

**Artigo original**

## IMPLICAÇÕES DE SUPORTE DE INICIATIVAS DE SAÚDE GLOBAIS NO SISTEMA DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE

*Baltazar Chilundo<sup>1</sup>, Tavares Madede<sup>1</sup>, Julie Cliff<sup>1</sup>, Francisco Mbofana<sup>1,2</sup>, César Palha de Sousa<sup>1</sup>, Lorna Gujral<sup>2</sup>, Rosa Marlene<sup>1,2</sup>, Eunice Jethá<sup>1</sup> e Martinho Dgedge<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique

<sup>2</sup>Ministério de Saúde, Moçambique

**RESUMO:** Mais de 70% do suporte financeiro ao sistema de saúde de Moçambique provém de parceiros de saúde internacionais. Durante a última década, apoio substancial foi alocado através das Iniciativas de Saúde Globais. Porém, as implicações concretas dessas Iniciativas sobre o sistema nacional de saúde não são conhecidas, daí a necessidade de se analisar, como objectivo, as implicações das Iniciativas de Saúde Globais para o Sistema Nacional de Saúde. Baseando-se em métodos qualitativos, entre Março de 2007 a Maio de 2011, 26 gestores seniores de saúde ao nível nacional e 66 gestores e provedores de saúde de Gaza, Zambézia e Nampula foram entrevistados. Também foi conduzida análise de documentos que relatam o contexto do sector de saúde nacional, políticas, grau de implementação e o papel da ajuda internacional. Como resultados, nos últimos anos, os Programas de Saúde foram impulsionados por fundos destas Iniciativas e assim o volume de actividades de controlo de doenças seleccionadas aumentou de forma marcante. Apesar deste aumento, o Sistema Nacional de Saúde ainda permanece pobre em muitos aspectos (infra-estruturas, pessoal qualificado, monitoria e avaliação, sistemas de informação de saúde, entre outros). Muitas Organizações Não-Governamentais apoiadas pelas Iniciativas de Saúde Globais continuam a atrair o pessoal de saúde pública qualificado, contribuindo para enfraquecer o sistema e induzem a geo-discrepância e iniquidades para além de tornar ineficazes os sistemas de monitoria e avaliação. O Ministério da Saúde ainda joga um papel marginal em termos de gestão e controlo dos fundos e, portanto, a execução dos planos estratégicos existentes é repleto de incertezas, situação agravada pela imprevisibilidade dos desembolsos prometidos. Muito recentemente, algumas destas iniciativas mudaram seu foco passando a apoiar no fortalecimento do sistema de saúde, mas o impacto destes esforços só será visível a longo prazo. A ênfase exagerada de suporte no controlo de doenças seleccionadas limita a abordagem de integração para a saúde da população. Recomenda-se que Iniciativas de Saúde Globais devem basear-se em compromissos de longo prazo e apoiarem abordagens que estão em consonância com o Compacto de Parceria para Saúde que centra-se no fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde como um todo.

**Palavras-chave:** dependência da ajuda, apoio externo, Iniciativas de Saúde Globais e sistemas de saúde

**ABSTRACT:** Over 70% of financial support to the health system in Mozambique comes from international health partners. During the last decade, substantial support was allocated through the Global Health Initiatives, however, the concrete implications of these Global Health Initiatives on national health system are not known. Drawing upon qualitative methods, between March 2007 to May 2011, 26 senior managers from the national level, 66 health managers and providers from Gaza, Zambézia and Nampula provinces were interviewed. We also conducted an extensive review of the documents that report the context of national health policy, degree of implementation and the role of international aid. As results, during the last years, Health Programs have been boosted by funds from the Global Health Initiatives and thus the volume of interventions to control selected diseases has increased markedly. Despite this increase, the National Health System remains poor in many aspects (infrastructure, personnel, monitoring and evaluation, health information systems, etc). Many Non-Governmental Organizations supported by these Global Initiatives continue to attract qualified public health personnel, helping to weaken the system and induce geo-discrepancies and inequities while rendering ineffective monitoring and evaluation systems. The Ministry of Health still plays a marginal role in terms of management and control of funds and therefore the implementation of existing strategic plans is full of uncertainties. The unpredictability of promised disbursements mainly due to the weak capacity of the Ministry of Health accountability system aggravates the situation. Very recently, some Global Health Initiatives started to strengthen the national health system, but the impact of these efforts will only be visible in the long term. The exaggerated emphasis on supporting disease specific interventions limits the integration approach to the health of the population. Global Health Initiatives should be based on a long-term commitment and support approaches that are consistent with the Compact of the International Health Partnership, which focuses on strengthening the National Health System as a whole.

**Keywords:** aid dependence, external support, Global Health Initiatives and health systems

Correspondência para: (correspondence to:) baltazar.chilundo@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Como em muitos outros países de baixa renda e de baixo índice de desenvolvimento humano (UNDP, 2011), Moçambique ainda depende largamente de ajuda externa para financiar o sector de saúde. Por exemplo, no ano de 2008, 73% do orçamento da saúde de Moçambique veio de 26 parceiros internacionais de saúde, entre bilaterais, multilaterais, fundos globais e bancos de desenvolvimento (WHO, 2008).

Com uma proporção tão elevada de financiamento externo e diversidade de parceiros, a harmonização e o alinhamento entre os parceiros e o Ministério da Saúde têm-se tornado cada vez mais importante. Na última década emergem as Iniciativas de Saúde Global (ISG) como um novo mecanismo de canalização de fundos pelos doadores para melhorar a provisão de serviços de saúde nos países pobres como Moçambique. Porém, surgem igualmente diversos graus de necessidade de coordenação e de prestação de contas. Alguns exemplos de ISG operando em Moçambique incluem (i) Fundo Global para o combate à SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM); (ii) o Plano do Presidente dos Estados Unidos da América para o Alívio ao SIDA (PEPFAR); (iii) o Plano do Presidente dos Estados Unidos da América para o Combate à Malária (PMI); (iv) a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI); e (v) Programa Multi-Países do Banco Mundial contra o SIDA (WB-MAP).

Publicações de nível global e nível nacional têm apontado para a falta de evidência dos efeitos destas ISG sobre os sistemas nacionais de saúde (CAR *et al.*, 2012). Assim, as implicações destas ISG sobre o sistema de saúde em Moçambique não são conhecidas, em particular nos níveis provinciais e distritais.

Este artigo aborda algumas das implicações da ISGs nos sistemas de saúde em Moçambique.

Para tal, baseou-se nas seguintes perguntas de pesquisa:

1. Quais são as implicações actuais das ISGs sobre o Sistema Nacional de Saúde (SNS)?

- Será que o financiamento ao sector de saúde aumentou devido às ISGs?
- Até que ponto esse aumento no financiamento trouxe ganhos ao Sistema Nacional de Saúde (SNS)?
- Qual é a implicação das ISGs sobre os recursos humanos para a saúde em termos de disponibilidade e desempenho?
- Qual é a implicação das ISGs sobre os esforços de equidade, sistemas de informação e monitoria e avaliação no SNS?

