIDADE / PESSOA	PROJECTO
<p>GACOPI (Coordenação de Financiamentos para Reabilitação da Rede Sanitária): Eng.º. Mário Almeida</p> <p>HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO: Srs. Director (Dr. Yacoob Omar) e Administrador</p> <p>FACULDADE DE MEDICINA: Dr. João Schwalbach INSTITUTO MARQUÊS DE VALE FLOR: Eng.º José Rocha</p> <p>HOSPITAL MILITAR / Laboratório: Dr. José Casanovas</p>	<p>Informação / contexto Outros Doadores</p> <p>Gestão Hospitalar</p> <p>Recuperação nas Ciências Básicas da Saúde</p> <p>Laboratório de Análises Clínicas</p>
<p>Contrapartes moçambicanas em projectos executados por ONGD portuguesas e Informantes – Chave da sociedade civil moçambicana</p>	
<p>CÂMARA MUNICIPAL DA MATOLA: Dr. Carlos Tembe (Presidente) e vereadores CENTRO DE SAÚDE DA MATOLA: Dr.ª. Maria de Jesus</p> <p>INSTITUTO DO CORAÇÃO – Dr.ª Beatriz Ferreira</p> <p>ARCEBISPADO: D. Adriano Langa</p> <p>OIKOS – MAPUTO: Dr. Luís Filipe Pereira</p> <p>CONSELHO NACIONAL DE LUTA CONTRA O SIDA: Dr. Diogo Milagre</p> <p>CRUZ VERMELHA DE MOÇAMBIQUE: Dr.ª Eunice Mucache</p> <p>LINK- Plataforma das ONGD: Sr. Álvaro Casimiro</p> <p>DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE DO NIASSA: Médico – Chefe Provincial: Dr. Sualei Juna Sr. Director do Hospital Provincial: Dr. Manuel Sargeni Médico - Serviço de Obstetrícia do Hospital Provincial: Dr. Mohamed</p> <p>OIKOS - NIASSA: Sr. Coordenador local</p> <p>DIOCESE DO NIASSA: Franciscanas Missionárias de Maria: Irmã Carmen</p> <p>DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE DE GAZA: Equipa Portuguesa em XAI-XAI Sr. Director Provincial de Saúde Sr. Director Distrital de Saúde de Xai-Xai Sr. Director Distrital de Saúde de Manjacaze</p>	<p>Apoio à Saúde na Cidade da Matola (geminação entre Câmaras Municipais e ONGD “Saúde em Português”)</p> <p>Informação / contexto</p> <p>Informação / contexto</p> <p>Projecto Integrado de Desenvolvimento no Niassa</p> <p>Informação / contexto</p> <p>Construção de 1 Posto de Saúde na Matola</p> <p>Informação / contexto</p> <p>Cooperação Sanitária na Província do Niassa ONGD “África Solidariedade / FIAMC”</p> <p>Projecto Integrado de Desenvolvimento no Niassa</p> <p>Programa de Apoio aos Agentes Polivalentes Elementares Informação / contexto</p> <p>Cooperação Sanitária na Província de Gaza</p>



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

ENTIDADE / PESSOA	PROJECTO
<i>Outros Doadores</i>	
COMISSÃO EUROPEIA: Sr.ª Jenny Eklund	Outros Doadores
EMBAIXADA DO REINO UNIDO / DFID –Dr.ª Allison Beattie e Sr.ª Marie Castel Branco	Outros Doadores

2.4 - RECOMENDAÇÕES: BASE LÓGICA E DOCUMENTAL

Este Relatório procura cumprir tanto com a avaliação global das intervenções já realizadas, como com recomendações para a evolução futura da Cooperação Portuguesa. Procurou-se diminuir os eventuais erros e redundâncias decorrentes da subjectividade de uma análise parcialmente qualitativa.

O conjunto da avaliação global e das recomendações para a evolução futura são baseados numa combinação de factos e juízos derivados:

- Da avaliação das intervenções anteriores (de acordo com as categorias de análise dos TdR);
- Da opinião das autoridades de saúde moçambicanas sobre o papel da cooperação portuguesa, tendo em conta a experiência anterior, as necessidades do sector, a participação concertada com outros doadores e eventuais características particulares da cooperação portuguesa;
- Da avaliação própria, pela equipa, das necessidades de Saúde da população moçambicana (em particular os grupos mais vulneráveis já mencionados) e do apoio ao desenvolvimento institucional da administração de saúde e rede de prestadores públicos e privados, num contexto de evolução provável para os próximos anos (aproximadamente 5 anos);
- Do papel actual e futuro (previsível) de outros actores na APD na Saúde, em Moçambique;
- Da capacidade das instituições portuguesas, nas áreas de intervenção recomendadas.



3 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

A apresentação dos resultados da avaliação segue a lista das categorias de análise já apresentadas. A sequência com que as categorias são analisadas foi organizada dando prioridade ao conjunto de categorias que mais reflectem o efeito das intervenções nas necessidades da população e no SNS moçambicanos, seguidas das medidas de carácter organizativo das intervenções. Na parte final são apresentadas as opiniões das contrapartes moçambicanas. Ou seja, vão ser analisados com mais detalhe os seguintes itens com a sequência aqui apresentada:

<ol style="list-style-type: none">1. Génese das intervenções2. Pertinência3. Coerência externa4. Redução da pobreza5. Eficácia social do SNS moçambicano6. Eficácia7. Impacto8. Adequação9. Coordenação inter-sectorial para o desenvolvimento10. Participação comunitária	EFEITO DAS INTERVENÇÕES NAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO E SNS MOÇAMBICANOS
<ol style="list-style-type: none">11. Eficiência e custos12. Coordenação e complementaridade das instituições portuguesas. Coerência interna13. Coordenação e complementaridade com a administração de saúde moçambicana, actores locais e outros doadores14. Continuidade e sustentabilidade15. Organização formal das instituições portuguesas, suporte documental e gestão da Cooperação	MEDIDAS DE CARÁCTER ORGANIZATIVO DAS INTERVENÇÕES

3.1 - GÉNESE DAS INTERVENÇÕES

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Pela "procura" ou pela "oferta"?	Actores Motivações Racionalidade

Os projectos apareceram com base em três tipos de iniciativas:

- Por solicitação moçambicana: do Ministério da Saúde, Acordos bilaterais (no âmbito do Programa Indicativo de Cooperação, Comissões Mistas e PIC), ou por entidades específicas, como o Departamento Farmacêutico/INFARMED, a Faculdade de Medicina, a Saúde Militar e a Câmara Municipal da Matola;
- Através de Instituições Internacionais e concurso público: ENSP e Gestão Hospitalar;



- Para responder a necessidades em situações de Emergências e a “janelas de oportunidade” (de curta duração): Gaza (pós guerra), Niassa – OIKOS (pós guerra), Beira (cheias), Niassa – África Solidariedade / FIAMC.

Foram frequentes as situações em que os contactos interpessoais adquiriram relevância, quer na génese do Projecto, quer na definição das actividades e executores. As ligações interpessoais foram fundamentalmente entre profissionais de saúde com conhecimento mútuo anterior. Por outro lado, a definição das intervenções portuguesas tem sido reactiva a emergências ou a solicitações moçambicanas. Não tem sido habitual a realização de planeamento prévio, com consulta a cenários de evolução da política e do contexto moçambicano, nem de coordenação com outros doadores. A dispersão das intervenções, tanto temática como geográfica, atesta este ponto.

Este tipo de génese com forte carácter pessoal e reactivo, explica parcialmente as dificuldades dos organismos de coordenação da cooperação portuguesa (mesmo o DEPS, no Ministério da Saúde) em ter conhecimento (e poder monitorizar) das intervenções.

De um modo geral, as instituições portuguesas executoras das intervenções tiveram capacidade técnica adequada (vejam-se as secções sobre Eficácia e Impacto). De resto, e mais uma vez, dada a génese inter-pessoal e profissional, era de esperar um mínimo de “garantia de qualidade” interpares.

3.2 - PERTINÊNCIA

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Possibilidade de impacto positivo sobre os problemas prioritários no estado de Saúde e eficácia social do Sistema de Saúde em Moçambique	Comparar os “Objectivos-Actividades” dos Projectos com: Problemas de Saúde, do Serviço Nacional de Saúde e das Políticas de Saúde em Moçambique: <ul style="list-style-type: none">• Grupos vulneráveis• Zonas geográficas desfavorecidas• Problemas de Saúde cujo controle é de utilidade pública

Na valorização da “pertinência” (quanto a “estado de saúde” e necessidades de saúde) a equipa de avaliação considerou 3 níveis:

- i. As intervenções com impacto imediato sobre o estado de saúde da população mais vulnerável;
- ii. As intervenções com resultados semelhantes, mas considerando resultados a médio ou longo prazo;
- iii. As intervenções em níveis da administração ou sistema prestador, mesmo que não tenham beneficiado directamente os grupos vulneráveis.

Foi evidente como resultado das entrevistas com as autoridades de Saúde e com os outros doadores, bem como da apreciação de capacidades ao nível central e local, que as questões de **reforço de capacidade institucional** passaram a ter uma grande importância nas prioridades do sector.



Assim, pode considerar-se que as intervenções portuguesas “de terreno”, e com localização geográfica, incidiram em problemas dos grupos mais pobres da população e no aumento da capacidade de lhes prestar serviços (*veja-se também a análise da Eficácia*):

- Os projectos da FIAMC – Lichinga, de apoio à Direcção Provincial de Saúde de Gaza, da Emergência na Beira, da OIKOS no Niassa, todos concorreram para expandir a cobertura dos Cuidados Primários de Saúde, incidiram no grupo das mulheres e das crianças e deram ênfase à Educação para a Saúde;
- O apoio à Câmara Municipal da Matola incidiu sobretudo na Educação para a Saúde, com ênfase na prioridade mais recente: as Doenças Sexualmente Transmissíveis e o VIH/SIDA.

Um segundo grupo de intervenções portuguesas incidiu na capacidade institucional como é o caso da Gestão Hospitalar e da Política do Medicamento. Ambas as intervenções são pertinentes para o bom funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente:

- a utilização eficiente dos recursos afectos aos hospitais, que constituem a retaguarda de efectividade do nível primário (actuou na Instituição que envolve mais gastos para o País, o Hospital Central de Maputo, e reforçou a Direcção Nacional de Saúde e a capacidade de implementar políticas de gestão);
- o aprovisionamento regular de medicamentos essenciais, a baixo custo e de boa qualidade (um sector considerado estratégico para a implementação de qualquer política de saúde em Moçambique, nomeadamente na racionalização do uso dos escassos recursos disponíveis para medicamentos, num momento de liberalização do mercado e crescimento descontrolado de importações ilegais).

Um terceiro grupo de intervenções pode caracterizar-se como menos pertinente, por se dirigir a níveis de cuidados menos acessíveis ao cidadão comum:

- O Laboratório do Hospital Militar situado num Hospital de Referência em Maputo.
- O apoio à Faculdade de Medicina e apoio aos Bolseiros em Portugal, formando médicos e especialistas. A sua distribuição pelo país, e particularmente pelo nível primário, é ainda muito irregular (*para uma avaliação mais detalhada, veja-se a análise de “Eficácia Social do SNS moçambicano”*).
- A evacuação de doentes para Portugal é a actividade com menos pertinência social, pois acaba por ser utilizada pela classe média e para utilidade puramente individual (as despesas de viagem e extra-hospitalares em Portugal ficam fora do alcance da maioria da população pobre, e só podem beneficiar deste apoio as pessoas ligadas às empresas de maior dimensão, que acabam por co-financiá-las).

3.3 - COERÊNCIA EXTERNA

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Coerência com as prioridades enunciadas nas políticas de Saúde em Moçambique	Concordância com políticas e estratégias, tal como explicitamente formuladas em documentos oficiais e, principalmente, nos programas de desenvolvimento de recursos humanos e afectação orçamental



As intervenções portuguesas foram sempre resultantes de resposta a solicitações das autoridades moçambicanas, para problemas urgentes ou de longo prazo, de apoio à prestação de serviços ou de reforço institucional.

Por outro lado, a análise de “pertinência” feita anteriormente demonstra o grau de coerência de várias intervenções com os objectivos e estratégias inerentes às políticas moçambicanas sectoriais: redução da pobreza e Plano Estratégico do sector Saúde.

3.4 - CONTRIBUIÇÃO PARA A REDUÇÃO DA POBREZA

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Tipo de prestações Reforço do nível primário Melhoria de acesso aos serviços	Reforço de serviços de saúde dirigidos a: <ul style="list-style-type: none">• periferia rural e estratos mais pobres• problemas de grupos prioritários (vulneráveis) Reforço de capacidades do Nível I: <ul style="list-style-type: none">• Unidades recuperadas e recursos humanos formados

Conforme já afirmado na secção sobre “Pertinência”, diversas intervenções incidiram em problemas dos grupos mais pobres da população e no aumento da capacidade de lhes prestar serviços:

- Os projectos da FIAMC – Lichinga, de apoio à Direcção Provincial de Saúde de Gaza; da Emergência na Beira; da OIKOS no Niassa, todos concorreram para expandir a cobertura dos Cuidados Primários de Saúde e incidiram nas mulheres e crianças
- Os projectos da Emergência na Beira, e de apoio à DPS de Gaza também incluíram a reabilitação de infra-estruturas de nível primário. Por outro lado, tanto estes dois projectos como o da FIAMC – Lichinga realizaram diversas acções de formação em trabalho. O projecto de Gaza (2ª fase) é o mais consistente na formação, pois que, além da formação em trabalho também: iniciou e manteve em funcionamento um Núcleo Distrital de Formação Contínua; contribui na docência do Centro Provincial de Formação, e garante a supervisão a cerca de metade dos distritos da província. Este conjunto de acções de formação e recuperação de infra-estruturas resulta num aumento da rede prestadora de cuidados primários.

O apoio à Política do Medicamento pode considerar-se igualmente pertinente para este objectivo, dado que contribui para o assegurar dos Medicamentos Essenciais, sem os quais não seria possível garantir o mínimo de qualidade no nível primário.

Os projectos que incidiram em unidades de referência (e recursos nelas utilizados), pelo contrário, servem mais os estratos urbanos, menos pobres. No extremo da inutilidade para a Redução da Pobreza, encontra-se a evacuação de doentes para Portugal.



3.5 - EFICÁCIA SOCIAL DO SNS MOÇAMBICANO

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Contribuição para maior adequação entre rede de serviços e necessidades dos grupos mais vulneráveis da população	Evolução recente dos n.º de serviços fornecidos em níveis complementares do SNS: <ul style="list-style-type: none">• Extensões comunitárias• Nível I• Hospitais de referência local

Apesar do discurso favorecer o nível primário, a atribuição de recursos no SNS moçambicano favoreceu os hospitais centrais e provinciais, principalmente enquanto a insegurança rural justificou a concentração de recursos humanos nas cidades maiores. O esforço para reordenar as prioridades do sistema continua, e é atestado pela atenção dada à distribuição das prestações de serviços e recursos entre os vários níveis do SNS (*veja-se “Introdução e Enquadramento – Moçambique”*).

As intervenções portuguesas com objectivos de reforço de rede sanitária periférica mostram sinais de se ter contribuído para uma sinergia entre as melhorias de acesso ao nível primário e a referência para os hospitais locais, quer em Lichinga, quer em Gaza: o movimento assistencial dos Hospitais Provinciais é paralelo ao dos Centros e Postos de Saúde. A excepção é o Distrito de Manjacaze, em que o Hospital Rural parece ter perdido a capacidade de fazer tratamentos e referências de forma eficaz (embora esta deterioração seja posterior à presença da equipa portuguesa).

Vejam-se os dados e análise incluídos (a seguir) na Secção sobre “Eficácia”.

A intervenção de Educação para a Saúde, que abrange o tema das Doenças de Transmissão Sexual, e que se junta a outras campanhas de alerta para mudanças de comportamento, tem estado a contribuir para um crescimento na procura de consultas para estas patologias.

Os programas de apoio à Formação Médica, pré e pós-graduada, podem ter a sua eficácia social reduzida, se se tiver em conta que poucos médicos estão colocados na periferia e nos Hospitais Rurais, e que os médicos especialistas se continuam a concentrar em Maputo. No entanto, o aumento do número de inscritos na Faculdade de Medicina (desde 1997) e o aumento da presença de médicos recém-formados na Província do Niassa (a de mais difícil aceitação, devido ao seu isolamento e carência de recursos) fazem pensar que, pelo menos, a colocação de maior número de médicos na periferia é já uma realidade que justifica os investimentos na Faculdade de Medicina.

3.6 - EFICÁCIA

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Cobertura / acesso / consumo de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none">• N.º de serviços consumidos• Unidades sanitárias / infra-estruturas construídas / recuperadas
Formação de Recursos Humanos	Recursos humanos formados: <ul style="list-style-type: none">• Números• Prioridade das categorias de formação



3.6.1 - Cobertura, acesso e consumo de Cuidados de Saúde

LICHINGA - Apoio ao Hospital Provincial (FIAMC)

O número de serviços prestados e apresentados nos **Quadro 12** e **13** sugere que a intervenção da ONG é contemporânea com o crescente volume de serviços prestados:

- No Hospital Provincial, de um modo geral, e no serviço de Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia em particular;
- Na Cidade de Lichinga, em particular na área da Saúde Materno-Infantil.

É de realçar o crescimento do número de cesarianas que atesta a maior actividade cirúrgica de referência.

Quadro 12: Serviços do Hospital Provincial de Lichinga, 1998-2001

	1998	1999	2000	2001
OBSTETRÍCIA				
Nº Partos	2.976	3.356	3.685	3.683
Nº Admissões	3.185	3.356	4.159	
Percentagem de Cesarianas		3,5%	5,5%	9,1%
Nº de Laparotomias p/ Gravd. Ectóp.	2			19
Frequência de Roturas Uterinas	6%			2%
Taxa de Letalidade pós Rotura Uter.		31%		18%
Taxa de Mortalidade Materna / 100.000	> 1.000			160
Taxa de Nados - Mortos	5%			2%
PEDIATRIA				
Nº Admissões		1.996	2.071	2.230
Taxa de Mortalidade Intra - Hosp.		2,0%	1,8%	2,3%
OUTRAS - GERAIS				
Nº Cirurgias - grandes		675	588	626
Nº Cirurgias - pequenas		1.900	1.864	3.216
Nº Consultas / Urgências		17.785	28.953	41.050
Nº Doentes Internados				7.654
Dias - Camas Ocupadas	36.646	51.433	48.633	53.826

Fontes: Direcção Provincial de Saúde do Niassa
Direcção do Hospital Provincial de Lichinga

Quadro 13: Serviços da Cidade de Lichinga, 1998-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Nº de Partos	2.484	2.853	2.219	1.603	2.337
Nº de Contactos de SMI	87.542	96.403	92.891	97.521	102.651
Nº de Consultas Externas	69.362	69.529	85.979	80.089	92.476

Fonte: Direcção Provincial de Saúde do Niassa

Apoio à Província de GAZA

No contexto da Província de Gaza podem ser feitos comentários semelhantes acerca do período de apoio aos Distritos de Manjacaze e Xai-Xai. As estatísticas disponíveis atestam um crescimento quase contínuo (interrupções devidas às Cheias de 2000 e consequentes



deslocações de pessoas) de serviços consumidos no nível primário, bem como da procura de serviços no Hospital Provincial de Xai-Xai.

Quadro 14: Serviços do Hospital Provincial de Xai-Xai, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Nº Dias - Camas	51.258	52.793	37.397	62.329	81.051
Nº Partos	2.304	2.990	2.903	2.572	3.008
Nº Admissões				2.634	3.392
Nº de Consultas				8.817	10.931
Nº de Urgências				50.016	41.308
Nº de Urgências + Consultas	34.216	54.248	49.460	53.103	62.238
Nº Cirurgias -				989	1.105

Quadro 15: Serviços da Cidade e Distrito de Xai-Xai, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Nº Dias - Camas Ocupadas	33.778	37.605	56.940	55.875	42.574
Nº Partos	4.798	5.317	5.280	5.251	5.352
Nº de Urgências + Consultas	241.009	272.451	330.552	371.373	481.785
Nº de Contactos de SMI	227.867	211.077	217.830	251.433	228.122

Quadro 16: Serviços do Distrito de Manjacaze, 1998-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
N.º Dias - Camas Ocupadas	23.565	26.937	27.774	29.985	30.689
N.º Partos	4.154	3.995	4.103	4.357	4.283
N.º de Urgências e Consultas Externas	106.100	129.175	154.788	178.883	210.709
N.º de Contactos de SMI	117.028	129.622	139.791	146.284	148.305

Fontes: Direcção Provincial de Saúde de Gaza
Direcção do Hospital Provincial de Xai-Xai

Nesta análise os dados demonstram que no Hospital Rural de Manjacaze parece apresentar uma estagnação na procura de serviços de referência, ou mesmo uma diminuição da sua actividade cirúrgica (uma das marcas principais da referência local). No entanto, este efeito não tem ligação com o projecto português, que não interveio no Hospital:

Quadro 17: Serviços do Distrito de Manjacaze, 1998-2001

Nº DOENTES INTERNADOS	1999	2000
Medicina	854	701
Pediatria	1.732	1.515
Cirurgia	332	173
Maternidade	1.647	1.881
Nº Partos	1.229	1.339

Nº GRANDES CIRURGIAS	1998	1999	2001
	253	234	94

Fonte: Direcção Provincial de Saúde de Gaza

Constata-se ainda que, no Distrito de Xai-Xai, o efeito mais recente parece ser o de atracção contínua ao nível primário, adicionado a maior referência ao Hospital Provincial.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Recuperação de Infra-estruturas

O **Projecto de Apoio a Gaza**, na segunda Fase, Xai-Xai, ainda recuperou, num período de 5 anos, 9 Postos de Saúde, 1 Centro de Saúde (Xai-Xai), o edifício da Direcção Distrital de Saúde (de Xai-Xai), e 6 sectores do Hospital Rural de Chicumbane.

O Projecto do **Laboratório do Hospital Militar de Maputo** pôs a funcionar, de novo, o referido Laboratório, passando este a realizar um N.º médio mensal de exames da ordem dos 5.500 a 6.500 (30 a 40 /por dia útil).

Quanto à **Faculdade de Medicina**, o apoio das diversas entidades portuguesas (um total de 4 projectos institucionais e integrados) permitiu:

- Reconstruir a totalidade do edifício e os espaços de trabalho de todas as disciplinas do Ciclo Básico do Ensino Médico (3 primeiros anos);
- Iniciar o plano de formação do corpo docente da mesma Faculdade (ver abaixo).

O Projecto de Construção de **1 Posto de Saúde na Matola (Cruz Vermelha Portuguesa) ainda não foi sequer iniciado.**

3.6.2 - Formação de Recursos Humanos

Todos os Projectos analisados nesta categoria realizaram actividades de formação de contrapartes, embora de modos e em níveis diferentes.

O Projecto de Lichinga (FIAMC):

- Organizou, em Portugal, parte da formação especializada de 2 médicos e de 2 enfermeiros;
- Realizou diversas acções de formação em serviço de enfermeiros no Hospital de Lichinga, que ocorreram durante as várias missões técnicas.

O Projecto de Apoio a Gaza (segunda Fase):

Reabilitou e deu apoio contínuo ao Núcleo de Formação Contínua Distrital de Xai-Xai, e iniciou, em 2000, o apoio docente regular ao centro de Formação Provincial de Chicumbane (Curso de Agentes de Medicina)

O Projecto do Laboratório do Hospital Militar:

- Formou, em Portugal, um técnico superior de laboratório;
- Formou, localmente, todos os técnicos, de nível médio, do laboratório, num total de 6-8 pessoas;
- Formou, localmente, todo o pessoal administrativo e com responsabilidades logísticas (incluindo formação teórica e prática na utilização de ferramentas informáticas), 2 a 4 pessoas).



Os Projectos institucionais entre a Faculdade de Medicina a Fundação Calouste Gulbenkian, o IMVF e as Universidades de Lisboa e Porto

Estes projectos apresentaram os resultados referidos nos **Quadros 18 e 19**, que reflectem um aumento do número de alunos inscritos nos primeiros anos e um aumento na formação dos docentes.

Quadro 18: Alunos Inscritos na Faculdade de Medicina, 1993-2002

Ano / Nível	1993/4	1996/7	2001/02
1º	-	110	159
2º	91	102	125
3º	51	48	88
SUB - TOTAL CICLO BÁSICO	142	260	372
4º	48	32	52
5º	37	31	81
6º	42	32	29
7º	14	34	22
TOTAL ALUNOS / ANO	283	389	556

Quadro 19: Formação do Corpo Docente da Faculdade de Medicina, 1994-2001

FORMAÇÃO DE CORPO DOCENTE 1994 - 2002

	1994	1997	2001
Licenciados	87	84	86
Mestrados	4	12	24
Doutorados	0	2	18
TOTAL	91	98	128

Fonte: Faculdade de Medicina de Maputo, Gabinete de Apoio à Gestão de Projectos

O Programa Indicativo de Cooperação entre os Ministérios da Saúde de Portugal e de Moçambique

As intervenções previstas pelo programa indicativo entre os dois ministérios permitiram a vinda a Portugal, como bolseiros, de médicos e outros técnicos médios e superiores e a realização de pós-graduações, por períodos variáveis. A tendência pareceu tornar-se nitidamente crescente para o final da década (com o aumento do número de médicos em pós-graduação e candidatos a docentes em formação), como pode ser observado no **Quadro 20**:

Quadro 20: Bolseiros moçambicanos em Portugal, 1994-1999

	1994	1996	1999
N.º Bolseiros em Portugal	5	7	24

Fonte: MNE / ICP, Coordenação de Moçambique



3.7 - IMPACTO

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Estado de Saúde	Taxa de Mortalidade Materna e de Nados - Mortos
Reforço Institucional	Capacidade realizar missão institucional: formular e rever políticas, estratégias e legislação Capacidade de gestão interna das instituições: mudança organizativa e de procedimentos

3.7.1 - Estado de saúde

A única informação quantificada sobre impacto directo no estado de saúde de algum estrato utilizador de serviços directamente influenciados pelas intervenções portuguesas, vem do Hospital de **Lichinga**, onde as Taxas de Mortalidade Materna, de Nados-Mortos e de Letalidade por Rotura Uterina diminuíram durante o período da intervenção, como pode ser observado no **Quadro 21**. Contudo considera-se difícil distinguir se estas melhorias se deveram às deslocações esporádicas da equipa portuguesa, aos outros profissionais actualmente a trabalhar no local, ou se a uma melhor integração entre o nível primário e a referência hospitalar.

Quadro 21: Mortalidade na Maternidade do Hospital Provincial de Lichinga, 1998-2001

	1998	1999	2001
OBSTETRÍCIA			
Taxa de Letalidade por Rotura Uterina.		31%	18%
Taxa de Mortalidade Materna	> 1.000 / 100.000		160 / 100.000
Taxa de Nados-Mortos	5%		2%

Fontes: Serviço de Obstetrícia do Hospital Provincial de Lichinga
África Solidarietà / FIAMC, Relatório à Conferência de Seul, 2002

No entanto, é também de esperar que o aumento da cobertura e do acesso a serviços pré-natais, a partos assistidos, e a consultas e vacinações a crianças (todos com tendência crescente no fim da década) tenha tido efeito sobre o estado de saúde das crianças e das mulheres em idade reprodutiva. É também de assinalar a tendência, em Lichinga e Xai-Xai, de um crescimento da actividade cirúrgica em Obstetrícia (cesarianas), que é um contributo decisivo para a redução da mortalidade materna. Vejam-se os dados estatísticos nos **Quadros 12 a 16**.



3.7.2 - Reforço institucional

Diversas intervenções portuguesas tinham como objectivo, em graus variáveis de explicitação e importância, a recuperação de auto-suficiência (ou suficiência parcial) de instituições congéneres moçambicanas.

Capacidade de realizar missão institucional

INFARMED: conseguiu apoiar o Departamento Farmacêutico do MISAU na execução dos procedimentos necessários às novas disposições de Registo de Medicamentos. O grau de dependência da Assistência Externa é ainda grande, devido ao grande volume de processos a tratar e à exigência técnica em muitas áreas diferenciadas.

Gestão Estratégica / MISAU: A Assistência da ENSP deu capacidades à DNS para responder às exigências dos novos mecanismos de coordenação da Ajuda Externa. Auto-suficiência parcial, por perda de alguns formados em trabalho.

Faculdade de Medicina: Bom exemplo de auto-suficiência institucional praticamente assegurada. O volume de publicações científicas atesta que a instituição receptora está a adicionar a investigação à simples transmissão de conhecimentos.

Capacidade de gestão interna das instituições

Gestão Hospitalar / Maputo: É o exemplo de um impacto negligenciável, a médio prazo. A maior instituição hospitalar do país receptor continua a ter uma gestão artesanal. Não se sabe com que eficiência são utilizados os recursos afectos a este Hospital de mais de 1.000 camas.

GAZA: Formação contínua e supervisão de rotina contribuem para elevar a qualidade das prestações e o nível de moral do pessoal. Criou-se um modelo replicável de funcionamento dos Núcleos Distritais de Formação Contínua. Infelizmente, não se dá apoio em planeamento e gestão à Direcção Provincial de Saúde.

Hospital Militar: O Laboratório Clínico é auto-suficiente tecnicamente. A auto-suficiência financeira não está assegurada, apesar de o Laboratório recuperar custos com contratos externos de prestação de serviços.

OIKOS – Niassa: As Casas Agrárias são auto-suficientes na sua organização interna. O apoio externo resume-se à facilitação da gestão bancária e à comercialização. A ONGD externa fomentou a criação de uma ONGD nacional.

Relativamente à intervenção da OIKOS no Niassa, deve ainda ser realçado que ela minimizou o efeito negativo da interioridade a que esta Província estava votada (distância de Maputo, baixa população, baixo grau de desenvolvimento): manteve a província no “mapa” das zonas carentes de Moçambique, necessitando de apoios externos.



3.8 - ADEQUAÇÃO

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
De recursos	Recursos adequados: <ul style="list-style-type: none">• Em número adequado à extensão temporal e geográfica das intervenções• Em qualificação, relativamente aos tipos de actividades solicitadas
Da organização interna	Logística Gestão financeira Gestão de calendários de recursos e de actividades

3.8.1 - Dos recursos

Como pode ser observado na secção sobre “*Organização Formal das Instituições Portuguesas. Suporte Documental e Gestão da Cooperação*”, as limitações orçamentais do Estado Português e das suas instituições acentuaram-se na segunda metade da década, originando repetidos atrasos na libertação de verbas aprovadas e na autorização de despesas.

Os Projectos Institucionais

Recursos Insuficientes:

- Apoio à Área do Medicamento - em regularidade e financiamento;
- Projecto de Gestão Hospitalar - duração insuficiente;
- Projecto de Gaza, 1ª Fase: com financiamentos apenas para 6 meses, prorrogáveis, foi alvo de muitas críticas pelas autoridades moçambicanas, pelas poucas garantias de realização dos seus objectivos;

Recursos adequados:

- Hospital Militar, até 2001 (infelizmente, interrompido subitamente);
- Faculdade de Medicina (Ciências da Saúde);
- Projecto de Gaza, 2ª Fase.

As ONGD

Lichinga:

Assistência técnica de muito boa qualidade (incluía especialistas seniores de hospital universitário). Provavelmente o Hospital Provincial não teria condições de trabalho para permanências mais longas das equipas.

Matola:

As equipas da “Saúde em Português” deviam permanecer em Moçambique por períodos mais prolongados, para poder realizar as outras tarefas (avaliação de impacto e coordenação com outras ONGD e com o Centro de Saúde).



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Programa Indicativo

Os recursos são adequados, como respostas pontuais aos pedidos moçambicanos, em evacuação de doentes, assistência técnica e bolseiros. Estas actividades pontuais têm também procedimentos e sedes institucionais bem definidas. No entanto, o Programa Indicativo assinado em 1999 incluiu muitas propostas de novas actividades, as quais não tiveram qualquer financiamento.

3.8.2 - Organização

Organização insuficiente

Veja-se a secção sobre Coordenação e Complementaridade. No caso de muitas intervenções com co-financiamento do Ministério da Saúde e/ou IPAD, verificaram-se atrasos de libertação de verbas, ocasionados quer por limitações orçamentais, quer por arranjos organizativos demasiado centralizadores.

Os Projectos Institucionais:

INFARMED: Sem projecto organizador, nem financiamento extraordinário para este Projecto.

GAZA: Atrasos na libertação de financiamentos (pessoal técnico “emprestando” os seus pagamentos para o financiamento de actividades do projecto).

As ONGD:

LICHINGA: A localização do projecto, distante geograficamente e com logística extremamente desgastante e dispendiosa, não dispunha de apoios logísticos locais. Os apoios informais da Igreja local foram nitidamente insuficientes para suportar estas dificuldades.

Organização adequada

FACULDADE DE MEDICINA: Excelente coordenação logística, financeira e de monitorização entre as partes. Garantido pelo próprio receptor.

HOSPITAL MILITAR: Boa coordenação entre técnicos do Ministério da Defesa português, nos dois Hospitais envolvidos (Hospital da Boa Hora, em Lisboa e Hospital Militar de Maputo).

GESTÃO HOSPITALAR: Sede institucional única (ENSP) para coordenar as múltiplas missões técnicas e outros “inputs”. Instituição portuguesa sob contrato com o Banco Mundial.



3.9 - COORDENAÇÃO INTER-SECTORIAL PARA O DESENVOLVIMENTO

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Abrangência nas intervenções de apoio ao desenvolvimento e em situações de emergência	Integralidade dos pacotes de intervenção em emergência (saúde, sobrevivência, ambiente, reassentamento) Integralidade dos projectos de desenvolvimento comunitário

As duas intervenções de apoio em situação de emergência, Beira e Xai-Xai, foram realizadas em circunstâncias muito diferentes. A da Beira, realizada por uma equipa que “vinha de fora”, realizou acções limitadas no tempo, e já depois da situação de calamidade ter começado a ser controlada. Centrou-se na recuperação de unidades sanitárias, e na formação do pessoal técnico local. A preocupação central foi a de retomar os serviços, nas zonas afectadas.

Já a de Xai-Xai encontrou uma equipa portuguesa a trabalhar na zona já há algum tempo. A equipa foi confrontada com a própria subida do nível de água e o desencadeamento da catástrofe. A equipa portuguesa contribuiu para um pacote de serviços polivalentes e versáteis: salvamentos, alimentação de emergência, cuidados médicos, recuperação de infra-estruturas, medidas de higiene, evacuação de doentes, providenciar a logística básica às localidades isoladas, etc.¹

O único projecto de desenvolvimento comunitário e com características inter-sectoriais desenvolvido foi o da OIKOS, em Niassa. Como já se referiu na nota sobre a visita a este projecto, há algumas limitações práticas na sua integralidade mas os aldeãos são muito disciplinados nas suas prioridades. Na Casa Agrária visitada, as prioridades eram a produção, as estradas e a comercialização. A proximidade de cuidados médicos vinha depois. Também a água ainda não era entendida como uma necessidade prioritária (nenhum poço funcionava).

3.10 - PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Atenção a especificidades locais e consulta a governo / lideranças locais	<ul style="list-style-type: none">• Organização interna (lideranças e procedimentos)• Participação no planeamento• Voluntários• Participação em reconstrução
Informação para a Saúde	

Nos projectos em análise, apenas o Projecto da OIKOS no Niassa pretendia utilizar a participação comunitária como meio e fim. Os resultados e processos observados na Casa Agrária visitada confirmam a utilização de todas as categorias acima:

- O envolvimento de lideranças tradicionais e modernas;
- O envolvimento alargado na discussão de prioridades (uso dos excedentes, por exemplo);

¹ Ainda durante a elaboração deste Relatório, a equipa de assistência técnica do Xai-Xai foi condecorada por S.Ex.a. o Presidente da República Portuguesa.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- O uso de voluntários para algumas tarefas (parteiras tradicionais, activistas juvenis na Educação para a Saúde);
- A utilização de mão-de-obra local em certas construções comunitárias (e.g. poços, armazéns).

Além deste projecto, só o de apoio à Cidade da Matola fez uso de voluntários para a realização das suas actividades: formadores e activistas em educação para a saúde. A motivação dos voluntários parece boa, pois que a rede se mantém, apesar de os voluntários não receberem qualquer subsídio, além do de transporte (para o seu trabalho).

