

**Cooperação Portuguesa no sector Saúde
em Moçambique (1990-2000)
Fevereiro 2003**

Sumário de Avaliação ::



COOPERAÇÃO
PORTUGUÊSA

- > 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 dispendidos 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 outros doadores, continuidade e sustentabilidade.
- > 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 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 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. Consta-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's 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 **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 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);
- 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 domínio 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, aonde se incluí 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).

- > 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 amplos 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 inter-pessoal com que actualmente se estabelecem os acordos e se executam novos projectos.