2. De que maneira as ISGs podem melhorar a forma pela qual operam em Moçambique?

## MÉTODOS DE ESTUDO

Este estudo é parte de uma pesquisa longitudinal 2007 a 2012 que foi realizada por um consórcio de pesquisadores de Moçambique, Angola, Lesoto, África do Sul, Bélgica, Portugal e Irlanda no âmbito do projecto, intitulado “A Experiência de Países Africanos com Iniciativas de Saúde Globais” financiado pela União Europeia.

O artigo é baseado numa abordagem qualitativa com dados colhidos aos níveis Nacional (Maputo cidade) e Sub-Nacional (províncias, distritos e unidades sanitárias).

Ao nível nacional, os dados foram colhidos nos seguintes períodos (i) de Março a Setembro de 2007 para entrevistas informais e análise documental; (ii) de Fevereiro a

Maio de 2008 para entrevistas em profundidade com informadores-chave; e (iii) de Janeiro a Fevereiro de 2011 para entrevistas em profundidade com informadores-chave e análise documental. A investigação empírica foi realizada no Ministério da Saúde (MISAU), escritórios de Parceiros de Implementação seleccionados (OMS, ONUSIDA, UNICEF, Ajuda Irlandesa, PMI/CDC, Banco Mundial, USAID, CDC, DFID) e ONGs (MONASO - rede de ONG nacionais que trabalham na luta contra a

SIDA, Malaria Consortium, Aliança Internacional para a Saúde). No total, 26 entrevistas de nível nacional foram realizadas.

Ao Nível Sub-Nacional (provincial, distrital e unidades sanitárias), os dados foram colhidos de Março 2010 a Maio de 2011 envolvendo 66 entrevistas realizadas nas províncias de Nampula, Zambézia e Gaza, conforme a Tabela 1, que apresenta os critérios de selecção e demais características).

**TABELA 1 – Locais de pesquisa ao nível sub-nacional – Critérios e Características**

Localização	Nampula	Zambézia	Gaza
	Norte	Centro	Sul
População (censo 2007)	3.985.285	3.848.274	1.226.272
Prevalência de HIV (INSIDA 2009) na população 15-49 anos	5.5% Mulheres 3.3% Homens	15.3% Mulheres 8.9% Homens	29.9% Mulheres 16.8% Homens
Parasitémia da malária em menores de 5 anos (IIM 2007)	60.4%	50.3%	19.0%
Districtos abrangidos	Nampula & Nacala-porto	Mocuba & Quelimane	Xai-Xai & Chókwe
Prevalência distrital de HIV em mulheres grávidas (Ronda de vigilância 2009)	Nampula: 18.8% Nacala-porto: 9.9%	Mocuba: 22.1% Quelimane: 12.4%	Xai-Xai: 27.4% Chókwe: 26.5%

O guião de perguntas foi elaborado a partir dum quadro conceitual cobrindo os seguintes temas relacionados com as implicações de ISGs: (i) A eficácia da ajuda, incluindo esforços de harmonização e alinhamento, (ii) desenvolvimento de políticas nacionais; (iii) o fluxo financeiro, (iv) Expansão de serviços; (v) a planificação, coordenação e Monitoria e Avaliação (M&A); (vi) Disponibilidade e desempenho de Recursos Humanos para a Saúde; e (vii) Equidade. O foco variou de acordo com a área de domínio do informador e sua área específica de trabalho.

As entrevistas foram realizadas por dois pesquisadores em língua Portuguesa ou Inglesa, dependendo da preferência do entrevistado. Com o consentimento escrito

dos entrevistados, todas as entrevistas foram gravadas e foram tomadas notas na forma de resumos.

A análise dos dados foi feita mediante um processo contínuo interactivo que envolveu a colheita de dados no campo, a transcrição dos registos digitais, codificação e criação de mapas recapitulativos de um lote de entrevistas. A análise de conteúdo das transcrições foi conduzida e concluída pelo recurso de um *software* (NVIVO versão 9) que facilita a análise temática por meio de códigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados na forma de resposta a cada uma das perguntas de pesquisa apresentadas:

**Será que o Financiamento ao Sector de Saúde Aumentou devido às ISGs?**

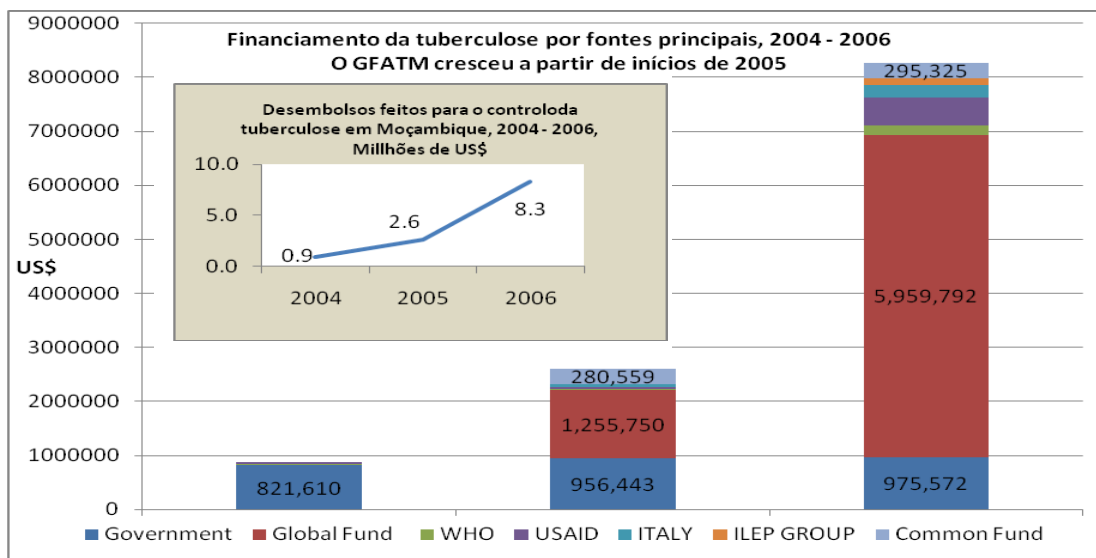
Durante a última década, Moçambique tem experimentado um aumento do financiamento oriundo das ISGs, principalmente destinados aos programas de HIV e SIDA, Malária e Tuberculose. No geral, tal como descrito na Tabela 2 e Figura 1A,B e C, o financiamento para HIV e SIDA, Tuberculose e Malária tem aumentado substancialmente nos últimos anos. A maior parte do financiamento veio de doadores externos, principalmente o

GFATM, o PEPFAR, o WB-MAP e a PMI. Considerando apenas o Programa Nacional de Controlo da TB (PNCT), o volume líquido de financiamento aumentou cerca de nove vezes só a partir de 2004 a 2006 e isso resultou num espaço considerável para a expansão dos serviços de tuberculose no país (MACRO INTERNATIONAL INC. *et al.*, 2008). O resultado foi o aumento visível de actividades para controlo e tratamento dessas doenças, conforme melhor descrito nos capítulos seguintes.