As restantes intervenções têm o seu enfoque na prestação de cuidados formais, ou na administração sectorial, não se aplicando esta categoria de análise.

A **participação das contrapartes moçambicanas e grupos-alvo institucionais** no desenho e gestão das intervenções, é documentada nas secções 3.1 “Génese”, 3.14 “Coordenação e Complementaridade com a Administração de Saúde Moçambicana”, e 3.15 “Sustentabilidade e Continuidade”. De notar a extensiva consulta com a administração local e profissionais de saúde na Província de Gaza, antes do início do projecto em Manjacaze.

3.11 - EFICIÊNCIA

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Relação “Inputs” / “outputs”	Custos Unitários (evacuação de doentes, formação e pós-graduação, recuperação de infra-estruturas)
Visibilidade de “Outputs” em projectos conjuntos	Resultados obtidos em projectos com outros investidores

A relação entre o custo dos “Inputs” e a utilidade dos “Outputs” obtidos com a Ajuda Externa é um dos aspectos mais discutidos de todos os projectos de APD. Dado o custo mais elevado (relativamente aos componentes locais) da componente “Pessoal”, as intervenções com apoio APD que têm como alvo a prestação de serviços, são geralmente criticadas por contribuírem para as ineficiências já identificadas na utilização dos recursos autóctones. (*Ministério da Saúde, 1997*)^j

Seguidamente são abordados vários tipos de actividades da Cooperação Portuguesa no sector da Saúde, em Moçambique, e são feitas algumas estimativas de custos unitários, com a limitada informação disponível.

A especificação de “inputs” e “outputs” que permita fazer a relação custo/actividade nem sempre é possível. Numa actividade simples, como a vinda de um bolseiro, a entidade portuguesa pode, simplesmente, fornecer um montante mensal, que o bolseiro deve gerir. Já num projecto, por exemplo, de recuperação de infra-estruturas e expansão de cobertura de serviços, podem, por um lado, ser necessários diversos “inputs” (pessoal expatriado, financiamento de reabilitação de edifícios, consumíveis, etc.) e, por outro, os “outputs”

^j Por exemplo, o “*Perfil do Sector Saúde – Moçambique, 1997*”, referia que os elevados custos das ONGD envolvidas na prestação directa de serviços em zonas rurais, contribuía para a ineficiência na utilização de recursos do sector.



previstos podem não estar claramente definidos (Aumento do número de serviços? Reabilitação de “X” pontos de serviços?). Nas estimativas que se seguem, procurámos listar todos os custos de “inputs”, e identificar qual o “output” final de cada intervenção.

3.11.1 - Programa Indicativo: evacuação de doentes, bolseiros e assistência técnica

Apresentam-se no **Quadro 22** algumas estimativas relativas a estas intervenções:

Quadro 22: Custos Unitários, 1995-99

	(Euros)	
Custo / Doente	1.745,79	<--- 1995
Custo / Bolseiro	4.156,65	<--- 1999 5.387 <--- 9 meses
Custo / Missão AT Curta Duração	3.306,70	<--- 1997
Custo / Técnico	34.292,36	<--- 1998

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Defesa, ICP.

Os valores de 1.746,00 Euros/doente evacuado têm sido utilizados pelo Ministério da Saúde nas estimativas para os Programas Indicativos com Moçambique. Estes custos são baseados em gastos da primeira metade da década de 90.

Os custos para os bolseiros variam, obviamente, com a duração dos estágios. A informação do ICP (desagregada para o sector Saúde) confirma que cada bolseiro deste sector custou entre 5.300,00 a 5.500,00 Euros por ano, no período entre 1999 e 2001.

Cada estadia em Portugal de um técnico de nível superior (num período aproximado de 1 ano) custa 10 vezes mais do que uma missão técnica de curta duração (até agora, maioritariamente, missões de alguns dias, para júris de exames de pós-graduação).

3.11.2 - Intervenções de apoio à Prestação de Serviços

No caso do **Projecto de Gaza (1ª fase – Manjacaze)**, as prestações directamente realizadas pela equipa portuguesa fizeram elevar em 20% os serviços consumidos pela população do distrito alvo, como se pode observar no **Quadro 23**.

Quadro 23: Benefício medido em Utilização Adicional – MANJACAZE

População	250.000
Utilização anterior (Consulta / per Capita / Ano)	0,41
Utilização anterior + Serviços Adicionais do Projecto	0,49
Aumento em % de Utilização	20%

Fontes: DEPS / Ministério da Saúde; Ministério da Saúde, Moçambique, 1997

No entanto, cada uma dessas consultas (se forem utilizadas como unidades de “output”), teve um custo demasiado elevado, em comparação com o gasto habitual em saúde em Moçambique (pelo SNS) como se pode observar no **Quadro 24**. Considerando que cada consulta representa o consumo *per capita* anual de 2 cidadãos da zona, o custo das mesmas representa 10 vezes o gasto público corrente *per capita*, do SNS moçambicano (na realidade, representa algo equivalente ao custo dos recursos humanos de cada consulta num Centro de Saúde em



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Portugal)^{k 1}. Embora a assistência técnica exterior possa ser o único modo de estender a cobertura com serviços básicos, numa situação de emergência e de fraqueza da rede prestadora local, deve sempre ponderar-se se esses custos não seriam melhor utilizados na criação de capacidades locais, para futura extensão dos serviços com recursos de custos locais.

Quadro 24: Custos Unitários, Prestação de Serviços GAZA (1ª FASE): Custo por Consulta Adicional

Custos (3 anos) - Euros	502.289,48
Nº Consultas adicionais	20.215
Custo por Consulta Adicional	24,85

<--- *Custo componente PESSOAL
em Consulta de CS - Portugal*

Gasto Público/per Capita em Saúde/Ano (1995)	1,12
---	-------------

<--- *Euros*

Fonte: DEPS / Ministério da Saúde; Ministério da Saúde, Moçambique, 1997

Avaliação semelhante foi feita ao custo das **análises** realizadas em 4 meses de 2001 no **laboratório** remodelado do **Hospital Militar de Maputo**. A ajuda portuguesa contribuiu não apenas para a reabilitação de infra-estruturas e seu reequipamento, mas também para o relançamento do seu funcionamento: meios técnicos e aprovisionamento de reagentes. Os custos por cada análise são semelhantes aos dos Hospitais Distritais portugueses (fim da década de 1990), e devem ser bastante superiores aos custos habituais por análise em Hospitais moçambicanos (se assumirmos que os custos com pessoal devem ser muito inferiores em Moçambique), como se pode observar no **Quadro 25**.

Quadro 25: Custos Unitários, Reabilitação de Laboratório de Análises Clínicas

COOPERAÇÃO EM SAÚDE MILITAR: CUSTO POR EXAME LABORATORIAL
2001 - Custos parte portuguesa

Custos 4 meses (2001) - Euros	74.741,27
Nº Análises em 4 meses (2001)	25.316
Custo / Análise (Euros)	2,95

<--- *Custo Análises Patologia Clínica
simples em Hosp. Distt. - Portugal*

Fontes: Ministério da Defesa, Departamento de Cooperação Técnica Militar.

Ou seja, os recursos humanos portugueses foram utilizados a níveis de produtividade semelhantes aos que teriam em instituições portuguesas, mas o custo final por prestação é provavelmente desproporcionado em relação aos custos directos que as mesmas prestações teriam com recursos humanos totalmente moçambicanos.

^k Deve anotar-se que o custo desta intervenção inclui reparação de unidades sanitárias periféricas, fornecimento de medicamentos essenciais, etc. No entanto, estes “inputs” concorrem, todos eles, para o resultado final de prestação de alguns milhares de consultas adicionais. Por isso se usam estas últimas como unidade de “output”.

^l Fontes do Banco Mundial confirmam que, em diversos contextos da África Sub-Sahariana, o custo médio de uma consulta de nível primário oscila entre os 0,30-1,30 Dólares EUA (*Zia Yussuf, 1993*) e que o “pacote básico integrado” poderia ser fornecido a menos de 4,00 Dólares EUA por Consulta (*Melhor Saúde para os Africanos, 1994*).



3.11.3 - Custos de Reabilitação de Edifícios

O **Projecto Integrado de Desenvolvimento Comunitário**, desenvolvido pela **OIKOS** na Província de Niassa, na 1ª metade da década de 90, incluiu a reabilitação de alguns postos de saúde. Os gastos por cada unidade reabilitada foram na ordem dos 40.000 US dólares^m.

Este custo pode comparar-se razoavelmente com as estimativas de outros autores: a construção (ou reabilitação, se muito degradado) de um pequeno Centro de Saúde (5 a 10 camas) custa habitualmente, em Moçambique, entre 50 e 75.000 US dólares (ou seja entre 300 a 600 Dólares por m²) (*Colombo et Pavignani, 2000*). Considerando que a Província de Niassa é a mais isolada geograficamente de Moçambique, os custos da intervenção da OIKOS estão na zona inferior deste leque.

Quanto ao **Projecto de Gaza, segunda Fase**, as actividades de recuperação de infra-estruturas foram executadas com custos unitários relativamente baixos, dado que a equipa técnica conseguiu fazer a contratação e gestão directa dos grupos de operários. O custo médio estimado de 8.800,00 Euros situa-se na faixa baixa de custos de recuperação utilizados em Moçambique (*Pavignani, 2000*)

Quadro 26: Custos de Recuperação de infra-estruturas, em Gaza

CUSTOS UNITÁRIOS RECUPERAÇÃO DE INFRA - ESTRUTURAS

Projecto de Gaza, Fase de Xai-Xai		(Euros)	
Gasto - 5 anos	(Contos)	30.000	149.639,37
Nº de Infra-estruturas recuperadas		17	17
Custo / Infra-estrutura Recuperada		1.765	8.802,32

NOTA: Os "Gastos" assumem a informação de que o Projecto gasta mensalmente uns 500 Contos dos seus duodécimos em infra estruturas e equipamentos

Fonte: Equipa da Cooperação Portuguesa em Xai-Xai
(NOTA: 500 contos=2.494,00 Euros)

3.11.4 - Apoio à Formação

Da informação recolhida na segunda Fase, consideramos interessante a estimativa de custos obtidos no projecto da **Faculdade de Medicina**: um consórcio de instituições portuguesas apoia 4 projectos integrados, destinados ao reforço da capacidade docente da Faculdade. Os esforços deste consórcio português **juntam-se aos de outras fontes de ajuda externa** na mesma Faculdade, em Maputo. São de esperar valores relativamente optimistas de eficiência para as contribuições portuguesas, pois que **se lhes podem atribuir os resultados globais** do sucesso pedagógico no **Ciclo Básico**, bem como o esforço de **formação de docentes**. Veja-se o **Quadro 27**.

^m Usa-se aqui a unidade monetária Dólar EUA para facilidade de comparação com os valores mencionados na bibliografia citada.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Quadro 27: Custos de formação de alunos no Ciclo Básico, e de Docentes, na Faculdade de Medicina - Cooperação Portuguesa

CUSTOS UNITÁRIOS - ALUNOS CICLO BÁSICO		
<i>(Em Contos)</i>	1997 - 2000	<i>(Euros)</i>
Custos Equipamento + Reabilitação	112.573	561.511,76
Nº Alunos Ciclo Básico	975	975
Custo / Aluno	115,5	575,91

CUSTOS UNITÁRIOS - DOCENTES EM FORMAÇÃO		
<i>(Em Contos)</i>	1997 - 2000	<i>(Euros)</i>
Custos Formação + Intercâmbio	39.340	196.227,09
Nº Docentes em Formação	28	28
Custo / Docente em Formação	1.405,0	7.008,11

Fonte: Faculdade de Medicina de Maputo, Gabinete de Apoio à Gestão de Projectos

A passagem pelas instalações reabilitadas, dos grupos anuais de alunos do Ciclo Básico custou (à Cooperação Portuguesa) aproximadamente 576,00 Euros por cada aluno, no período entre 1997 e 2000. É bastante menos que o custo/ano de cada bolseiro moçambicano em Portugal (entre 4.000 a 5.000 Euros).

Constata-se que os docentes em formação têm custado à Cooperação Portuguesa aproximadamente 7.000,00 Euros. Este valor corresponde a aproximadamente 1,5 anos de estadia dos bolseiros moçambicanos em Portugal, no fim da década. Se estimarmos que a formação de cada docente (englobando Mestrados e Doutoramentos) exige uns 3-4 anos, se o seu ciclo completo de formação se fizesse em Portugal, ficaria bem mais caro do que o custo actual de apoio à Faculdade de Medicina. Provavelmente, reflecte que a formação pós-graduada (com vários anos de duração) se faz maioritariamente em Moçambique, a custos inferiores.

3.11.5 - Projectos Integrados de Desenvolvimento Comunitário e Saúde

Considera-se que quanto menos desenvolvidas, e menos organizadas institucionalmente, são as comunidades, mais difíceis e dispendiosas são as intervenções para o seu desenvolvimento. Conjugam-se as carências de recursos, instituições e processos e dilatam-se os prazos de execução, pelos riscos de interferência política.

O Projecto da OIKOS em Niassa executou uma dessas combinações de um número limitado de intervenções sobre condições de vida. No campo da saúde, o projecto não se envolveu na prestação directa de serviços: limitou-se à formação e ao desenvolvimento de recursos e organização e reabilitação de infra-estruturas. A estimativa de custos unitários é apresentada no **Quadro 28**.

Uma análise superficial dos seus custos mostra que:

- Os custos com a componente Saúde constituíram 17% dos custos totais do projecto;
- Os custos de investimento em recursos e organização para a saúde correspondem, grosso modo, às despesas que faz o SNS com a prestação directa de serviços.



Quadro 28: Custos *per Capita*, Desenvolvimento Integrado no Niassa

PROJECTOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA: NIASSA

População alvo	71000
	Em Ecu's
Custo Total Ajuda (1 ano: 1995/96) - Ecu's	495.963
Custo Ajuda/<i>per Capita</i>/Ano	6,985
Saúde /Infraestruturas/Construção e Reabilitação	41.660
Saúde /Formação	7.660
Saúde /Logística e Administração	34.060
Total Saúde	83.380
Saúde /% do Custo Total	17%
Custo Saúde/<i>per Capita</i>/Ano	1,17

Fonte: OIKOS

NOTAS: *Este exemplo mostra a diferença de eficiência, no apoio ao desenvolvimento, de um projecto de investimento em infra-estruturas e organização e um de prestação directa de serviços. No caso deste Projecto no Niassa, o investimento vai permitir a extensão da cobertura com serviços, devendo estes ser fornecidos com “inputs” habituais do SNS moçambicano – e custos mais baixos. Unidade monetária expressa em “Ecu” usada na época.*

Uma análise de Custo/Benefício?

Os TdR solicitavam uma análise “custo-benefício” simultânea com a da Sustentabilidade. O critério “Sustentabilidade” é analisado na secção 3.15. Quanto à relação “custo-benefício”, a equipa considerou que havia demasiadas limitações metodológicas para se poder realizá-la, quer pelos limites de tempo desta avaliação (incluindo muitas outras categorias de análise e abrangendo mais de uma dezena de projectos), quer pelas limitações da informação disponível.

A informação disponível não permitiu isolar nem as variáveis “independentes” (os custos de componentes específicas de cada Projecto) nem as “dependentes” (os diversos tipos de resultados). Para exemplificar, com o Projecto de Cooperação Sanitária no Niassa: a) a informação de custos não especifica que parte do tempo (custos de pessoal) era dedicada à formação; b) os resultados da presença da equipa de assistência técnica foram tanto em prestação de serviços, como na formação (e uma parte da formação ocorreu durante a própria prestação de serviços); c) os serviços têm utilidade imediata e limitada à presença da equipa de AT, enquanto que a formação resulta em efeitos que se prolongam para além da estadia das equipas de AT. Por outro lado, exigiria um grande investimento de tempo tentar padronizar os “benefícios” em termos monetários para os diversos tipos de resultados obtidos com as intervenções.

No entanto, esta avaliação, quer pelos Custos Unitários fornecidos acima, quer pelas indicações sobre a sustentabilidade das intervenções, fornece algumas pistas indicativas sobre as relações “custo-benefício” mais e menos vantajosas. As variáveis que se podem identificar são:

1. Variáveis com efeito nos custos da intervenção portuguesa:

- **Encarecimento:** Substituição da rede de serviços local;
- **Redução:** Maximização do uso de outros “inputs” locais;
- Capacidade das instituições receptoras de absorver os custos de gestão dos diversos “inputs”.



2. Variáveis com efeito no aumento dos benefícios:

- **Pertinência** da intervenção
- Duração – **continuidade** das intervenções introduzidas pela AT

Exemplificando para situações extremas e intermédias da relação “custo/benefício”, nas intervenções portuguesas:

PROJECTO	Efeito nos Custos	Efeito no Benefício	Relação “C/B”
Gaza/1ª Fase: Manjacaze	Substituição da rede de serviços local – expansão de serviços com equipa de AT	Limitado à presença da equipa de AT	Elevado C/B
Reabilitação de Infra-estruturas	Uso de mão-de-obra local	Longa duração do benefício (condicionado à existência de pessoal técnico local para os serviços)	Baixo C/B
Apoio á Faculdade de Medicina	<ul style="list-style-type: none"> • Integração de várias fontes de Ajuda Externa • Instituição local garante a gestão/coordenação 	Longa duração dos resultados (vida profissional dos médicos)	Baixo C/B
Cooperação Sanitária no Niassa/ AT para serviços + Formação em instituição estável	<ul style="list-style-type: none"> • Vários “outputs” resultantes dos mesmo “inputs” (AT) • Continuidade garantida pela estabilidade e recursos locais na instituição receptora 	Efeitos imediatos (serviços) + efeitos de longa duração (formação)	C/B Intermédio

NOTA: A “pontuação” do “custo-benefício” é feita como se se tratasse de uma “razão” entre numerador (custos) e denominador (benefícios). Um “Baixo C/B” significa que se têm custos relativamente baixos para obter o benefício.

3.12 - COORDENAÇÃO E COMPLEMENTARIDADE ENTRE AS INSTITUIÇÕES PORTUGUESAS. COERÊNCIA INTERNA

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Na Fase de proposição de intervenções	Génese das intervenções
Durante a execução das intervenções	Mecanismos de coordenação
Integração em objectivos estratégicos da Cooperação Portuguesa	

Verifica-se que as intervenções portuguesas têm sido pontuais, descoordenadas e dispersas (por temas e por zonas geográficas):

- Têm abrangido as áreas mais diversas, desde a evacuação de doentes ao reforço de focos de definição de políticas (por exemplo, do Medicamento).



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- Em geral, a definição das áreas geográficas obedece a critérios de momento (Gaza, Beira), ou a pressões exteriores às autoridades moçambicanas (Igreja e ONGD, no caso de Niassa).

Uma das únicas excepções de coordenação entre instituições portuguesas parece ser o Projecto da Faculdade de Medicina, em que várias Universidades portuguesas, fontes de financiamento (ICP e Fundação Gulbenkian) e ONGD (IMVF) têm realizado diversas intervenções com a mesma finalidade: ou seja o reforço da capacidade imediata e de longo prazo da Faculdade. O papel coordenador deste projecto tem sido da direcção da Faculdade de Medicina de Maputo, como será referido mais à frente.

A génese das intervenções portuguesas (ver acima) tem sido multifocal, e não enquadrada numa estratégia de compromissos entre os objectivos do doador e do receptor. Por outro lado, o Ministério da Saúde de Moçambique não tem insistido na coordenação das intervenções portuguesas. Este facto pode ser devido à pouca importância relativa da cooperação portuguesa, face aos outros doadores de maior peso ou à grande necessidade de ajuda, aceitando-a mesmo sem uma integração estratégica.

Os dois motivos acima têm permitido que se mantenham as intervenções fragmentadas, baseadas na “oferta” por instituições portuguesas, e que as partes intervenientes se mostrem razoavelmente apreciadoras do “realizado”, porque, face à enormidade das necessidades, todas as intervenções podem contribuir, pelo menos, para alívio de problemas imediatos.

Mesmo o Programa Indicativo entre os dois Ministérios acaba por ser realizado como um somatório de realizações pontuais, levado ao extremo no caso da evacuação de doentes. As missões de assistência técnica e o apoio a bolseiros, pelo menos, são enquadrados no programa de formação médica pós-graduada do Ministério da Saúde moçambicano.

As secções acima referidas sobre “pertinência”, “impacto”, “redução da pobreza” e “eficácia social do SNS moçambicano” demonstram que, apesar da falta de estratégia, as intervenções têm respondido às prioridades definidas pelo ICP para a área da Saúde, ou seja, a Cuidados Primários de Saúde, Redução da Pobreza e Reforço Institucional.

3.13 - ORGANIZAÇÃO FORMAL DAS INSTITUIÇÕES PORTUGUESAS. SUPORTE DOCUMENTAL E GESTÃO DA COOPERAÇÃO

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Organização durante a execução das intervenções	Cumprimento das obrigações acordadas (despesas, licenças para assistência técnica, etc.)
Formalização de responsabilidades e mecanismos de coordenação	Qualidade dos documentos de projecto

Diversas intervenções pressupunham coordenação entre diferentes entidades executoras, e financiadoras, além de autorizações para a deslocação de técnicos com vínculos legais.

No fim da década de 90, quando o número de intervenções estava a intensificar-se, aumentaram também as dificuldades orçamentais do Estado Português. Tornaram-se frequentes os atrasos na libertação de orçamentos e na autorização de despesas.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

3.13.1 - Projectos do Tipo I (institucionais):

No Projecto de Gaza (1ª Fase), houve obstáculos relativamente à disponibilização das verbas, resultantes de uma administração centralizadora, que se sobrepôs ao atraso na disponibilização do orçamento. Todas as linhas orçamentais para o projecto (e respectivas pessoas com poder para autorizar as despesas) estiveram sediadas em Lisboa, e os processos de autorização de despesa foram demasiado lentos para uma intervenção de emergência. Isto incluía, por exemplo, a compra de medicamentos essenciais, o pagamento de pequenas reparações nas unidades sanitárias, etc. Os atrasos nas actividades, e os custos acrescidos (compras de emergência) parecem ter sido frequentes.ⁿ

Também na 2ª Fase do projecto de intervenção no (Xai-Xai), ocorreu que a não disponibilização atempada de verbas dificultou a operacionalização das intervenções. Consta-se que esta questão é comum à maioria dos projectos.

Licenças sem vencimento (outros custos com pessoal), e responsabilidades na manutenção dos lugares dos técnicos envolvidos foram (com algumas excepções) normalmente cumpridas sem problemas.

No caso do projecto da Faculdade de Medicina, os financiamentos do IPAD parecem também ter sido libertados com atraso considerável.

No caso do Projecto do INFARMED, foi contactado o Instituto da Cooperação Económica Portuguesa (ICEP), no sentido do seu envolvimento na área dos medicamentos (apoio a parceiros portugueses na competição com outros países fornecedores), que não se concretizou. Por outro lado, a divisão de responsabilidades entre ICP e APAD parece ter confundido o INFARMED ao procurar no MNE a fonte de co-financiamento para esta intervenção. Por outro lado, nesta intervenção parece existir uma falta de coordenação entre a Ordem dos Farmacêuticos, que apoia a Faculdade de Farmácia de Maputo, e o INFARMED, reflectindo as eventuais tensões existentes destes organismos em Portugal.

3.13.2 - Projectos do Tipo III (ONGD e Emergências):

As ONGD parecem esgotar-se na resposta formal às redes de executores e financiadores. Quando se têm de realizar repetidas missões de voluntários de diversas profissões e em elevado número, os problemas avolumam-se: a complexidade da organização logística associa-se aos atrasos na libertação de financiamentos oficiais e o processo organizativo é afectado.

O **Anexo 6** resume os aspectos (positivos e negativos) mais marcantes no relacionamento entre as instituições portuguesas envolvidas.

Verifica-se assim que face à diversidade de entidades executoras e financiadoras, é indispensável que os compromissos mútuos estejam formal e claramente expressos em documentos. Tal **formalização documental** é indispensável para que **as intervenções da Cooperação Portuguesa contêm dispositivos organizativos de acompanhamento interno e auto-avaliação.**

ⁿ Felizmente, os responsáveis pelo projecto aperceberam-se destes inconvenientes, e na 2ª Fase o projecto já passou a ter delegação de competências para administrar localmente diversas linhas orçamentais.



Um dos obstáculos a esta avaliação foi a falta de documentos relativos a alguns projectos e intervenções, e o facto de os documentos existentes não estarem padronizados e não conterem a informação suficientemente organizada, discriminada e padronizada. Alguns projectos não têm documento de projecto ou este está diluído em documentos que contêm uma mistura de propostas do projecto e do seu relatório de avaliação (e.g. projectos de Gaza), outros estão incompletos fazendo apenas referência a parte do projecto (e.g. projecto de eficiência hospitalar). Só 4 das 11 intervenções (exceptuando o Programa Indicativo) dispunham de um Documento de Projecto.

Um dos principais problemas, comum a quase todos os projectos, refere-se à falta de mecanismos de avaliação de cada projecto e com a falta de discriminação, para cada tipo de intervenção, dos custos envolvidos. Só 1 dos 4 Documentos de Projecto continha mecanismos de monitorização definidos *à priori*.

Os Relatórios de Execução confundem-se frequentemente com relatórios de missões técnicas. Alguns relatórios de execução são um misto de Documento de Projecto e de Relatório de Execução, sendo raros os casos em que Relatórios Finais seguem as grelhas de actividades previstas e dos calendários descritos nos Documentos de Projecto: a monitorização de progresso torna-se muito difícil, mesmo com um número reduzido de projectos. **No entanto, verifica-se que nos projectos de maior duração, a qualidade dos Relatórios de Execução foi melhorando com o decorrer dos projectos.** Quase 100% das intervenções dispõem de um Relatório de Execução de algum tipo, embora uma elevada percentagem destes não responda a: *a)* cumprimento de metas; *b)* gestão de “inputs” (e.g. calendários de presença de técnicos); *c)* utilização dos financiamentos portugueses e moçambicanos pelas diferentes actividades.

As questões relativas a mudanças de instalações de alguns organismos estatais contribuem para a dificuldade de obtenção de documentação por perda dos mesmos, ou impossibilidade de serem localizados. Também alterações nos sistemas informáticos vieram dificultar a obtenção de dados contidos em bases de dados antigas.

Outros organismos, como a Cruz Vermelha Portuguesa, depararam-se com problemas semelhantes.

Nas intervenções da responsabilidade de instituições públicas (e.g. formação profissional, assistência técnica) a informação é dispersa, restringida a períodos limitados (por perda de documentos?) pouco clara e os relatórios contêm dados agregados por país o que dificulta uma análise mais detalhada das várias componentes que compõem as actividades do sector.

No contexto actual, de gestão descentralizada da Cooperação, a falta de qualidade da documentação é um sério obstáculo tanto ao processo de acompanhamento como à avaliação.

É hoje consensual que qualquer projecto (objectivos e financiamento extraordinários e, habitualmente, financiamento exterior à entidade que o promove) deve ser baseado num “documento de projecto”, que estabelece os compromissos entre as partes intervenientes na execução, bem como os deveres perante os financiadores. Um “documento de projecto” deve conter uma descrição operativa detalhada (objectivos, metas, recursos e sua calendarização, actividades intermédias, responsabilidades pelas intervenções e recursos, custos por actividades) que permita a preparação e implementação dos dispositivos de monitorização e avaliação.



Para a instituição que coordena financiamentos e/ou políticas, a associação objectiva e sistematizada entre os documentos de projecto e as grelhas de monitorização é fundamental: como sugestão na 1ª fase da avaliação, a monitorização seria facilitada pela transmissão electrónica de informação, desde que esta (informação) estivesse pré-sistematizada de acordo com metas, recursos, calendários e gastos previstos nos documentos de projecto. Além do mais, reduzia-se a subjectividade na avaliação.

No **Anexo 7** resume-se a apreciação da qualidade dos documentos de projecto e relatórios de avaliação.

3.14 - COORDENAÇÃO E COMPLEMENTARIDADE COM A ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE MOÇAMBICANA, OUTRAS INSTITUIÇÕES LOCAIS E COM OUTROS DOADORES

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Administração de Saúde de Moçambique	Planeamento com MISAU/Moçambique: reactivo, pró - activo
Coordenação local com intervenções de outras entidades	Coordenação (de actividades) com outras organizações nas áreas dos Projectos: identificação, recursos, sinergias, logística
Coordenação com outros doadores	Estratégias, participação institucional, complementaridade

As intervenções portuguesas têm correspondido às actividades acordadas com o MISAU, ou com outras entidades ao nível local da administração, como é o exemplo da resposta a emergências. Muitas das intervenções de carácter institucional (Política do Medicamento, Gestão Hospitalar, Faculdade de Medicina, Hospital Militar) tiveram origem em solicitações por parte das autoridades moçambicanas, que, como já se afirmou na análise da “pertinência” foram em geral dirigidas a áreas não apenas carenciadas, mas também prioritárias.

Algumas intervenções inicialmente com carácter de emergência evoluíram posteriormente para apoios mais duradouros e com objectivos de desenvolvimento, como são exemplo as intervenções na Beira e na Província de Gaza. Esta evolução foi negociada com a administração de saúde moçambicana.

A coordenação dos projectos com outras entidades externas (ao SNS) intervenientes em cada local tem sido, normalmente, bem prosseguida. A colaboração, em Lichinga, com a rede de apoio aos Agentes de Aldeia (da Diocese), a colaboração na supervisão às unidades periféricas em Gaza e a coordenação entre doadores na Faculdade de Medicina, são disso bons exemplos. Já a intervenção da Saúde em Português na área da Matola parece não ter tido em conta as outras ONGD com actividades no local.

A coordenação da Cooperação Portuguesa com as outras fontes de ajuda externa no Sector Saúde, à escala do País, parece ser menos notável. Reflecte, provavelmente, as limitações da intervenção portuguesa neste sector.



No Sector Saúde, em Moçambique, a ajuda portuguesa, nos anos de 1998 a 2000, ficou em 14º lugar, representado, em valor financeiro, aproximadamente 1/12 da contribuição do maior doador desses anos (o Reino Unido) (*estimativas do Escritório da U.E. em Maputo*). Os doadores sectoriais de maior vulto (Reino Unido, Noruega, Suíça, EUA, Holanda, União Europeia) organizaram-se internamente e em coordenação com o MISAU, resultando nos mecanismos de coordenação já mencionados. Portugal, para além do seu menor vulto contributivo, tem tido intervenções mais localizadas e pouco visíveis (de que o Programa Indicativo é bom exemplo).

Para o desenvolvimento destas intervenções, não parece necessário estabelecer uma coordenação com outras fontes de ajuda (quem vai discutir a evacuação de doentes, ou a vinda de um bolseiro com reduzido domínio de outras línguas?). A coordenação “vertical” com o MISAU pode ser suficiente. No entanto para o conjunto dos outros doadores que apoiam a compra de medicamentos, os programas de controlo do SIDA ou da Tuberculose, a reabilitação de infra-estruturas, etc., a coordenação torna-se fundamental (entre si, e com o MISAU) para garantir a eficácia de grandes desembolsos financeiros.

Por outro lado, o Sector Saúde não é prioritário, em termos orçamentais, na ajuda portuguesa a Moçambique. Os financiamentos para o Sector (*estimativas do Escritório da UE em Maputo*) ficavam a seguir aos da Educação, Comunicações, Agricultura e Pescas, Apoio ao Sector Privado, Transportes, para não falar do apoio à Dívida Pública.

Neste contexto parece razoável que tenha resultado que o reduzido pessoal representante da Cooperação na Embaixada Portuguesa em Maputo invista no Sector Saúde a parte do seu tempo correspondente à importância que o Sector recebe em termos financeiros. A ausência às reuniões de coordenação entre doadores do Sector Saúde pode justificar-se por estes dois motivos. O pessoal da Cooperação, pragmaticamente, parece ter optado por investir mais na consulta e coordenação regulares com o MISAU, como referido, respondendo assim às exigências práticas do actual perfil de cooperação sectorial.

Quanto à execução das intervenções acordadas, há a registar alguns obstáculos operacionais no contexto moçambicano:

- As limitações de recursos, particularmente humanos (*ver a secção sobre “Sustentabilidade e Continuidade”*) das contrapartes moçambicanas, afectos aos projectos da Cooperação Portuguesa;
- A frequente rotação de pessoal mais diferenciado nas localizações mais isoladas;
- Uma administração pública relativamente centralizada e com demoras na tomada de decisões;
- Deficiente definição dos procedimentos e compromissos mútuos a cumprir para com as Alfândegas, que implicam, entre outras, atrasos, custos e roubos.

3.15 - SUSTENTABILIDADE E CONTINUIDADE

APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES
Na área de cada intervenção: garantias de continuidade das intervenções e/ou manutenção das inovações	Atribuição de Recursos Humanos e Orçamento, pela parte moçambicana Organização interna da área de intervenção do Projecto



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

Certas características do contexto moçambicano influenciam, de um modo geral, a aplicação destas categorias de análise às diversas intervenções da cooperação portuguesa. No entanto, as intervenções decorreram em pontos muito diversos do Sistema e Administração de Saúde: a variedade das consequências só pode ser entendida com um detalhe que é limitado. Dada a importância destas duas categorias, consideram-se tanto os dados do contexto geral, como os específicos de cada intervenção e o seu contexto local.

O Sistema prestador e a administração de Saúde moçambicana enfrentam graves limitações de recursos humanos (RH), quer em técnicos para os níveis mais periféricos da rede prestadora (onde começam a surgir as infra-estruturas recuperadas mas sem pessoal), como também nos recursos mais qualificados necessários à gestão das grandes unidades ou em níveis estratégicos (a falta de administradores hospitalares no Hospital Central de Maputo, ou de médicos com treino em Farmacologia para a Comissão Técnica de Terapêutica e Farmácia). Os recursos financeiros também são limitados. Apesar do crescimento do Orçamento do Estado para o Sector Saúde na última parte da década de 90, o SNS ainda não tem financiamento suficiente para itens básicos, como os medicamentos essenciais, e depende maioritariamente da ajuda externa nas áreas da formação e investimentos. O reforço da capacidade das instituições de planeamento e gestão ainda é uma meta para o Plano Estratégico do Sector da Saúde, 2001-2005. Ou seja, são gerais as carências de recursos e organização que poderiam garantir a sustentabilidade das intervenções resultantes da ajuda externa.

Uma observação dos contextos específicos em que cada intervenção portuguesa se desenvolveu ajuda a compreender esses contextos e as variáveis envolvidas, bem como os graus de sucesso ou insucesso nestas duas categorias como pode ser observado **no Quadro 29**.

A experiência recente do Projecto do Laboratório do Hospital Militar de Maputo coloca a questão do elevado grau de dependência do financiamento externo, quando se associa a reabilitação física e funcional a um foco com alguma exigência técnica. O compromisso com a reabilitação funcional do Laboratório fez com que a parte portuguesa arcasse não só com os custos da reabilitação física e de reequipamento, mas também com os custos dos fornecimentos e com a assistência técnica (que a contraparte moçambicana não tinha ainda capacidade de fornecer). O risco que ambas as partes corriam ao assumir esta excessiva dependência materializou-se do modo mais dramático quando o financiamento português foi súbita e completamente terminado, no início de 2002. Os detalhes dos custos para a parte portuguesa são apresentados no **Anexo 8**.



QUADRO 29: SUSTENTABILIDADE E CONTINUIDADE. ASPECTOS ESPECÍFICOS

GRUPOS DE INTERVENÇÕES	DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS – DA CONTRAPARTE MOÇAMBICANA	ORGANIZAÇÃO INTERNA LOCAL (PARA ABSORVER A CONTINUIDADE)
PROJECTOS INSTITUCIONAIS		
<p>INFARMED – POLÍTICA FARMACÊUTICA</p> <p>GESTÃO HOSPITALAR E NO MINISTÉRIO DA SAÚDE (DNS)</p> <p>PROJECTO DE APOIO À PROVÍNCIA DE GAZA</p> <p>HOSPITAL MILITAR – LABORATÓRIO</p> <p>FACULDADE DE MEDICINA – CIÊNCIAS BÁSICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reforço em RH qualificados, mas insuficiente para o volume de trabalho. Passou a pagar-se o trabalho - extra dos membros da Comissão Técnica de Terapêutica e Farmácia <p>RH coordenadores não formados, no HCM. Na DNS, o técnico contraparte formado abandonou as funções. Mas outros Departamentos do MISAU abarcaram, com novos RH de bom nível, as funções estratégicas a seu cargo (Departamento de Cooperação, GACOPI, Cooperação Suíça)</p> <p>O Projecto ainda apoia a DPS com subsídios adicionais aos salários de trabalhadores com processos de colocação em atraso.</p> <p>Tornou-se auto-suficiente em RH. Recupera custos de funcionamento, mas estes são apropriados pela Direcção do Hospital.</p> <p>Aumento do esforço financeiro da Reitoria da Universidade Eduardo Mondlane. Aumento substancial do número de candidatos a docentes. Aumento do número de alunos matriculados</p>	<p>Sede institucional bem definida (nova legislação), mas com pouca capacidade de realizar os seus objectivos, por carência de RH</p> <p>O PESS considera o reforço do planeamento e gestão no MISAU um objectivo crítico. Do mesmo modo, os Hospitais Centrais deverão ter RH com formação em gestão para passar a instituições autónomas</p> <p>A capacidade institucional provincial não teve modificações. Será um dos focos do PESS.</p> <p>Boa organização interna</p> <p>Boa organização interna e coordenação das múltiplas fontes de apoio externo.</p>
ONGD E EMERGÊNCIAS		
<p>FIAMC – LICHINGA</p> <p>OIKOS</p> <p>SAÚDE EM PORTUGUÊS – MATOLA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Poucos RH nacionais no local, e alta rotação dos mais qualificados. MISAU não tem orçamento para custear as despesas inerentes à chegada de donativos <p>As Casa Agrárias têm as suas equipas de gestão e os seus orçamentos (de excedentes agrícolas).</p> <ul style="list-style-type: none"> Cresceu o n.º de médicos nacionais colocados na Matola, bem como o n.º de ONGD com trabalho na área. O financiamento é insuficiente, mesmo para a actividade dos activistas formados 	<p>Fraca organização a nível de Direcção e Hospital Provincial</p> <p>Organização apropriada, quer nas aldeias, quer nas ONGD locais que apoiam a comercialização e gestão bancária</p> <ul style="list-style-type: none"> Boa organização local, com base na Câmara Municipal, e no Centro de Saúde A rede de saúde local é insuficiente para responder ao aumento de procura de serviços consequente às acções de Educação para a Saúde
PROGRAMA INDICATIVO - DOIS MINISTÉRIOS		
<ul style="list-style-type: none"> Assistência Técnica Bolsas de Estudo Evacuação de Doentes 	<p>O nível de sub-financiamento das instituições, a pobreza individual, fazem prever que a necessidade de financiamento exterior para estas actividades vai continuar</p>	<p>O MISAU dispõe das sedes institucionais para gerir estas duas actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Plano de Pós-Graduação Médica A Junta Nacional de Saúde



3.16 - GESTÃO DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA DE LONGA DURAÇÃO (COOPERANTES) E BOLSEIROS: DOIS ASSUNTOS BANALIZADOS MAS EXIGENTES

Neste Relatório, é patente que tanto a Assistência Técnica (curta e longa duração) como a utilização de bolsas de estudo (principalmente para pós-graduação médica) se enquadram no conjunto de intervenções portuguesas que, apesar de apreciadas pela administração de Saúde e pelos indivíduos contemplados, são também consideradas como globalmente dispersas e desprovidas de estratégia, posição que é partilhada com as opiniões dos responsáveis moçambicanos sectoriais entrevistados.

No entanto, ambas as actividades resultam em consumo não negligenciável de recursos humanos do ICP (e de outras entidades portuguesas, como o Ministério da Saúde, hospitais e universidades). Para além de constituírem fonte frequente de turbulência, como nos casos (dos bolseiros) de solicitação de equivalência de estágios e diplomas, ou sentimentos individuais de dificuldade de retorno aos seus locais de trabalho.

3.16.1 - Assistência Técnica de Longa Duração

A assistência técnica (AT) de longa duração, vulgarmente referida como “cooperantes”, é o caso em apreço, pelas exigências de gestão sobre as instituições portuguesas. A AT de curta duração normalmente completa-se sem dificuldades logísticas de maior (para além da satisfação habitual da realização de objectivos inter-pessoais).

A AT de longa duração é objecto de frequentes contactos entre as administrações dos dois países, cujos objectivos variam desde os problemas financeiros até à necessidade de revisão periódica do seu enquadramento legal. Já na realização desta Avaliação, um dos primeiros assuntos referidos nas entrevistas com responsáveis do MISAU moçambicano foi justamente a necessidade de rever o Acordo geral de Cooperação entre Moçambique e Portugal, incluindo o estatuto dos “cooperantes”.

História

A 1ª fase dos cooperantes portugueses no sector Saúde, em Moçambique, foi maioritariamente a dos técnicos que já estavam em Moçambique antes da Independência do país, e que desejavam continuar ali a sua actividade profissional, por mais algum tempo, em posições dentro de serviços públicos moçambicanos, e garantindo algumas regalias como servidores públicos em Portugal.

As sucessivas renovações dos seus contratos foram-se fazendo habitualmente por conjugação de utilidades para os cooperantes e o MISAU moçambicano, sendo este o solicitante à Cooperação Portuguesa. Este grupo de técnicos, cumpriu, normalmente com apreciação positiva, tarefas de prestação directa de serviços embora, pela sua formação já distante e frequente isolamento da formação contínua, não fossem habitualmente considerados como a assessoria técnica da melhor qualidade. Este grupo, pelo avanço das suas idades individuais, foi-se extinguindo (de acordo com a lista de cooperantes inscrito no ICP–Maputo, à data desta Avaliação, não se encontra em funções nenhum deles).

A 2ª fase dos cooperantes portugueses foi acontecendo ainda mais fortuitamente, sendo a maioria constituída por conjugues de técnicos previamente contratados em outros sectores.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Noutros casos, resultam de uma conjugação pontual de interesses individuais (do cooperante) e necessidades dos serviços públicos moçambicanos, sendo estes os solicitantes à Cooperação Portuguesa.

O carácter fortuito do seu “aparecimento” em Moçambique pode facilmente ser verificado na variedade e dispersão de profissionais no quadro abaixo:

Quadro 30: Cooperantes portugueses em Moçambique, sector Saúde, em 2002:

N.º	Especialidade	Local de Trabalho	Ano Contrat.
1	Economista	MISAU – Central	2001
1	Internista (Medicina Interna)	Hosp. Ctr. Maputo – Urgências	1996
1	Clínico Geral	Hosp. Rural do Songo (Cab. Bassa)	1998
1	Técnico de Exames Psicotécnicos	Cidade de Maputo	1999
1	Farmacêutico	Hosp. Ctr. Maputo	2001
1	Administrador Hospitalar	MISAU – Dir. Nac. de Saúde	1996
1	Médico – Psiquiatra	Hosp. Psiq. do Infulene (Maputo)	1999
1	Clínico Geral	Dir. Prov. Saúde Gaza (Xai-Xai)	1998
1	Enfermeira	Dir. Prov. Saúde Gaza (Xai-Xai)	1998

ENQUADRAMENTO LEGAL

O estatuto dos cooperantes portugueses em Moçambique tem sido alvo de diversos dispositivos legais, desde a Independência deste país:

1975: Acordo Geral de Cooperação entre Portugal e Moçambique^o.

1982: Protocolo Adicional ao Acordo de Cooperação Económica entre Portugal e Moçambique (Decreto do Governo N.º 14/83, de 24 de Fevereiro).

1985: Estatuto do Cooperante (Decreto-lei N.º 363/85, de 10 de Setembro).

1990: Acordo de Cooperação nas Áreas da Educação, do Ensino, da Investigação Científica e da Formação de Quadros, entre Portugal e Moçambique (Decreto N.º 37/90, de 5 de Setembro).

Os primeiros destes dispositivos legais normalizaram as modalidades de solicitação da continuação dos contratos de profissionais que já se encontravam em Moçambique e a continuação de regalias, como servidores públicos, em Portugal. As medidas legais de meados da década de 80 em diante, procuram fornecer incentivos a profissionais portugueses para

^o Ratificado, pelo Conselho de Ministros da República Popular de Moçambique, por Decreto-lei N.º 32/77, de 19 de Julho.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

trabalho em países africanos com interesse para o Estado Português, ou a expansão de actividades económicas de interesse estratégico. Assim, estendem-se regalias dos anteriores servidores públicos aos trabalhadores sediados em algumas empresas envolvidas em projectos e parcerias com financiamento público português.

Futuro imediato: mudanças eventualmente solicitadas pelas propostas da presente Avaliação

Esta Avaliação propõe que as intervenções portuguesas futuras no sector Saúde se concentrem em alguns pontos focais de reforço institucional, a realizar por entidades contratadas pela Cooperação Portuguesa. Em relação aos técnicos que devam permanecer em Moçambique por longa duração, no âmbito deste tipo de projectos, é de prever que todas as implicações financeiras da sua estadia em Moçambique estejam incluídas nos orçamentos dos respectivos projectos. As regalias previstas na legislação vigente (contribuições para aposentação e outras decorrentes da sua situação contratual prévia à contratação para os projectos) devem passar a constituir responsabilidade plena das entidades seleccionadas para execução dos projectos (de contrário, haverá risco de duplicação de pagamentos). As autoridades portuguesas em Moçambique devem limitar-se aos serviços consulares habituais para os cidadãos portugueses ali residentes.

É de esperar, no entanto, que continuem algumas solicitações pontuais das autoridades moçambicanas, das quais algumas poderão merecer acordo com a Cooperação portuguesa e as instituições de origem portuguesas. Para esses casos, evidentemente, as actuais disposições legais mantêm a sua pertinência.

Há ainda a considerar os casos de profissionais ligados a ONGD que continuarão a realizar actividades em diversos pontos de Moçambique, com estadias de duração variável (semanas ou meses). Nos casos em que a sua intervenção couber no âmbito do AcoNos outros casos (por exemplo, emergências, ou subcontratos, como o da geminação entre as Câmaras Municipais de Loures e Matola) caberá às ONGD acautelar a totalidade das obrigações e regalias financeiras para os técnicos envolvidos, em tempo prévio à deslocação dos técnicos.

3.16.2 - Os Bolseiros Moçambicanos em Portugal

Como já se afirmou neste Relatório (3.6.2 – *Formação de Recursos Humanos*; 4.2.2 – *Apoio ao Programa Global de Formação de Recursos Humanos*) a procura de oportunidades de formação médica (e outras áreas profissionais afins) pós-graduada em Portugal tem vindo a crescer e deverá continuar nessa direcção. A proposta de envolvimento estratégico no apoio à capacidade de formação sectorial, a continuação dos projectos de apoio à Faculdade de Medicina de Maputo e a apreciação positiva da pós-graduação médica, apontam nesse sentido. Profissionais em outros “nichos” com facilidade de contacto com instituições portuguesas continuarão a procurar oportunidades de pós-graduação.

Lembramos as considerações que já se fizeram neste Relatório sobre a pertinência e impacto deste tipo de actividades:

A pós-graduação médica:



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

- O sector Saúde dispõe de um plano global nesta área, reflectindo as necessidades prioritárias em tecnologia médica para a rede hospitalar e de saúde pública do País. O mesmo plano global tem guiado razoavelmente os planos anuais.
- A língua portuguesa ainda desempenha papel facilitador da formação a este nível, o que se reflecte no número ainda elevado de candidatas para Portugal.
- Outras oportunidades de pós-graduação continuam a ser procuradas por médicos ligados a “nichos” mais individualizados, com algumas intervenções de instituições portuguesas.
- O apoio à pós-graduação médica pode sair do centro das atenções, mas não deve ser marginalizado, nem diminuído o seu financiamento. A premissa mais importante para que se obtenha o maior benefício possível é continuar, como até agora, a pedir garantias da administração de Saúde moçambicana que os candidatos propostos se enquadram no plano global de desenvolvimento do sector, ou na capacitação institucional de áreas prioritárias.
- Para a monitorização do efeito deste esforço em Moçambique é importante que se obtenha, aproximadamente a meio da década de 2000-2010, informação sobre alguns indicadores da contribuição desta formação para a eficácia social do SNS.

O apoio à formação do corpo docente da Faculdade de Medicina de Maputo deve também continuar, pois ainda está a meio caminho. É uma história de sucesso que não deve ser abandonada quando pode completar-se, em coordenação com vários outros doadores, em 3–5 anos.

Assim, os benefícios decorrentes desta actividade parecem maiores do que os habituais encargos administrativos e as previsíveis turbulências criadas por alguns indivíduos que interpretam em sentido demasiado lato a cobertura legal da sua situação de bolseiros em Portugal.

3.17 - OPINIÃO DAS CONTRAPARTES MOÇAMBICANAS SOBRE AS INTERVENÇÕES DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA

3.17.1 - Apreciação geral

A maioria das opiniões das contrapartes moçambicanas foi obtida por entrevistas durante a missão de trabalho em Moçambique.

No **Ministério da Saúde**, a Cooperação Portuguesa é considerada não apenas de pequeno vulto (volume de recursos), mas também não sistematizada e desprovida de objectivos e estratégias. Por ser a contraparte formal da Cooperação com Portugal, o MISAU considera, também, que o Acordo Geral de Cooperação entre Portugal e Moçambique precisa ser revisto, quanto à área da Saúde, bem como os Acordos Específicos entre Instituições. Foi ainda expresso o desagrado com a completa não materialização do vultuoso Programa Indicativo 1999-2001, sugerido com a missão da então Ministra da Saúde, Sr.^a M.^a de Belém Roseira, em 1999.

O MISAU aponta, como sugestão de estratégia para a maximização de benefícios para as duas partes, o aproveitamento da língua portuguesa, particularmente na área da formação. A maioria dos técnicos moçambicanos (mesmo de nível universitário) por ter fraco conhecimento de outras línguas, teria mais aproveitamento em cursos ministrados em português. O mesmo tipo de



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

benefício poder-se-ia obter da muita literatura técnica existente em português. O mesmo se pode referir relativamente à assistência técnica com objectivos de ensino.

Para além da língua e da formação, a parte moçambicana poderia também obter elevado benefício com outros “inputs” fáceis de fornecer por Portugal, por exemplo, as semelhanças (ainda) existentes no sistema legal dos dois países permitiriam ao MISAU aproveitar mais da análise da legislação específica do sector que vai sendo aprovada em Portugal.

A sugestão do aproveitamento da língua para a formação em grande escala foi sistematicamente repetida por várias entidades entrevistadas (hospitais, administração local, Faculdade de Medicina) sendo apontados, nomeadamente, cursos em Portugal; vinda de docentes portugueses a Moçambique; e literatura técnica em língua portuguesa.

Os entrevistados dos **níveis locais** (e da administração provincial) manifestaram um óbvio apreço pelas intervenções de assistência técnica e material locais, pois são de utilidade prática na manutenção da prestação de serviços, independentemente da continuidade das mesmas. Veja-se acima, o que ficou referido sobre as preocupações eminentemente pragmáticas (de manter os serviços a funcionar) dos gestores moçambicanos do Sector da Saúde, em relação à Ajuda Exterior. A apreciação é positiva em Lichinga (mas moderada por todas as dificuldades resultantes dos atrasos na chegada de equipamentos, as mudanças na equipa moçambicana e as limitações de condições de trabalho no Hospital Provincial) e torna-se calorosa em Xai-Xai, pela consciência duma ajuda contínua que não tem falhado em 5 anos. Neste último caso, é óbvio que, ao fim deste período relativamente longo, também se desenvolveram empatias individuais que reforçam ainda mais o sentido de confiança mútua.

É também de assinalar que, apesar de o MISAU preferir um programa de formação mais articulado à volta de objectivos previamente definidos, os representantes da corporação médica (médicos mais graduados e Faculdade de Medicina) manifestaram reservas quanto a essa abordagem normativa, que restringirá o grau de discricionariedade com que actualmente se procuram parcerias pontuais entre ex-colegas.

3.17.2 - Por Projectos

O **Quadro 31** resume as opiniões expressas pelas contrapartes, locais e central, acerca das intervenções portuguesas. Mais detalhes sobre estas apreciações das contrapartes moçambicanas podem ser encontrados nos relatos das entrevistas e visitas de terreno.



QUADRO 31: OPINIÃO DAS CONTRAPARTES MOÇAMBICANAS

GRUPOS DE INTERVENÇÕES	OPINIÃO DAS CONTRAPARTES LOCAIS	OPINIÃO DA CONTRAPARTE CENTRAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROJECTOS INSTITUCIONAIS		
INFARMED – POLÍTICA FARMACÊUTICA	Impressão favorável pela boa qualidade técnica da assistência técnica fornecida pelo INFARMED, bem como a prontidão que houve em fornecer suportes de informação para o novo processo de registo de medicamentos no mercado.	Opinião igual à das contrapartes locais.
GESTÃO HOSPITALAR E NO MINIST. DA SAÚDE (DNS)	Formação foi insuficiente e só para operadores de computador. Aplicação informática difícil de manejar e impermeável às necessidades dos gestores. Gestão actual não beneficia em nada.	A necessidade de apoio em gestão sente-se em todos os Hospitais. Nem sequer no HCM se melhorou a capacidade. Há que começar tudo de novo, pelo que o MISAU procura novos apoios.
PROJECTO DE APOIO À PROVÍNCIA DE GAZA	Apreciação entusiástica. Apoio completo e duradouro: nas cheias (2000), na formação, supervisão e reconstrução de unidades sanitárias.	2ª Fase pouco visível em Maputo. Os resultados da 1ª Fase (Manjacaze) duraram apenas enquanto as equipas portuguesas estiveram presentes.
HOSPITAL MILITAR – LABORATÓRIO	Não foi possível entrevistar o Sr. Director do Hospital Militar de Maputo.	_____
FACULDADE DE MEDICINA – APOIO ÀS CIÊNCIAS BÁSICAS	Elevada apreciação pela participação portuguesa no esforço de capacitação institucional da Faculdade: edifícios e corpo docente. Satisfação com a discricionariedade até agora possível na realização de pequenos projectos através de contactos pessoais.	A participação portuguesa na formação de técnicos e quadros moçambicanos tem sido útil, de fácil aproveitamento para os candidatos individuais (língua), MAS é dispersa e sem objectivos institucionais.
ONGD E EMERGÊNCIAS		
FIAMC – LICHINGA	Elevada qualidade técnica das equipas portuguesas. As fracas condições locais de trabalho não permitem explorar mais o seu potencial. Grau elevado de interligação com os técnicos moçambicanos, durabilidade dos ensinamentos, e boa coordenação com outras iniciativas locais (Diocese e agentes de saúde de aldeia). Um dos poucos casos de apoios complementados pelo fornecimento de equipamento médico.	Resultados pouco visíveis. Na província do Niassa, tudo é muito difícil de realizar.
OIKOS	Elevada apreciação pelo apoio. A ONGD exterior foi substituída por duas ONGD locais. Organização interna conseguida nas aldeias participantes. Passou-se da “emergência” para o desenvolvimento sustentado.	



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

SAÚDE EM PORTUGUÊS – MATOLA	As ações de Educação para a Saúde resultaram em aumento da procura de cuidados de saúde e de cuidados médicos para Doenças Sexualmente Transmissíveis. Os voluntários treinados são utilizados em diversas campanhas. Lamenta-se a limitação de financiamento para a mobilidade desses voluntários.	
PROGRAMA INDICATIVO – DOIS MINISTÉRIOS		
<ul style="list-style-type: none">• Assistência Técnica• Bolsas de Estudo • Evacuação de Doentes • Programa Indicativo/1999		<p>Veja-se o comentário sobre Formação referido acima. A Assistência Técnica é em número residual e, a manter-se em pequeno número, deve ligar-se com uma estratégia de formação e de reforço institucional.</p> <p>Utiliza-se em pequeno número, devido à incapacidade de os doentes pobres suportarem as despesas de viagem e extra-hospitalares em Portugal (eventualmente, também atrasos na parte portuguesa, devido às Listas de Espera para doentes portugueses). É altamente apreciado o esforço extra-programa dos Hospitais de Coimbra com doentes de Cardiologia.</p> <p>Desagrado pela quase completa não realização das promessas.</p>



4 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conforme já foi referido na *Secção 1.1 “Presente e futuro imediato: factores que influenciam a eficácia da Ajuda Externa”*, o contexto moçambicano no Sector da Saúde, com que a Ajuda Bilateral portuguesa deve contar, caracteriza-se a médio prazo por:

- Grande carência de recursos para o normal funcionamento do sistema público prestador, que tem de realizar um papel fundamental na contribuição para a redução da pobreza (utilização pela maioria da população em situação de pobreza absoluta). As consequências mais directas desta carência, para a Ajuda Externa ao Desenvolvimento, são: *a)* que toda a ajuda será momentaneamente bem recebida; *b)* que poderá continuar a haver elevado número de fontes de ajuda externa a operar no sector Saúde, requerendo elevado grau de coordenação entre estas fontes; *c)* que tanto a carência de recursos como o número elevado de fontes de ajuda externa requerem continuação do reforço institucional, em particular nas vertentes de planeamento, gestão e avaliação de estratégias e programas de saúde;
- Problemas de saúde maioritariamente relacionados com a pobreza (agora agravados com os custos elevados do tratamento dos doentes com VIH). O facto de à carência de recursos do SNS se associar a pobreza dos utentes e a extensão de cobertura pelo Serviço Nacional de Saúde (entidades públicas e não lucrativas), em particular do nível primário, ser fundamental para que se concretize a contribuição sectorial para a redução da pobreza;
- O SNS cresceu na década 1990-2000, particularmente na prestação de serviços nas zonas rurais desfavorecidas pela guerra anterior. Este reforço de capacidade prestadora contou com o crescimento do número de entidades não governamentais que realizam intervenções locais: as ONGD portuguesas que vão continuar a operar localmente devem identificar estes diversos parceiros locais, para que se obtenha maior efectividade e complementaridade. A capacidade de planeamento e gestão melhorou a nível central, mas é ainda incipiente a nível local e dos hospitais. As futuras intervenções de reforço institucional devem ter em conta esta debilidade e o esforço de crescimento não deve comprometer a prestação de serviços actual.

4.1 - AVALIAÇÃO GLOBAL DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA

A ajuda pública portuguesa ao Sector Saúde em Moçambique é considerada modesta, quando comparada com outros doadores.

Para além da limitação em volume, a Cooperação Portuguesa parece **não ter tido objectivos estratégicos de utilidade para as duas partes** (moçambicana e portuguesa), parecendo reger-se por **um misto de “actividades anteriores que funcionaram” e aproveitamento “ad-hoc” de oportunidades (identificadas por indivíduos)**. Os exercícios de planeamento que antecederam os “Programas Indicativos” acordados entre os dois Ministérios da Saúde ao longo da Década de 90 parecem ser pontuais (não se basearam em troca de informação de longa duração entre instituições) e virtuais (com pouca objectividade e estudo de viabilidade das categorias de análise, e pouca quantidade e qualidade de informação no exame de necessidades e capacidades de resposta). São o oposto dos actuais mecanismos de coordenação e acompanhamento entre os grandes grupos de doadores e o MISAU, que se baseiam, justamente, em troca regular de informação de qualidade cada vez mais exigente e em mecanismos institucionalizados.



O Programa Indicativo assinado entre os dois Ministérios da Saúde, em 1999, parece ter constituído o único exercício de planeamento para um pacote de intervenções de maior envergadura. No entanto, este Programa Indicativo foi aprovado no mesmo período em que se restringiam as disponibilidades orçamentais. Além disso, a dispersão proposta por actividades e localizações geográficas, parece apontar no sentido de que faltou também a este exercício um sentido de estratégia, que veio a resultar no quase completo incumprimento do mesmo.

Se adicionarmos a estas fraquezas institucionais **a baixa qualidade documental** produzida, **também parece difícil fazer uma correcta e regular monitorização e avaliação das actividades** com financiamento aprovado. Ou seja, a avaliação que as instituições governamentais portuguesas devem fazer face aos órgãos de soberania, sobre os resultados da sua ajuda externa sectorial (aplicação do dinheiro dos contribuintes), também podem tomar carácter de virtualidade.

A fraqueza dos exercícios de planeamento *ex-ante* das intervenções da Cooperação Portuguesa em Saúde, em Moçambique (ou, pelo menos, a falta do sentido estratégico e de reforço institucional) é expressa pelo **fraco aproveitamento de duas “janelas de oportunidade”**: a área do Medicamento e a da Língua Portuguesa. Quanto ao Medicamento, os argumentos que apresentámos no Relatório da primeira Fase foram reforçados em Maputo concluindo-se que o INFARMED pode contribuir decisivamente para ajudar o MISAU a defender os interesses da população contra os vários actores locais interessados no lucro, na corrupção e que ameaçam a saúde pública. Quanto à língua portuguesa e ao papel essencial (quantidade e qualidade) que tem para a formação de técnicos moçambicanos, os entrevistados moçambicanos tiveram a gentileza de no-lo lembrar em diversas ocasiões.

As intervenções de reforço institucional pecaram pela limitação de recursos e pela desadequação da duração da intervenção. O Projecto da ENSP, em apoio ao MISAU (Direcção Geral de Saúde) e Hospital Central de Maputo, tinha duração limitada pelo próprio projecto desenhado pelo Banco Mundial. Já o Projecto do Laboratório do Hospital Militar de Maputo foi subitamente interrompido em consequência dos cortes orçamentais ao Ministério da Defesa português (os riscos de interrupções de actividades e deterioração de equipamentos são grandes).

À **limitação temporal** do Projecto ENSP associou-se a rotação elevada das contrapartes nacionais, resultando, no caso do HCM, na perda quase completa dos “inputs” investidos. A capacidade de gestão do Hospital Central de Maputo está a ser de novo recriada a partir do “zero” por outras fontes de ajuda, constituindo para a Cooperação Portuguesa uma imagem de fracasso como fonte de apoio tecnológico e organizativo.

A formação médica pós-graduada ocupa uma parte substancial dos gastos e tempo dos funcionários de ambos os lados. Quer seja pela facilidade da formação em português, quer seja pela facilidade de ligação com indivíduos dentro das instituições de treino, **os técnicos moçambicanos continuam a procurar oportunidades de formação em Portugal.** No entanto, verifica-se que estes técnicos começam também a ser selectivos para com as instituições (por conhecimento), quer entre as portuguesas, quer comparativamente à desvantagem da língua em outros países.

Mas, todo o programa de formação médica pós-graduada, apesar de baseado no Programa de Pós-Graduação do MISAU, **não tem resultados visíveis de curto prazo na auto-suficiência de instituições moçambicanas:** Moçambique continua a recrutar médicos estrangeiros, mesmo para Maputo, os Hospitais Provinciais não dispõem de moçambicanos mesmo nas



especialidades mais básicas (e em que já se formou número considerável de moçambicanos). **A utilidade parece continuar a ser maior para os indivíduos do que para as instituições.**

As intervenções das **ONGD** apresentam grande **diversidade**, quer nos objectivos operacionais (actividades), quer na capacidade técnica com que procuram responder, quer nos modos como se procuram integrar (e coordenar com outras entidades) no contexto específico local. Ficou-nos a impressão de que, apesar da circunscrição médica da equipa da FIAMC – Lichinga, esta conseguiu responder melhor aos 3 critérios acima definidos. A intervenção da “Saúde em Português” na Matola parece não corresponder nem à boa qualidade duma intervenção de Promoção de Saúde, nem da exploração da complementaridade com outras organizações locais.

Quanto ao Projecto de Apoio à Província de Gaza, fica-nos a impressão de que a fragilidade do apoio de planeamento e gestão do Ministério da Saúde português só foi salvo pela imaginação e dedicação das pessoas no terreno. A primeira Fase parecia ser irremediavelmente votada a ser caracterizada como uma intervenção de urgência “atrasada” (e desadaptada): a ingenuidade da criação de equipas móveis não previu que esta forma de serviços (que já não era vista como resposta a emergência) nunca poderia ter continuidade após a saída da equipa.

Quanto à segunda Fase (Xai-Xai) é inadmissível que se envie uma equipa (3 técnicos superiores) para o terreno (a 10.000 Km) sem um documento de projecto (metas, objectivos, actividades, orçamento, etc.), nem acordo da contraparte moçambicana. A utilidade actual da equipa é altamente apreciada (recebeu diversas declarações de mérito das autoridades locais) embora o seu contributo para o reforço da capacidade de planeamento e gestão da administração provincial seja muito pouco. É provável que ninguém substitua a equipa, por exemplo na sua capacidade de apoio logístico e de manutenção de equipamentos. No entanto, ficam os resultados duma equipa simples mas muito activa e bem preparada tecnicamente que actuou na formação contínua e na supervisão (institucionalizadas e apoiadas em coordenação com outras entidades). A qualidade dos cuidados deverá continuar a atestá-lo por algum tempo.

O Projecto de Apoio ao Sector Farmacêutico encontrou a entidade portuguesa certa (pela qualidade técnica e pela similaridade entre os contextos português e moçambicano). Contudo foi iniciado sem recursos orçamentais nem um Documento de Projecto explícito. Felizmente, a qualidade dos técnicos do INFARMED e a permanência em Moçambique de elementos experientes nesta área, permitiu até agora definirem-se as actividades mais apropriadas para cada etapa. Mas, mais uma vez, uma boa oportunidade está a ser tratada numa base “*ad-hoc*”, embora com participantes individuais da melhor qualidade e grande dedicação.

O apoio à **Faculdade de Medicina** parece ter-se tornado (sem qualquer desígnio institucional antecipado) a **história de sucesso** do apoio português. Os resultados de curto prazo (crescimento do número de alunos em formação actual) e os de longo prazo (quase auto-suficiência docente nas disciplinas básicas, capacidade física do edifício, quantidade de publicações científicas) atestam uma instituição que cresceu rapidamente e criou mecanismos internos de gestão (e visibilidade para continuar a atrair ajuda externa) que não fazem prever uma paragem do processo. Da parte portuguesa, nada de invulgar parece ter acontecido: muitas entidades contribuíram. O segredo (tal como citam as comunicações sobre desenvolvimento e apoio institucional) esteve na própria instituição receptora, ou seja: *a*) houve um plano (documento explícito e objectivo) anterior à entrada em cena dos vários projectos de ajuda (baseado em avaliação de necessidades feita pela própria instituição); *b*) as múltiplas intervenções da ajuda externa foram coordenadas pela própria instituição.

Apesar das limitações de organização estratégica e inter-institucional, as instituições portuguesas escolhidas para executoras das intervenções demonstraram capacidade técnica para



os objectivos previstos. Considera-se que poderiam ter sido aproveitadas as experiências de trabalho de maior duração e em áreas de maior inovação, para preparação de materiais para publicação em revistas científicas. Não o foram: com excepção de uma comunicação da “África Solidarietà” (Cooperação Sanitária no Niassa) ao Congresso Mundial da FIAMC, **nenhuma publicação** baseada no trabalho em Moçambique é conhecida. As intervenções portuguesas têm “atravessado” áreas de grande interesse académico recente (como a liberalização nas políticas farmacêuticas e o papel do Estado na regulação destas, ou a experimentação de novas formas de relação entre administração e instituições hospitalares). Tanto as instituições como os técnicos parecem ter-se limitado ao seu papel como executores, embora em alguns casos as entidades executoras tivessem responsabilidades de ensino e investigação, ou ligações a entidades destas áreas. Mais do que uma crítica às entidades e às pessoas envolvidas, parece-nos que esta limitação reflecte atitudes mais gerais do meio académico português, o seu distanciamento em relação à vida real e a, conseqüente, falta de ligação com as ONGD executoras.^P

Quanto às grandes categorias de análise utilizadas nesta avaliação, pode resumir-se o conteúdo da Secção “3 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO” nos seguintes pontos:

- As intervenções portuguesas dispõem, no seu conjunto, de recursos modestos, o que condiciona, à partida, a sua classificação nas categorias de análise que se seguem (delimitação dos efeitos):
- As intervenções portuguesas relacionadas com prestação de serviços foram maioritariamente **eficazes**, incluindo o efeito de aumento da actividade nos níveis hospitalares de referência local. A maioria das intervenções incluiu formação de recursos humanos locais, desde activistas a pós-graduação médica. O Projecto da Província de Gaza recuperou elevado número de infra-estruturas. O Projecto do Laboratório do Hospital Militar de Maputo repôs em funcionamento (a elevado nível de capacidade técnica) uma estrutura desactivada há vários anos. Na Faculdade de Medicina, os resultados impressionantes no número de alunos e criação de corpo docente reflectem as sinergias resultantes da óptima coordenação entre fontes de ajuda externa;
- Diversas intervenções apresentaram resultados aquém do proposto, **por desadequação de recursos** relativamente às necessidades. Do mesmo modo, a retaguarda de apoios organizativos e logísticos foi insuficiente para um bom desempenho durante os tempos de execução de vários projectos;
- Limitações de informação sobre o estado de saúde local (e de poder inferir da causalidade das intervenções portuguesas) impedem a confirmação do **impacto** das intervenções no estado de saúde das populações das áreas abrangidas (à excepção da intervenção da FIAMC em Lichinga). No entanto, a atestar pela elevada pertinência das intervenções (problemas prioritários e grupos vulneráveis) é de pensar que as intervenções de terreno (nível primário), com aumento de consumo de serviços, estejam a contribuir para a melhoria do estado de saúde. O impacto na capacidade das instituições foi limitado pela escassez de recursos (em quantidade, ou duração das intervenções);

^P O reflexo de maior intervenção académica na vida social é exemplificado pela frequência com que, nos países anglo-saxónicos, departamentos universitários instituem “centros de consultoria” que concorrem a candidaturas para missões de intervenção, tanto no país de origem, como para a Ajuda ao Desenvolvimento. Como consequência óbvia, os técnicos destacados são muitas vezes os inscritos em mestrados e doutoramentos, resultando utilização regular do material colhido (e trabalhado) tanto para publicações pontuais, como para as respectivas teses de pós-graduação.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- A maioria das intervenções portuguesas é **pertinente**, e **coerente** com as políticas de saúde moçambicanas, podendo inferir-se da sua contribuição potencial para a **redução da pobreza**;
- A escassez de recursos obrigou a gestão criteriosa e imaginativa. Na maioria dos casos, os resultados foram obtidos com gastos modestos, sendo particularmente **eficiente** a recuperação de pequenas infra-estruturas periféricas;
- A mesma modéstia de recursos pode ter estado na base de uma habitual atitude de colaboração com as **comunidades** e outras entidades realizando pequenos projectos locais, e contribuindo para algumas experiências de **desenvolvimento intersectorial**. No Xai-Xai, é de salientar a correcção da intervenção durante o período de emergência das Cheias de 2000: a urgência não impediu a integralidade e duração do apoio;
- Os Projectos apresentam resultados muito variáveis quanto à **sustentabilidade** e **continuidade**. O contexto moçambicano ainda tem grandes carências de recursos humanos para servirem de contrapartes (e têm grande rotação nas colocações periféricas), sendo também notórias as limitações orçamentais para a comparticipação logística, e as fraquezas da administração local e das unidades prestadoras. As intervenções localizadas de prestação de serviços inserem-se num quadro geral de contínuo crescimento do número de serviços prestados pelo serviço público, com alguma continuidade. O caso da Faculdade de Medicina ilustra a importância de dois princípios: *a*) a cooperação fornece meios para se atingirem objectivos institucionais pré-definidos (baseados em avaliação de necessidades detalhada); *b*) a parte receptora assegura a coordenação dos apoios externos;
- O conjunto das intervenções portuguesas foi realizado com razoável **coordenação** com o Ministério da Saúde moçambicano e com a administração **local** de saúde, bem como sinergia de “inputs” com outras entidades externas realizando apoios locais. Já a coordenação entre Cooperação Portuguesa e **outros doadores** é considerada fraca por outros parceiros, podendo justificar-se pelo pragmatismo dos representantes locais do ICP, que têm de gerir a escassez de recursos de acordo com a grandeza relativa da Cooperação Portuguesa nos vários sectores, entre os quais o da Saúde ocupa um lugar modesto.

Em suma, a Ajuda Bilateral Portuguesa a Moçambique, no sector Saúde:

- Parece ser modesta, em comparação com os montantes disponibilizados por outros doadores;
- A modéstia de recursos contribuiu, pelo menos parcialmente, para custos relativamente baixos das intervenções e a procura de cooperação com comunidades e outras organizações locais;
- Apesar da modéstia dos recursos, as intervenções portuguesas foram maioritariamente dirigidas a problemas prioritários, tal se devendo, pelo menos parcialmente, à boa coordenação com as autoridades de saúde moçambicanas;
- A desadequação de recursos foi particularmente notável (em quantidade e duração do esforço) em alguns projectos de reforço institucional;
- As limitações de recursos da contraparte moçambicana contribuíram para a limitação do impacto quer das intervenções de cariz mais institucional, quer das intervenções ao nível de terreno.