**TABELA 2 – Fundos disponibilizados por ISGs seleccionadas nos últimos 7 anos**

ISGs	Período	Valor	Área
GFATM	2004- 2008	US\$155M (5 yrs)	SIDA, TB & Malária
US PEPFAR	2004- 2008	2007: US\$147M	SIDA
MAP	2003- 2008	US\$55M (5 yrs)	SIDA
TAP	2004- 2007	US\$20.8M (4 yrs)	SIDA
Clinton Foundation	2004- 2008	US\$50M (from donors)	SIDA
GAVI	2007- 2009	US\$26.2M (3 yrs)	PAV
US PMI	2006- 2010	2006: US\$17M	Malária

Fonte: Chilundo et al. (2007)



**FIGURA 1A – Aumento de Financiamento da Tuberculose (Macro International Inc. et al., 2008)**

### Financiamento da malária em Moçambique GFATM e PMI principais fontes mas de difícil controlo

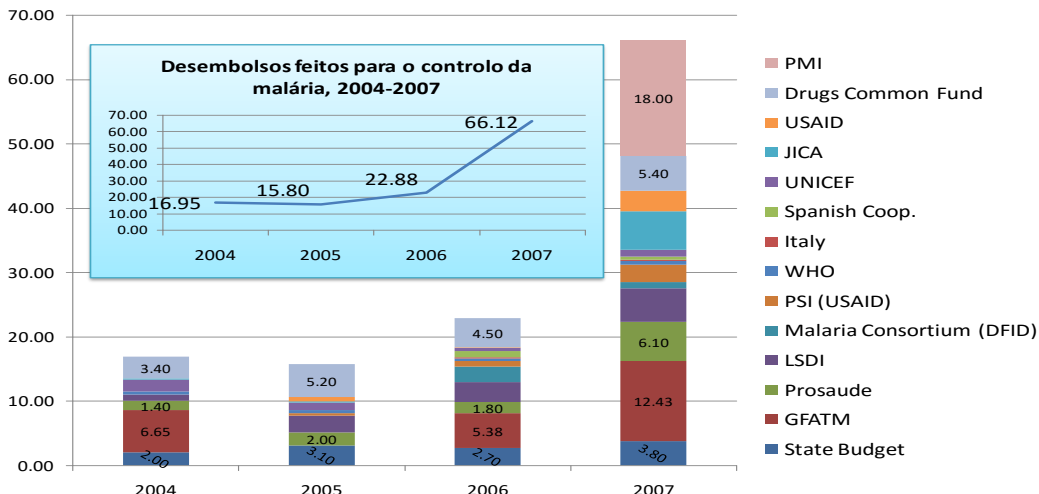


FIGURA 1B – Aumento de Financiamento da Malária (Macro International Inc. et al., 2008)

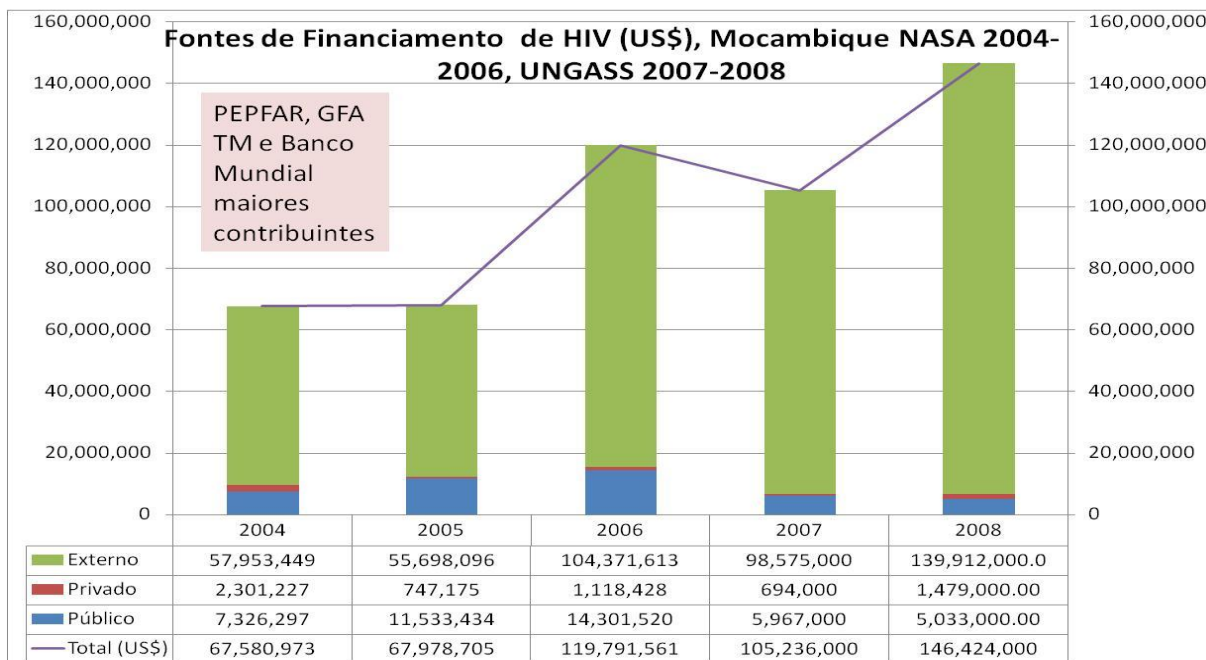
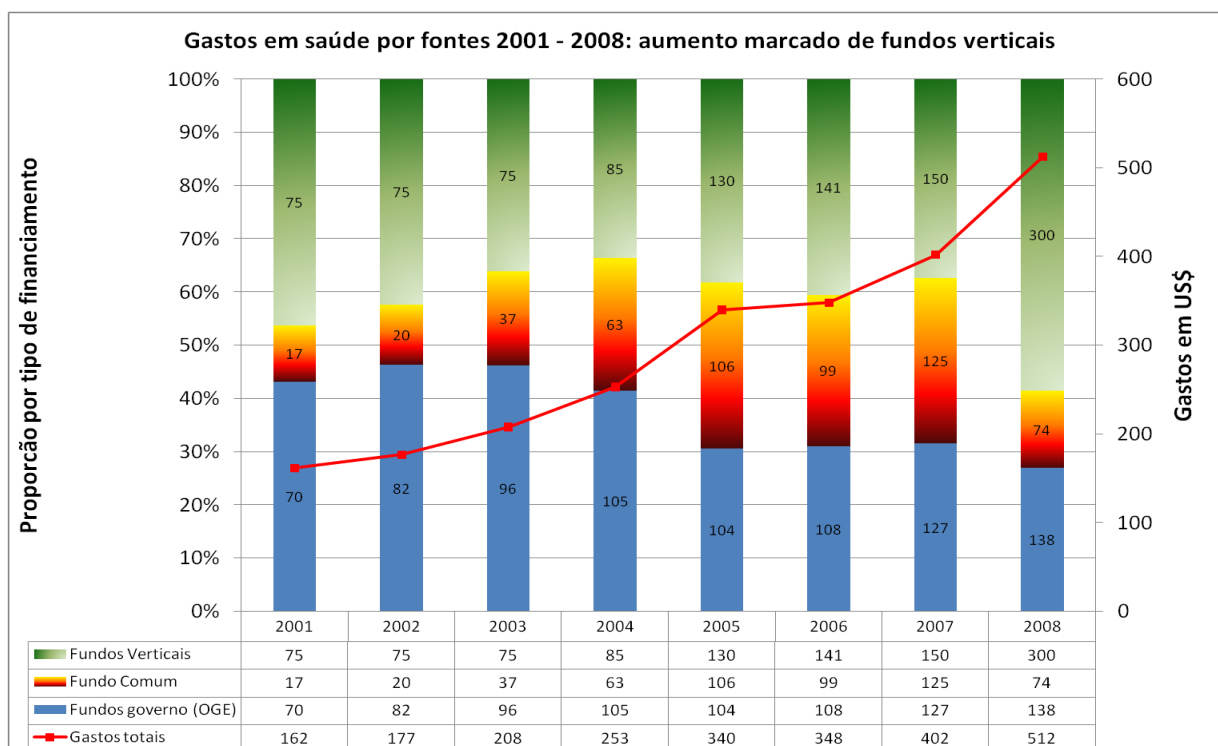