O **Quadro 32** procura resumir esta valorização das categorias de análise, por tipos de projectos. Lembre-se, no entanto, que a metodologia desta avaliação implicou a selecção de alguns projectos para fins de inferência sobre a ajuda portuguesa sectorial em geral.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

QUADRO 32 - AVALIAÇÃO GLOBAL: CATEGORIAS DE ANÁLISE E GRUPOS DE INTERVENÇÕES			
CATEGORIA DE ANÁLISE	PROJECTOS INSTITUCIONAIS	PROJECTOS DE ONGD E EMERGÊNCIAS	PROGRAMA INDICATIVO
EFICÁCIA	Geralmente, eficácia local. Excepção à Gestão Hospitalar.	Geralmente, eficácia local.	Formação médica pós-graduada de acordo com Programa do MISAU.
ADEQUAÇÃO DE RECURSOS E ORGANIZAÇÃO	Recursos frequentemente desadequados. Excepção para Faculdade de Medicina e Hospital Militar.	Limitações logísticas no projecto do Niassa.	Desadequação no Programa Indicativo, 1999.
IMPACTO	Reforço Institucional reduzido. Excepção para Faculdade de Medicina. Projecto de Gaza reforçou tanto o nível primário como a referência hospitalar.	O aumento de serviços de nível primário deve levar a impacto no estado de saúde. Intervenção de Lichinga reforçou tanto o nível primário como a referência hospitalar.	Reduzido.
PERTINÊNCIA E COERÊNCIA EXTERNA	Geralmente pertinentes para com as prioridades da política de saúde moçambicana.	Geralmente pertinentes para com as prioridades da política de saúde moçambicana e o alívio da pobreza.	Formação pós-graduada e evacuação de doentes têm menor impacto no estado de saúde.
EFICIÊNCIA	Modéstia de recursos e também, resultados incompletos (no reforço institucional). Excepção para Faculdade de Medicina e Projecto de Gaza (2ª Fase): baixos custos / bons resultados.	Geralmente eficientes: recursos modestos e resultados alcançados.	Os custos das instituições e recursos humanos portugueses. Actividades em número modesto. Provavelmente, custos desconhecidos de actividades acordadas entre técnicos de várias instituições (e.g. referência de doentes de Cardiologia para os Hospitais da Universidade de Coimbra).



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

QUADRO 32 - AVALIAÇÃO GLOBAL: CATEGORIAS DE ANÁLISE E GRUPOS DE INTERVENÇÕES

CATEGORIA DE ANÁLISE	PROJECTOS INSTITUCIONAIS	PROJECTOS DE ONGD E EMERGÊNCIAS	PROGRAMA INDICATIVO
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO E INTER - SECTORIAL	Bom, no Projecto de Gaza (polivalência e versatilidade do apoio durante as Cheias).	Boa articulação local, em geral. Casas Agrárias sustentáveis em Niassa. Necessita ser melhorado no Projecto da Matola.	Não se aplica.
SUSTENTABILIDADE E CONTINUIDADE	Limitação de recursos humanos moçambicanos. Capacidade institucional local limitada. Incerteza quanto ao auto-financiamento do Laboratório do Hospital Militar. Excepção: Faculdade de Medicina.	Limitação de recursos humanos moçambicanos. Capacidade institucional local limitada. Excepção: auto-suficiência conseguida nas aldeias de Niassa. Outras organizações locais desenvolvendo trabalho semelhante (criação de recursos a longo prazo).	Limitação de recursos humanos moçambicanos. Boa capacidade central de planeamento e de estratégias.
COORDENAÇÃO LOCAL	Bem conseguida na Faculdade de Medicina e no Projecto de Gaza.	Bem conseguido em Niassa. Necessita ser melhorado no Projecto da Matola. Outras organizações locais desenvolvendo trabalho semelhante.	Cooperação Portuguesa habitualmente em resposta a solicitações das autoridades moçambicanas.
COORDENAÇÃO COM OUTRAS FONTES DE AJUDA EXTERNA	Normalmente, não procurada. Bem conseguida na Faculdades de Medicina.	Não se aplica.	Normalmente não procurada.



4.2 - ALGUMAS RECOMENDAÇÕES PRELIMINARES

4.2.1 - Premissas para uma Nova Forma de Cooperação

A ajuda externa ao Sector Saúde em Moçambique tem-se mantido em níveis elevados de investimento e formas progressivamente mais exigentes e eficazes de coordenação. Os apoios económicos de diversos parceiros bilaterais, e de investimentos em crédito, perfazem quantitativos anuais da ordem dos 50 milhões de dólares americanos. Parece que não é necessário que mais um parceiro venha compor a lista de doadores em equipamentos, infra-estruturas ou equipas técnicas. Mesmo que tal fosse necessário, Portugal não teria essa capacidade financeira.

Em Moçambique, o que começa a ser relatado, é que as Unidades recuperadas se mantêm encerradas por falta de pessoal (*vejam-se as entrevistas com GACOPI, UE, DFID e DPS Gaza, em Anexo ao Relatório da Missão a Moçambique*).

Por outro lado, o MISAU aponta à Cooperação Portuguesa o facto de esta ser pouco significativa e desorganizada: sem um quadro estratégico, nem objectivos e metas.

Ao mesmo tempo, várias entidades lembram que a língua portuguesa continua a ser o veículo de formação (pré e pós-graduada) mais apropriado para a maioria dos técnicos moçambicanos.

Apesar de alguma formação (principalmente pós-graduada na área médica) acontecer anualmente, esta surge na sequência de contactos individuais, e sem visibilidade institucional.

A **Formação**, aproveitando a **vantagem da língua portuguesa**, poderia constituir não só **um eixo de articulação para um número reduzido de projectos de reforço institucional**, com óbvios benefícios para Moçambique, mas também um factor **complementar** ao esforço de outras fontes de ajuda externa, e igualmente importante (embora com menores custos).

Dividiremos o raciocínio de apoio às propostas que se seguem em dois aspectos: *a)* o programa global de formação de pessoal técnico para a rede sanitária; *b)* a formação em áreas específicas, como parte de programas de reforço institucional.

4.2.2 - Apoio ao Programa Global de Formação de Recursos Humanos: Intervenção Estratégica da Cooperação Portuguesa, em Moçambique

- *Justificação*
- *As necessidades*
- *A resposta do Ministério da Saúde moçambicano*
- *Papel que pode ser desempenhado por Portugal*
- *Coordenação com outras fontes de Apoio Externo no Sector Saúde*
- *Complementos. Iniciativas já lançadas*



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Justificação

Como se mencionou na Secção “1.1.2 – Contexto de Saúde e o Sistema Nacional de Saúde”, o sector Saúde em Moçambique dispõe de um plano de desenvolvimento de recursos humanos iniciado em 1993, e que vai até 2003. Esse plano, de acordo com uma avaliação realizada em 1999, apresentava um défice de produção de 40%. A epidemia de VIH veio agravar o quadro. A formação existente não consegue repor as perdas e não permite a extensão da rede prestadora. Parte das razões do défice de formação prendem-se com as limitadas capacidades (quantidade e qualidade) dos actuais centros de formação.

Esta secção procura justificar a escolha da área da Formação como foco estratégico da Cooperação Portuguesa sectorial em Moçambique, e inclui alguma informação adicional, colhida já na fase final desta Avaliação.

Sugere-se, ainda, que outras iniciativas mais específicas de formação com objectivos de capacitação institucional limitada, já iniciadas, continuem a desenvolver-se, embora em outros modos de execução e monitorização.

AS NECESSIDADES

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH) desenhado para a década 1992-2000 (*Gish/STC-WBk, 1992*) foi avaliado em 1999 (*Moçambique, Ministério da Saúde/UNDP, 1999*) e um novo documento estratégico foi aprovado para a década 2002-2010 (*MISAU/DRH-Form, 2002*).

As necessidades em Recursos Humanos para o funcionamento da rede sanitária moçambicana são determinadas: a) pelo crescimento populacional; b) pela expansão da rede física e maior acesso (na década 2002-2010 são previstos 4 novos Hospitais Rurais, e 101 Centros de Saúde); c) pelo aumento do consumo individual de cuidados, por aqueles com acesso regular. Estas necessidades somam-se às carências já actualmente sentidas: em 2001, 207 unidades sanitárias de nível primário não tinham pessoal qualificado, e a epidemia do SIDA já faz sentir o seu efeito no aumento das perdas de pessoal técnico de saúde. O SNS moçambicano não apresenta o fenómeno de número demasiado de pessoal para a rede física efectiva, em grau tão elevado como outros países da África Sub-Sahariana. As perdas de pessoal provocadas pelo SIDA far-se-ão sentir de modo mais agudo. Ao longo da década actual perder-se-ão cerca de 1/3 dos profissionais qualificados de saúde (aproximadamente 2200), prevendo-se 3,6% de perdas, por ano, atribuídas ao problema do SIDA.

O empenho no PDRH 1992-2000 melhorou a qualificação global do conjunto dos recursos humanos do sector, sem aumento paralelo no número total de assalariados. Assim, o esforço de recrutamento interno resultou em que o crescimento no nível “Técnico” se tenha acompanhado de uma redução acentuada no nível “Básico”. A Quadro abaixo resume a evolução da década, e mostra, em particular, a redução do pessoal não-qualificado (os “auxiliares”).

O investimento feito na reabilitação dos centros de formação (mais de 15 milhões de Dólares EUA) e a disponibilidade de um financiamento do Banco Mundial para apoio ao funcionamento destes centros nas províncias (custos de professores e funcionamento de locais de estágio) permitiram aumentar a capacidade de formação nos últimos anos da década (o número médio



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

anual de formados passou de aproximadamente 500 entre 1992-2000, para 1.200, em 2002) (Moçambique, Ministério da Saúde/UNDP, 1999) (MISAU/DRH-Form, 2002).

Quadro 33: Evolução de recursos humanos (90-99)

Nível	1990		1997		1999		2000		Diferença 1990-2000
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Superior	207	1,3	424	2,7	568	3,8	583	3,7	376
Médio	865	5,4	1.989	12,9	2266	15,0	2.489	15,6	1624
Básico	5.197	31,2	4.264	27,5	4409	29,2	4.635	29,1	-562
Elementar	1.660	10,3	1.583	10,2	1597	10,6	1.679	10,5	19
Auxiliar (1)	8.231	50,8	6.857	44,2	6242	41,4	5.030	31,6	-1691
Outros (2)			383	2,5		0,0	1.510	9,5	
TOTAL	16.160	100	15.500	100	15082	100	15.926	100	-234

Fontes: PESS, PDRH 1992/2002

Apesar deste esforço, faltam médicos especialistas, e pessoal do nível básico. Para além disto, parecem manter-se alguns desajustes entre programas de ensino, carreiras e tarefas (tanto no nível primário, como em ambiente hospitalar). A supervisão é limitada e associa-se à fraca gestão dos locais de trabalho, resultando em frequentes procedimentos de baixa qualidade. E continuam as excessivas demoras na colocação dos técnicos formados. Apesar da descentralização da gestão do pessoal de nível elementar e básico, para os Governos Provinciais, os seus contratos têm que regressar a Maputo para ratificação pelo Tribunal Administrativo.

A RESPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE MOÇAMBICANO

A rede de centros de formação é constituída por:

- 4 Institutos de Ciências de Saúde (níveis Básico e Médio, Médio – Especializado, em Maputo);
- 6 Centros de Formação (nível Básico);
- 4 Centros Provinciais de Formação Elementar.

Devem considerar-se, ainda, os primeiros 2-3 Centros de Formação Contínua (Provinciais e Distritais), iniciativa que se pretende difundir. E mais 4 instalações devem ser reabilitadas para Centros Provinciais.

O ICS de Maputo deve passar a Instituto Superior de Ciências de Saúde, com objectivos de:

- Formação de formadores;
- Formação de pessoal para gestão;
- Formação superior e especializada para as actuais carreiras paralelas do sector.

Esta rede terá, no final de 2002, os seguintes indicadores de capacidade, por Níveis de Formação.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

	Elementar	Básico	Médio Especializado	TOTAL
N.º DE SALAS	9	20	32	51
N.º Alunos / Ano	270	600	825	1.700
N.º lugares Internato / Ano	280	570	673	1.500

Fonte: PDRH 1992/2002

Até 2010, é previsto que esta rede seja capaz de realizar o plano de formação que se resume no quadro abaixo.

NÍVEL	N.º Cursos	N.º Alunos	Tipo de Curso
Especializado	14	360	Cirurgia / Anestesia / Instrumentação / Pediatria / Admin. de Enfermagem
Médio	122	3030	Medicina / Med. Prev. / Enfermagem (600) / Farmácia / SMI (400)
Básico	66	1650	Enferm. 600 / SMI 400 / Ag. Med. 400 / Estomatologia

As maiores necessidades do SNS e da sua administração (nem todas respondidas pela actual capacidade de formação) são:

Carreira de Medicina: Nível de Agente e Técnico, para o nível Primário (cerca de 1.000 necessários).

Carreira de Enfermagem: Tanto para o nível Primário, como para os Hospitais (inclui os Blocos Operatórios).

Carreira de SMI: Para o nível Primário.

Carreira de Administração: É necessário formar cerca de 1.500 elementos, dos quais: 150 de nível superior, 600 de nível médio. Actualmente, há apenas 15 licenciados, e 75% do pessoal é do nível elementar e básico.

Segundo responsáveis do sector (*DRH/Formação, entrevistas com Srs. Lucas Gulube e R. Trindade*), as principais limitações da rede de formação são:

- Qualidade e número de formadores;
- Organização, capacidade material e docente dos locais de estágio;
- Bibliografia e outro material didáctico (em português).

Durante a última década (1990-2000), o sub-sector de Formação atraiu o apoio de diversas instituições externas, que se prevê continuar nos próximos anos, de acordo com o seguinte padrão:

- A OMS, o UNICEF e o FNUAP têm estado a apoiar a formação em áreas de programas específicos;



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- Diversas fontes de Ajuda Oficial têm apoiado os Centros de Formação das Províncias onde essas fontes se focalizam: Itália, Irlanda, Dinamarca, etc.;
- Suíça, Noruega e Holanda iniciaram o apoio ao Orçamento de Funcionamento (Gastos Gerais) das Instituições de Formação;
- A ONUSIDA e o CDC-EUA estão a apoiar uma iniciativa de longo prazo na formação de pessoal de saúde sobre VIH-SIDA;
- O Banco Mundial disponibilizou um crédito (14 Milh. Dólares EUA, entre 1998-2002) que foi utilizado na reabilitação física dos Institutos e Centros, e nas despesas de funcionamento dos locais de estágio (*inclui per diems aos docentes e monitores de estágios, e pequenas melhorias dos serviços clínicos onde os mesmos estágios se realizam – o seu efeito foi dramático na melhoria das taxas de aprovação, e no termo a tempo dos cursos*).

Das entrevistas realizadas a responsáveis do sector, depreende-se grande ansiedade face ao problema, ainda não resolvido, do fim do crédito do Banco Mundial acima referido. No subsector Formação ainda não está a funcionar um “pooling” de Ajuda Externa que permita substituir este apoio. A qualidade da formação em Saúde é muito dependente da prática dos procedimentos e o funcionamento dos locais de estágio (eles próprios afectados pelas carências de recursos de todo o SNS) e pode regressar aos anteriores níveis insatisfatórios em procedimentos clínicos e organização.

O custo de funcionamento anual da rede de formação é de aproximadamente 6 Milhões de Dólares EUA (*MISAU/DRH-Form, 2002*).

O Ministério da Saúde moçambicano dispõe de documentos de estratégia bem definidos para o sub-sector Formação, integrados com os objectivos do Plano Estratégico do Sector Saúde – PESS, 2001-2005: o Plano Director de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, 2001-2010. Este Plano Director integra, não apenas o funcionamento corrente da rede tradicional de Institutos e Centros de Formação, mas prevê outras iniciativas como a Formação Contínua e à Distância, a instalação do Instituto Superior de Ciências de Saúde, e integra ainda a formação médica pós-graduada. Os planos anuais de formação são decorrentes deste Plano Director da década. O Plano Director serve também para integrar os apoios de Ajuda Externa.

PAPEL QUE PODE SER DESEMPENHADO POR PORTUGAL

Os responsáveis do sector entrevistados foram unânimes em considerar que um apoio da Cooperação Portuguesa neste sub-sector teria a máxima utilidade se orientado para as seguintes prioridades:

- Apoio à Formação de Formadores – docentes;
- Mais especificamente, apoio ao arranque de funcionamento do Instituto Superior de Ciências de Saúde;
- Organização dos locais de estágio, dos vários Institutos e Centros de Formação;
- Fornecimento de largas quantidades de bibliografias – “standard” para os cursos (listas disponíveis na DRH-MISAU) e outro material didáctico, em português;
- Participação na iniciativa de longo prazo na formação de pessoal de saúde sobre VIH/SIDA.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Concretamente em relação à formação de docentes, o interesse pelas instituições portuguesas é bem expresso no facto de se prever a vinda para Portugal de 6 profissionais moçambicanos, já em 2003, com bolsas obtidas através da Organização Mundial de Saúde, para obterem diplomas superiores em Enfermagem (futuros docentes).

A instalação do Instituto Superior de Ciências de Saúde (ICSS) vem sendo preparada desde há alguns anos. O edifício está já atribuído (o do actual ICS de Maputo, que vai passar para instalações já em reabilitação na periferia de Maputo), foi nomeada uma Comissão Instaladora, foi assinado um Protocolo de Entendimento com a Faculdade de Medicina de Maputo (Universidade Eduardo Mondlane), que define as áreas de intercâmbio e complementaridade. Foi feito um estudo de viabilidade cujos resultados são favoráveis (custos não superiores aos de outras instituições superiores em Moçambique). As prioridades de graus e cursos estão definidas para os primeiros anos (bacharelato, e especializações em Enfermagem Geral, Enfermagem de Saúde Materno-Infantil e Técnicos de Cirurgia) (*DRH/Formação, entrevista com Sr. R. Trindade*).

Constata-se ainda que, para que uma intervenção portuguesa tenha a máxima efectividade, é necessário garantir que o problema da retoma de um nível aceitável de funcionamento dos locais de estágio seja resolvido. O montante do financiamento necessário e a complexidade logística nesta área (instituições de formação em 10 províncias, inputs salariais e materiais, etc.), não aconselham que Portugal se envolva, nesta fase, na solução desse problema, a não ser de modo simbólico, e através de “pooling” com outros parceiros da Cooperação sectorial, devendo outros parceiros de maior capacidade financeira e logística gerir este processo. No entanto, é importante que este assunto seja incluído como premissa importante na avaliação das pré-condições para uma intervenção portuguesa.

A intervenção portuguesa deve centrar-se no fornecimento dos recursos mais facilmente disponíveis por instituições portuguesas, como já citado em outros pontos deste Relatório: fornecimento de oportunidades de formação de formadores, eventual assistência técnica pontual, bibliografia e material didáctico em português. O apoio à instalação do Instituto Superior de Ciências de Saúde é uma dessas oportunidades.

COORDENAÇÃO COM OUTRAS FONTES DE APOIO EXTERNO NO SECTOR SAÚDE

Na Secção 4.3 (*Coordenação com Outras Fontes de Ajuda Externa em Moçambique (Saúde)*) é feita a sugestão duma intervenção directa, sub-sectorial, gerida conjuntamente pelas instituições portuguesas e a administração moçambicana, em que a integração com os objectivos e metas do PESS, e a coordenação entre doadores seja feita ao nível de “on-planning”, com sede no Grupo de Trabalho–SWAP de Saúde e no Conselho Consultivo Sectorial.

INTERVENÇÕES COMPLEMENTARES NA ÁREA DA FORMAÇÃO

Algumas actividades de Formação são já tradicionais (pós-graduação médica) ou começaram a ser discutidas recentemente, criando algumas expectativas na parte moçambicana (Mestrado em Saúde Pública e apoio ao Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário).

A sua interrupção (na prática, ou na preparação) sob o pretexto de não se enquadrarem nas propostas de capacitação da rede de formação geral (ver acima) poderá criar bloqueios de



comunicação e repetir sentimentos de frustração já experimentados pelos responsáveis moçambicanos do sector, em relação à Cooperação com Portugal. Estes bloqueios e frustrações são de evitar, a todo o custo.

a) A Pós-Graduação Médica

Apesar de esta Avaliação ter considerado a pós-graduação médica como uma intervenção portuguesa com pertinência relativamente baixa (em relação às estratégias de combate à Pobreza), não pode ser esquecido que:

- O sector Saúde dispõe de um plano global nesta área, reflectindo as necessidades prioritárias em tecnologia médica para a rede hospitalar e de saúde pública do País. O mesmo plano global tem guiado razoavelmente os planos anuais, reflectindo-se na formação em maior número nas especialidades mais relevantes (embora persista o problema da atracção destes profissionais pela cidade de Maputo). Em 2002, dos cerca de 130 médicos em pós-graduação, 31 faziam-no em Medicina Interna, 23 em Pediatria, 18 em Cirurgia Geral, 20 em Ginecologia e Obstetrícia, 18 em saúde Pública (*MISAU/DRH-Form, Programa 2003*);
- A língua portuguesa ainda desempenha papel facilitador da formação a este nível, o que se reflecte no número ainda elevado de candidatos para efectuar estudos Portugal: em 2003, é previsto que 63 médicos beneficiem de bolsas para os seus programas individuais de pós-graduação, devendo 13 fazê-lo em Portugal (que fica em 3º lugar, depois de Cuba (23) e Brasil (19)) (*MISAU/DRH-Form, Programa 2003*).

Outras oportunidades de pós-graduação continuam a ser procuradas por médicos ligados a “nichos” mais individualizados, com algumas intervenções de instituições portuguesas: o apoio à Faculdade de Medicina (formação do corpo docente), a cooperação nas áreas da Cardiologia e Obstetrícia (respectivamente Hospitais da Universidade de Coimbra e Garcia da Orta – Almada).

O apoio à pós-graduação médica pode sair do centro das atenções, mas não deve ser marginalizado, nem diminuído o seu financiamento. A premissa mais importante para que se obtenha o maior benefício possível é continuar, como até agora, a pedir garantias da administração de Saúde moçambicana que os candidatos propostos se enquadram no plano global de desenvolvimento do sector, ou na capacitação institucional de áreas prioritárias.

Para a monitorização do efeito deste esforço em Moçambique é importante que se obtenha, aproximadamente a meio da década de 2000-2010, informação sobre:

- Disponibilidade de médicos moçambicanos especialistas nos hospitais e administração de saúde, fora de Maputo;
- Consequente redução do peso relativo das necessidades de assistência técnica estrangeira nesses mesmos locais;
- Grau de auto-suficiência atingida por focos específicos de actividade (serviços clínicos, institutos, etc.).



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

b) O Mestrado em Saúde Pública

Houve alguns contactos entre as Faculdades de Medicina de Maputo e de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, para apoio a este Mestrado. Na realidade, o 1º Curso de Mestrado acaba de se realizar, com apoios de diversas fontes externas.

No entanto, o Mestrado é uma iniciativa de longo prazo, que exige a constituição e estabilização de um corpo docente de elevada qualidade e dedicação (mesmo o Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina dispõe de um corpo docente ainda muito fraco, e composto, fundamentalmente, por docentes convidados e visitantes).

Caso se mantenha o interesse da FCM-UNL por esta actividade, há a considerar dois aspectos favoráveis:

- Apesar de esta actividade poder parecer “periférica” e perturbadora da concentração acima sugerida na rede de formação básica/global, o grau de perturbação pode ser minimizado pela boa gestão de (e coordenação entre) projectos que a própria Faculdade de Medicina de Maputo tem feito. O envolvimento das instituições portuguesas limita-se ao fornecimento dos inputs acordados;
- Dado que esta iniciativa conta com outros apoios (particularmente instituições espanholas), cada uma das instituições participantes (incluindo a portuguesa) pode apresentar as realizações conjuntas como resultados do seu investimento (veja-se os comentários feitos noutra parte deste Relatório sobre os projectos na Faculdade de Medicina).

Pelo impacto potencial na gestão dos programas de saúde pública e da rede sanitária global de Moçambique, este Mestrado pode ser um investimento pertinente. Se os “custos” de execução forem limitados, como acima, então a relação “custo/benefício” será favorável, e a iniciativa deve continuar a merecer apoio oficial português.

c) O Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS)

O CRDS existe desde 1985, e não conseguiu até agora garantir nem o seu papel na capacitação do sector em Moçambique, nem nos outros PALOP, nem a sua auto-suficiência docente.

O seu perfil de instituição internacional atrasa as discussões de todas as propostas até agora apresentadas sobre estes temas. Tal aconteceu logo com a primeira proposta para a instalação de um Diploma em Administração de Saúde como actividade principal do CRDS, que nunca foi aprovada, por ser motivo de discordância entre os parceiros.

O CRDS continua a sobreviver pelos diversos financiamentos de instituições externas que subsidiam actividades de formação pontuais. No entanto, o limitado efeito sobre o SNS (mesmo só o moçambicano) é bem explicado na Secção 4.3: porque é que ao fim de 15-20 anos de investimento em reforço de capacidade institucional, esta continua a ser tão fraca?

O CRDS, além do mais, tem passado por mudanças de direcção muito frequentes, contribuindo ainda mais para um trajecto institucional pouco consistente e descontínuo.

Assim, apesar do atractivo multinacional do CRDS, esta é uma instituição “de risco”. Qualquer intervenção portuguesa nesta instituição deve ser precedida de consulta a documentos de



eventuais avaliações recentes do seu desenvolvimento organizacional, e da dinâmica de diferentes interesses dos parceiros, que tão frequentemente no passado recente fizeram fracassar propostas de crescimento. O limitado desenvolvimento de capacidade docente do CRDS em 15 anos, não oferece as melhores garantias de que a instituição seja capaz de coordenar as intervenções de diversas fontes de Ajuda Externa, nem de ser consistente num programa de desenvolvimento interno.

Por fim, o papel eventual dos CRDS na formação em Saúde Pública e Gestão começa a ser realizado por outras instituições, pelo menos para Moçambique: o Mestrado de Saúde Pública, e as intenções do Instituto Superior de Ciências de Saúde.

4.2.3 - A formação em áreas específicas, como parte de programas de reforço institucional

Das entrevistas efectuadas a elementos das contra-partes moçambicanas nos projectos e outros interlocutores locais ficou patente que existem grandes necessidades de reforço institucional mas também existe um plano aglutinador: o Plano Estratégico do Sector Saúde, 2001-2005.

Em alguns casos, as partes moçambicanas explicitam a sua preferência por instituições portuguesas, devido à língua. São disso exemplo o GACOPI (documentação da UE traduzida), o Instituto do Coração (a experiência já existente), e o caso da Faculdade de Medicina de Maputo pode incluir-se obviamente nesta categoria, pois que o programa de formação de corpo docente ainda está a meio caminho.

Noutras áreas carenciadas, as instituições portuguesas estarão em competição com outras fontes de ajuda: o reforço da capacidade de planeamento, gestão e avaliação ao nível provincial e distrital, os recursos humanos para autonomizar a gestão hospitalar, a continuação do apoio à área da política do medicamento, entre outros.

Em todas estas áreas existem instituições portuguesas com capacidade, e as contrapartes moçambicanas expressaram, também, as vantagens da língua comum na formação e assistência técnica.

Em todas elas é possível definir objectivos precisos de reforço institucional, calendários de execução e recursos necessários. A formação e a assistência técnica seriam enquadradas nesses objectivos e calendário.

Cardiologia: o ICOR e o Serviço de Cardiologia do Hospital Central de Maputo

Duas instituições moçambicanas (as duas em Maputo) foram alvo, nos últimos anos, de intervenções de entidades portuguesas:

- O Instituto do Coração (ICOR), entidade privada não lucrativa, apoiado (entre outros) pelo Centro de Cirurgia Cardíaca dos Hospitais da Universidade de Coimbra.
- O Serviço de Cardiologia do Hospital Central de Maputo (HCM), apoiado pelo Serviço Clínico de Cardiologia do Centro Hospitalar dos Covões–Coimbra.

Quanto às instituições moçambicanas:



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- O ICOR pretende especializar-se em áreas circunscritas de cirurgia cardíaca e meios complementares de diagnóstico e preparação pré-operatória. Trata algumas dezenas de doentes por ano.
- O Serviço de Cardiologia do HCM atende todo o tipo de patologia cardíaca com tratamento médico (não-cirúrgico), realizando também alguns exames diagnósticos especializados. O número de doentes atendidos anualmente, em ambulatório e internamento, é de vários milhares.

Os médicos mais qualificados de ambas as instituições participam na docência da Faculdade de Medicina de Maputo.

As principais diferenças, para a eficácia de intervenções de apoio externo, podem resumir-se em:

Instituição	Vantagens / Oportunidades	Riscos
ICOR	<ul style="list-style-type: none">• Objectivos e estrutura limitada, bem definida• Missão assumida por grupo não – estatal	Quebra da aliança filantrópica (nacional e internacional) que apoia a recente instituição
Serviço de Cardiologia do HCM	<ul style="list-style-type: none">• Patologia em ascensão (transição de saúde e peso dos problemas dos adultos, em Maputo)• A importância social da instituição vai continuar a crescer: não poderá nunca encerrar as suas portas	As incertezas da atribuição de recursos no meio dum grande rede de instituições públicas, e no meio de um Hospital com mais de 1.400 camas Controle do Risco: Instituição relativamente estável. Desde 1975, teve apenas 2 directores.

As instituições apoiantes portuguesas:

- São ambas sediadas em Coimbra
- Ambas fornecem um misto de serviços de: a) referência de doentes; b) ida de missões técnicas a Moçambique; c) formação de profissionais moçambicanos em Portugal.

O reforço das capacidades de ambas as instituições moçambicanas parece útil para problemas importantes de saúde da população moçambicana, pelo menos a urbana. Escolher uma das instituições, em detrimento da outra, pode comprometer a colaboração útil que se iniciou recentemente.

Sugere-se que as duas instituições portuguesas preparem um programa conjunto, de apoio às duas instituições moçambicanas contrapartes, complementando as capacidades médicas e cirúrgicas de cada uma delas. O programa deve manter as valências que até agora têm sido realizadas: a) formação de técnicos moçambicanos (incluindo pós graduação médica); b) fornecimento de assistência técnica de curta duração (que pode continuar a incluir actividades



clínicas a realizar em Moçambique); c) referência de doentes para hospitais portugueses. Através das primeiras duas medidas, também se obtém o resultado colateral de reforço da qualidade do ensino na Faculdade de Medicina.

Assim, sugere-se que:

- **A Formação e Assistência Técnica** portuguesa sejam fornecidas **em conjunto**, em **reduzido número de “projectos”** destinados a fazer com que certos focos institucionais atinjam graus pré-definidos de **auto-suficiência** técnica. Assim, os projectos devem começar por se definir centrando-se em objectivos de **reforço institucional**, e as acções de formação e Assistência Técnica seriam os meios para se atingirem esses objectivos. Paralelamente a essas acções, outros “inputs” podem ter lugar temporário (ainda utilizando a mais valia da língua portuguesa, como é o caso da literatura técnica em português).
- Os “focos” desse apoio institucional devem ser escolhidos por **missões técnicas específicas**, em consulta com o MISAU, combinando: *a)* necessidades prioritárias; *b)* áreas de trabalho em que já haja experiência e confiança em instituições portuguesas, se possível evitando interrupção de actividades correntes; *c)* complementaridade em áreas em que outras fontes de ajuda externa já financiam as componentes de reabilitação e reequipamento.
- **Focos interessantes parecem ser os seguintes:** Faculdade de Medicina (terminar o já iniciado); Gestão Hospitalar; Gestão Provincial; Política do Medicamento e o GACOPI⁹. **O reforço da capacidade pedagógica dos Institutos de Formação** parece ser uma área ainda de **maior impacto no conjunto do SNS**, particularmente quando o investimento na recuperação da rede sanitária corre riscos de se perder por falta de pessoal (e o próprio investimento na reabilitação dos centros de formação moçambicanos fica mal aproveitado). Na área das capacidades pedagógicas em carreiras não médicas, podem ser organizadas, em Portugal, “capacidades de reserva” de instituições de ensino oficiais (por exemplo, as Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Técnicas de Serviços de Saúde); fomentar a impressão adicional de literatura, a custo marginal; conceder bolsas de formação para formadores moçambicanos ou fazer essa formação em Moçambique.
- Estas iniciativas poderão realizar-se com parcerias de co-financiamento de outras fontes de ajuda externa. A recepção cautelosamente positiva desta ideia na Delegação da U.E. pode ser corroborada pelo interesse de fontes de ajuda, que actualmente se dão conta de que há unidades fechadas, por falta de profissionais, depois de terem sido recuperadas.
- As áreas técnicas como a da Regulação do Medicamento, Equipamentos Hospitalares, Gestão e Economia da Saúde apresentam possibilidades semelhantes, sendo possível mobilizarem-se capacidades portuguesas a custo reduzido (por se utilizar alguma capacidade de reserva).
- A realização deste tipo de iniciativas seria de **mais longa duração** do que a maioria das intervenções levadas a cabo até agora. Antes de tomá-las como modelo, convém analisar a experiência portuguesa anterior, bem como a de projectos institucionais de longa duração

⁹ As funções actuais do GACOPI deverão ser revistas a curto prazo, resultando, basicamente que: a) o GACOPI deixará de gerir orçamentos dos grandes projectos de investimento; b) o GACOPI continuará a ter de realizar funções de assessoria técnica na preparação e acompanhamento dos muitos projectos de reabilitação de infra-estruturas e equipamentos de saúde.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

apoiados por outras fontes externas. Parece haver suficiente experiência analisada (ver citações acima) para sugerir alguns pontos de atenção: disponibilidade para enfrentar **riscos de percurso**, iniciar as actividades com alguma **flexibilidade**, indo adicionando **exigência** à medida que os processos se vão consolidando, e contemplar uma assistência técnica de qualidade (o maior envolvimento de instituições académicas como fornecedores de assistência técnica, pode ser uma forma de incentivar o envolvimento de profissionais de qualidade que não se desmoralizem com os acidentes de percurso).

- As características deste tipo de iniciativas podem tornar a Ajuda Portuguesa ao sector Saúde em Moçambique mais dispendiosa do que actualmente. Mas, pode também ser o modo mais efectivo de **a ajuda portuguesa ganhar um novo estatuto no quadro da coordenação com outras fontes de ajuda externa**, dado que se tornará um elemento condicionador e potenciador da efectividade dos investimentos em infra-estruturas actualmente em curso (veja-se as Secções 4.3 e 4.4).

Assim, **o foco na Formação:**

- Fornece o **pólo aglutinador** da Cooperação Portuguesa, facilitando a definição da **estratégia** de intervenção das diversas instituições envolvidas;
- **Responde a uma necessidade moçambicana** em que apenas o Brasil pode ser fornecedor alternativo;
- Coloca Portugal nos **mecanismos de coordenação da Ajuda Externa** sectorial: o papel da Formação é crítico para a eficácia dos investimentos na recuperação de infra-estruturas (outros doadores).

4.2.4 - Outras Recomendações para a Continuação da Actual Cooperação

Evacuação de doentes

Como já foi referido acima, a evacuação de doentes para Portugal tem expressão numérica reduzida. Tem pouca utilidade pública, além do alívio da pressão sobre o Ministério da Saúde e a solução de poucos problemas individuais. Para a parte portuguesa, significa pouco mais que as despesas.

Caso o MISAU insista na utilidade deste programa, este deveria ter algumas modificações de organização e definição de princípios de utilidade pública:

- Manter o princípio actual, de que só são elegíveis para evacuação para Portugal doentes em que a limitação dos recursos médicos moçambicanos seja declarada oficialmente pela Junta Nacional de Saúde;
- Definir um hospital português dispondo de um número razoável de especialidades, para atender a totalidade dos doentes referidos de Moçambique, simplificando os processos, personalizando o atendimento, limitando as demoras dos doentes. Esta definição permitiria também que a componente tivesse um orçamento prospectivo razoavelmente definido para cada ano (“X” número de doentes, multiplicado por um custo unitário);



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- Definir, em conjunto com o MISAU, 1 ou 2 grupos de patologias onde se centrariam as evacuações (melhoraria a qualidade do atendimento em Portugal, poderia, eventualmente, ser uma das instituições com intervenção no programa de pós-graduação de médicos);
- Exigir que os candidatos sejam cidadãos com fracos rendimentos, o que exigiria também uma participação orçamental “real” do Estado moçambicano (com as viagens): actualmente, este compromisso formal já existe, mas não tem expressão orçamental, o que resulta numa selecção em desfavor dos mais pobres.

4.3 - COORDENAÇÃO COM OUTRAS FONTES DE AJUDA EXTERNA EM MOÇAMBIQUE (SAÚDE): EXIGÊNCIAS DE UMA INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA E FOCALIZADA

- *Introdução. Justificação*
- *A evolução da Ajuda Externa no final da Década de 1990*
- *Avaliação dos mecanismos de Coordenação da APD experimentados em Moçambique (Saúde): Pooling, SWAP, On-Budget*
- *As posições actuais dos grandes doadores do Sector Saúde, em Moçambique: aderência às sugestões de coordenação*
- *Mecanismos sugeridos para Coordenação da Intervenção estratégica portuguesa em Formação*

4.3.1 - Introdução. Justificação

A principal Recomendação formulada neste Relatório é a de concentrar a Ajuda Oficial Portuguesa no reforço da capacidade da rede de formação de pessoal geral para a prestação de serviços no SNS moçambicano.

Também se salienta que tal concentração obriga a encontrar mecanismos de coordenação das intervenções portuguesas quer com o Ministério da Saúde (o Plano Director de Formação 2001-2010, e o papel crítico deste no PESS), quer com os outros grandes doadores que investem quer na reabilitação física da rede sanitária e dos Institutos de Formação, no apoio a Programas Específicos de Controle da Doença e no Reforço da Capacidade de Gestão.

4.3.2 - A Evolução da Ajuda Externa no Final da Década de 1990

Entre 1997 e 2000, a Ajuda Externa ao sector Saúde, em Moçambique, continuou a beneficiar de amplos recursos (o maior receptor sectorial) e de uma grande variedade de parceiros (entre 24 – 28 agências), atestando o interesse pelo País, e pelo sector: 62 Milh. Dól. EUA, em 1997, e 80 Milh. Dól. EUA, em 2000 (*MISAU/SDC, 2001*).

A distribuição destes financiamentos externos, por tipos de gastos, é ilustrada no quadro a seguir:



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

TIPO DE GASTO	Valor / Ano (10 ⁶ Dól. EUA; Mín. - Máx. / 1997-00)	% da Ajuda Total (Mín. - Máx. / 1997-00)	% da Despesa em Saúde (Mín. - Máx. / 1997-00)
<i>Investimentos</i>	12 - 16	16 - 22%	65 - 80%
Medicamentos	16 - 22	26 - 29%	83 - 91%
Assistência Técnica	14 - 19	20 - 26%	
Bens e Serviços (Apoio a Gastos Correntes)	9,5 - 17	15 - 21%	

Cerca de 1/3 dos financiamentos foram dirigidos directamente a benefícios a nível provincial e local, tendo as províncias do Centro do país (Sofala, Manica, Tete e Zambézia) recebido a maior alocação relativa.

Entre os níveis do SNS, foram privilegiados, por ordem decrescente: nível primário, hospitais provinciais e centrais, gestão central e provincial, hospitais rurais, e (por último) formação.

A porção destes financiamentos (donativos e empréstimos) administrada directamente pelo MISAU moçambicano passou de 37 para 62%, entre 1997 e 2000.

No entanto, a capacidade de absorção da Ajuda Externa parece limitada, reflectindo-se num crescimento por ano progressivamente menor da Ajuda atribuída. Será necessário financiar mais investimentos e ter maior capacidade de gestão (na contraparte moçambicana) para que essa capacidade de absorção aumente. Uma avaliação recente (*Pavignani E. Moving on-Budget, 2001*) preocupou-se com esta limitação de capacidade, após muitos anos de múltiplas experiências de “reforço institucional”, centenas de formados, e muito dinheiro gasto: candidatos seleccionados por utilidade individual (e não para as suas organizações), sem incentivos para aplicar o aprendido, sem continuidade (supervisão, avaliação, organização dos postos de trabalho, etc.).

4.3.3 - Avaliação dos Mecanismos de Coordenação da APD Experimentados em Moçambique (Saúde): Pooling, SWAP, On-Budget

No corpo do Relatório já se fez referência à notoriedade dos ensaios que se têm realizado em Moçambique (no sector Saúde e outros) quanto à coordenação entre doadores e administração central e sectorial.

A efectividade destes mecanismos foi de novo avaliada em 2000/01 (*MISAU/GT SWAP, Joint Eval. 2001; Pavignani E. Moving on-Budget, 2001*). É considerado que a contínua monitorização destes mecanismos, na procura do máximo aproveitamento da Ajuda Externa e dos efeitos melhoradores do planeamento sectorial moçambicano, é uma exigência urgente, devido à eminente crise do SNS provocada pelo VIH/SIDA. Com uma sero-prevalência estimada de 12% da população economicamente activa, os doentes infectados pelo VIH já utilizam 23% das camas hospitalares existentes (e devem passar a utilizar 46%, em 2010). O tratamento das infecções oportunistas consumirá 25% dos actuais gastos correntes totais do sector, e o tratamento com anti-retrovirais de apenas 10% dos casos clinicamente activos consumirá outros 25%.

São descritos os mecanismos de “*pooling*” actualmente a funcionar:



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- De gastos correntes provinciais;
- De aprovisionamento em medicamentos;
- De Assistência Técnica (terminado em 2000);
- De apoio ao Orçamento Geral, central.

A formalização destes mecanismos como SWAP (*sector-wide approaches*) implica o acordo entre os parceiros e a implementação de:

- Integração de metas do plano, avaliação de necessidades e recursos disponíveis, e estimação de custos (orçamentação);
- Indicadores de monitorização de desempenho do sistema (prestador e administração);
- Sistemas de auditoria independente aos gastos.

A avaliação dos mecanismos concluiu que ainda existem fraquezas na garantia destas pré-condições (*MISAU/GT SWAP, Joint Eval. 2001*):

- O planeamento ainda não integra propostas de actividades com recursos e custos;
- O planeamento é demasiado centralizado;
- O planeamento não identifica as prioridades, e estas não são reflectidas nos gastos, nem nos investimentos;
- A qualidade da informação disponível para monitorização ainda é fraca, e a disponibilidade tardia;
- A inventariação de recursos não abrange todas as fontes (por exemplo, as participações dos utentes);
- Algumas porções importantes da Ajuda Externa ainda são geridas sem integração no Orçamento Central (principalmente financiamentos para programa de controle da doença);

No entanto, todos os esforços de coordenação bem sucedidos (pelos resultados, não necessariamente pelos procedimentos) em sub-sector (medicamentos, formação, programas específicos, etc.) constituem não apenas ensinamentos, mas resultados práticos positivos na diminuição do caos historicamente instalado[†]:

- O melhor planeamento integrado em cada província;
- O controle estatal sobre a importação de medicamentos, que passou de 48% para 76%, entre 1997 e 2001;
- A reabilitação de rede de instituições de formação;
- O “pooling” de assistência técnica, nos hospitais fora de Maputo (enquanto durou).

Mais recentemente, o debate prático, em Moçambique, ultrapassou a questão da utilidade dos “SWAP-pooling” (que parece suficientemente reconhecida, e de funcionalidade razoavelmente estabelecida), passando para a da integração de parte substancial dos orçamentos das fontes de Ajuda Externa no orçamento geral do Ministério da Saúde moçambicano: apoio “**on-Budget**”. Um grupo importante de parceiros (Nórdicos, RU, Suíça) têm estado a argumentar que, apesar dos riscos, é importante seguir esta via, para que se tenham os mais fortes argumentos para

[†] Os autores do Relatório desta Avaliação escrevem, por exemplo, que as experiências de “poolings” em Moçambique são das mais transparentes que se encontram em África.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

pressionar a contraparte moçambicana a melhorar a sua gestão (e responsabilizar-se completamente pelo uso dos recursos) (Pavignani E. *Moving on-Budget*, 2001).

No entanto, as exigências do Apoio “on-Budget” são muito maiores. Para além da já estabelecida necessidade de ligação entre metas do plano e gastos previstos, é necessário garantir:

- Liquidez do tesouro moçambicano;
- Uma Conta Única para incluir todas as “entradas” e “saídas” e registá-las sem excepção;
- Possibilidade de ligar desembolsos com as actividades (e resultados) correspondentes;
- Contabilidade transparente e disponível para auditoria externa independente;
- Capacidade técnica muito superior à actual (nos Ministérios da Saúde e Plano e Finanças);
- Recursos humanos qualificados nas províncias (só 4% dos RH do sector têm grau universitário);
- Disponibilidade para auditoria externa independente às contas públicas (Portugal está envolvido na assessoria ao Tribunal de Contas, neste quadro).

Está em progressiva implementação um sistema comum de gestão das finanças públicas (SISTAFE), embora se considere que são ainda necessários uns 10 anos, com apoio de uns 70-90 técnicos superiores, para este se tornar completamente funcional.

Os riscos mais imediatos, para além do descontrole e corrupção, são o atraso na libertação de todas as verbas necessárias ao funcionamento da rede: a prestação de serviços irá ressentir-se (actualmente, os atrasos na libertação das tranches do Orçamento do Estado no 1º Semestre de cada ano são colmatados, nas províncias, pelos fundos do pooling de “gastos correntes” provinciais).

A avaliação recente à viabilidade deste mecanismo concluiu que, apesar de não haver ainda evidências empíricas (em Moçambique – outros sectores, outros países) para tomar posição quanto ao “on-Budget”, será provavelmente a única via para se ultrapassar a actual fragmentação dos apoios externos e desresponsabilização da administração moçambicana. A limitada capacidade moçambicana leva a administração de Saúde a não se responsabilizar por mecanismos actuais (os problemas com aqueles mecanismos geridos ainda pela Cooperação Suíça), aceitando a superioridade dos recursos humanos disponíveis nas Agências de Ajuda, e a correspondente possibilidade de continuar a escolher as menos exigentes entre diferentes fontes de Ajuda. A experiência positiva moçambicana até agora mostra que é possível continuar a avançar para processos e resultados cada vez melhores:

- Ir implementando e monitorizando, por etapas, não exigindo demais em cada etapa, não comprometendo a realização do mais urgente (a continuidade da prestação de serviços);
- O projecto em início, com apoio da USAID, vai reforçar a capacidade de gestão financeira do sector, a nível central e provincial;
- A organização de Contabilidade (projectos e orçamento nacional) instalada na Direcção Nacional de Saúde tem qualidade técnica para poder ser alargada a toda a gestão do sector (*ver caixa no final desta secção*).



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

4.3.4 - As Posições Actuais dos Grandes Doadores do Sector Saúde, em Moçambique: Aderência às Sugestões de Coordenação

Os grupos de doadores sectoriais (Saúde) importantes demonstram inclinação para certos tipos de mecanismos de ligação entre si e com a administração de Saúde:

- Nórdicos, RU, Suíça: Governo moçambicano, agências das NU.
- EUA, países do sul da Europa: ONG dos seus países.
- Agências das NU: Continuação de projectos “focalizados” em Problemas.

Da documentação revista e entrevistas realizadas, a impressão que fica é que mesmo as agências de Cooperação dos países mais “duros” na responsabilização da administração moçambicana mantêm uma parte da sua ajuda fora dos mecanismos de “pooling” em que participam (*MISAU/SDC, 2001, Entrevistas com Cooperação Suíça e Delegação da EU em Moçambique*).

4.3.5 - Mecanismos Sugeridos para Coordenação da Intervenção Estratégica Portuguesa em Formação

Diversas agências bilaterais e multilaterais apoiam já o sub-sector de Formação do Ministério da Saúde. No entanto, à excepção do Brasil, nenhuma outra agência oferece directamente assistência técnica em língua portuguesa.

A proposta de integração da intervenção portuguesa é apresentada na Secção “4.2.2 – Apoio à Formação de Recursos Humanos”. A proposta baseia-se em:

- Possibilidade de intervenção de uma instituição, ou consórcio de instituições, portuguesas, já capacitadas no ramo da formação de formadores em Saúde, com capacidade “de reserva” que lhes permita realizar o conjunto de intervenções com vantagens de custos;
- Que as instituições sejam seleccionadas por concurso público (ver Secção “4.2.4 – Um novo quadro de gestão descentralizada da Cooperação”).

Este modo parece ser o mais adequado ao estágio actual de coordenação das intervenções sectoriais pelo Instituto da Cooperação Portuguesa (ou seu sucedâneo, na reestruturação do sector no MNE português). Os limitados recursos humanos da representação da Cooperação Portuguesa em Maputo não aconselham o envolvimento num “pooling” de recursos financeiros para a Formação (acompanhamento complexo). Apesar destas limitações actuais, estabeleceram-se canais rápidos de comunicação com o Ministério da Saúde moçambicano, que poderão agilizar as fases iniciais de uma intervenção de grande porte.

Sugere-se, pois, uma intervenção directa, sub-sectorial, gerida conjuntamente pelas instituições portuguesas e a administração moçambicana.

A coordenação e integração com a estratégia de saúde (PESS) e os outros doadores devem ser, nesta fase inicial, ainda só do tipo “on-planning” (e não “on-budget”):

- O envolvimento português tem como metas as do próprio Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (em Moçambique), 2001-2010;



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- Através da participação no Grupo de Trabalho do SWAP-Saúde (GT SWAP) a intervenção portuguesa coordenar-se-á com as dos outros doadores sub-sectoriais (Formação), que incluem: reabilitação física de infra-estruturas e instituições de formação; apoio específico em certas províncias; necessidades de formação para programas específicos e reforço da capacidade de gestão, e financiamento de formação no exterior e apoio aos gastos correntes de instituições de formação.

O formato desta integração, pode resumir-se, nas seguintes etapas:

ETAPA	Proposta - Base	PARCEIROS	Referências estratégicas
Definição estratégica	Sequente a este Relatório. Missão Técnica	Coop. Port. / MISAU / GT-Swap	<ul style="list-style-type: none"> • PESS • Pl.Dir.RH. 2001-2010
Financiamento	Avaliação por Missão Técnica	Coop. Port. + Eventuais co-financiamentos (UE?)	Gastos do MISAU / Gastos de Outros Parceiros AID-Moz
Definição de modalidade de execução	Instituições portuguesas seleccionadas por concurso público	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de intervenção definido com MISAU • Resposta perante Instituições moçambicanas 	<ul style="list-style-type: none"> • PESS • Pl.Dir.RH. 2001-2010
Execução	Instituições portuguesas seleccionadas Documento de Projecto. Contrato com IPAD	Inst. Port. Execut. / Coop.Port. / MISAU (DRH-Form)	Programa de intervenção definido com MISAU (Metas / Recursos / actividades / Custos)
Gestão Financeira	Instituições portuguesas seleccionadas	Inst. Port. Execut. / Coop.Port. / MISAU (DRH-Form)	Eventualmente, regras definidas por Contabilidade DNS/MISAU
Acompanhamento e Monitorização	Metas/Indicadores em Documento de Projecto	Inst. Port. Execut. / Coop.Port. / MISAU / GT-Swap	<ul style="list-style-type: none"> • PESS • Pl.Dir.RH. 2001-2010 • Intervenções dos diversos parceiros
Avaliação Final	Metas / Indicadores em Documento de Projecto / Contrato com IPAD	Inst. Port. Execut. / Coop.Port. / MISAU (DRH-Form) /	<ul style="list-style-type: none"> • PESS • Pl.Dir.RH. 2001-2010 • Auto – suficiência da rede de formação moçambicana



A GESTÃO DOS FINANCIAMENTOS EXTERNOS PARA PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE CONTROLE DE DOENÇA E GRUPOS VULNERÁVEIS - Direcção Nacional de Saúde (DNS). PARTICIPAÇÃO PORTUGUESA

Tradicionalmente, no Ministério da Saúde moçambicano, parte importante da Ajuda Externa, bilateral e multilateral, foi dirigida a intervenções técnicas específicas, sendo geridas conjuntamente pelas agências apoiantes e a DNS.

A gestão de financiamentos e recursos exteriores foi inicialmente feita completamente pelas agências externas. Pouco a pouco, algumas experiências introduziram a gestão de parte dos orçamentos pela própria DNS (que incluem, por exemplo, a sub-contratação de entidades locais para realização de tarefas de programas). O crescimento em número e montantes destes fundos levou a DNS à criação de uma contabilidade própria, separada da então Direcção de Administração e Finanças (do MISAU). **A criação desta Contabilidade contou com o apoio de uma Administradora Hospitalar portuguesa, a Dr.ª Deolinda David.**

O sistema de Contabilidade dos financiamentos dos Programas garantiu até agora completa confiança dos doadores nas prestações de contas da DNS. Em 2001, o MISAU decidiu atribuir a esta unidade também a gestão do próprio Orçamento Geral do Estado atribuído à DNS, e, em 2002, a gestão dos financiamentos (internos e externos) para o Departamento Farmacêutico.

A avaliação da oportunidade de coordenação "on-budget" (*Pavignani E. Moving on-Budget, 2001*) considera que os métodos utilizados na DNS são suficientemente rigorosos para poderem ser estendidos a todo o sector Saúde.

A continuidade desta iniciativa parece estar assegurada pela presença de 2 licenciados em Economia moçambicanos.

4.4 - UM NOVO QUADRO DE GESTÃO DESCENTRALIZADA PARA A COOPERAÇÃO?

O actual quadro de gestão descentralizada da Cooperação gera dificuldades de diversa ordem para o IPAD poder cumprir a sua missão institucional:

- A génese e gestão das actividades realizam-se fora do IPAD (Ministérios da Saúde, Defesa Nacional, Finanças, diversas instituições prestadoras de serviços, autarquias, etc.). Resulta, assim, limitada capacidade de influenciar estratégias;
- Elevado número e diversidade de instituições portuguesas intervenientes associam-se a baixa qualidade documental (e enorme variedade de formatos) na execução das intervenções. Resulta insuficiente monitorização e avaliação;



- Contactos interpessoais têm sido predominantes tanto na génese como na execução das intervenções. Vicia a selecção das instituições que obtêm os financiamentos públicos: o grau de discricionariedade é incontrolável e sobrepõe-se à qualidade mensurável.

As recomendações feitas nesta secção, para a reorientação da Cooperação Portuguesa sectorial em Moçambique, sugerem que o IPAD considere os seguintes pontos na definição de mecanismos institucionais para execução das estratégias de cooperação, em conjunto com outros parceiros no Estado Português:

- Os objectivos estratégicos, as necessidades, e os mecanismos de coordenação com os parceiros em Moçambique (administração moçambicana e outros doadores) são sugeridos nas Secções 4.2 e 4.3;
- O Ministério da Saúde português deverá continuar a desempenhar um papel importante no acompanhamento de definições internacionais sobre o papel da APD em Saúde, e assessoria técnica ao MNE na definição de objectivos estratégicos sectoriais;
- A realização das intervenções escolhidas deve ser realizada por instituições seleccionadas por concurso público, aumentando a transparência da selecção e potenciando a qualidade/eficácia das intervenções;
- A redução do número/diversidade de intervenções (devido a concentração estratégica), bem como a separação entre financiador e executor (cumprimento de normas contratuais) possibilitam mais qualidade, sistematização e objectividade na monitorização pelo IPAD;
- Estas regras gerais devem aplicar-se às intervenções co-financiadas pelo Estado Português. A concentração estratégica das intervenções co-financiadas não deve impedir a continuação de outras iniciativas pontuais, as quais devem, no entanto, procurar diversidade de fontes de financiamento (não sobrecarregando o acompanhamento pelo IPAD). As respostas a necessidades de situações de emergência devem ser financiadas pelos fundos próprios disponíveis.

O quadro seguinte procura explicitar a relação entre este conjunto de regras.

Princípios / Propostas	Intervenientes	Consequências
1 Definição de Estratégias <ul style="list-style-type: none">• Áreas de concentração	<ul style="list-style-type: none">• Este Relatório de Avaliação• IPAD- <i>Lis.</i> + Min. Sd. Portugal + Min. Sd. Moçambique• IPAD- <i>Map.</i> + Outros Doadores	Concentração
2 Seleccção de intervenções	IDEM + Missão Técnica	<ul style="list-style-type: none">• Concentração• Explicitação de metas, standards de qualidade, orçamento e indicadores de monitorização
3 Elaboração de Cadernos de Encargos: <ul style="list-style-type: none">• Concurso	Missão Técnica	IPAD- <i>Lis.</i> recorre a Assistência Técnica especializada



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Princípios / Propostas	Intervenientes	Consequências
<ul style="list-style-type: none">• Seleção de executor	IPAD- <i>Lis.</i> + Min. Sd. Portugal (<i>consulta a Min. Sd. Moçambique</i>)	Entidades concorrentes podem incluir ONGD
4 Execução e acompanhamento	<ul style="list-style-type: none">• Entidade executora → Relatórios para IPAD• Informação aos 2 Min. Sd. (Portugal e Moçambique)• IPAD- <i>Map.</i> → informa os Outros Doadores	<ul style="list-style-type: none">• Redução de sedes institucionais• Monitorização por indicadores contratados• Prestação de contas normatizada• Coordenação com outros doadores
5 Avaliação: <ul style="list-style-type: none">• Das intervenções• Da Estratégia	<ul style="list-style-type: none">• IPAD- <i>Lis.</i> + Min. Sd. Moçambique• Assistência Técnica independente	<ul style="list-style-type: none">• IPAD- <i>Lis.</i> Contrata AT independente• Prestação de Contas simultânea a:<ul style="list-style-type: none">MoçambiquePortugalCAD



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

SÍNTESE

O Instituto da Cooperação Portuguesa decidiu realizar uma Avaliação da Ajuda Bilateral Portuguesa no Sector da Saúde em Moçambique na Década de 1990-2000. O presente Relatório é o resultado do trabalho da equipa técnica seleccionada, respondendo aos Termos de Referência dessa Avaliação.

A presente Avaliação abrange a Década de 1990-2000. Durante esta década, Moçambique foi um dos principais receptores da ajuda portuguesa. A cooperação portuguesa com Moçambique, no domínio da saúde, assenta no acordo assinado em 1984, embora as actividades de cooperação neste sector só se tenham intensificado nos últimos anos da década de 90. Estima-se que durante a década foram despendidos cerca de 50 Milhões de Euros no sector Saúde, financiados por diversas entidades portuguesas.

A Avaliação abrangeu um conjunto de critérios recomendados pelo Comité de Coordenação da Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE (CAD): pertinência, redução da pobreza, eficácia, impacto, adequação, coordenação intersectorial para o desenvolvimento, participação comunitária, eficiência e custos, coordenação e complementaridade das instituições portuguesas, coerência interna, coordenação e complementaridade com a administração de saúde moçambicana, actores locais e outras doadores, continuidade e sustentabilidade.

A Avaliação decorreu em Portugal e Moçambique. Para além de documentação referente à execução e financiamento dos projectos e intervenções de entidades portuguesas, foram entrevistados representantes da maioria dessas entidades, bem como os contrapartes moçambicanos e outros interlocutores-chave. A Avaliação incluiu uma deslocação a Moçambique, durante a qual foi possível: a) melhorar o conhecimento do contexto moçambicano e evolução de políticas e estratégias de saúde ao longo da década em análise; b) recolher a opinião das autoridades de saúde moçambicanas sobre o papel da cooperação portuguesa; c) perceber a coordenação da cooperação portuguesa com os outros doadores sectoriais em Moçambique.

A saúde foi identificada, no documento de orientação estratégica "A Cooperação Portuguesa no Limiar do Século XXI", de 1999, como uma das prioridades da Cooperação Portuguesa, com ênfase nos Cuidados de Saúde Primários, enquadrada numa estratégia transversal de redução da pobreza e de reforço institucional. A Cooperação Portuguesa com Moçambique, no campo da Saúde, insere-se no quadro geral dos compromissos com estratégias e objectivos do CAD (Comité para a Ajuda ao Desenvolvimento, OCDE) e procura enquadrar-se, simultaneamente, nas estratégias e objectivos do Plano de Redução da Pobreza Absoluta, de Moçambique.

Por outro lado, a Cooperação Portuguesa com Moçambique, no campo da Saúde, na Década em análise, deve ser contextualizada nos desenvolvimentos que ocorreram em Moçambique, em geral, e no campo da Saúde, em particular. Esta foi a Década que presenciou o fim de um longo período de confrontações armadas em Moçambique, o início da recuperação da economia, a estabilização do Governo e das instituições democráticas, e em que os serviços



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

de saúde foram um contributo indispensável para a redução da pobreza, particularmente rural (estima-se que 70% da população rural vive em pobreza absoluta). Assim, após a pacificação do país, assistiu-se a um incremento das intervenções de entidades portuguesas, bem como a uma diversificação dos tipos de entidades, locais e dos problemas alvo de intervenção.

Portugal como um país com recursos económicos limitados, não aparece como um dos principais doadores no sector da Saúde, em Moçambique. Apesar de Portugal figurar entre as maiores fontes de Ajuda Pública a Moçambique (entre 5º e 7º maior doador, conforme as fontes), o sector Saúde tem um peso relativamente reduzido nessa Ajuda: entre 1998 - 2000, a Saúde apenas foi responsável por 2,3% dos gastos da Ajuda Pública portuguesa (a média da despesa anual em Saúde foi de 0,9 Milhões de Euros, para os anos 1998-2000).

Os problemas de saúde da maioria da população moçambicana ainda estão condicionados pelo ciclo da pobreza. O aumento da cobertura e a qualidade dos Cuidados de Saúde Primários continuam a ser a maior contribuição que o sector da Saúde pode fazer para a redução da pobreza. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) moçambicano, apesar de ter registado nos últimos anos notável aumento de procura de serviços em zona rural (o consumo de consultas passou de 0,36 para 0,83/capita/ano, entre 1993 e 2000), parece ainda necessitar de apoios externos e de entidades não lucrativas que estendam essa cobertura (ainda só há cobertura para aproximadamente 50% da população).

A evolução dos mecanismos de concertação com os parceiros internacionais tem obrigado os dirigentes do Ministério da Saúde (MISAU) a criar capacidades crescentes em planeamento. Constatou-se que, entre 1997 e 2000, o valor anual da Ajuda Externa passou de 62 para 80 Milhões de dólares EUA, dos quais 40% foram dirigidos para investimentos. A parte destes montantes sob administração directa do Ministério da Saúde passou de 37% para 62%, no mesmo período. No entanto, as capacidades de planeamento e gestão a nível local e nas unidades prestadoras são mais limitadas. Por outro lado, verifica-se que as limitações de recursos humanos qualificados são gerais, tanto ao nível da simples prestação de cuidados médicos à periferia, como em disciplinas especializadas necessárias às novas funções de um Estado regulador (e não prestador directo). Neste contexto, começam a ser frequentes os casos de unidades prestadoras que foram recuperadas com programas de investimento e que ficam encerradas por falta de pessoal (em 2001, havia 207 unidades sem pessoal qualificado).

A coordenação entre a administração de saúde e a comunidade doadora tem sido pautada por um pragmatismo relativamente eficaz, e progressivamente exigente, tendo-se criado mecanismos inovadores. Por outro lado, a progressiva descentralização do planeamento e execução de serviços tem permitido o início de múltiplas experiências locais de prestação de cuidados e envolvimento das comunidades, que é paralela ao crescimento do número de ONGD e de outras entidades não lucrativas (das ONG moçambicanas e estrangeiras registadas na plataforma local - LINK - pelo menos 30 trabalhavam no sector Saúde). Neste contexto, a coordenação local torna-se imperiosa.



As entidades envolvidas e as intervenções portuguesas efectuadas podem ser **sistematizadas em três grandes categorias**: a) os projectos com sede institucional bem definida (nas duas partes) - normalmente com objectivos de organização e reforço institucional; b) o Programa Indicativo entre os dois Ministérios da Saúde (pontual, institucional e diversificado); c) ONGD e actuações de emergência normalmente com localização geográfica e capacidades de execução limitadas.

A **gênese** das intervenções portuguesas parece caracterizar-se por uma junção de dois tipos de actuação: a continuidade das intervenções em curso e a resposta pontual às solicitações da administração moçambicana. Os contactos interpessoais (profissionais de saúde com conhecimento mútuo anterior) adquiriram relevância, quer na gênese dos Projectos, quer na definição das actividades e executores, resultando grande dispersão das intervenções, tanto temática como geográfica. Por outro lado, o compromisso individual tem sido determinante na eficácia local das intervenções.

Quanto às **categorias de análise** solicitadas para esta avaliação, os **"RESULTADOS"** podem ser resumidos nos seguintes pontos:

- A maioria das intervenções portuguesas dispôs de **recursos modestos**, resultando em **efeitos limitados**, nas dimensões geográfica, institucional e temporal;
- As intervenções portuguesas relacionadas com a prestação de serviços, demonstraram maioritariamente **eficácia local**, incluindo o efeito de aumento da actividade nos níveis hospitalares de referência local. Inserem-se, por outro lado, num quadro geral de contínuo crescimento do número de serviços prestados pelo serviço público. A maioria das intervenções incluiu formação de recursos humanos locais, desde formação de activistas a pós-graduação médica. O apoio à **formação médica pós-graduada tem maior utilidade individual** do que para a rede pública prestadora (o número de bolseiros moçambicanos em Portugal passou de 5, em 1994, para 24, em 2000)
- Diversas intervenções apresentaram resultados aquém do proposto, por **desadequação de recursos** às necessidades. Do mesmo modo, a retaguarda de apoios organizativos e logísticos foi insuficiente para um bom desempenho durante os tempos de execução de vários projectos;
- Limitações de informação sobre o estado de saúde local (e de poder inferir da causalidade das intervenções portuguesas) impedem a confirmação do **impacto** das intervenções no estado de saúde das populações das áreas. No entanto, a atestar pela elevada pertinência das intervenções (problemas prioritários e grupos vulneráveis) podemos inferir que as intervenções de terreno (nível primário), com aumento de consumo de serviços, estejam a contribuir (embora localizadamente) para a melhoria do estado de saúde das comunidades directamente servidas abrangidas. Podemos ainda constatar que o impacto na capacidade das instituições foi limitado pela escassez de recursos (em quantidade, ou duração das intervenções);



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- A maioria das intervenções portuguesas é considerada **pertinente**, e **coerente** com as políticas de saúde moçambicanas, podendo inferir-se da sua contribuição potencial (embora localizada) para a **redução da pobreza**;
- Constata-se que a escassez de recursos obrigou a uma gestão criteriosa e imaginativa. Na maioria dos casos, os resultados foram obtidos com gastos modestos, sendo particularmente **eficiente** a recuperação de pequenas infra-estruturas periféricas (em Gaza, o custo médio de reabilitação de pequena infra-estrutura de saúde foi de 8.800,00 Euros);
- A mesma modéstia de recursos pode ter estado na base de uma prática habitual de colaboração com as **comunidades** e outras entidades realizando pequenos projectos locais, contribuindo assim para algumas experiências de **desenvolvimento intersectorial**;
- Os Projectos apresentam resultados muito variáveis quanto à **sustentabilidade e continuidade**. O contexto moçambicano ainda tem grandes carências de recursos humanos, para constituírem as contrapartes locais (e têm uma grande rotação nas colocações periféricas), sendo também notórias as limitações orçamentais para uma comparticipação logística, verificando-se ainda algumas fraquezas da administração local e das unidades prestadoras. O caso da Faculdade de Medicina ilustra a importância de dois princípios sobre o papel do receptor para o sucesso da Ajuda ao Desenvolvimento: *a)* a definição dos objectivos institucionais a serem atingidos (baseados numa avaliação de necessidades detalhada); *b)* uma maior coordenação dos apoios externos;
- O conjunto das intervenções portuguesas foi realizado com razoável **coordenação** com o Ministério da Saúde moçambicano e administração **local** de saúde, bem como sinergia de "inputs" com outras entidades externas realizando apoios locais. Já a coordenação entre Cooperação Portuguesa e **outros doadores** é considerada fraca por outros parceiros. O predomínio da negociação pontual e "*ad-hoc*", sobre a coordenação para estratégias abrangentes e de longo prazo, reflectem o carácter reactivo, pontual e personalizado das intervenções portuguesas. Por outro lado, dado o pequeno peso relativo do Sector da Saúde na Cooperação Portuguesa a efectiva coordenação pontual reflecte, e justifica, uma gestão pragmática dos escassos recursos da representação local do Instituto da Cooperação Portuguesa.

No **Ministério da Saúde de Moçambique**, a Cooperação Portuguesa é considerada não apenas de pequeno vulto - pelo volume de recursos - (quando comparado com os mais de 6 milhões de dólares anuais do Reino Unido, Noruega, Suíça e EUA, Portugal fica em 14º lugar, entre os doadores do sector) mas também não sistematizada e desprovida de objectivos e estratégias. O Ministério da Saúde moçambicano expressou ainda o seu desagrado com a não materialização do Programa Indicativo, 1999-2001. Foi também recomendada a definição de estratégias que tenham em conta a maximização de benefícios para as duas partes, com o **aproveitamento da língua portuguesa**, particularmente na área da formação, onde se inclui a assistência técnica com objectivos de ensino.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Os entrevistados do **nível local** (e administrações provinciais) manifestaram uma notória **apreciação pelas intervenções** de assistência técnica e material locais, considerando-as de utilidade prática na manutenção da prestação de serviços (independentemente da sua continuidade).

A Cooperação Portuguesa no Sector Saúde, em Moçambique, na Década de 1990, dada a génese personalizada e dispersa das intervenções, resultou em conjuntos de actividades **sem uma definição estratégica portuguesa**, nem um exercício conjunto de planeamento estratégico com a administração de saúde moçambicana. Uma das consequências desta forma de intervenção é o risco de perder "duas janelas" de oportunidade: o apoio à política do medicamento e a formação de recursos humanos.

O Sector Saúde, em Moçambique, dispõe de **amplios financiamentos provenientes de várias fontes de ajuda pública**, com base nos quais se realizam diversos investimentos em infra-estruturas e reforço da capacidade institucional. No entanto, **a escassez de recursos humanos** permanece o maior obstáculo à expansão da rede prestadora e ao reforço das instituições de suporte dessa rede. Considera-se que **um amplo programa de formação**, dirigido a um número bem definido e delimitado de focos institucionais poderia ser **o melhor contributo da Cooperação Portuguesa** para o desenvolvimento sectorial, e, ainda, uma oportunidade para Portugal ocupar um lugar adequado nos mecanismos de coordenação entre os doadores sectoriais. Os custos deste programa poderão ser reduzidos se for feito um aproveitamento da capacidade residual de instituições portuguesas já dedicadas à área da formação. Este programa deveria constituir **o eixo de articulação da Cooperação Portuguesa** no sector Saúde.

A constituição de programas de Cooperação com sedes institucionais bem definidas em Moçambique, e menos numerosas em Portugal, permitiria, ainda, melhorar os métodos de monitorização (no actual quadro de gestão descentralizada). Paralelamente, esses programas poderiam constituir a base de **cadernos de encargos para concursos públicos de execução**, diminuindo, assim, a discricionariedade interpessoal com que actualmente se estabelecem os acordos e se executam novos projectos.

Termos de Referência

A presente Avaliação da Cooperação Portuguesa no sector Saúde em Moçambique abrange a década de 1990 – 2000. A Avaliação foi efectuada para o Instituto da Cooperação Portuguesa, que elaborou os Termos de Referência.

Segundo os Termos de Referência (TdR):

(Citação) "... A cooperação portuguesa com Moçambique no domínio da saúde assenta no acordo assinado em 1984 e publicado no DR n.º 160, 1ª série, de 12 de Julho de 1984. Contudo, as actividades de cooperação neste sector só se intensificaram nos anos 90, particularmente nos últimos anos...



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

..... Nos anos 90, reflexo do peso das medidas tomadas no quadro de alívio da dívida e da situação de estabilidade política e crescimento económico que o país entretanto conheceu.