FIGURA 1C – Aumento de Financiamento de HIV (Macro International Inc. et al., 2008)

Como mostrado na Figura 2, embora tanto o financiamento do governo e dos fundos comuns tem aumentado substancialmente (este último com flutuações), o aumento dramático da proporção de financiamento vertical tem sido a característica marcante para o sector de saúde. Assim, os fundos consignados constituem a maior fonte de financiamento e são atribuídos principalmente a um aumento considerável do financiamento PEPFAR (WHO, 2008, p.11). Somente no ano de 2008, o PEPFAR alocou 228,62

milhões US\$ para o HIV em Moçambique (CAMPBELL e STILWELL, 2008). A maior parte do financiamento vertical é canalizada para as Organizações Não-Governamentais (ONGs). Estes efeitos positivos são consistentes com os publicados pela Biesma *et al.* (2009) que destaca a expansão rápida de serviços de HIV e SIDA, maior envolvimento de intervenientes chave e canalização de fundos para ONGs em sobretudo no Malawi, Benin e Zâmbia.



**FIGURA 2** - Aumento de financiamento vertical, principalmente devido às ISGs (relativamente “comprimindo” fundos comuns e o Orçamento do Estado para o sector da saúde). Fonte: Relatório do Retiro de Grupo de Parceiros de Saúde, 2008 com referência aos dados do MISAU/DPC 2008

### Até que Ponto esse Aumento no Financiamento Trouxe Ganhos ao SNS?

As Figuras 3A e 3B são exemplos claros da implicação directa do aumento do financiamento vindo das ISGs. A disponibilidade e distribuição de redes

mosquiteiras tratadas com insectida aumentou de forma marcada a partir de 2007 graças à contribuição do GFTAM e do PMI desafiando mesmo a estrutura criada para despender os montantes disponibilizados (CHILUNDO *et al.*, 2008) (Figura 3A).

Figura similar é apresentada em relação à cobertura com TARV, que mesmo estando longe de atingir a universalização desejada,

registou-se um aumento 9% em 2005 para 62% em 2010 graças aos fundos PEPFAR, GFATM e MAP (Figura 3B).

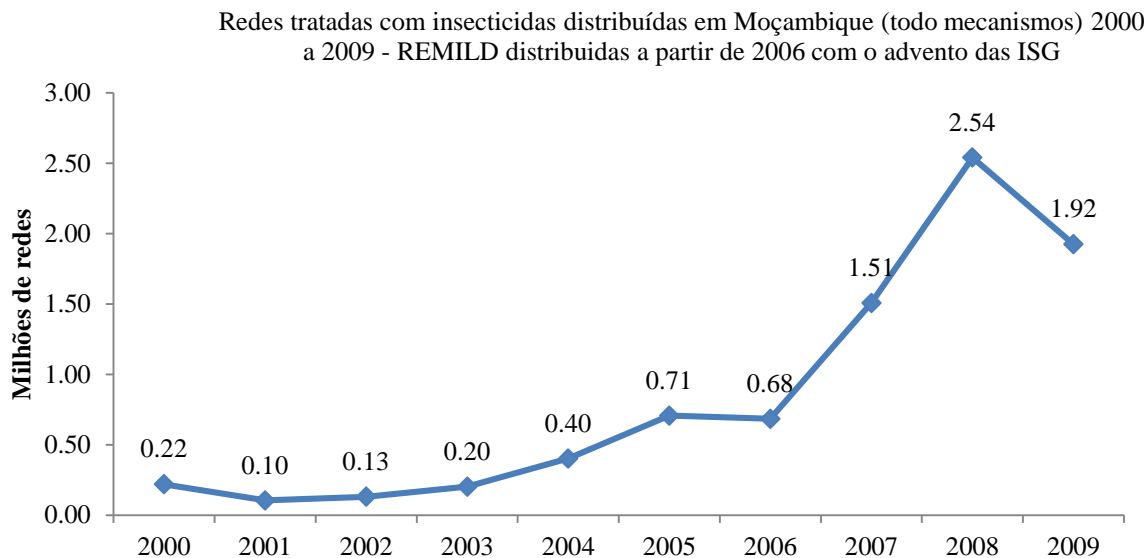


FIGURA 3A - Aumento sustido na distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida no âmbito de combate à malária, essencialmente devido ao apoio das ISG (GFATM e PMI) a partir de 2006.