A saúde foi identificada, no documento de orientação estratégica “A Cooperação Portuguesa no Limiar do Século XXI”, de 1999, como uma das prioridades da cooperação portuguesa, com ênfase nos cuidados primários de saúde, enquadrada numa estratégia transversal de redução da pobreza e de reforço institucional..” (*Fim de Citação*)

Os TdR definiam os **Objectivos** da Avaliação como:

(*Citação*) “O principal objectivo desta avaliação é conhecer o desempenho da cooperação portuguesa no sector da saúde em Moçambique, tendo como pano de fundo o sistema de saúde moçambicano e a sua evolução, fazendo o levantamento das “lições aprendidas” com vista a promover a qualidade da intervenção portuguesa neste sector.

Outro objectivo é o de verificar a consonância da cooperação portuguesa neste sector com os consensos internacionais sobre o mesmo, nomeadamente os Objectivos Internacionais de Desenvolvimento e seus antecessores, e a forma como a nossa cooperação tem em conta estes objectivos.”(*Fim de Citação*)

Os TdR listavam os seguintes **Resultados** a atingir, com a Avaliação:

(*Citação*) “A avaliação traduzir-se-á:

No levantamento de todos os compromissos assumidos por Portugal, quer ao nível do Programa Indicativo de Cooperação, quer ao nível de protocolos ou outros acordos assumidos no âmbito de visitas de entidades portuguesas a Moçambique e/ou de convidados moçambicanos a Portugal;

No levantamento de todos os projectos e acções executados pela cooperação portuguesa neste sector em Moçambique, no período em análise;

Numa análise da evolução das actividades financiadas pela cooperação portuguesa, tendo em consideração o contexto moçambicano;

Num exame da ajuda portuguesa ao sector da saúde em Moçambique no que respeita à eficácia, eficiência, impacte, relevância e sustentabilidade das intervenções na melhoria do sistema de cuidados de saúde (a todos os níveis) e do nível de saúde dos grupos alvo (devidamente especificados) tendo em consideração as questões da pobreza e do reforço institucional;

Na produção de conclusões, lições aprendidas e recomendações relativas às actividades da cooperação portuguesa neste sector, visando a melhoria da eficácia de intervenções futuras.”

Tal como previsto no TdR, a Avaliação decorreu em três (3) fases: A primeira fase em Portugal que contemplou trabalho essencialmente de gabinete. A segunda fase em Moçambique, que implicou contactos com entidades locais e deslocações aos locais onde se desenvolveram os



projectos. A terceira fase envolveu a análise da informação da 1ª e da 2ª fases e elaboração do relatório final. No final de cada fase foi elaborado um Relatório, cujo conteúdo foi discutido com a maioria das partes intervenientes (portuguesas e moçambicanas) entrevistadas/visitadas e com referência a cada fase.

MOÇAMBIQUE

Moçambique: principais indicadores demográficos e sociais

INDICADORES	1975	1980	1993	1998
Taxa de Natalidade (/1.000)		47.1		43.9
Taxa de Mortalidade (/1.000)		20.7		20.5
Esperança de Vida à Nascimento (anos)			46,4	45,2
Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000)	163			129
Taxa de Mortalidade Materna (/100.000)			1.500	1.100
Taxa de Crescimento Anual da População (%)				2,7 (1994 – 2000)
Taxa de Fertilidade Total (%)			6,5	
Taxa de Pobreza Absoluta Urbana (%)				38
Taxa de Pobreza Absoluta Rural (%)				70
PIB per capita (em Dólares EUA)			90	178
Taxa de Alfabetização de Adultos (%)	22			42
População c/ acesso a Água Potável (%)			33	46

Fontes: PNUD, Relatórios de Desenvolvimento Humano, 1993 e 1999 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento); Moçambique, Instituto Nacional de Estatística, Indicadores e Estatísticas Sociais, 1997-98

Período da Década de 90, pós Acordos de Paz

A Década de 90, em que se centra esta Avaliação, correspondeu em Moçambique, fundamentalmente à Década do fim da Guerra e a ocorrência de diversas modificações na vida económica e política do País, que o fim da Guerra tornou possíveis.

No início dessa Década, a rede formal de serviços de saúde (o Serviço Nacional de Saúde) não era acessível a mais do que 30% da população (*Moçambique, Ministério da Saúde, Avaliação da Estratégia SPT/2000, 1993*). Durante toda a Década presenciou-se um esforço para expandir a cobertura dos serviços, com investimentos na recuperação de infra-estruturas, formação de pessoal, aumento na prestação de serviços e na procura de financiamentos para toda este conjunto de intervenções.

Apesar do esforço de reconstrução desenvolvido por todos os sectores, e da recuperação económica do País, Moçambique ainda ocupava, em 1999, o 169º lugar na classificação de Desenvolvimento Humano da ONU. Apesar do esforço efectuado, o Plano Estratégico para o Sector Saúde, ainda apontava como principais determinantes do estado de saúde/doença da população moçambicana:

- Baixa educação, ruralidade, má nutrição, ambiente físico-biológico desfavorável
- Iniquidade no acesso a cuidados de saúde
- Grupos vulneráveis: mulheres, crianças, pobres (e os deslocados, no início da década)
- Um SNS com deficiências sérias de funcionamento:



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- Baixo moral do pessoal; poucos equipamentos; falta de consumíveis; falta de supervisão
- Sobrecarga de serviços nos Hospitais (resultantes das limitações da rede periférica)
- Baixa capacidade de gestão devido à centralização dos serviços e à baixa qualificação dos recursos humanos

Assim, o estado de saúde da população moçambicana é determinado pelo somatório dos problemas habituais em países tropicais com baixo nível de desenvolvimento (e.g. elevada fertilidade, doenças transmissíveis, carências nutricionais), da eclosão da epidemia do VIH, e dos problemas particulares de guerras arrastadas (saúde mental, famílias desmembradas, maior vulnerabilidade de todos os grupos já anteriormente de risco, amputados, etc.).

A meio da década, considerava-se que Moçambique tinha dados passos positivos para melhorar o desempenho do SNS e reduzir as desigualdades. Mas, tais realizações tinham enfrentado muitas limitações, desde as orçamentais e de recursos humanos, às de capacidade organizativa (incluindo a presença massiva de organizações de ajuda externa). Por outro lado as falhas de supervisão e logística agravaram o isolamento geográfico das unidades de saúde de nível primário, com consequentes problemas na qualidade dos serviços.

As realizações da Década de 90

A Década de 1990-2000 presenciou uma impressionante recuperação da capacidade de prestação de serviços pelo SNS:

COBERTURA PELO SNS, CONSULTAS E PARTOS, 1993 - 2000

	1993	2000
N.º Consultas no SNS / Capita	0,36	0,83
Taxa de Cobertura a Partos Assistidos	26%	40%
N.º Consultas Externas no SNS	6.252.937	14.350.856

Fontes: Departamento de Planificação, Ministério da Saúde de Moçambique, 2001

Mais importante que o simples crescimento global do número de serviços, foi a recuperação do papel da rede de saúde periférica rural, e a **redução de desigualdades** no consumo de serviços.

Na década referida, o volume do **financiamento para o SNS** teve felizmente, um crescimento, tanto da ajuda externa, como do Governo. A partir de 1997, o financiamento total para o sector (gastos correntes e investimentos) atingiu os 100 milhões de dólares anuais, dos quais aproximadamente 60% foram destinados a despesas de funcionamento.

A profundidade da diferença entre financiamento disponível e necessidades razoavelmente satisfeitas pode ser expressa nos seguintes valores estimativos:

- Entre 1995-97, o gasto per capita/ano em Saúde foi da ordem dos 4-6 Dólares EUA (dos quais uns 60-70% resultantes de Ajuda Externa)
- O Banco Mundial estimava (na mesma altura) que o gasto para um pacote mínimo de cuidados abrangentes para a África Sub-Sahariana seria de aproximadamente 13,22 Dólares EUA, per capita / ano



A COOPERAÇÃO PORTUGUESA NO SECTOR SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

O peso relativo da ajuda portuguesa a Moçambique

Os valores (em termos financeiros) da APD portuguesa em Moçambique variam ligeiramente, conforme a fonte de informação: no período 1998-2000, as estatísticas da CEE sugeriam valores médios de 38.6 milhões de Euros anuais de financiamento total, enquanto o CAD referia para o mesmo período um montante anual médio de 46,7 milhões de Euros.

No período em análise, Portugal não aparece como um dos principais doadores no sector da saúde. A sua contribuição relativamente a outros países é baixa, com 0.9 milhões de Euros (média anual).

Financiamentos totais e no sector da saúde por país em milhões de Euros: Média anual entre 1998-2000. Estimativas da CEE e do CAD

PAÍS	FINANCIAMENTO GLOBAL				Valores CEE
	Valores CAD - milh. Euros	Posição País	Valores CEE - milh. Euros	Posição País	Financ. Saúde
Reino Unido	61,2	2º	54.6	2º	7.9
Noruega	40,1	9º	39.6	6º	7.4
Suíça	21,1	12º	19.8		6.9
USA	84,9	1º	44.1	4º	6.7
Holanda	50,5	4º	44.7	3º	4.8
Comunidade			87.8	1º	4.2
Finlândia	12,5	14º	12.2		3.2
Espanha	14,2	13º	10.0		2.7
Irlanda	10,8	16º	12.1		2.2
Itália	41,3	7º	16.0		2.2
Dinamarca	47,3	6º	35.0		2.1
França	27,5	11º	14.8		1.3
Alemanha	58,8	3º	32.6		1.0
Portugal	46,7	5º	38.6	7º	0.9
Canada	10,4	15º	12.4		0.6
Suécia	42,3	8º	41.6	5º	-
Áustria	4,5	18º	3.9		-

Fontes: adaptado de documento não classificado, Escritório da Comissão Europeia em Maputo, 2001 e Revisão de valores do CAD, CEA/IPAD, Out/2002

Do gasto médio anual total feito por Portugal em Moçambique, a Saúde apenas foi contemplada com 2.2%. Os sectores em que houve maior contribuição portuguesa foram a Educação com 14.7% do total do financiamento e as “Acções relacionadas com a Dívida”, com 61%.

Financiamento português: alguns sectores (em milhões de Euros)

SECTORES	MÉDIA 1998-2000	%
EDUCAÇÃO	6.023.773	12,9
SAÚDE	1.035.700	2,2
GOVERNO E SOCIEDADE CIVIL	409.987	0,9
COMUNICAÇÕES	3.578.777	7,7
AGRICULTURA	453.982	1,0
VI - ACÇÕES RELACIONADAS COM A DÍVIDA	28.538.821	61,0
VII - AJUDA DE EMERGÊNCIA	599.969	1,3
IX - APOIO AS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS	241.374	0,5
TOTAL GERAL	46.769.773	

Fonte: ICP/EPA (Out/2002)



PROJECTOS E PROGRAMAS – ALVO DESTA AVALIAÇÃO

Muita da informação factual sobre a qual se baseou a qualificação dos critérios de avaliação foi obtida de observação e documentação sobre os seguintes Projectos e Programas sectoriais:

PROJECTOS (1990-2000)	ENTIDADES RESPONSÁVEIS
Programa Indicativo entre os dois Ministérios da Saúde: bolsas, assistência técnica, evacuação de doentes	Ministério da Saúde: antigo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS)
Reabilitação e reequipamento do Laboratório de Patologia Clínica do Hospital Militar do Maputo	Ministério da Defesa Lisboa
Projecto Cooperação Sanitária na Província de Niassa	ONG África Solidariedade / FIAMC
Projecto Emergência na Cidade da Beira	ONG Saúde em Português
Projecto Matola/Educação para a Saúde	Município de Loures (promotor) ONG Saúde em Português (executor)
Projecto Saúde e Nutrição (Banco Mundial): componentes Gestão Hospitalar e Apoio à Direcção Nacional de Saúde	Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)
Projecto Comunitário para a construção de um Posto de Saúde Pública, em Trevo – Matola	Cruz Vermelha Portuguesa
Projecto de Cooperação Portuguesa em Cuidados Primários – Província de Gaza – 1ª Fase	Administração Regional de Saúde do Centro
Projecto de Apoio à Faculdade de Medicina de Maputo – Apoio às Ciências Básicas da Medicina	Instituto Marquês de Valle Flôr
Projecto de Apoio à Política da Farmácia e do Medicamento	INFARMED
Projecto de Desenvolvimento Comunitário Inter-sectorial em Niassa- Projecto Integrado	OIKOS

CATEGORIAS DE ANÁLISE

De acordo com os termos de Referência, foi colhida e sintetizada informação para as seguintes categorias de análise:

- Eficácia
- Adequação
- Eficiência
- Impacto
- Pertinência
- Sustentabilidade



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- Coerência Interna
- Coerência Externa
- Coordenação (com as autoridades moçambicanas)
- Complementaridade e coordenação (entre as actividades dos diferentes actores da cooperação portuguesa no sector Saúde)
- Complementaridade e coordenação (entre a cooperação portuguesa e outros doadores)
- Participação Comunitária
- Eficácia Social do SNS moçambicano
- Coordenação inter-sectorial para o Desenvolvimento
- Impacto sobre o ambiente e reforço institucional
- Contribuição para a redução da pobreza

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O contexto moçambicano, no Sector da Saúde, com que a Ajuda Bilateral Portuguesa deve contar, caracteriza-se a médio prazo por:

- Grande carência de recursos para o normal funcionamento do sistema público prestador, que tem de realizar um papel fundamental na contribuição para a redução da pobreza (utilização pela maioria da população em situação de pobreza absoluta). As consequências mais directas desta carência, para a Ajuda Externa ao Desenvolvimento, são: *a)* que toda a ajuda será pontualmente bem recebida; *b)* que poderá continuar a haver elevado número de fontes de ajuda externa a operar no sector Saúde, exigindo elevado grau de coordenação entre estas fontes; *c)* que tanto a carência de recursos como o número elevado de fontes de ajuda externa requerem continuação do reforço institucional, em particular nas vertentes de planeamento, gestão e avaliação de estratégias e programas de saúde;
- Problemas de saúde maioritariamente relacionados com a pobreza (agora agravados com os custos elevados do tratamento dos doentes com VIH). O facto de à carência de recursos do SNS se associar a pobreza dos utentes e a extensão de cobertura pelo Serviço Nacional de Saúde (entidades públicas e não lucrativas), em particular do nível primário, ser fundamental para que se concretize a contribuição sectorial para a redução da pobreza;
- O SNS cresceu na década 1990-2000, particularmente na prestação de serviços nas zonas rurais desfavorecidas pela guerra anterior. Este reforço de capacidade prestadora contou com o crescimento do número de entidades não governamentais que realizam intervenções locais: as ONGD portuguesas que vão continuar a operar localmente devem identificar estes diversos parceiros locais, para que se obtenha maior efectividade e complementaridade. A capacidade de planeamento e gestão melhorou a nível central, mas é ainda incipiente a nível local e dos hospitais. As futuras intervenções de reforço institucional devem ter em conta esta debilidade e o esforço de crescimento não deve comprometer a prestação de serviços actuais.

1 - AVALIAÇÃO GLOBAL DA COOPERAÇÃO PORTUGUESA

A ajuda pública portuguesa ao Sector Saúde em Moçambique é considerada modesta, quando comparada com outros doadores.



Para além da limitação em volume, a Cooperação Portuguesa parece **não ter tido objectivos estratégicos de utilidade para as duas partes** (moçambicana e portuguesa), parecendo reger-se por **um misto de “actividades anteriores que funcionaram” e aproveitamento “ad-hoc” de oportunidades (identificadas por indivíduos)**. Os exercícios de planeamento que antecederam os “Programas Indicativos” acordados entre os dois Ministérios da Saúde ao longo da Década de 90 parecem ser pontuais e virtuais.

O Programa Indicativo assinado entre os dois Ministérios da Saúde, em 1999, parece ter constituído o único exercício de planeamento para um pacote de intervenções de maior envergadura. No entanto, este Programa Indicativo, foi aprovado no mesmo período em que se restringiam as disponibilidades orçamentais. Além disso, a dispersão proposta por actividades e localizações geográficas, parece apontar no sentido de que faltou também a este exercício um sentido de estratégia, que veio a resultar no quase completo incumprimento do mesmo.

Se adicionarmos a estas fraquezas institucionais **a baixa qualidade documental** produzida, **também parece difícil fazer uma correcta e regular monitorização e avaliação das actividades** com financiamento aprovado. Ou seja, a avaliação que as instituições governamentais portuguesas devem fazer face aos órgãos de soberania, sobre os resultados da sua ajuda externa sectorial (aplicação do dinheiro dos contribuintes), também podem tomar carácter de virtualidade.

A fraqueza dos exercícios de planeamento *ex-ante* das intervenções da Cooperação Portuguesa em Saúde, em Moçambique (ou, pelo menos, a falta do sentido estratégico e de reforço institucional) é expressa pelo **fraco aproveitamento de duas “janelas de oportunidade”**: a área do Medicamento e a área da Língua Portuguesa, como veículo de intervenção a vários níveis.

As intervenções de reforço institucional pecaram pela limitação de recursos e pela desadequação da duração da intervenção. A **limitação temporal** do Projecto ENSP associou-se a rotação elevada das contrapartes nacionais, resultando (no caso do HCM) na perda quase completa dos “inputs” investidos.

A formação médica pós-graduada ocupa uma parte substancial dos gastos e tempo dos funcionários de ambos os lados. Quer seja pela facilidade da formação em português, quer seja pela facilidade de ligação com indivíduos dentro das instituições de treino, **os técnicos moçambicanos continuam a procurar oportunidades de formação em Portugal.**

Mas, todo o programa de formação médica pós-graduada, apesar de baseado no Programa de Pós-Graduação do MISAU, **não tem resultados visíveis de curto prazo na auto-suficiência de instituições moçambicanas: a utilidade parece continuar a ser maior para os indivíduos do que para as instituições.**

As intervenções das **ONGD** apresentam grande **diversidade**, quer nos objectivos operacionais (actividades), quer na capacidade técnica com que procuram responder, quer nos modos como se procuram integrar (e coordenar com outras entidades) no contexto específico local.

Quanto ao Projecto de Apoio à Província de Gaza, fica-nos a impressão de que a fragilidade do apoio de planeamento e gestão do Ministério da Saúde português só foi salvo pela imaginação e dedicação das pessoas no terreno.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

O Projecto de Apoio ao Sector Farmacêutico encontrou a entidade portuguesa certa (pela qualidade técnica e pela similaridade entre os contextos português e moçambicano). Contudo, o projecto foi iniciado sem recursos orçamentais e sem um Documento de Projecto explícito. Felizmente, a qualidade dos técnicos do INFARMED e a permanência em Moçambique de elementos experientes nesta área, permitiu até agora definirem-se as actividades mais apropriadas para cada etapa.

O projecto de apoio à **Faculdade de Medicina** parece ter-se tornado (sem qualquer desígnio institucional antecipado) a **história de sucesso** do apoio português. Os resultados de curto prazo (crescimento do número de alunos em formação actual) e os de longo prazo (quase auto-suficiência docente nas disciplinas básicas, capacidade física do edifício, quantidade de publicações científicas) atestam que esta instituição cresceu rapidamente e criou mecanismos internos de gestão (e visibilidade para continuar a atrair ajuda externa) que não fazem prever uma paragem do processo. O segredo esteve na própria instituição receptora: *a)* houve um plano anterior à entrada em cena dos vários projectos de ajuda; *b)* as múltiplas intervenções da ajuda externa foram coordenadas pela própria instituição.

Apesar das limitações de organização estratégica e inter-institucional, as instituições portuguesas escolhidas para executoras das intervenções demonstraram capacidade técnica para os objectivos previstos. Considera-se que poderiam ter sido aproveitadas as experiências de trabalho de maior duração e em áreas de maior inovação, para preparação de materiais para publicação em revistas científicas. Contudo, **nenhuma publicação** baseada no trabalho em Moçambique é conhecida, com excepção de uma comunicação da “África Solidarietà” (Cooperação Sanitária no Niassa) ao Congresso Mundial da FIAMC.

2. - ALGUMAS RECOMENDAÇÕES PRELIMINARES

2.1 - Premissas Para Uma Nova Forma de Cooperação

A ajuda externa ao Sector Saúde em Moçambique tem-se mantido em níveis elevados de investimento e formas progressivamente mais exigentes e eficazes de coordenação. Os apoios económicos de diversos parceiros bilaterais e de investimentos em crédito, perfazem quantitativos anuais da ordem dos 50 milhões de dólares americanos. Parece que não é necessário que mais um parceiro venha acrescentar a lista de doadores em equipamentos, infra-estruturas ou equipas técnicas. Mesmo que tal fosse necessário, Portugal não teria essa capacidade financeira.

Em Moçambique, o que começa a ser relatado, é que as Unidades recuperadas se mantêm encerradas por falta de pessoal (*vejam-se as entrevistas com GACOPI, U.E., DFID e DPS Gaza, em Anexo ao Relatório da Missão a Moçambique*).

Por outro lado, o MISAU aponta à Cooperação Portuguesa o facto de esta ser pouco significativa e desorganizada: sem um quadro estratégico, nem objectivos e metas.

Ao mesmo tempo, várias entidades lembram que a língua portuguesa continua a ser o veículo de formação (pré e pós-graduada) mais apropriado para a maioria dos técnicos moçambicanos.

Apesar de alguma formação (principalmente pós-graduada na área médica) acontecer anualmente, esta surge na sequência de contactos individuais, e sem visibilidade institucional.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

A **Formação**, aproveitando a **vantagem da língua portuguesa**, poderia constituir não só **um eixo de articulação para um número reduzido de projectos de reforço institucional**, com óbvios benefícios para Moçambique, mas também um factor **complementar** ao esforço de outras fontes de ajuda externa, e igualmente importante (embora com menores custos).

2.2 - Apoio ao Programa Global de Formação de Recursos Humanos: Intervenção Estratégica da Cooperação Portuguesa, em Moçambique

JUSTIFICAÇÃO

O sector Saúde em Moçambique dispõe de um plano de desenvolvimento de recursos humanos iniciado em 1993, e que vai até 2003. Esse plano, de acordo com uma avaliação realizada em 1999, apresentava um défice de produção de 40%. A epidemia de VIH veio agravar o quadro. A formação existente não consegue as perdas e não permite a extensão da rede prestadora. Parte das razões do défice de formação prendem-se com as limitadas capacidades (quantidade e qualidade) dos actuais centros de formação.

AS NECESSIDADES

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH) desenhado para a década 1992-2000 (*Gish/STC-WBk, 1992*) foi avaliado em 1999 (*Moçambique, Ministério da Saúde/UNDP, 1999*) e um novo documento estratégico aprovado para a década 2002-2010 (*MISAU/DRH-Form, 2002*).

As necessidades em Recursos Humanos para o funcionamento da rede sanitária moçambicana são determinadas: a) pelo crescimento populacional; b) pela expansão da rede física e maior acesso (na década 2002-2010 são previstos 4 novos Hospitais Rurais, e 101 Centros de Saúde); c) pelo aumento do consumo individual de cuidados, por aqueles com acesso regular. Estas necessidades adicionam-se às carências já actualmente sentidas: em 2001, 207 unidades sanitárias de nível primário não tinham pessoal qualificado. Estima-se que ao longo da década actual, perder-se-ão cerca de 1/3 dos profissionais qualificados de saúde (aproximadamente 2200), prevendo-se 3,6% de perdas, por ano, atribuídas ao problema do SIDA.

O investimento feito na reabilitação dos centros de formação (mais de 15 milhões de Dólares EUA) e a disponibilidade de um financiamento do Banco Mundial para apoio ao funcionamento destes centros nas províncias (custos de professores e funcionamento de locais de estágio) permitiram aumentar a capacidade de formação nos últimos anos da década.

Apesar deste esforço, faltam médicos especialistas, e pessoal do nível básico. Para além disto, parecem manter-se alguns desajustes entre programas de ensino, carreiras e tarefas (tanto no nível primário, como em ambiente hospitalar). A supervisão é limitada e associa-se a fraca gestão dos locais de trabalho, resultando frequentes procedimentos de baixa qualidade.

A RESPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE MOÇAMBICANO

A rede de centros de formação é constituída por:



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

- 4 Institutos de Ciências de Saúde (níveis Básico e Médio, Médio – Especializado em Maputo)
- 6 Centros de Formação (nível Básico)
- 4 Centros Provinciais de Formação Elementar

Em relação ao ICS de Maputo está previsto que, a curto prazo, deverá passar a Instituto Superior de Ciências de Saúde, com os seguintes objectivos:

- formação de formadores
- formação de pessoal para gestão
- formação superior e especializada para as actuais carreiras paralelas do sector

As principais limitações da rede de formação são:

- Qualidade e número de formadores
- Organização, capacidade material e docente dos locais de estágio
- Bibliografia e outro material didáctico (em português)

Durante a última década (1990-2000), o sub-sector de Formação atraiu o apoio de diversas instituições externas, que se prevê continuar nos próximos anos.

PAPEL QUE PODE SER DESEMPENHADO POR PORTUGAL

Os responsáveis do sector entrevistados foram unânimes em considerar que um apoio da Cooperação Portuguesa neste sub-sector teria a máxima utilidade se orientado para as seguintes prioridades:

- Apoio à Formação de Formadores – docentes
- Mais especificamente, apoio ao arranque de funcionamento do Instituto Superior de Ciências de Saúde
- Organização dos locais de estágio, dos vários Institutos e Centros de Formação
- Fornecimento de largas quantidades de material bibliográfico – standard para os cursos (listas disponíveis na DRH-MISAU) e outro material didáctico, em português
- Participação na iniciativa de longo prazo na formação de pessoal de saúde sobre VIH/SIDA

Constata-se ainda que para que uma intervenção portuguesa tenha a máxima efectividade, é necessário garantir que o problema da retoma de um nível aceitável de funcionamento dos locais de estágio seja resolvido. O montante do financiamento necessário e a complexidade logística nesta área não aconselham que Portugal se envolva, nesta fase, devendo outros parceiros de maior capacidade financeira e logística gerir este processo.

INTERVENÇÕES COMPLEMENTARES NA ÁREA DA FORMAÇÃO

Algumas actividades de Formação são já tradicionais (pós-graduação médica) ou começaram a ser discutidas recentemente, criando algumas expectativas na parte moçambicana (Mestrado em Saúde Pública e apoio ao Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário).

A sua interrupção sob o pretexto de não se enquadrarem nas propostas de capacitação da rede de formação geral poderá criar bloqueios de comunicação e repetir sentimentos de frustração já



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

experimentados pelos responsáveis moçambicanos do sector, em relação à Cooperação com Portugal..

a) A Pós-Graduação Médica

O apoio à pós-graduação médica pode sair do centro das atenções, mas não deve ser marginalizado, nem diminuído o seu financiamento. A premissa mais importante para que se obtenha o maior benefício possível é continuar, como até agora, a pedir garantias da administração de Saúde moçambicana que os candidatos propostos se enquadram no plano global de desenvolvimento do sector, ou na capacitação institucional de áreas prioritárias.

Para a monitorização do efeito deste esforço em Moçambique é importante que se obtenha, aproximadamente a meio da década de 2000-2010, informação sobre:

- Disponibilidade de médicos moçambicanos especialistas nos hospitais e administração de saúde, fora de Maputo
- Consequente redução do peso relativo das necessidades de assistência técnica estrangeira nesses mesmos locais
- Grau de auto-suficiência atingida por focos específicos de actividade (serviços clínicos, institutos, etc.)

b) O Mestrado em Saúde Pública

Pelo impacto potencial na gestão dos programas de Saúde Pública e da rede sanitária global de Moçambique, este Mestrado pode ser um investimento pertinente. Se os “custos” de execução forem limitados, a relação “custo/benefício” será favorável, e a iniciativa deve continuar a merecer apoio oficial português.

c) O Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS)

Apesar do atractivo multinacional do CRDS, esta é uma instituição “de risco”. Qualquer intervenção portuguesa nesta instituição deve ser precedida de consulta a documentos de eventuais avaliações recentes do seu desenvolvimento organizacional, e da dinâmica de diferentes interesses dos parceiros, que tão frequentemente no passado recente fizeram fracassar propostas de crescimento. O limitado desenvolvimento de capacidade docente do CRDS em 15 anos, não oferece as melhores garantias de que a instituição seja capaz de coordenar as intervenções de diversas fontes de Ajuda Externa, nem de ser consistente num programa de desenvolvimento interno.

2.3 - A formação em áreas específicas, como parte de programas de reforço institucional

Cardiologia: o ICOR e o Serviço de Cardiologia do Hospital Central de Maputo

Duas instituições moçambicanas (as duas em Maputo) são alvo, nos últimos anos, de intervenções de entidades portuguesas:

- O Instituto do Coração (ICOR), entidade privada não lucrativa, apoiado (entre outros) pelo Centro de Cirurgia Cardíaca dos Hospitais da Universidade de Coimbra



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

- O Serviço de Cardiologia do Hospital Central de Maputo (HCM), apoiado pelo Serviço Clínico de Cardiologia do Centro Hospitalar dos Covões – Coimbra

As instituições apoiantes portuguesas:

- São ambas sediadas em Coimbra
- Ambas fornecem um misto de serviços de: a) referência de doentes; b) ida de missões técnicas a Moçambique; c) formação de profissionais moçambicanos em Portugal.

O reforço das capacidades de ambas as instituições moçambicanas parece útil para problemas importantes de saúde da população moçambicana, pelo menos a urbana. Escolher uma das instituições, em detrimento da outra, pode comprometer a colaboração útil que se iniciou recentemente.

Sugere-se que as duas instituições portuguesas preparem um programa conjunto, de apoio às duas instituições moçambicanas contrapartes, complementando as capacidades médicas e cirúrgicas de cada uma delas.

2.4 Outras Recomendações para a Continuação da Actual Cooperação

Evacuação de doentes

Caso o MISAU insista na utilidade deste programa, este deveria ter algumas modificações de organização e definição de princípios de utilidade pública.

3 - COORDENAÇÃO COM OUTRAS FONTES DE AJUDA EXTERNA EM MOÇAMBIQUE (SAÚDE): EXIGÊNCIAS DE UMA INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA E FOCALIZADA

INTRODUÇÃO. JUSTIFICAÇÃO

A principal Recomendação formulada neste Relatório é a de concentrar a Ajuda Oficial Portuguesa no reforço da capacidade da rede de formação de pessoal geral para a prestação de serviços no SNS moçambicano.

Também se salienta que tal concentração obriga a encontrar mecanismos de coordenação das intervenções portuguesas quer com o Ministério da Saúde (o Plano Director de Formação 2001-2010, e o papel crítico deste no PESS), quer com os outros grandes doadores que investem quer na reabilitação física da rede sanitária e dos Institutos de Formação, no apoio a Programas Específicos de Controle da Doença e no Reforço da Capacidade de Gestão.

A EVOLUÇÃO DA AJUDA EXTERNA NO FINAL DA DÉCADA DE 1990

Entre 1997 e 2000, a Ajuda Externa ao sector Saúde, em Moçambique, continuou a beneficiar de amplos recursos (o maior receptor sectorial) e de uma grande variedade de parceiros (entre 24–28 agências), atestando o interesse pelo País, e pelo sector: 62 Milh. Dól. EUA, em 1997, e 80 Milh. Dól. EUA, em 2000 (MISAU/SDC, 2001) .



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

A parte destes financiamentos (donativos e empréstimos) administrada directamente pelo MISAU moçambicano passou de 37 para 62%, entre 1997 e 2000.

No entanto, a capacidade de absorção da Ajuda Externa parece limitada, reflectindo-se num crescimento por ano progressivamente menor, da Ajuda atribuída. Será necessário financiar mais investimentos e ter maior capacidade de gestão (na contraparte moçambicana) para que essa capacidade de absorção aumente.

Avaliação dos Mecanismos de Coordenação da APD Experimentados em Moçambique (Saúde): Pooling, SWAP, On-Budget

A avaliação dos mecanismos concluiu que ainda existem fraquezas na garantia destas pré-condições: nos métodos e sistemas de planeamento, na insuficiente identificação das prioridades, na qualidade da informação disponível para monitorização, na inventariação de recursos.

No entanto, todos os esforços de coordenação bem sucedidos em sub-sectoros constituem não apenas ensinamentos, mas resultados práticos positivos na diminuição do caos historicamente instalado:

Mais recentemente, o debate prático, em Moçambique, passou para a da integração de parte substancial dos orçamentos das fontes de Ajuda Externa no orçamento geral do Ministério da Saúde moçambicano: apoio “**on-Budget**”.

No entanto, as exigências do Apoio “on-Budget” são muito maiores.

A avaliação recente á viabilidade deste mecanismo concluiu que, apesar de não haver ainda evidências empíricas (em Moçambique – outros sectores, outros países) para tomar posição quanto ao “on-Budget”, será provavelmente a única via para se ultrapassar a actual fragmentação dos apoios externos e desresponsabilização da administração moçambicana.

As Posições Actuais dos Grandes Doadores do Sector Saúde, em Moçambique: Aderência às Sugestões de Coordenação

Os grupos de doadores sectoriais (Saúde) importantes demonstram inclinação para certos tipos de mecanismos de ligação entre si e com a administração de Saúde.

Mesmo as agências de Cooperação dos países mais “duros” na responsabilização da administração moçambicana mantêm uma parte da sua ajuda fora dos mecanismos de “pooling” em que participam.

Mecanismos Sugeridos para Coordenação da Intervenção Estratégica Portuguesa em Formação

Diversas agências bilaterais e multilaterais apoiam já o sub-sector de Formação do Ministério da Saúde. No entanto, à excepção do Brasil, nenhuma outra agência oferece directamente assistência técnica em língua portuguesa.

A proposta de integração da intervenção portuguesa baseia-se em:



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

- Possibilidade de intervenção de uma instituição, ou consórcio de instituições, portuguesas, já capacitadas no ramo da formação de formadores em Saúde, com capacidade “de reserva” que lhes permita realizar o conjunto de intervenções com vantagens de custos
- Que as instituições sejam seleccionadas por concurso público

Os limitados recursos humanos da representação da Cooperação Portuguesa em Maputo não aconselham o envolvimento num “pooling” de recursos financeiros para a Formação (acompanhamento complexo).

Sugere-se, pois, uma intervenção directa, sub-sectorial, gerida conjuntamente pelas instituições portuguesas e a administração moçambicana.

A coordenação e integração com a estratégia de saúde (PESS) e os outros doadores deve ser, nesta fase inicial, ainda só do tipo “on-planning” (e não “on-budget”):

- O envolvimento português tem como metas as do próprio Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (em Moçambique), 2001-2010;
- Através da participação no Grupo de Trabalho do SWAP – Saúde (GT SWAP) a intervenção portuguesa coordenar-se-á com as dos outros doadores sub-sectoriais (Formação), que incluem: reabilitação física de infra-estruturas e instituições de formação, apoio específico em certas províncias, necessidades de formação para programas específicos e reforço da capacidade de gestão, financiamento de formação no exterior e apoio aos gastos correntes de instituições de formação.

4 - UM NOVO QUADRO DE GESTÃO DESCENTRALIZADA PARA A COOPERAÇÃO?

O actual quadro de gestão descentralizada da Cooperação gera dificuldades de diversa ordem para o IPAD poder cumprir a sua missão institucional:

- A génese e gestão das actividades realizam-se fora do ex-ICP, actual IPAD. Resulta, assim, limitada capacidade de influenciar estratégias.
- Elevado número e diversidade de instituições portuguesas intervenientes associam-se a baixa qualidade documental (e enorme variedade de formatos) na execução das intervenções. Resulta insuficiente monitorização e avaliação.
- Contactos interpessoais têm sido predominantes tanto na génese como na execução das intervenções. Vicia a selecção das instituições que obtêm os financiamentos públicos: o grau de discricionabilidade é incontrolável e sobrepõe-se à qualidade mensurável.

As recomendações feitas para a reorientação da Cooperação Portuguesa sectorial em Moçambique, sugerem que o IPAD considere os seguintes pontos na definição de mecanismos institucionais para execução das estratégias de cooperação, em conjunto com outros parceiros no Estado Português:



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

- Os objectivos estratégicos e as necessidades/mecanismos de coordenação com os parceiros em Moçambique (administração moçambicana e outros doadores) são definidos *à priori*.
- O Ministério da Saúde português deverá continuar a desempenhar papel importante no acompanhamento de definições internacionais sobre o papel da APD em Saúde, e assessoria técnica ao MNE na definição de objectivos estratégicos sectoriais.
- A realização das intervenções escolhidas deve ser realizada por instituições seleccionadas por concurso público, aumentando a transparência da selecção e potenciando a qualidade – eficácia das intervenções.
- A redução do número/diversidade de intervenções (devido a concentração estratégica), bem como a separação entre financiador e executor (cumprimento de normas contratuais) possibilitam mais qualidade, sistematização e objectividade na monitorização pelo IPAD.
- Estas regras gerais devem aplicar-se às intervenções co-financiadas pelo Estado Português. A concentração estratégica das intervenções co-financiadas não deve impedir a continuação de outras iniciativas pontuais, as quais devem, no entanto, procurar diversidade de fontes de financiamento.



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

AGRADECIMENTOS FINAIS:

Durante uma Segunda viagem a Maputo, para discussão de versão preliminar deste Relatório, foi possível recolher opiniões que influenciaram as “Recomendações” acima apresentadas. Foram particularmente pertinentes os encontros com:

Ministério da Saúde: Dr.^a Filomena Zimba (Secretária Permanente); Dr.^a Francelina Romão (responsável do Gabinete do Género); Dr.^a Deolinda David (Contabilidade de Projectos e OGE na Dir. Nacional de Saúde); Dr. Lucas Gulube (Assessor do Ministro); Dr. Ricardo Trindade (Director, Direcção de Recursos Humanos/Formação); Dr. Ferrucio Vio (Assessor DRH/ Form.)

Doadores em Saúde: Dr.^a Lisa Stensrud (Emb. Noruega); Dr.^a Fátima Ali (Cooperação Suíça); Sr.^a Jenny Eklund (Delegação UE)

Deleg. IPAD/Maputo: Dr.^a Inês Alves Teixeira; Dr.^a Sara Martins

Versões preliminares da 1^a e 2^a Fases, bem como do Relatório Final, foram atenciosamente revistas e comentadas por representantes das entidades portuguesas envolvidas no Sector Saúde em Moçambique, bem como de representantes das contrapartes moçambicanas e administração de Saúde moçambicana. Se este Relatório contribuir de algum modo para melhorar o desempenho da Ajuda Portuguesa sectorial em Moçambique, boa parte do mérito caberá a essa colaboração.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA GERAL

Banco Mundial (1996). *Para uma Saúde Melhor em África. As Lições da Experiência*. Tradução do Ministério da Saúde e Fundação Gulbenkian, (edição inicial em inglês, 1994) Lisboa.

Batley, R (2002). *Mozambique. A Country Case Study*. Relatório para a DAC Task Force on Donor Practices. Setembro.

CAD (1996). *Shaping the 21st. Century. The role of Development Cooperation*. May.

CAD (sem data). *Informal Network on Institutional and Capacity Development: Sector-Wide Approches, Multi-sectoral Approaches and Partnership* (Issues paper-internet).

Cliff J. et al (2001). *The burden of disease in Maputo City, Mozambique: registered and autopsied deaths in 1994*. Bulletin of the World Health Organization, 79 (6): 546-552.

Colombo A & Pavignani, E (2001). *Providing health services in countries disrupted by civil wars. A comparative analysis of Mozambique and Angola. 1975-2000*. World Health Organisation, Department of Emergency and Humanitarian Action. Genebra, Fevereiro.

Comissão Europeia, Delegação em Maputo (2000). *Estimativas de Contribuições Financeiras dos Estados-Membros na Ajuda Externa ao Desenvolvimento em Moçambique, por Sectores, 1998-2000*. Maputo.

Cooperação Técnico-Militar Luso-Moçambicana (1999). *Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Militar de Maputo-Relatório de Execução*. Outubro.

Del Poz, MR & Machatine G (1999). *Avaliação do plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1992-2000*. Relatório da Consultoria, para o Ministério da Saúde, Moçambique, e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Maputo.

Direcção Provincial de Saúde de Gaza (2001). *Estatísticas de Serviços, 1997-2001*. Xai-Xai.

Direcção Provincial de Saúde do Niassa (2001). *Estatísticas de Serviços, 1997-2001*. Lichinga.

Equipa Portuguesa em Xai-Xai (2002). *Relatório para a equipa de Avaliação*. Junho.

FIAMC/África Solidariedade – Cooperação Sanitária na Província do Niassa (2000). *Relatório Global de Execução*. Coimbra, Junho.

FIAMC/África Solidariedade (2002). *A Mãe e a Criança em Moçambique*. Comunicação a ser apresentada ao Congresso Mundial da FIAMC, Seul, Setembro.

Gish, O. *Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1992-2000 (1992)*. Relatório de Consultoria para a Divisão de População, Saúde e Nutrição do Banco Mundial. Maputo.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Governo de Moçambique, Conselho de Ministros (2001). *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, 2001-2005 (PARPA)*. Maputo, Abril.

Grupo de Trabalho Conjunto Ministério da Saúde/Banco Mundial (Divisão de População, Saúde e Nutrição) (1997). *Health Sector Profile – Mozambique*. Maputo.

Hanlon, J (2002). *Are donors to Mozambique promoting corruption? Apresentação à Conferência “Towards a New Political Economy of Development”*. Sheffield, Julho.

[HTTP://www \(sem data\).DAC Aid Review of Portugal Main Findings and Recomendations.htm](http://www.dac.gov.uk/aidreview/portugal/mainfindingsandrecommendations.htm).

[HTTP://www.instcoop.pt/ea.htm](http://www.instcoop.pt/ea.htm) (2002). *Instituto da Cooperação Portuguesa: Estudos e Avaliação – Missão e Atribuições*.

[HTTP://www.mozambique.mz/governo/p2000/indice.htm](http://www.mozambique.mz/governo/p2000/indice.htm) (2001). *Objectivos e Prioridades do Governo de Moçambique – Programa Quinquenal*

Instituto da Cooperação Portuguesa – Divisão de Estudos e Avaliação (2001). *Termos de Referência para a Avaliação da Cooperação Portuguesa no Campo da Saúde*. Lisboa, Outubro.

Instituto da Cooperação Portuguesa, Ministério dos Negócios Estrangeiros (1999). “*A Cooperação Portuguesa no limiar do Século XXI*”. Documento de orientação estratégica. Lisboa.

Instituto da Cooperação Portuguesa, Ministério dos Negócios Estrangeiros (2001). *Relatório de participação em Consulta CAD/PNUD /Banco Mundial – A Ajuda Pública ao Desenvolvimento e a Redução da Pobreza*. (documento interno), Lisboa.

Instituto da Cooperação Portuguesa, Ministério dos Negócios Estrangeiros (1999). *Comissão Interministerial da Cooperação: 8ª Reunião do Secretariado Permanente*.

Instituto da Cooperação Portuguesa, Ministério dos Negócios Estrangeiros (sem data). Documento de reflexão para a definição de uma “*Estratégia de Intervenção na Cooperação para o Desenvolvimento no Sector da Saúde*”.

Instituto da Cooperação Portuguesa, Ministério dos Negócios Estrangeiros (sem data). *A Avaliação no Sistema da Cooperação Portuguesa*.

Maputo, Faculdade de Medicina (2000). *Publicações Científicas, 1995-2000*. Maputo.

Maputo, Faculdade de Medicina (2000). *Contrato-Programa entre a FCG, o IMVF, a Universidade Eduardo Mondlane e as Universidades de Lisboa, Nova de Lisboa e do Porto. Relatório de Visita de Trabalho*. Maputo, Dezembro.

Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção de Planeamento e Cooperação (2001). *Indicadores para Monitorização do progresso e Impacto do Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS)*. Maputo.

Moçambique, Ministério da Saúde. *Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos Actualizado, 2001-2010*. Maputo, Abril, 2001



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção de Recursos Humanos. *Formação em 2003: objectivos, Actividades e Custos*. Maputo, Outubro de 2002

Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção de Recursos Humanos. *O Sector da Formação e a Epidemia do SIDA em Moçambique*. Maputo, Maio de 2002

Moçambique, Ministério da Saúde, Departamento de Administração e Gestão (2001). “*Análise do Financiamento Externo Para o Sector da Saúde, 1997-2000, Com Estimativas para 2001-2003*”. (Versão preliminar). Maputo, Junho.

Moçambique, Ministério da Saúde, Departamento de Administração e Gestão (2001). *Cenário de Despesas e Financiamento do Médio-Prazo (2001-2005)*. Comunicação ao XXVI Conselho Nacional Coordenador de Saúde, Maputo, Junho.

Ministério da Saúde e Parceiros da Cooperação – Comité de Coordenação Sectorial (CCS). *Comunicado Conjunto*. 1ª Reunião do CCS, Maputo, 17-18.07.2002

Ministério da Saúde e Parceiros da Cooperação. *Relatório da Avaliação Conjunta do Desempenho do Sector Saúde em 2001*. Maputo, 2002

Moçambique, Instituto Nacional de Segurança Social (2001). *Comunicação ao XXVI Conselho Nacional Coordenador de Saúde*. Maputo, Junho.

Moçambique, Conselho de Ministros (2001). *Plano de Redução da Pobreza Absoluta, 2001-2005*. Maputo, Abril.

Moçambique, Ministério da Saúde e Agência Suíça para o Desenvolvimento e a Cooperação (2001). *Informação Sumária, Janeiro-Dezembro, 2000*. Maputo, Novembro.

Moçambique, Conselho de Ministros (2001). *Plano Estratégico do Sector Saúde, 2000-2005*. Maputo.

Moçambique, Ministério da Saúde, Departamento de Administração e Gestão (2000). *Financiamento do Sector Saúde, 1998-2000*. Maputo.

Moçambique, Ministério da Saúde (1999). “*O Compromisso de Kaya Kwanga: Um Código de Conduta Para Orientar a Parceria Para o Desenvolvimento da Saúde em Moçambique*”. Maputo.

Moçambique, Ministério da Saúde (1993). *Avaliação da Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000*. Maputo.

Noormahomed AR, & Segall M.(1992). *The Public Health Sector in Mozambique: a post-war strategy for Rehabilitation and Sustainable Development*. Ministério da Saúde, Maputo.

OCDE/GD (91) 208-DAC (1991). *Principles for Evaluation of Development Assistance* (internet)

OCDE – Aid Review (1997)



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

OCDE – Aid Review (2001)

OIKOS – Projecto de Desenvolvimento Integrado, Lichinga-91 (1996). *Relatório de Avaliação Independente*. Maputo, Agosto.

Pavignani, Enrico (2000). *Roteiro para a Elaboração de um Plano Provincial de Reconstrução do Sector de Saúde*. Relatório de Consultoria para o Projecto Saúde pós-Emergência (UE – Ministério da Saúde de Angola). Novembro.

Pavignani, E. & Durão J (1999). *Managing external resources in Mozambique: building new aid relationships on shifting sands?* Health Policy and Planning; 14 (3): 243-253.

Pavignani E., Sjölander S. and Aarnes D. *Moving On-Budget in the Health Sector of Mozambique: Requirements, Features and Implications of Future Aid Management and Financing Mechanisms*. Rascunho Incompleto para Discussão, Maputo, Outubro de 2002

Pavignani E., Hauck V. *Pooling of Technical Assistance in the Context of Aid Management Reform. The Mozambique Case Study*. Maputo, November, 2001

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2000). *Relatório do Desenvolvimento Humano: 1999*. Nova Iorque.

“Saúde em Português” (2001). *Saúde para a Matola*, Relatório de Execução. Coimbra, Novembro.

Singens E. (2002). *Revisão de Valores da APD disponíveis no CAD*. Compilação não oficial para o CEA / ICP. Outubro.

Scuccato R., Soares I. & al. (2001). *Provedores privados Não-Lucrativos de Serviços de Saúde em Moçambique: Situação Presente e suas perspectivas de desenvolvimento*. Relatório de Consultoria para a Agência Suíça para o Desenvolvimento e a Cooperação. Maputo.

The Economist Intelligence Unit (1999). *Mozambique, Country Profile, 1997-98*. Londres.

Walt G. & al.(i) (1999) “*Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAps?*”. Health Policy and Planning 14(3):273-284.

Walt G. & al.(ii) (1999). “*Health sector development: from aid coordination to resource management*”. Health Policy and Planning 14(3):207-218.

World Bank - Poverty Reduction and Economic Management Network/Public Sector Group (2000). *Reforming Public Institutions and Strengthening Governance*. The World Bank, Washington DC. November.

World Bank - Health and Nutrition Division (1999). *The Health Sector and Poverty Reduction*. - In - “*Poverty Reduction Strategy Paper*”, Poverty Reduction and Economic Management Network. The World Bank, Washington DC.

Yussuf, Zia (1993). *A Framework and Indicative Cost Analysis for a District Based Health Care System in Africa*. Memorando para o Projecto AFTHR, Banco Mundial, Fevereiro.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

DOCUMENTOS DOS PROJECTOS CONSULTADOS

Cooperação Técnico-Militar Luso-Moçambicana (1999). *Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Militar de Maputo*. Relatório de Execução, Outubro.

Cooperação Militar Portuguesa Ministério da Defesa Nacional (2001). *Quadros de Despesas com a Cooperação Técnica em Moçambique e Assistência Sanitária em Portugal, 1991–2001*.

Federação Internacional Associação Médicos Católicos/África Solidariedade (1998). *Cooperação Sanitária na Província do Niassa*. Proposta para Financiamento.

Federação Internacional Associação Médicos Católicos/África Solidariedade (1998). *Cooperação Sanitária na Província do Niassa*. Relatórios Parcelares de Actividades, Outubro 1997- Setembro 1998.

Federação Internacional Associação Médicos Católicos/África Solidariedade (2000). *Cooperação Sanitária na Província do Niassa*. Relatório Global de Execução, Junho.

INFARMED (1999). *Programa de Acção no Domínio da Farmácia e do Medicamento*. Memorando Inicial, Março.

INFARMED (2001). *Programa de Acção no Domínio da Farmácia e do Medicamento*. Relatórios de Missões, Agosto 2000 - Maio 2001.

Instituto Marquês de Valle Flôr (1998). *Desenvolvimento das Ciências Básicas de Medicina*. Proposta de Projecto, Agosto.

Instituto Marquês de Valle Flôr (2000). *Desenvolvimento das Ciências Básicas de Medicina*. Relatório Parcelar de Execução, Janeiro.

Ministério da Saúde (1999). *Programa Indicativo de Cooperação para o Desenvolvimento Sanitário entre Portugal e Moçambique, 1999–2001*. Julho.

Ministério da Saúde- Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1999). *Programa de Cooperação para o Biénio 1998/99*

Ministério da Saúde- Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1997). *Relatórios de Actividades com os PALOP's no Domínio da Saúde, 1993-1997*.

Ministério da Saúde (1993). *Missão a Maputo no Âmbito da Ajuda Humanitária a Moçambique*. Setembro.

Ministério da Saúde (2001). *Projecto de Cooperação Portuguesa em Saúde e Formação do Xai-Xai, Moçambique*. Relatório Sumário.

Ministério da Saúde (1998). *Projecto de Cooperação Portuguesa em Cuidados de Saúde Primários*. Relatório Sumário Final (1995-1998), Abril.

Ministério da Saúde (1995). *Projecto de Cooperação Portuguesa em Cuidados de Saúde Primários*. Relatório Final da 1ª Fase, Fevereiro-Agosto.



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

OIKOS (1995). *Projecto de Desenvolvimento Integrado, Lichinga-91*. Relatório e Propostas para a 3ª Fase.

OIKOS (1996). *Projecto de Desenvolvimento Integrado, Lichinga-91*. Relatório de Avaliação Independente, Agosto.

“Saúde em Português” (2000). *Emergência e Solidariedade Cidade da Beira*. Proposta de Projecto.

“Saúde em Português” (2001). *Emergência e Solidariedade Cidade da Beira*. Relatório de Execução, Outubro.

“Saúde em Português” (2000). *Saúde para a Matola*. Proposta de continuação de Projecto.

“Saúde em Português” (2001). *Saúde para a Matola*. Relatório de Execução, Novembro.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento





*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

ANEXOS

1. Termos de Referência
2. Entrevista com GACOPI
3. Glossário de Avaliação na Cooperação
4. Matriz de Avaliação: Categorias de análise e respectivos indicadores. Fontes de informação
5. Resumo Informativo sobre as Intervenções: Génese, pertinência, alvos e objectivos
6. Quadro de Relações entre as Instituições Portuguesas
7. Quadro de Qualidade Documental
8. Os Custos do Projecto do Laboratório do Hospital Militar de Maputo
9. Guião das Entrevistas em Portugal



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

ANEXO 1

TERMOS DE REFERÊNCIA

PARA A AVALIAÇÃO DA AJUDA BILATERAL PORTUGUESA NO SECTOR DA SAÚDE EM MOÇAMBIQUE (1990-2000)

1. INTRODUÇÃO

A cooperação portuguesa com Moçambique no domínio da saúde assenta no acordo assinado em 1984 e publicado no DR n.º 160, 1ª série, de 12 de Julho de 1984. Contudo, as actividades de cooperação neste sector só se intensificaram nos anos 90, particularmente nos últimos anos.

O carácter descentralizado da cooperação portuguesa é visível neste sector, contando com diversos intervenientes, tanto ao nível do financiamento como do da execução: Ministério da Saúde (Direcção-geral de Saúde), Ministério da Defesa Nacional, Instituto da Cooperação Portuguesa, Ministério das Finanças (DGAERI), Ministério do Desporto, alguns Municípios Portugueses, Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, INFARMED e algumas Organizações Não-Governamentais.

De entre as diversas intervenções salientam-se: o acordo de evacuação de doentes, o envio de cooperantes, o apoio à organização do sistema de saúde militar, os apoios aos Hospitais Central de Nampula, Central de Maputo e de Chicombano, em Gaza, o projecto de cuidados de saúde primários no Xai-Xai e o projecto Manjacaze de ajuda de emergência.

A presente avaliação deverá incidir sobre os últimos 10 anos de cooperação neste sector, ou seja, a década de 90. Num cálculo preliminar, estima-se que o montante total disponibilizado pela Cooperação Portuguesa para o apoio à saúde em Moçambique no período 1990-2000 ascende a mais de 1 milhão de contos (cerca de 4.988.000 €).



2. ENQUADRAMENTO

Nos anos 90, Moçambique foi um dos principais receptores da ajuda portuguesa, reflexo do peso das medidas tomadas no quadro de alívio da dívida e da situação de estabilidade política e crescimento económico que o país entretanto conheceu.

A saúde foi identificada, no documento de orientação estratégica “A Cooperação Portuguesa no Limiar do Século XXI”, de 1999, como uma das prioridades da cooperação portuguesa, com ênfase nos cuidados primários de saúde, enquadrada numa estratégia transversal de redução da pobreza e de reforço institucional.

No que diz respeito a Moçambique, os principais doadores do sector neste país, nos últimos anos, foram o Reino Unido, a Noruega, a Suíça, os EUA e a Holanda, tendo-se assistido a uma progressiva marginalização de Portugal.

Em 1998, introduziu-se a abordagem sectorial neste sector, designada por “Swap” (Sector Wide Approach), com consequências significativas para a cooperação entre os doadores e o Ministério da Saúde de Moçambique. Por exemplo, daqui resultou a participação dos doadores na elaboração do plano estratégico do sector (2000-05) e do plano de despesa a médio prazo, com sistemas variados de concertação (pooling) entre os doadores (assistência técnica, medicamentos, etc.).

3. OBJECTIVOS

O principal objectivo desta avaliação é conhecer o desempenho da cooperação portuguesa no sector da saúde em Moçambique, tendo como pano de fundo o sistema de saúde moçambicano e a sua evolução, fazendo o levantamento das “lições aprendidas” com vista a promover a qualidade da intervenção portuguesa neste sector.

Outro objectivo é o de verificar a consonância da cooperação portuguesa neste sector com os consensos internacionais sobre o mesmo, nomeadamente os Objectivos Internacionais de Desenvolvimento e seus antecessores, e a forma como a nossa cooperação tem em conta estes objectivos.



4. RESULTADOS

A avaliação traduzir-se-á:

- No levantamento de todos os compromissos assumidos por Portugal, quer ao nível do Programa Indicativo de Cooperação, quer ao nível de protocolos ou outros acordos assumidos no âmbito de visitas de entidades portuguesas a Moçambique e/ou de convidados moçambicanos a Portugal;
- No levantamento de todos os projectos e acções executados pela cooperação portuguesa neste sector em Moçambique, no período em análise;
- Numa análise da evolução das actividades financiadas pela cooperação portuguesa, tendo em consideração o contexto moçambicano;
- Num exame da ajuda portuguesa ao sector da saúde em Moçambique no que respeita à eficácia, eficiência, impacte, relevância e sustentabilidade das intervenções na melhoria do sistema de cuidados de saúde (a todos os níveis) e do nível de saúde dos grupos alvo (devidamente especificados) tendo em consideração as questões da pobreza e do reforço institucional;
- Na produção de conclusões, lições aprendidas e recomendações relativas às actividades da cooperação portuguesa neste sector, visando a melhoria da eficácia de intervenções futuras.

5. ÂMBITO DO TRABALHO

Do ponto de vista operacional a avaliação incluirá actividades definidas como “saúde” na classificação do CAD. A avaliação preocupar-se-á com o sector da saúde definido de forma abrangente e, nesta linha, inclui as instituições públicas, privadas e voluntárias. Devem, ainda, ser consideradas as sinergias e complementaridades entre este sector e as áreas relacionadas com a saúde, nomeadamente a educação para a saúde, o abastecimento de água potável e o saneamento.

A avaliação incidirá sobre as actividades dos agentes de cooperação envolvidos na ajuda bilateral portuguesa ao sector da saúde em



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

Moçambique, no período 1990-2000, nas suas diferentes vertentes, nomeadamente:

- . A prestação de cuidados de saúde a todos os níveis (primário, secundário e terciário);
- . Acções assistenciais em situações de emergência;
- . Iniciativas de emergência no combate a doenças transmissíveis, nomeadamente malária, sida e tuberculose;
- . Acções de promoção da saúde/prevenção da doença e sensibilização das populações;
- . Apoio a acções de investigação;
- . Apoio ao reforço da capacidade institucional no sector da saúde;
- . Apoio ao desenvolvimento sanitário (recolha e tratamento de lixos, tratamento de águas e esgotos);
- . Recuperação e/ou construção de infra-estruturas, nomeadamente Unidades Periféricas de Saúde;
- . Acções de formação de pessoal local;
- . Iniciativas de ONGD portuguesas;
- . Acções de apoio ao sector farmacêutico.

6. FASES DA AVALIAÇÃO

A avaliação inclui três fases: uma primeira essencialmente de gabinete, uma segunda que implicará uma deslocação ao terreno e a terceira de elaboração do relatório final.



Os aspectos que a seguir se apresentam não pretendem ser exaustivos, competindo aos consultores que realizarem este estudo aprofundar os critérios propostos e sugerir novos objectivos bem como abordagens complementares.

6.1 Trabalho de Gabinete

A fase de trabalho de gabinete consistirá na recolha e análise de informação relevante que tenha sido produzida durante o período em questão (documentos dos projectos, relatórios de acompanhamento e de avaliação, etc.) e aquela que possa ser obtida quer em centros de investigação quer através de entrevistas com representantes dos actores portugueses envolvidos.

Esta fase, com uma duração de 6 a 8 semanas, deverá terminar obrigatoriamente com a apresentação de um primeiro relatório para discussão conjunta num “workshop”, no qual deverão participar representantes dos vários “stakeholders”.

O primeiro relatório, deverá:

- . Situar e descrever a ajuda bilateral portuguesa no contexto das políticas, prioridades e necessidades em termos de saúde em Moçambique;
- . Identificar e analisar as questões chave com influência na intervenção portuguesa, nomeadamente, constrangimentos, problemas, pontos fortes e factores facilitadores;
- . Identificar e apreciar eventuais mudanças da intervenção portuguesa na saúde ao longo do período em análise, tendo em atenção as alterações quer na política de saúde moçambicana quer nas estratégias de outros doadores;
- . Apreciar o relacionamento institucional entre os diversos actores da cooperação portuguesa no sector da saúde em Moçambique;
- . Apreciar a pertinência da informação e material encontrado para esta fase do trabalho;



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

- . Elaborar um Quadro de indicadores que traduza os resultados obtidos no sector da saúde no período em análise;

- . Apresentar um plano de actuação para a fase seguinte, com identificação das intervenções da cooperação portuguesa que deverão ser alvo de maior atenção, e eventuais propostas de ajustamento dos Termos de Referência.

6.2 Trabalho de Campo

Os objectivos da fase de trabalho de campo são: confirmar ou modificar as conclusões obtidas na fase de gabinete, aprofundar alguns aspectos previamente identificados, bem como investigar e analisar outros aspectos que venham a ser levantados face à realidade encontrada no terreno.

Deverá ser feita uma análise mais aprofundada da coerência, coordenação e complementaridade (os 3 C):

- Coerência interna entre a política de cooperação no sector da saúde e as outras políticas de cooperação noutros domínios;
- Coerência externa entre a política de cooperação portuguesa no sector da saúde e as políticas moçambicanas relacionadas com este sector;
- Coordenação com as autoridades moçambicanas;
- Complementaridade e coordenação entre as actividades dos diferentes actores da cooperação portuguesa no sector da saúde, dado o carácter descentralizado da nossa cooperação;
- Complementaridade e coordenação entre a cooperação portuguesa e outros doadores.

O trabalho de campo termina com um relatório, que deverá:

- . Analisar a política de saúde do governo moçambicano, respectivas prioridades atribuídas aos seus diferentes sub-sectores, isto é: cuidados primários, secundários e terciários;



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

- . Descrever o peso relativo do sector público e de outras instituições no financiamento, planeamento, implementação e acompanhamento das actividades da saúde;
- . Analisar a influência económica e social da intervenção portuguesa;
- . Avaliar a adequação da ajuda portuguesa face às necessidades correntes de saúde;
- . Apreciar o impacto da ajuda portuguesa à política de saúde moçambicana, suas estratégias, planeamento e implementação;
- . Avaliar a intervenção portuguesa nos grupos mais desfavorecidos da população;
- . Apreciar as sinergias, coordenação e complementaridade entre as intervenções da cooperação portuguesa e outros doadores;
- . Avaliar a participação dos “stakeholders”, em particular das comunidades locais e os grupos alvo, no planeamento e implementação das actividades de saúde;
- . Analisar a assistência técnica portuguesa na gestão do sistema nacional de saúde e respectiva relevância;
- . Apreciar o contributo da ajuda portuguesa para a mobilização, sensibilização e envolvimento das autoridades locais e respectivas comunidades nos problemas da saúde;
- . Analisar a evolução das condições de acessibilidade aos serviços de saúde, particularmente dos grupos mais desfavorecidos;
- . Fazer uma análise do custo-benefício e da sustentabilidade das contribuições da ajuda portuguesa ao sector da saúde;



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

- . Apreciar as sinergias, coordenação e complementaridade do apoio português ao sector da saúde com outras actividades relacionadas com a saúde (educação, abastecimento de água potável e saneamento).

Deverão ser coligidos dados que consubstanciem o relatório, nomeadamente recorrendo a:

- . Reuniões iniciais com os serviços financiadores da ajuda portuguesa no sector da saúde;
- . Entrevistas com o pessoal responsável pelas actividades de saúde, i.e., consultores, representantes dos ministros, autoridades locais e comunidades, instituições relevantes, investigadores, doadores mais importantes neste sector;
- . Levantamento de, e/ou entrevistas com, elementos representativos dos grupos mais desfavorecidos assim como do sector privado e sistema tradicional de saúde e farmacêuticos;
- . Identificação de uma ou duas intervenções mais representativas da cooperação portuguesa com visita ao terreno.

A versão preliminar do segundo relatório, contemplando os pareceres, as conclusões e as “lições aprendidas” com a avaliação, será apresentada e discutida na presença do maior número possível de “stakeholders”.

Nesta fase, considera-se fundamental o envolvimento e a contribuição de técnicos das instituições moçambicanas, em particular do sector da saúde.

6.3 Relatório Final

O relatório final (conteúdo indicativo em anexo), deverá conter essencialmente uma apreciação dos resultados obtidos pela ajuda portuguesa ao sector da saúde em Moçambique ao longo do período em análise, bem como recomendações quanto ao prosseguimento da sua intervenção.



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

A versão preliminar deste relatório deverá ser apresentada e discutida na presença do maior número possível de “stakeholders”.

7. PLANO DE TRABALHO

A avaliação decorrerá em 2001-2002, com o seguinte calendário:

1. Trabalho de gabinete – Dezembro 2001/Janeiro 2002
2. Workshop sobre o primeiro relatório – Fevereiro 2002
3. Documentos/Estudos especiais – Março/Abril 2002
4. Trabalho de campo – Maio/Junho 2002
5. Relatório preliminar com workshop – Julho 2002
6. Relatório final – Agosto 2002

8 COMPOSIÇÃO DA EQUIPA

A equipa de avaliação deve ser multidisciplinar, com especialistas na área da saúde, das ciências sociais e humanas e com conhecimentos em matéria de avaliação de intervenções na cooperação para o desenvolvimento, bem como da realidade Moçambicana, recorrendo se possível a especialistas moçambicanos.

Os avaliadores deverão, com base nos TdR, apresentar um plano de trabalho a desenvolver, com indicação da metodologia, fases de trabalho e sua calendarização, bem como da respectiva orçamentação.

O plano de trabalho deverá identificar todos os intervenientes a serem entrevistados e indicar claramente quais os métodos previstos para a recolha de dados e informação (além das entrevistas) bem como para o seu tratamento e análise.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

ANEXO

Conteúdo indicativo do relatório final de avaliação

Sumário executivo

(em português e inglês)

Introdução e enquadramento

Moçambique

Cooperação Portuguesa em Moçambique

Metodologia

Resultados da avaliação

Análise dos critérios de avaliação

Conclusões, lições aprendidas e recomendações

Bibliografia

Anexos



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

ANEXO 2

ENTREVISTA COM GACOPI

INVESTIMENTO EM INFRA-ESTRUTURAS DE SAÚDE – O GACOPI: Eng.º MÁRIO ALMEIDA

O MISAU dispõe de um Gabinete de Coordenação dos Projectos de Investimento – GACOPI. Desde a sua criação, em 1987, que se mantém como seu director o Eng.º M. Almeida.

O GACOPI prepara e coordena a execução da maioria dos projectos de investimento de grande volume financeiro (uma das poucas excepções foi a do projecto da UE, mas é agora intenção do MISAU passá-lo para a direcção do GACOPI). A lista que segue é apenas a título indicativo da grandeza dos investimentos em curso:

ORGANIZAÇÃO	OBJECTIVOS	MONTANTES
Banco Mundial	<ul style="list-style-type: none">• 70% de investimento• Reabilitação de 2 Hospitais Rurais + 1 de construção nova• Reabilitação de 230 Centros e Postos de Saúde• Reabilitação de centros de Formação (14 Milhões de USD)• Reforço Institucional nos Órgãos Centrais do MISAU	100 Milhões USD.
Banco Africano de Desenvolvimento – 1	Recuperação de 15 Unidades nas Províncias de Sofala e Manica (Corredor da Beira)	14 Milhões USD.
Banco Africano de Desenvolvimento – 2 (iniciou em 2002)	Recuperação de 1 Hospital geral (Nacala) e de 2 Centros de Saúde (Niassa e Cabo Delgado) Recuperação de 2 Centros de Formação (Niassa e Cabo Delgado)	
Banco Islâmico de Desenvolvimento	Recuperação de 15 Postos de Saúde (Niassa e Cabo Delgado)	3,5 Milhões USD.
BADEIA (origem islâmica)	Reabilitação e alargamento do Hospital Provincial de Xai-Xai	2,7 Milhões USD.
OPEP	Recuperação de infra-estruturas nos Hospitais Centrais de Maputo e da Beira	3,5 Milhões USD.
União Europeia – Prov. ZAMBÉZIA	Recuperação de Hospitais e Postos de Saúde + Formação	35 Milhões de Euros
Finlândia -Província de MANICA	Recuperação de Hospitais e Postos de Saúde + Formação / Reforço Institucional	Em fase final
Dinamarca - Província de TETE	Recuperação de Hospitais e Postos de Saúde + Formação / Reforço Institucional	Fraco nível de execução



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

ORGANIZAÇÃO	OBJECTIVOS	MONTANTES
França - Província de CABO DELGADO	Recuperação de Hospitais Provincial, 2 Rurais e 1 Centro de Saúde	
Holanda - Província de NAMPULA	Retirou-se, por desentendimentos com as autoridades de Saúde	
Bélgica - Províncias de GAZA, INHAMBANE e SOFALA	Recuperação de Unidades Sanitárias destruídas pelas Cheias de 2000	6 Milhões de USD

INVESTIMENTOS E RECURSOS HUMANOS

Da entrevista com o Eng.º Mário de Almeida resultou a informação de que a velocidade de recuperação de unidades sanitárias não é acompanhada da formação de recursos humanos para as repor a funcionar. Só do Projecto do Banco Mundial, há mais de 100 US recuperadas, mas fechadas por este motivo. Esta informação foi confirmada por outras fontes em Maputo e nas Províncias.

NECESSIDADES:

O GACOPI tem limitações técnicas para lidar com esta plethora de propostas de investimentos, particularmente para cumprir com os calendários de preparação de concursos e avaliação de propostas, e também em áreas especializadas de equipamentos de saúde.

O GACOPI conhece a existência de um Departamento de Instalações e Equipamentos de Saúde, dentro do Ministério da Saúde Português cuja assistência poderia ser da maior (e urgente) utilidade, em:

- Fornecimento de cópias das normas e padrões da União Europeia, quanto a características técnicas;
- Utilização das mesmas padrões na altura de elaboração de cadernos de encargos e da apreciação de concursos, por técnicos do Departamento Português;
- Oportunidades de formação para jovens arquitectos/engenheiros actualmente contratados pelo GACOPI.

APRECIAÇÃO:

A lista acima confirma a impressão de que a Cooperação Portuguesa pode concentrar o seu apoio na área dos recursos humanos, que estão em carência face ao agressivo programa de recuperação de infra-estruturas.



ANEXO 3

GLOSSÁRIO DE AVALIAÇÃO NA COOPERAÇÃO

Acompanhamento / Monitorização **(Monitoring)**

Processo contínuo de recolha sistemática de informações, segundo indicadores escolhidos, para fornecer aos gestores e aos detentores de interesse (*stakeholders*) de uma intervenção de desenvolvimento em curso, os elementos sobre os progressos realizados, os objectivos atingidos e os recursos afectados.

Atribuição / Imputação **(Attribution)**

Confirmação de uma relação causal entre as mudanças observadas (ou que se esperam observar) e uma acção específica.

Avaliação **(Evaluation)**

Apreciação sistemática e objectiva de um projecto, programa ou política, em curso ou terminado, quanto à sua concepção, execução e resultados. O propósito é determinar a pertinência e o grau de cumprimento dos objectivos, a eficiência em matéria de desenvolvimento, a eficácia, o impacto e a sustentabilidade dos objectos de avaliação.

Desempenho / Performance **(Performance)**

Medida segundo a qual uma intervenção de desenvolvimento, ou um parceiro, age segundo os critérios, as normas e as orientações específicas estabelecidas ou obtém os resultados de acordo com os objectivos previamente estabelecidos.

Efeito **(Effect)**

Mudança esperada ou não, directa ou indirectamente atribuída a uma intervenção.

Efeito / Resultado **(Outcome)**

Aquilo que uma intervenção alcançará ou alcançou no curto e no médio prazo.

Eficácia **(Effectiveness)**

Medida segundo a qual os objectivos da intervenção de desenvolvimento foram atingidos, ou se espera serem alcançados, tendo em consideração a sua importância relativa.

Eficiência **(Efficiency)**

Medida segundo a qual os recursos (fundos, peritos, tempo, etc.) são convertidos em resultados de forma mais económica.

Grupo alvo / População alvo **(Target group)**

Pessoas ou organizações em benefício das quais é realizada a intervenção de desenvolvimento.



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

Impacto em termos de desenvolvimento institucional (Institutional development impact)

Efeitos de uma intervenção que afecta, mais ou menos, a capacidade de um país ou região de utilizar os seus próprios recursos (humanos, financeiros e naturais) da forma mais eficiente, equitativa e durável.

Impactos (Impacts)

Efeitos a longo prazo, positivos e negativos, primários e secundários, induzidos por uma intervenção de desenvolvimento, directa ou indirectamente, previstos ou não.

Indicador (Indicator)

Factor ou variável, de natureza quantitativa ou qualitativa, que constitui um meio simples e fiável de medir e informar sobre as mudanças ligadas à intervenção, ou ajudar a apreciar o desempenho de um actor do desenvolvimento.