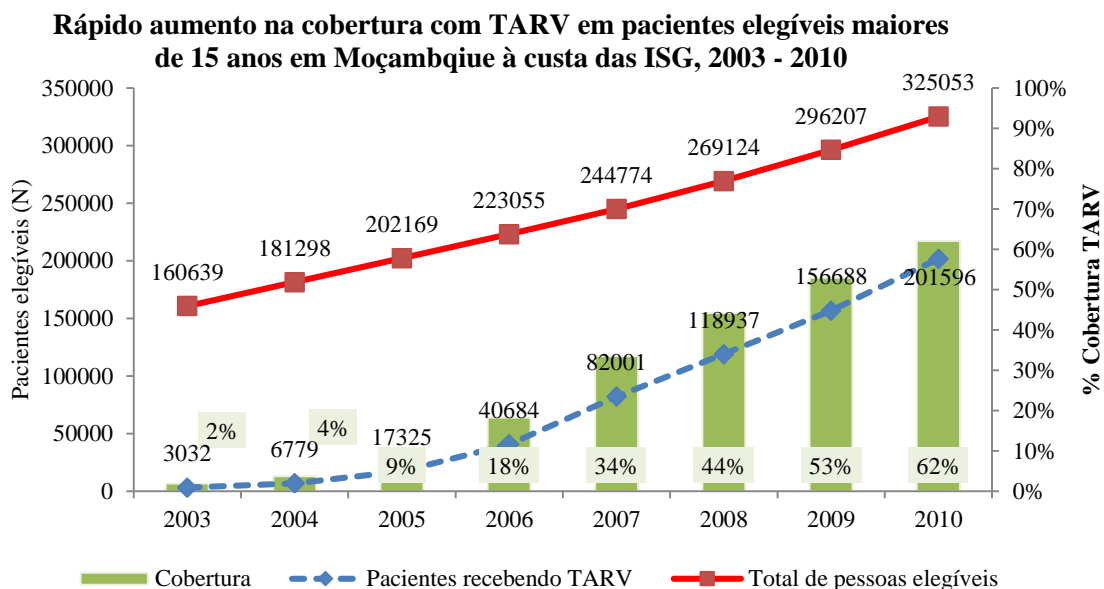


FIGURA 3B - Aumento significativo na cobertura TARV para as pessoas HIV+ elegíveis de 2005 a 2010, graças às ISG (GFATM, PEPFAR, MAP)

Enquanto o dinheiro do PEPFAR foi claramente aclamado por quase todos os entrevistados, as implicações negativas dos mecanismos utilizados para alocar os referidos fundos também mereceram destaque:

[...] As quantidades enormes de dinheiro [do PEPFAR] que vêm apenas para um ano ... são muito imprevisíveis e o meu senso diz-me que é o governo dos EUA que decide quem vai receber o dinheiro e o que eles vão apoiar ... O MISAU tem muito pouco envolvimento em dirigir os fundos ou decidir como os fundos serão gastos e onde vão ser gastos. É apenas o governo dos EUA a decidir unilateralmente. Então, como vantagem, PEPFAR [está trazendo] muito dinheiro, muito apoio e, como desvantagem, é o risco de não estar alinhado com as prioridades do Ministério e fragmentado ao nível da prestação de serviços, porque [PEPFAR] está apenas a apoiar algumas províncias e apenas alguns distritos e apenas algumas organizações - Representante da ONG.

Para adicionar à complexidade, alguns parceiros que apoiam fundos comuns também alocam recursos para uma gama variada de projectos independentes fora do Sistema Nacional de Saúde (Figura 2):

[...] se olharmos para as tendências dos fundos verticais neste país estão aumentando [...] eles não colocam todos os ovos na mesma cesta, [...] Eles colocam uma parte no fundo comum [PROSAUDE], e outra parte em ONGs... - representante do parceiro

Posição similar foi também encontrada no relatório de 2008 da OMS:

Quase 80% dos parceiros da saúde tem alguma proporção de seu orçamento destinado a iniciativas verticais, principalmente através de projetos implementados por uma gama variada de organizações não governamentais. Apenas 1/5 dos parceiros comprometem seu apoio financeiro para os fundos comuns (WHO, 2008, p.12).

Muitos dos nossos informadores chave afirmaram que apesar de alguns programas

de saúde estarem a ser “inundados” com fundos, não existe ainda nenhuma prova evidente que esse volume de fundos consignados contribui para o fortalecimento do SNS. Assim, o desempenho do SNS mantém-se pobre em termos globais. Tal como ilustrado na Figura 3C, à excepção do programa PTV altamente financiado pelo PEPFAR e GFATM, os serviços de saúde materna e infantil que constituem a base dos cuidados de saúde primários, praticamente mantiveram-se estagnados nos últimos anos:

PEPFAR diz estar a apoiar formação pré-serviço, mas eles não fornecem informações em antecipação sobre os fundos disponíveis para o ano seguinte ... isto limita a nossa capacidade de planejar - Representante do Governo.

Em teoria, há muitas vezes argumentando que temos que usar esses projetos verticais para reforçar o nosso sistema de saúde, mas na prática não é fácil fazer, o sector precisaria de grandes investimentos de recursos humanos e para a expansão da rede de saúde em primeiro lugar ... [que não é o caso] - representante do Governo.

[...] Eu acho que há sempre uma grande batalha entre o reforço do sistema de saúde e a necessidade imediata de atingir metas - Representante do parceiro.

Algumas das influências negativas que surgiram a partir da ascensão do financiamento vertical não foram por falta de planos antecipados pelo governo e parceiros. Entrevistas apontam problemas de implementação, principalmente causados pela incapacidade de explorar esse apoio financeiro como uma oportunidade para fortalecer o sistema de saúde como um todo:

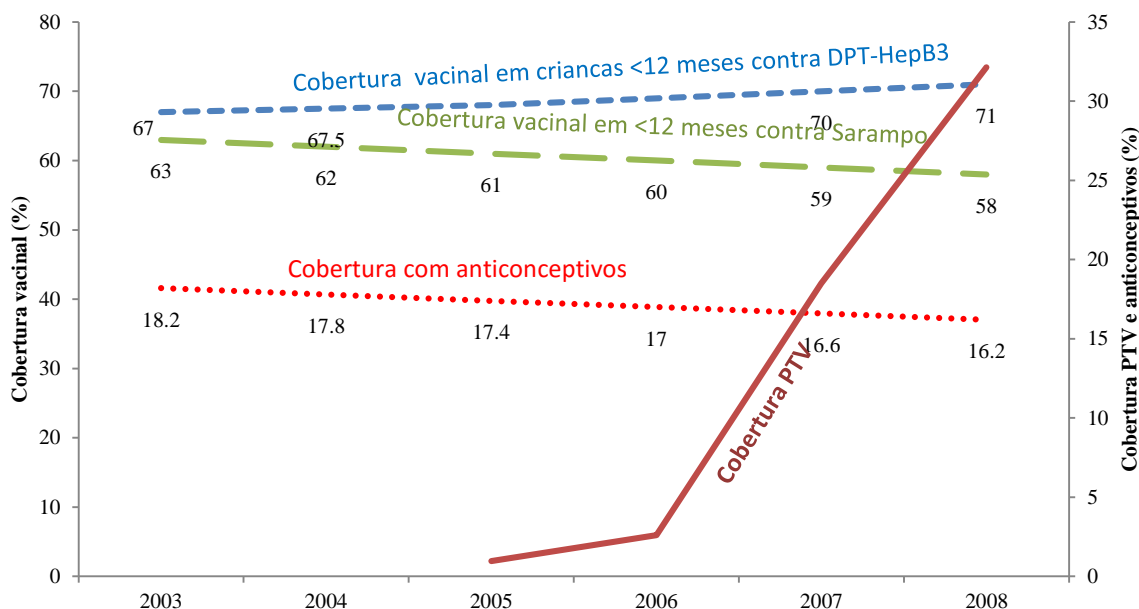
Pessoalmente, penso que quando este escalonamento de serviços de HIV e SIDA instalou-se foi realmente para reforçar o sistema de saúde. Aqueles que foram envolvidos - e eu sou uma dessas pessoas que foram envolvidas no desenho disto - a ideia era para aproveitar o problema de HIV para reforçar os laboratórios não somente para HIV, mas sim para o sistema de saúde,



quer dizer que você não poderia [apenas] reforçar os laboratórios para uma doença. O mesmo aplica-se para a formação que não estava destinada para apenas HIV e SIDA... acho que estes são os erros que foram feitos em termos de implementação. Acho que houve uma interpretação de que precisamos construir um novo hospital dia, um novo

centro de aconselhamento e testagem específicos para uma doença.... essa não era a intenção. A intenção era de reorganizar os serviços de tal forma que você pode identificar certos pontos de entrada no âmbito das redes integradas de cuidados de saúde, etc.-representante do parceiro.

**Cobertura PTV aumenta de forma marcada à custa das ISG comparada com o estado estável ou estagnado nas coberturas de outros programas SMI 2003-2008**



**FIGURA 3C - Cobertura de PTV aumenta de forma exponencial graças às ISGs, mas outras actividades de saúde materna (anticoncepcionais) e saúde infantil (vacinações) pouco apoiadas praticamente estiveram estagnadas no período 2003 a 2008.**

O GFATM é um dos maiores doadores do sector da saúde. O GFATM assinou o memorando do sector da saúde junto com outros 13 doadores comprometendo-se a tornar o seu financiamento previsível alinhando-o ao ciclo de orçamentação do Governo. Porém, o GFATM tem continuado a impor os seus condicionalismos dentro do ano fiscal, tornando o financiamento ao sector imprevisível. Em 2007 o GFATM desembolsou apenas 53.5% dos seus compromissos (avaliados em mais de 40 milhões de dólares) e dentro das últimas 4 semanas do ano, tornando impossível para o

sector gastar os fundos nos serviços que durante todo o ano de 2007 os necessitaram (Grupo Informal de Governação e Aliança 2015, 2010).

**Qual é a implicação das ISGs sobre os Recursos Humanos para a Saúde em Termos de Disponibilidade e Desempenho?**

É largamente aceite e reconhecido que a componente fundamental para o fortalecimento do sistema de saúde reside na disponibilidade da força humana qualificada e motivada, o que foi a principal preocupação sublinhada

por todos os entrevistados do Governo, parceiros de desenvolvimento e de ONGs em todos níveis nacional e sub-nacional. A preocupação com o desenvolvimento da força humana tem a ver com a falta absoluta (ou relativa) de trabalhadores de saúde em Moçambique, e os efeitos da escassez na capacidade de absorção de recursos pelo sistema de saúde para aumentar programas. O último plano de desenvolvimento de recursos humanos do sector da saúde para o período 2008 - 2015 estabelece claramente estratégias que podem ser usadas para fortalecer a força de trabalho em termos de motivação e retenção, e assim contribuir para um melhor desempenho (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2008). O plano é visto como tendo feito uma excelente análise e cálculo dos custos abrangentes, mas as mensagens-chave e prioridades resultantes carecem de financiamento que deveria ser garantido pelas ISGs.

Não podemos ignorar que as ISGs são uma importante fonte de fundos para o sector da saúde. Muito recentemente, nós apreciamos positivamente o novo plano de desenvolvimento de recursos humanos que foi orçado em cerca de ... 20 milhões de dólares; bem ... é um monte de dinheiro. ... Mais de 90% é para os salários, a fim de motivar o pessoal de saúde, porque muitos profissionais de saúde estão a tentar sair de saúde pública e uma das principais razões são os baixos salários... e as ISGs deveriam ter uma palavra a dizer a breve trecho - Representante do Parceiro.

No entanto, há vozes argumentando que no momento actual, e de forma contraproducente, há ISGs que atraem quadros qualificados do sistema público para servirem seus interesses. Como efeitos imediatos, os informadores referem que Moçambique está a enfrentar um certo grau de “fuga interna de cérebros”, porque muitos projectos (notavelmente oriundos das ONGs) financiados pelas ISGs como PEPFAR, PMI e GFATM criaram condições bem mais atractivas. Assim, estes

projectos estão a reduzir a capacidade do sistema público de saúde.

Dados do Conselho Coordenador de Saúde de 2011 apontam que até 2010, 56.5% (14/23) de médicos com o grau de mestre ou PhD saíram do sistema público, sendo 71.4% (10/14) da Direcção Nacional de Saúde Pública. Isto é uma clara demonstração de que gestores mais eficazes e experientes estão a deixar o SNS, isso por várias razões, algumas das quais destacadas pelos respondentes a seguir como resultante das acções de curto prazo das ISGs:

Então o que temos agora é que todos esses projectos, esses projectos verticais e ONGs, estão a atrair quadros mais qualificados, pagando-lhes melhores salários e o nosso Ministro não encontra outra saída se não aceitar sua saída tal como a lei o permite. Assim, segundo o Ministro [de Saúde] “você quer ir, tudo bem vai”. ...assim temos quadros que até acabam de fazer um mestrado depois de terem tido uma bolsa de estudos do MISAU em que se esperava que viessem trabalhar por 5 anos para o sistema público e que são permitidos pelo Ministro a deixarem o SNS.... Assim, quadros recém-graduados, deixam o SNS logo que começam a ter bom desempenho, por serem atraídos pelas ONGs... - Representante do Governo.

[...] O PMI está em Moçambique e em Angola. O anterior Director Nacional do Programa de Controlo da Malária, aqui em Moçambique, foi contratado pela USAID PMI para ir representar a PMI em Angola. Então, isso é uma demonstração clara [de PMI contribuindo para a fuga de cérebros]... os parceiros de implementação aqui [em Moçambique] também estão a recrutar localmente e eu sei que alguns deles têm contratado pessoas que eram do governo - Representante do Parceiro.

[...] Tem havido uma fuga de cérebros também ao nível das unidades sanitárias até ao nível central para alguns destes parceiros. Quero dizer, mais recentemente, nos últimos 3 meses, o chefe do programa de HIV/SIDA do Ministério da Saúde foi trabalhar para a USAID. [...] E, claro, você não pode culpar essas pessoas ao nível individual por

pretenderem melhores condições de trabalho... melhores salários... - Representante do Parceiro.

[...] E embora possamos ter tantos enfermeiros, [...] sabemos que as pessoas também estão em movimento. Esta é uma realidade. As pessoas estão se movendo do sector público em diferentes áreas e talvez eu seja também um dos exemplos... - Representante do Parceiro.

Em resposta a estas dificuldades na força de trabalho em saúde, o Ministério da Saúde recentemente tem vindo a tomar medidas para regular os salários do pessoal de saúde local contratado para trabalhar em projectos e ONG financiadas pelas ISGs, factos destacados pelos respondentes nas unidades sanitárias e ONGs implementadoras. Além disso, o recém aprovado Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2008) inclui um "plano de formação acelerada" para enfrentar a escassez de recursos humanos qualificados para a saúde. No entanto, os entrevistados são de opinião que a capacidade das instituições de formação (nomeadamente de pré-serviços e pós-graduação) possam estar sobrecarregados para treinar um número maior de pessoas em um curto período de tempo.

Algumas ISGs estão recentemente aderindo a este apelo para a formação, e assim, os entrevistados destacaram a recente contribuição do PEPFAR e, em menor medida, do GFATM.

[...] Como eu disse muitos dos nossos parceiros estão recebendo recursos para apoiar os enfermeiros, técnicos de laboratório e técnicos de saúde. Temos programas de bolsas para estudantes de medicina e saúde pública também. E depois também estamos trabalhando com o Departamento de Formação [do MISAU] para a revisão de currículos pré-serviço para os técnicos de medicina não apenas a parte do HIV, mas os currículos como um todo". - Representante do Parceiro.

Claro, como sabe, nós agora somos capazes de fazer coisas com PEPFAR que não poderíamos imaginar fazer no passado, como sabe, nós apoiamos a formação de base, a

formação inicial pré-serviço.... de enfermeiros e técnicos de medicina e farmacêuticos e agora estamos apoiando quatro cursos - Representante da ONG.

[...] PEPFAR está [agora] a fazer muito para aumentar a capacidade de formação de enfermeiros, médicos, particularmente através de treinamento pré-serviço. Temos pessoas indo para os mestrados... mas, o Ministério quer mais, e cada vez que você fala com eles dirão precisamos de mais pessoas treinadas. Quero dizer, as necessidades do Ministério estão claras. Eles não querem formação de trabalhadores de saúde de três dias apenas e eles precisam de formações mais longas de pelo menos seis meses de treinamento... - Representante do Parceiro.

Apesar destes esforços respondentes destacam que os recursos humanos para a saúde em Moçambique continuarão por décadas um desafio no desenvolvimento do sistema nacional de saúde.

Situações similares são descritas em outros casos de países da África Sub-Sahariana, veja por exemplo (People's Health Movement *et al.*, 2011, Brugha, 2008, Biesma *et al.*, 2009).

### **Quais as Principais Implicações das IGSS sobre os Esforços em Prol da Equidade, Sistemas de Informação e Monitoria e Avaliação SNS?**

Tal como destacado antes, o apoio ao sector de saúde de Moçambique pelos parceiros incluindo as ISGs tem originado a geo-discrepância na oferta de serviços e proliferação de múltiplos projectos cada um com seus mecanismos de implementação incluindo, práticas de gestão diversas, sistemas de informação, monitoria e avaliação multifacetados e processos compartimentalizados de prestação de contas.

A Figura 4 ilustra esta geo-discrepância imposta por parceiros bilaterais e multilaterais incluindo as ISGs. Por exemplo: a bandeira dos EUA que apoia essencialmente através de PEPFAR e

PMI aparece em algumas províncias (Nampula, Zambézia, Gaza e Maputo), enquanto que a bandeira do Banco Mundial que apoia essencialmente através do programa multipaíses para o SIDA (MAP) e Programa de Oferta de Serviços de Saúde (HSDP = health service delivery program) aparece em outras províncias, algumas das quais onde o PEPFAR está também implementando. Mais preocupante é que esse financiamento consignado à algumas províncias, pode apenas cobrir alguns distritos e assim outros distritos ficam sem apoio nenhum. Assim, o resultado é a implementação simultânea de múltiplos programas, alcançando províncias específicas, mas com coberturas distritais incompletas, incapacidade de comparar resultados por causas de abordagens e uso de indicadores diferentes. Desta forma induz-se à iniquidade de acesso dos serviços de saúde ao mesmo tempo que proliferam sistemas de informação diversos que mal comunicam entre si. Esforços de melhoria desta situação ao nível das ISGs são notórios através do GFATM que desenvolveu mecanismos de apoio para o fortalecimento do SIS e M&A, mas pouco ou nada é visível do lado do PEPFAR que parece ainda promover sistemas de M&A paralelos, oriundos dos seus parceiros de implementação apenas. Esta proliferação desordenada de mecanismos de apoio com implicações na equidade, M&A e SIS tem merecido destaque nos debates e publicações de saúde pública (WALT *et al.*, 1999; COLLINS *et al.*, 2002; OLIVEIRA-CRUZ *et al.*, 2003; HUTTON, 2002; CASSELS e JANOVSKY, 1998; CHILUNDO, 2004; CHILUNDO e AANESTAD, 2004; BRUGHA, 2008).

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As implicações sumarizadas na secção anterior reflectem a complexidade de interacção entre o sistema de saúde de



**FIGURA 4 – Geo-discrepância na oferta de serviços induzida pelos parceiros incluindo as ISGs.**

Moçambique e os actores que estão comprometidos em oferecer os serviços de saúde aos níveis da base, distrital, provincial e nacional. Moçambique, sendo um país dependente da ajuda externa está vulnerável à vontade dos parceiros. Mais preocupante é que o orçamento do estado para a saúde está a mostrar uma tendência de redução, o que pode agravar ainda o quadro actual, particularmente quando os esforços actuais estão virados à questão de **sustentabilidade**. O país precisa de continuar a aumentar as coberturas de tratamento ao mesmo tempo que reforça o sistema em todas as vertentes materiais, infraestruturais e humanas. A ajuda oriunda das ISGs e de outros parceiros no geral não está bem alinhada com as prioridades nacionais, estando ainda com um enfoque mais destacado à oferta de serviços para algumas doenças (ex: SIDA) em

detrimento de outros problemas de saúde (ex: saúde materna e da criança) e sobretudo à custa do apoio marginal ao reforço dos sistemas de saúde. Vimos, por exemplo, que o SNS tem sido enfreqüecido pelas ISGs que conseguiram catalizar a saída de quadros técnicos qualificados do sistema público.

À luz das mudanças estruturais, algumas ISGs preponderantes estão a iniciar intervenções para fortalecer o sistema de saúde como um todo, este artigo sublinha que este processo deve ser cautelosamente acelerado com a devida apropriação das autoridades nacionais e com mecanismos transparentes de prestação de contas, envolvendo por exemplo instituições nacionais autónomas. Assim, sugerimos que as ISGs e o Governo devem tomar em conta os seguintes aspectos para um reforço holístico do sistema de saúde e sem colocar em risco a sustentabilidade dos programas já existentes:

- Transformar o compacto internacional de parceria em saúde da retórica para a prática efectiva. Todos intervenientes devem assegurar que seus acordos são alinhados a mecanismos conjuntos acordados no país;
- Tomar em conta compromissos de longo prazo tendo o reforço de sistema como igualmente uma componente vital. Esforços actuais do PEPFAR II (e a chamada Iniciativa Global de Saúde do actual presidente dos EUA que vai substituir o PEPFAR) e GFATM deveriam ser mais firmes nesta direcção.
- Apoiar instituições nacionais no fortalecimento de pesquisas formativas, SIS e M&A tomando como base o estabelecimento duma plataforma nacional de avaliação baseada no distrito e integrando todos os indicadores chave.

Assim, as próprias ISGs deveriam desencorajar estabelecimentos de sistemas paralelos.

- Apoiar o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de modo a se melhorar mecanismos de retenção, motivação do pessoal;
- Encorajar mecanismos de financiamento baseado no desempenho, mas respeitando as prioridades dos Cuidados de Saúde Primários

## AGRADECIMENTOS

Nós, os Autores deste manuscrito expressamos o nosso profundo agradecimento à União Europeia que cobriu os custos deste estudo através projecto EU 6th Framework INCO-DEV programme. INCO contract no. 03237. Queremos também agradecer aos colegas do Consórcio de que fizemos parte no âmbito do Projecto GHI.

Também agradecemos todos os colegas e o pessoal secretariado e administrativo que directa ou indirectamente tornou este estudo possível.

Finalmente, mas não menos importante, agradecemos a todos indivíduos que directa ou indirectamente participaram do estudo, especialmente para aqueles que foram visitados e/ou deram entrevistas cara-a-cara.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIESMA, R. G *et al.* The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. **Health Policy and Planning**, v. 24, p. 239 - 252, 2009.

BRUGHA, R. **Global Health Initiatives and Public Health Policy**. International Encyclopaedia of Public Health, 2008.

- CAMPBELL, J.; STILWELL, B. **Mozambique: taking forward action on Human Resources for Health (HRH) with DFID/OGAC and other partners**, 2008.
- CAR, J. *et al.* Negative health system effects of Global Fund's investments in AIDS, tuberculosis and malaria from 2002 to 2009: systematic review. **Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports**, v. 70, 2012.
- CASSELLS, A.; JANOVSKY, K. 1998. Better Health in Developing Countries: are Sector-Wide Approaches the Way of the Future? **Lancet**, n. 352, p. 1777-1779, 1998.
- CHILUNDO, B. **Integrating Information Systems of Disease-Specific Health Programmes in Low Income Countries: the case study of Mozambique**. Oslo: University of Oslo, 2004 (PhD Thesis, University of Oslo).
- CHILUNDO, B.; AANESTAD, M. Negotiating Multiple Rationalities in the Process of Integrating the Information Systems of Disease-Specific Health Programmes. **The Electronic Journal on Information Systems in Developing Countries**, v. 20, p. 1-28, 2004.
- CHILUNDO, B. *et al.* Multi-Country Evaluation Study Health Impact of the Scale-up to Fight AIDS, TB and Malaria with special reference to the Global Fund: Final Country Impact Evaluation Report - MOZAMBIQUE. Maputo: Faculty of Medicine. University Eduardo Mondlane, 2008.
- CHILUNDO, B. *et al.* Global Health Initiatives and Donor Harmonization Efforts in Mozambique: a review of official and grey documents. GHIs in Africa, 2007.
- COLLINS, C. D.; GREEN, A. T.; NEWEL, J. N. The Relationship Between Disease Control Strategies and Health System Development: the case of TB. **Health Policy. Elsevier Science**, v. 62, p. 141-160, 2002.
- GRUPO INFORMAL DE GOVERNAÇÃO E ALIANÇA 2015. 2010. **Transparência da ajuda externa e do orçamento em Moçambique: constrangimentos para a sociedade civil, a assembleia e o governo**. Maputo: Grupo Informal de Governação e Aliança 2015, 2010. Available: [http://www.trocaire.org/sites/trocaire/files/pdfs/policy/Transparencia%20Ajuda\\_Orçamento\\_Moz\\_2010.pdf](http://www.trocaire.org/sites/trocaire/files/pdfs/policy/Transparencia%20Ajuda_Orçamento_Moz_2010.pdf) . Accessed: 7 de Outubro 2011.
- HUTTON, G. 2002. Issues in Integration of Vertical Health Programmes into Sector-Wide Approaches [Online]. Swiss: Swiss Tropical Institute, 2002. Available: [www.sti.ch/scih/swap.htm](http://www.sti.ch/scih/swap.htm). Accessed: 20th March 2003.
- MACRO INTERNATIONAL INC., WORLD HEALTH ORGANIZATION, JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, HARVARD UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC & AFRICAN POPULATION AND HEALTH RESEARCH CENTER. **Multi-Country Evaluation Study - Health Impact of the Scale-up to Fight AIDS, TB and Malaria with special reference to the Global Fund: Final Country Impact Evaluation Report MOZAMBIQUE**. Maputo: UEM-FM-Departamento de Saúde da Comunidade, 2008.
- MOÇAMBIQUE. MISAU. Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) 2008 - 2015. Maputo, 2008.
- OLIVEIRA-CRUZ, V.; KUROWSKI, C.; MILLS, A. Delivery of Priority Health Services: Searching for Synergies within the Vertical versus Horizontal Debate. **Journal of International Development**, v. 15, p. 67-86, 2003.

PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT,  
MEDACT, HEALTH ACTION  
INTERNATIONAL, MEDICO  
INTERNATIONAL & NETWORK, T. W.  
2011. **Global Health Watch**. London:  
Palgrave Macmillan, 2011. (An Alternative  
World Health Report, 3).

UNDP 2011. Sustainability and Equity: A  
Better Future for All. New York, USA:  
United Nations Development Programme.

WALT, G.; PAVIGNANI, E.; GILSON, L.;  
BUSE, K. Health Sector Development: from  
aid coordination to resource management.  
**Health Policy and Planning**, v. 14, p. 207-  
218, 1999.

WHO. **Stock taking Report for  
Mozambique:** international health  
partnership and related initiatives (IHP+).  
Harmonization for Health in Africa (HHA).  
Inter-Regional Country Health Sector  
Teams' Meeting. Lusaka, 2008.