Lições aprendidas / Ensinamentos (Lessons learned)

Generalizações baseadas na avaliação das experiências com projectos, programas ou políticas que permitem retirar ensinamentos de circunstâncias específicas para situações mais abrangentes. Frequentemente as lições sublinham os pontos fortes e fracos na preparação, concepção e execução de intervenções que afectam o desempenho, os resultados e o impacto.

Objectivo do projecto ou do programa (Project or program objective)

Resultados físicos, financeiros, institucionais, sociais, ambientais ou outros que o projecto ou programa é suposto produzir.

Objectivo geral / Finalidade (Goal)

É o objectivo de ordem mais elevada para o qual contribui uma intervenção de desenvolvimento.

Parceiros (Partners)

Pessoas e/ou organizações que colaboram para alcançar objectivos estabelecidos em conjunto.

Produto / Resultado imediato (Outputs)

Bens, equipamentos ou serviços que resultam da intervenção de desenvolvimento. O termo pode aplicar-se às mudanças induzidas pela intervenção que podem conduzir a determinados efeitos.

Recomendações (Recommendations)

Propostas que têm por objectivo promover a eficácia, qualidade ou eficiência de uma intervenção de desenvolvimento, reorientar os objectivos, e/ou redistribuir / reafectar recursos. As recomendações devem estar relacionadas com as conclusões.

Recursos (Inputs)

Meios financeiros, humanos e materiais usados para uma intervenção de desenvolvimento.



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

Relevância / Pertinência

(Relevance)

Medida segundo a qual os objectivos de uma intervenção de desenvolvimento correspondem às expectativas dos beneficiários, às necessidades do país, às prioridades globais, às políticas dos parceiros e dos doadores.

**Responsabilidade de prestar contas /
Transparência**

(Accountability)

Obrigação de demonstrar que o trabalho foi conduzido de acordo com as regras e as normas estabelecidas, ou obrigação de demonstrar de forma clara e imparcial os resultados e o desempenho face ao estipulado e/ou aos objectivos fixados. Isto pode exigir uma demonstração precisa, eventualmente jurídica, de que o trabalho foi realizado segundo os termos do contrato.

Resultados

(Results)

Produtos, efeitos ou impactos (esperados ou não, positivos e/ou negativos) de uma intervenção de desenvolvimento.

Sustentabilidade

(Sustainability)

Continuação dos benefícios resultantes de uma intervenção de desenvolvimento, após a sua conclusão. Probabilidade de os benefícios perdurarem a longo prazo.

Termos de referência

(Terms of reference)

Documento escrito que apresenta o objectivo e âmbito da avaliação, os métodos a serem utilizados, as referências que permitem apreciar o desempenho ou conduzir a análise, os recursos e o tempo necessários, assim como as condições de apresentação e difusão dos resultados. Dito de outra forma, trata-se do caderno de encargos da avaliação.



ANEXO 4

MATRIZ DE AVALIAÇÃO: CATEGORIAS DE ANÁLISE E RESPECTIVOS INDICADORES. FONTES DE INFORMAÇÃO

CATEGORIA	APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES	PROJECTOS EXEMPLIFICATIVOS	FONTES DE INFORMAÇÃO
EFICÁCIA:	Cobertura / acesso / consumo de cuidados de saúde Formação de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none">N.º de serviços consumidosUnidades sanitárias / infra-estruturas construídas / recuperadas Recursos Humanos formados: <ul style="list-style-type: none">NúmerosPrioridade das categorias	<ul style="list-style-type: none">Lichinga – FIAMCXai-Xai / DEPSHospital Militar de MaputoFaculdade de Medicina Os anteriores, MAIS <ul style="list-style-type: none">Programa de Pós-graduação Médica (Programa Indicativo entre os 2 Ministérios da Saúde)	Relatórios de Projecto e informação colhida verbalmente
ADEQUAÇÃO	De recursos De organização interna da implementação	Recursos adequados: <ul style="list-style-type: none">Em número, à extensão temporal e geográfica das intervençõesEm qualificação, aos tipos de actividades solicitadasLogísticaGestão financeiraGestão de calendários de recursos	Todos, classificados em três tipos de projectos (institucionais, ONGD/ emergências, Programa Indicativo)	Documentos de Projecto, informação colhida verbalmente e observação nas visitas de campo
IMPACTO:	Estado de Saúde Reforço	Taxa de Mortalidade Materna e de Nados-Mortos	Lichinga – FIAMC	Relatórios de Projecto e contacto com as instituições



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

CATEGORIA	APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES	PROJECTOS EXEMPLIFICATIVOS	FONTES DE INFORMAÇÃO
	Institucional	<p>Capacidade de realizar missão institucional: formular / rever políticas, estratégias e legislação</p> <p>Capacidade de gestão interna das instituições: mudança organizativa e de procedimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • INFARMED • Gestão Hospitalar • Faculdade de Medicina • Xai-Xai / DEPS • Niassa / OIKOS 	
EFICIÊNCIA:	<p>Relação “Inputs” / “outputs”</p> <p>Visibilidade de “Outputs” em projectos conjuntos</p>	<p>Custos Unitários (evacuação de doentes, formação e pós-graduação, recuperação de infra-estruturas)</p> <p>Resultados obtidos em Projectos com outros investidores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Indicativo • Laboratório do Hospital Militar • OIKOS • Apoio a Gaza • Apoio às Ciências Básicas/Faculdade de Medicina 	Relatórios de Actividades e Custos, dos Projectos
PERTINÊNCIA:	Coerência com problemas prioritários esperados, em face dos determinantes de estado de saúde	<p>3 níveis de valorização da “pertinência”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto imediato sobre o estado de saúde da população mais vulnerável • Resultados semelhantes, mas a médio/ longo prazo • Intervenções em níveis da administração/ sistema prestador, que não beneficiam directamente os grupos 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os Projectos • Discussão sobre a utilidade “pública” da evacuação de doentes para Portugal 	<p>Documentação de projectos (propostas/ actividades)</p> <p>Enunciados oficiais de Políticas de Saúde, pelas autoridades moçambicanas</p> <p>Informação colhida verbalmente</p>



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

CATEGORIA	APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES	PROJECTOS EXEMPLIFICATIVOS	FONTES DE INFORMAÇÃO
		vulneráveis		
COERÊNCIA EXTERNA	Coerência com as prioridades enunciadas nas políticas de Saúde em Moçambique	Concordância com políticas e estratégias, tal como explicitamente formuladas em documentos oficiais e, principalmente, nos programas de desenvolvimento de recursos humanos e afectação orçamental	<ul style="list-style-type: none">• Todos os Projectos	IDEM de “PERTINÊNCIA”
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA:	Atenção a especificidades locais e consulta a governo/ lideranças locais Informação para a Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Organização interna (lideranças e procedimentos)• Participação no planeamento• Voluntários• Participação em reconstrução	OIKOS/Niassa	Informação colhida verbalmente Contacto com as instituições
EFICÁCIA SOCIAL DO SNS MOÇAMBICANO	Contribuição para maior adequação entre rede de serviços e necessidades dos grupos mais vulneráveis da população	Evolução recente dos N ^{os} de serviços fornecidos em níveis complementares do SNS: <ul style="list-style-type: none">• Extensões comunitárias• Nível I• Hospitais de referência local	<ul style="list-style-type: none">• Lichinga – FIAMC• Apoio a Gaza/ primeira e segunda Fase• Apoio CM Loures à CM Matola• Formação Médica Pós – Graduada (<i>onde ficam os formados?</i>)	Relatórios de Actividades dos projectos Relatórios Estatísticos do MISAU – Moçambique
COORDENAÇÃO INTER - SECTORIAL PARA O DESENVOLVIMENTO	Abrangência nas intervenções de apoio ao desenvolvimento e em situações de emergência	Integralidade dos pacotes de intervenção em emergência (saúde, sobrevivência, ambiente, reassentamento) Integralidade dos projectos de	Apoio a Gaza / segunda Fase – Cheias OIKOS – Niassa Apoio CM Loures à CM Matola	Relatórios dos Projectos Observação e contacto com comunidades



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

CATEGORIA	APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES	PROJECTOS EXEMPLIFICATIVOS	FONTES DE INFORMAÇÃO
		desenvolvimento comunitário		
CONTRIBUIÇÃO PARA A REDUÇÃO DA POBREZA	Tipo de prestações Reforço do Nível primário Melhoria de Acesso	Reforço de serviços de saúde dirigidos a: <ul style="list-style-type: none"> periferia rural e estratos mais pobres problemas de grupos prioritários (vulneráveis) Reforço de capacidades do Nível I: <ul style="list-style-type: none"> Unidades recuperadas + recursos humanos formados 	Todos os Projectos, com excepção de: <p>Faculdade de Medicina INFARMED Gestão Hospitalar</p>	Relatórios dos Projectos Relatórios Estatísticos do MISAU – Moçambique
SUSTENTABILIDADE E CONTINUIDADE	Na área de cada intervenção: garantias de continuação das intervenções e/ou manutenção das inovações	Atribuição de Recursos Humanos e Orçamento, pela parte moçambicana Organização interna da área de intervenção do Projecto	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Militar – Laboratório Gestão Hospitalar – Hospital Central de Maputo Faculdade de Medicina INFARMED OIKOS Lichinga/FIAMC Apoio à DPS Gaza 	Relatórios dos Projectos Entrevistas com contra – partes moçambicanas
COORDENAÇÃO E COMPLEMENTARIDADE INTERNA	Na Fase de proposição de Intervenções Durante a execução das intervenções Formalização de responsabilidades e mecanismos de coordenação Integração em objectivos estratégicos da Cooperação Portuguesa	Génese das intervenções Cumprimento das obrigações acordadas (despesas, licenças para assistência técnica, etc.) Qualidade dos documentos de projecto	Todos os Projectos	Entrevistas com Entidades portuguesas intervenientes Relatórios de Projectos



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

CATEGORIA	APLICAÇÃO NO ÂMBITO DESTA AVALIAÇÃO	INDICADORES	PROJECTOS EXEMPLIFICATIVOS	FONTES DE INFORMAÇÃO
COORDENAÇÃO E COMPLEMENTARIDADE EXTERNA	Administração de Saúde de Moçambique Coordenação local com intervenções de outras entidades Coordenação com outros doadores	Planeamento com MISAU/ Moçambique: reactivo, pro-activo Coordenação (de actividades) com outras organizações nas áreas dos Projectos: identificação, recursos, sinergias, logística Estratégias, participação institucional, complementaridade	<ul style="list-style-type: none">• Apoio à DPS Gaza• Lichinga/FIAMC• Apoio CM Loures à CM Matola• Faculdade de Medicina / Apoio às Ciências Básicas	Relatórios de Projectos Entrevistas com parceiros Entrevistas com Escritórios da União Europeia, Coordenador de Projectos no MISAU, Representante do ICP - Maputo



ANEXO 5

RESUMO INFORMATIVO SOBRE AS INTERVENÇÕES:

GÉNESE, PERTINÊNCIA, ALVOS E OBJECTIVOS

PROJECTOS INSTITUCIONAIS

TÍTULO DO PROJECTO	GÉNESE DOS PROJECTOS	PERTINÊNCIA DAS INTERVENÇÕES	COBERTURA POPULACIONAL E/OU GEOGRÁFICA	OBJECTIVOS A ATINGIR
REABILITAÇÃO E RE-EQUIPAMENTO DO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA DO HOSP. MIL. DE MAPUTO	No âmbito da Cooperação Militar	A escolha da reabilitação e equipamento do Laboratório de Análises Clínicas teve em conta a necessidade de este tipo de serviços por parte do Hospital Militar do Maputo	Utentes habituais do Hospital Militar do Maputo e utentes que venham a utilizar os serviços através do estabelecimento de protocolos	Tornar funcional um Laboratório que poderia servir como referência no diagnóstico laboratorial e que poderia ser aberto à sociedade civil através de protocolos
SAÚDE E NUTRIÇÃO: EFICIÊNCIA HOSPITALAR + GESTÃO ESTRATÉGICA (BANCO MUNDIAL)	Concurso internacional realizado pelo Banco Mundial A equipa da ENSP foi a seleccionada	Reforço institucional do Hospital Central de Maputo (maior gastador do SNS moçambicano) Reforço institucional da Direcção Nacional de Saúde Apoio à Política Nacional de Saúde	Actores no sector da Saúde do Hospital Central de Maputo Utentes do referido Hospital País – Serviço Nacional de Saúde e outros actores na área da Saúde	Gestão da rede de hospitais Implementação de uma política nacional de saúde. Plano de formação médica “Pooling” de assistência técnica exterior
DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS BÁSICAS DE MEDICINA	Projecto solicitado por iniciativa da Faculdade de Medicina do Maputo	Projecto pertinente para o reforço da capacidade de resposta adequada ao ensino das Ciências Básicas da FMM	Docentes e discentes da Faculdade de Medicina do Maputo	Melhoria da qualidade do ensino dos alunos da Faculdade de Medicina do Maputo nas áreas da Patologia Clínica e sustentabilidade da acção



PROJECTOS INSTITUCIONAIS (CONT.)

TÍTULO DO PROJECTO	GÉNESE DOS PROJECTOS	PERTINÊNCIA DAS INTERVENÇÕES	COBERTURA POPULACIONAL E/OU GEOGRÁFICA	OBJECTIVOS A ATINGIR
PROGRAMA DE ACÇÃO NO DOMÍNIO DA FARMÁCIA E DO MEDICAMENTO	Pedido das autoridades de Saúde moçambicanas. Apoio à regulamentação da nova legislação sobre Política de Medicamento	Muitíssimo importante, num país sem recursos, após a liberalização duma área que pode desviar ainda mais os poucos recursos existentes e mesmo colocar em perigo a saúde pública, com medicamentos sem qualidade	País – SNS e outros actores na área da Saúde	Implementação de uma política nacional do medicamento, através do apoio à implementação de um sistema de registo de medicamentos e da revisão da respectiva legislação Apoio na formação de inspectores e na organização de um sistema de farmacovigilância
PROVÍNCIA DE GAZA: “APOIO AO DISTRITO DE MANJACAZE” “COOPERAÇÃO PORTUGUESA NO DOMÍNIO DA SAÚDE E FORMAÇÃO NO DISTRITO DE XAI-XAI”	1ª fase Após os acordos de paz em Moçambique, em 1993 foi prevista pela primeira vez esta intervenção numa reunião Interministerial (ex-DEPS) para ter início em Gaza. 2ª fase Continuação do projecto no Xai-Xai realizado por outra equipa, que resultou do interesse mútuo das partes moçambicana e portuguesa	Província de Gaza, pela sua proximidade, e por ter sido igualmente afectada durante a guerra. O apoio ao nível primário, foi considerado um eixo fundamental. Adequado à situação de emergência: recuperação de rede periférica muito degradada. Criação de centros de formação e formação de técnicos a trabalhar no sector da saúde	População dos Distritos de Manjacaze e do Xai-Xai	Reabilitação e reequipamento de Postos e Centros de Saúde dos Distritos abrangidos Melhoria do seu funcionamento com aumento da cobertura e da qualidade dos serviços prestados aos utentes Operacionalização do Centro de Formação de Chicumbane Criação do núcleo de formação de GAZA



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

PROJECTOS DE ONGD E EMERGÊNCIAS

TÍTULO DO PROJECTO	GÉNESE DOS PROJECTOS	PERTINÊNCIA DAS INTERVENÇÕES	COBERTURA POPULACIONAL E/OU GEOGRÁFICA	OBJECTIVOS A ATINGIR
LICHINGA-91: PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO	<p>Contacto e solicitação do governo Moçambicano à OIKOS</p> <p>A OIKOS obteve financiamento da União Europeia</p>	<p>Ajuda de emergência com Projecto integrado no sector agrícola e na saúde.</p> <p>Pertinente pelos sectores abrangidos e as carências da região</p>	<p>NIASSA- População de Lichinga e aldeias vizinhas com ênfase nos grupos de:</p> <p>Refugiados</p> <p>Saúde materno- infantil</p> <p>Mulheres</p>	<p>Criação de Casas agrícolas e de Crédito agrícola.</p> <p>Construção de estradas e abertura de poços</p> <p>Reabilitação de Postos e Centros de Saúde, construção de Centro de Saúde</p> <p>Formação de parteiras e agentes de saúde comunitários</p>
PROJECTO DE COOPERAÇÃO SANITÁRIA NA PROVÍNCIA DO NIASSA	<p>Rede de contactos entre ONGD médicas e católicas.</p> <p>Um médico português na presidência da FIAMC (1987) faz um projecto para um PALOP: queria a FIAMC avançar?</p> <p>Interesse da Igreja Católica moçambicana no Niassa</p>	<p>A área da SMI é fundamental, para o perfil demográfico e de doença em Moçambique.</p> <p>A Província do Niassa é tradicionalmente a mais carente</p>	<p>Província do Niassa: Distritos de Lichinga e Cuamba</p> <p>Saúde reprodutiva, e saúde materno-infantil</p>	<p>Melhorar os cuidados de saúde materno-infantis</p> <p>Formação de pessoal técnico local</p>
EMERGÊNCIA, CIDADE DA BEIRA E SOLIDARIEDADE	<p>As cheias atingiram a cidade da Beira, onde a ONG já tinha tido contactos</p> <p>A Presidência da República Portuguesa afecta verbas para socorro às vítimas das Cheias</p>	<p>Emergência</p> <p>Óbvia necessidade de recuperar Unidades Sanitárias danificadas pelas cheias.</p> <p>US do nível primário</p>	<p>Na cidade da Beira, dois bairros suburbanos e respectivas estruturas de saúde atingidos pelas cheias</p> <p>População de utentes dos 2 Centros de Saúde reabilitados</p>	<p>Reabilitação e reequipamento de Centros e Postos de Saúde danificados pelas cheias, e formação de Pessoal das mesmas unidades, em temas específicos.</p>



PROJECTOS DE ONGD E EMERGÊNCIAS (CONT.)

TÍTULO DO PROJECTO	GÉNESE DOS PROJECTOS	PERTINÊNCIA DAS INTERVENÇÕES	COBERTURA POPULACIONAL E/OU GEOGRÁFICA	OBJECTIVOS A ATINGIR
SAÚDE PARA A MATOLA	CM Loures, no âmbito de um protocolo de geminação, foi solicitada para intervir em acções de formação e actuou com a participação técnica da ONG	Informação, Educação e comunicação em Saúde são prioridade	População das áreas suburbanas da cidade da Matola	Fazer formação de formadores e de activistas relativamente a: <ul style="list-style-type: none">• Conhecimentos sobre saúde em geral (educação sanitária)• Doenças transmissíveis em particular DST's• Estratégias de ensino/aprendizagem
PROJECTO COMUNITÁRIO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM POSTO DE SAÚDE PÚBLICA, NO TREVO-MATOLA	Intervenção da Cruz Vermelha Portuguesa junto da Cruz Vermelha de Moçambique no âmbito das intervenções bilaterais	É pertinente, relevante e adequado por ter sido identificado o problema pela CVM e solicitado o apoio à CVP	Área geográfica de Trevo- Matola (Província de Maputo) Toda a população residente na área de Trevo- Matola	Criação de infra-estrutura de saúde Implementação de actividades de saúde pública e de Cuidados de Saúde Primários Captação de fundos para apoio ao desenvolvimento das actividades da Cruz Vermelha de Moçambique e para a sustentabilidade do projecto



ANEXO 6

QUADRO DE RELAÇÕES ENTRE INSTITUIÇÕES PORTUGUESAS

TÍTULO DO PROJECTO	COORDENAÇÃO ENTRE ENTIDADES PORTUGUESAS
REABILITAÇÃO E RE-EQUIPAMENTO DO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA DO HOSPITAL MILITAR DE MAPUTO	Existiu uma coordenação adequada entre o Departamento de Cooperação Técnica Militar do Ministério da Defesa e o Hospital Militar de Belém que foi o executor técnico do projecto
SAÚDE E NUTRIÇÃO: EFICIÊNCIA HOSPITALAR + GESTÃO ESTRATÉGICA (BANCO MUNDIAL)	Houve coordenação entre as diversas instituições onde trabalhavam os técnicos executores, o que permitiu: <ul style="list-style-type: none">• Libertá-los das suas funções e manter-lhes o lugar na instituição de origem• Complementar os pagamentos
DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS BÁSICAS DE MEDICINA	Foram envolvidas três Instituições Portuguesas, o IMVF, o Conselho de Reitores e a Fundação Calouste Gulbenkian A coordenação foi efectuada por parte do Director da FMM
PROGRAMA DE ACÇÃO NO DOMÍNIO DA FARMÁCIA E DO MEDICAMENTO	O INFARMED actuou sozinho. Há outras entidades envolvidas em acções afins (formação), mas não há nenhuma coordenação. O ICEP não se apercebeu da concorrência de outros países
PROVÍNCIA DE GAZA: “APOIO AO DISTRITO DE MANJACAZE” “COOPERAÇÃO PORTUGUESA NO DOMÍNIO DA SAÚDE E FORMAÇÃO NO DISTRITO DE XAI-XAI”	1ª fase A aprovação para uma operação de emergência foi muito morosa. A aprovação das licenças de trabalho foram morosas. 2ª fase Longos períodos sem verbas suficientes para avançarem com o projecto
LICHINGA-91: PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO	Projecto co-financiado pela União Europeia



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

TÍTULO DO PROJECTO	COORDENAÇÃO ENTRE ENTIDADES PORTUGUESAS
PROJECTO DE COOPERAÇÃO SANITÁRIA NA PROVÍNCIA DO NIASSA	Dificuldades (garantia das licenças e vencimentos), devido ao grande número pessoas e variedade de instituições envolvidas As instituições para estágio dos técnicos moçambicanos sempre responderam. O financiamento do ICP foi sempre a tempo.
EMERGÊNCIAS NA CIDADE DA BEIRA	Não houve dificuldades
SAÚDE PARA A MATOLA	Óptima, com a CM de Loures
PROJECTO COMUNITÁRIO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM POSTO DE SAÚDE PÚBLICA, NO TREVO-MATOLA	Não se aplica, nunca se realizou



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

ANEXO 7 QUADRO DE QUALIDADE DOCUMENTAL: 1. DOCUMENTOS DE PROJECTO

TÍTULOS DOS PROJECTOS OU INTERVENÇÕES	EXISTEM DOCUMENTOS DE PROJECTO?	CRITÉRIOS DE QUALIDADE TÉCNICA DA DOCUMENTAÇÃO							
		<i>Os Documentos de Projecto contêm descrições apropriadas dos seguintes itens:</i>							
		Justificação para o projecto ou intervenção	População alvo	Objectivos gerais e operacionais	Estratégias de intervenção: envolvimento dos actores e sustentabilidade	Metas e actividades previstas: recursos e custos por actividade	Calendário: actividades e avaliações	Mecanismos de monitorização e avaliação: Resultados e despesas	Organismos centralizadores: Comunicação das avaliações
Apoio à organização do serviço de saúde militar de Moçambique	S	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	INSUF	INSUF
Saúde e Nut.:Eficiência Hosp.+Gestão Estratég.	S	INSUF	INSUF	INSUF	INSUF	INSUF	INSUF	NÃOINF	INSUF
Desenvolvimento das ciências básicas da medicina	S	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF
Programa de acção no domínio da farmácia e do medicamento	S	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	INSUF
Lichinga-91: Projecto de desenvolvimento integrado	OD	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF
Projecto de cooperação sanitária na província do Niassa	N	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Emergência, cidade da Beira e solidariedade	S	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	INSUF	SUF
Saúde para a Matola	S	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	INSUF	SUF
Projecto comunitário para construção de posto de saúde pública, no Trevo-Matola	S	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF
Apoio ao Distrito de Manjacaze	OD	SUF	SUF	SUF	INSUF	INSUF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF
Cooperação portuguesa no domínio da saúde e formação no distrito de Xai-Xai	OD	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	INSUF	NÃOINF	NÃOINF
Assistência técnica	OD	SUF	INSUF	SUF	SUF	INSUF	INSUF	SUF	INSUF
Formação profissional	OD	SUF	SUF	SUF	SUF	INSUF	NÃOINF	SUF	NÃOINF
Evacuação de doentes	OD	INSUF	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	INSUF	SUF

Legenda: Sim(S); Não (N); Outros Documentos (OD);

Informação Suficiente (SUF); Informação Insuficiente (INSUF); Não contém informação sobre o item (NÃOINF); Não se Aplica, por não haver Documento de Projecto(NA).



Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

QUADRO DE QUALIDADE DOCUMENTAL: 2. RELATÓRIOS DE EXECUÇÃO DOS PROJECTOS

TÍTULOS DOS PROJECTOS OU INTERVENÇÕES	EXISTEM RELATÓRIOS DE EXECUÇÃO?	CRITÉRIOS DE QUALIDADE TÉCNICA DA DOCUMENTAÇÃO						
		<i>Os Relatórios de Execução contêm informação objectiva e explícita sobre:</i>						
		Metas previstas: serviços prestados/ construções/ formação /outras	Realizações não previstas no projecto	Gestão de “inputs” da parte portuguesa:	Gestão de “inputs” da parte moçambicana:	Gestão financeira (parte portuguesa): custos por actividade ou “input”, atempamento dos financiamentos	Gestão financeira da parte moçambicana: financiamentos específicos	Considerações e recomendações sobre: complementaridade; continuidade; problemas; recomendações
Apoio à organização do serviço de saúde militar de Moçambique	S	SUF	NÃOINF	SUF	INSUF	NÃOINF	NÃOINF	SUF
Saúde e Nut.:Eficiência Hosp.+Gestão Estratégica	S	INSUF	NÃOINF	INSUF	INSUF	NÃOINF	NÃOINF	INSUF
Desenvolvimento das ciências básicas da medicina	S	SUF	NÃOINF	SUF	INSUF	NÃOINF	NÃOINF	SUF
Programa de acção no domínio da farmácia e do medicamento	S	SUF	NÃOINF	SUF	SUF	NÃOINF	INSUF	SUF
Lichinga-91: Projecto de desenvolvimento integrado	OD	SUF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF	INSUF
Projecto de cooperação sanitária na Província do Niassa	S	SUF	SUF	SUF	SUF	SUF	NÃOINF	SUF
Emergência, cidade da Beira e solidariedade	S	INSUF	SUF	SUF	SUF	SUF	NÃOINF	SUF
Saúde para a Matola	S	SUF	NÃOINF	SUF	SUF	INSUF	NÃOINF	SUF
Projecto comunitário para a construção de um posto de saúde pública, no Trevo-Matola	N	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Apoio ao Distrito de Manjacaze	S	SUF	NÃOINF	SUF	INSUF	INSUF	NÃOINF	SUF
Cooperação portuguesa no domínio da saúde e formação no distrito de Xai-Xai	S	SUF	SUF	SUF	INSUF	INSUF	NÃOINF	SUF
Assistência técnica	OD	INSUF	INSUF	NÃOINF	INSUF	INSUF	NÃOINF	NÃOINF
Formação profissional	OD	NÃOINF	NÃOINF	INSUF	NÃOINF	NÃOINF	NÃOINF	SUF
Evacuação de doentes	OD	SUF	INSUF	INSUF	INSUF	SUF	SUF	INSUF

Legenda: Sim(S); Não (N); Outros Documentos (OD);

Informação Suficiente (SUF); Informação Insuficiente (INSUF); Não contém informação sobre o item (NÃOINF); Não se Aplica, por não haver Documento de Projecto(NA)



ANEXO 8

OS CUSTOS DO PROJECTO DO LABORATÓRIO DO HOSPITAL MILITAR DE MAPUTO

A recuperação de uma infra-estrutura, para esta passar a fornecer serviços em maior número ou qualidade (ou, simplesmente, recomeçar a prestar serviços) é um dos tipos de foco da assistência externa mais atraente, tanto para o doador, como para o receptor. O que ambos não podem esquecer é que, nos 3 a 5 anos que se seguem à reabilitação, os custos de funcionamento serão quase do mesmo nível que os custos de reabilitação, e o doador pode ser solicitado a partilhar esses custos de funcionamento inicial.

A evolução das componentes de custos do projecto de reabilitação do Laboratório do Hospital Militar de Maputo tem uma evolução temporal elucidativa:

- Os fornecimentos de materiais consomem mais orçamento que a assistência técnica, logo a partir do 2º ano do projecto;
- A recuperação de infra-estruturas apenas é uma despesa dominante no 1º ano do projecto, descendo abaixo de 5% dos gastos totais, logo no 2º ano;
- Ao 4º ano, já são de novo necessários gastos na área das infra-estruturas, possivelmente já as primeiras operações de manutenção e reparação.

**A EVOLUÇÃO DE CUSTOS (RECUPERAÇÃO - FUNCIONAMENTO)
NUM PROJECTO DE REABILITAÇÃO DUMA UNIDADE DE SERVIÇOS
O LABORATÓRIO DO HOSPITAL MILITAR DE MAPUTO**

(Euros)

	1998	1999	2000	2001	4 ANOS
Acessorias	7.056.139,70	57.438.852,37	101.040.896,44	78.672.529,20	244.208.418
Fornecimentos Materiais	465.333,55	190.647.624,23	140.814.332,46	96.701.274,93	428.628.565
Recuperação de Infraestruturas	143.648.626,81	13.284.639,02	5.068.170,71	37.800.351,15	199.801.788
Transporte Material - Pessoal	7.649.689,25	28.058.748,42	32.390.992,71	11.049.665,31	79.149.096
TOTAL	158.819.789	289.429.864	279.314.392	224.223.821	951.787.866

Em Percentagem do Gasto Total

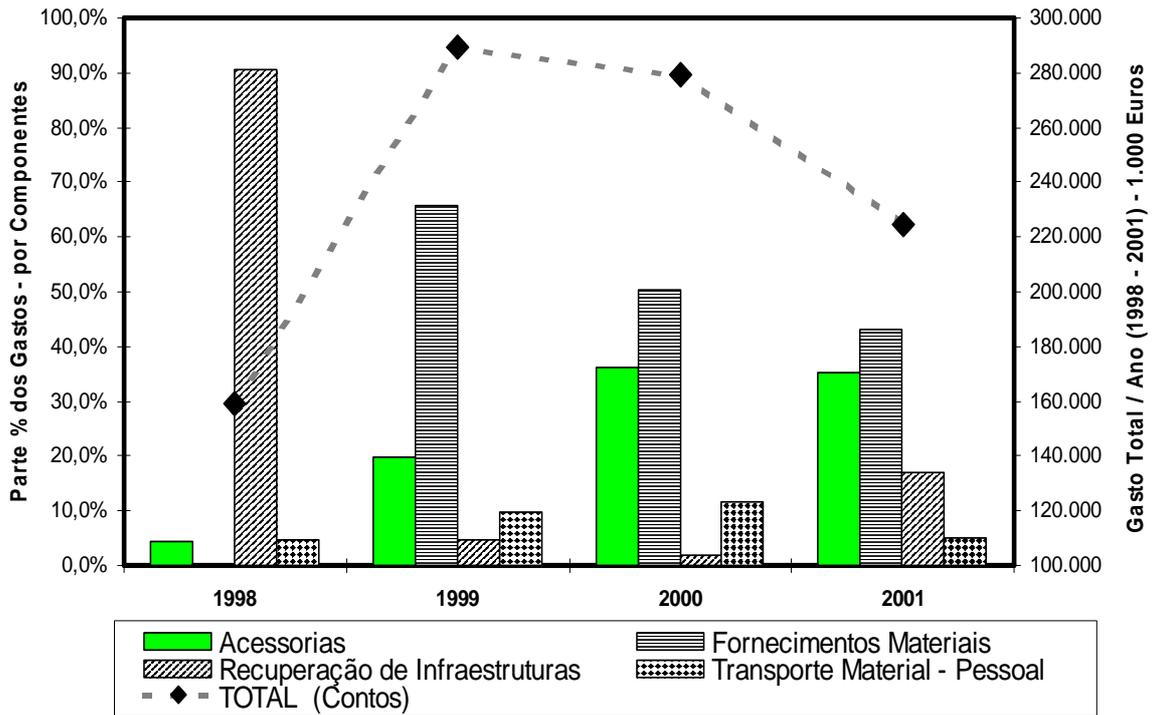
	1998	1999	2000	2001	4 ANOS
Acessorias	4,4%	19,8%	36,2%	35,1%	25,7%
Fornecimentos Materiais	0,3%	65,9%	50,4%	43,1%	45,0%
Recuperação de Infraestruturas	90,4%	4,6%	1,8%	16,9%	21,0%
Transporte Material - Pessoal	4,8%	9,7%	11,6%	4,9%	8,3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Ministério da Defesa Português

O gráfico da página seguinte ilustra a evolução temporal dos gastos com o projecto de recuperação das infra-estruturas do Laboratório do Hospital Militar de Maputo, Moçambique.



Evolução temporal de Gastos com Projecto de Recuperação de Infraestruturas: O Laborat. do Hosp. Mil. de Maputo



Fonte: Ministério da Defesa Português



ANEXO 9

O GUIÃO DAS ENTREVISTAS EM PORTUGAL :

1- Apresentação:

- A nossa equipa de trabalho lidera um trabalho para o ICP.
- Para a avaliação da cooperação bilateral Portugal/Moçambique no sector da saúde, na última década.
- A nossa metodologia inclui uma análise documental (relatórios) e entrevistas a pessoas-chave de diversos projectos, em Portugal e Moçambique.
- Conhecemos o trabalho de (entrevistado) enquanto envolvido no projecto
- O objectivo desta entrevista é compreender a dinâmica que deu origem à génese do projecto, as suas motivações iniciais, bem como recolher recomendações e propostas de optimização.

2- Objectivos da entrevista

- 2.1.- Génese do projecto e motivações iniciais
- 2.2.- Articulação entre entidades envolvidas Portuguesas/Moçambicanas
- 2.3.- Avaliação e Recomendações
- A conversa inicial, após a apresentação, será explicitada pela questão aberta :
“Gostaríamos de saber como tudo começou, a partir de que ideia inicial, os primeiros impulsionadores deste projecto”
- O entrevistado será reportado aos objectivos da entrevista, tentando cobrir-se ao máximo os tópicos da página 2 “pontos a cobrir”.
- A conversa será encerrada, antes do “fecho” pela questão:
“Gostaríamos para concluir de ouvir a sua opinião sobre como ultrapassar alguns dos problemas que sentiram, enfim que recomendações fariam para o futuro...”

3- Fecho

- Na sequência deste estudo o ICP vai organizar um seminário para apresentação dos resultados, em finais de Fevereiro.
- A colaboração de (entrevistado) será referida
- (qualquer contacto/participação no seminário/obter relatório, terá que ser tratado directamente com o ICP)



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

PONTOS A COBRIR

- 1-
Como se iniciou?
Quem?
Que motivações?
Como conseguiram viabilizar a proposta?
- 2-
Problema identificado localmente (quem identificou?/prioritário?/viável?)
ou proposta portuguesa (motivações?/história?/como definiram prioridades?)
- 3-
Institucional (historial, ou novidade)?
Acidental?
- 4-
Intervenção Portuguesa : excelência?/disponibilidade?/pessoal?
e Moçambicana : prioritária?/optimização de recursos?/pessoal?
- 5-
Recomendações (avaliação, se ...)



RELATÓRIO DA ENTREVISTA

Nome _____	Instituição _____	Cargo _____

Projecto _____,	em _____	de _____ a _____

- SÍNTESE:

- Génese do projecto e motivações iniciais

- Articulação entre entidades envolvidas Portuguesas/Moçambicanas

- Avaliação e Recomendações

1- Como se iniciou o projecto? (Quem? Que motivações? Como conseguiram viabilizar a proposta?)

2-Problema identificado localmente (quem identificou?/prioritário?/viável?)? ou proposta portuguesa (motivações?/história?/como definiram prioridades?)

3- Génese do projecto : Institucional (historial, ou novidade)? Ou Acidental?

4- A que se deve a Intervenção Portuguesa : excelência?/disponibilidade?/pessoal?
e Moçambicana : prioritária?/optimização de recursos?/pessoal?

5- Recomendações (avaliação, se ...)



*Ministério dos Negócios Estrangeiros
Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*

6- Considerações adicionais face às questões em análise:

Questão 1- Relevância/ Pertinência e adequação da intervenção portuguesa

Questão 2-Coordenação e Complementaridade interna

Questão 3 –Articulação entre as várias partes envolvidas

Questão 4- Auto-avaliação

OUTRAS CONSIDERAÇÕES: