

## **OSCs e SWAPs**

### **O papel das organizações da sociedade civil no sector de saúde em Moçambique**

Elaborado por  
Randi Kaarhus e Pamela Rebelo

Tradução por  
Jorge e Pamela Rebelo

# ÍNDICE

<b>ACRÓNIMOS</b> .....	<b>iii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
1.1 Antecedentes, objectivo e conceitos chave.....	1
1.2 Métodos de trabalho .....	6
1.3 Conteúdo do relatório .....	7
<b>2 O CONTEXTO DO PAÍS</b> .....	<b>9</b>
2.1 Indicadores da saúde e da pobreza.....	9
2.2 O desafio do HIV/SIDA .....	10
2.3 Provedores formais de serviços de saúde em Moçambique .....	11
2.4 Provedores informais/tradicionais de serviços de saúde .....	13
2.5 Características de uma sociedade civil ainda embrionária .....	16
2.6 O papel das OSCs na área de saúde.....	19
<b>3 NOVOS CONTEXTOS PARA O DESENVOLVIMENTO E REFORMAS NO SECTOR PÚBLICO</b> .....	<b>22</b>
3.1 O PARPA - Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta em Moçambique .....	22
3.2 O processo SWAP na Saúde e o Plano Estratégico - PESS .....	23
3.3 Outros mecanismos de comunicação e coordenação.....	27
<b>4 AVALIAÇÃO DOS PAPÉIS DAS OSCs NO SECTOR DE SAÚDE</b> .....	<b>30</b>
4.1 Grau de envolvimento das OSCs no processo SWAP na Saúde .....	30
4.2 Que papéis desempenham as Organizações da Sociedade Civil? .....	32
<b>5 DESAFIOS IMEDIATOS E FUTUROS</b> .....	<b>38</b>
<b>6 LITERATURA E DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXOS</b>	
1 Termos de Referência para o estudo.....	44
2 Lista das OSCs/ONGs que trabalham na área de saúde .....	47
3 Lista das pessoas contactadas e consultadas.....	48

## ACRÓNIMOS

ADEMO	Associação dos Deficientes Moçambicanos
AMETRAMO	Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique
AMODEFA	Associação Moçambicana de Defesa da Família
APE	Agente Polivalente Elementar
APN/NPA	Ajuda Popular da Noruega
CCM	Conselho Cristão de Moçambique
CISM	Centro de Investigação em Saúde
CBO	Organização Baseada na Comunidade
CSO	Organização da Sociedade Civil
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DANIDA	Danish International Development Assistance
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DPAS	Direcção Provincial de Acção Social
DPS	Direcção Provincial de Saúde
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
GoM	Governo de Moçambique
GTP	Gabinete Técnico de Planificação
GT-SWAP	Grupo de Trabalho SWAP/MISAU - Doadores
HAI	Health Alliance International?
HSRP	Programa de Reforma do Sector Público
HIPC	Países Pobres Altamente Endividados
IMF	Fundo Monetário Internacional
IPP	Planificação Provincial Integrada
LINK	Fórum de ONG's
MAP	Millennium Partnership for African Recovery Programme
MISAU	Ministério da Saúde
MONASO	Rede Moçambicana de Organizações contra SIDA/
MPF	Ministério do Plano e Finanças
MSF	Médicos Sem Fronteiras
ONG	Organização Não-Governamental
NORAD	Norwegian Agency for Development Cooperation
NPM	Nova Gestão Pública
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PESS	Plano Estratégico do Sector de saúde
PSI	Population Services International
SCC	Comité de Coordenação Sectorial
SCN	Save the Children Noruega
SDC	Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SWAP	Abordagem Sectorial Ampla
TBA	Parteira Tradicional
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Criança
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
WB	Banco Mundial
WHO	Organização Mundial de Saúde



## 1. INTRODUÇÃO

Este relatório baseia-se num estudo de caso sobre o envolvimento da sociedade civil na saúde em Moçambique. Ele apresenta as conclusões deste estudo de caso e levanta várias questões para uma discussão mais aprofundada. O objectivo central do estudo é o de examinar os papéis das *organizações da sociedade civil* (OSC) nos programas do sector de saúde, e mais especificamente no que respeita à *abordagem sectorial ampla* (SWAP) na elaboração de políticas e na planificação no sector de saúde. Este relatório não pretende apresentar uma visão geral e análise global de todos os aspectos das inter-ligações entre a saúde e a sociedade civil em Moçambique. Um objectivo importante é o de *contribuir para uma discussão mais ampla* sobre as possibilidades de maior envolvimento das organizações da sociedade civil e dos grupos-alvo em geral na planificação, monitorização, advocacia e implementação em diferentes níveis do sector de saúde. Um pressuposto chave é que o envolvimento de um leque mais vasto de intervenientes nas questões de saúde contribuirá para a transparência e promoverá a *prestação de contas pelo Sector* perante as pessoas que ele deveria servir. Assim, um maior envolvimento da sociedade civil poderá também contribuir para melhorar a qualidade destes serviços.

### 1.1 Contexto, objectivo e conceitos chave

O estudo de caso aqui apresentado faz parte de um estudo comparativo mais amplo elaborado por incumbência da NORAD. O seu objectivo é examinar o papel das organizações da sociedade civil nos países onde a NORAD tem apoiado processos SWAP nos sectores da saúde e educação. Um documento de contexto da primeira fase deste exercício comparativo mais amplo analisa os princípios gerais e pressupostos comuns respeitantes às abordagens sectoriais amplas na cooperação para o desenvolvimento (Kruse 2002). São apresentados em separado relatórios de estudos de casos paralelos no Malawi, Uganda e Zâmbia (Kruse 2003a, Kruse 2003b, Lexow 2003).

#### **Sociedade civil**

O conceito de *sociedade civil* incorpora vários pressupostos mais ou menos realistas relativos aos papéis dos diferentes actores nos estados modernos; pressupostos que são frequentemente contestados pelas realidades sociais e políticas da África pós-colonial. Um desses pressupostos é que o Estado e a sociedade civil têm papéis complementares na sociedade em geral. Na arena internacional, a chamada *Nova Agenda Política* coloca esta ideia num quadro de processos de reformas políticas neo-liberais (cf. Kruse 2002). Como parte de uma tendência geral no pensamento económico e político, esta *Nova Agenda Política* inclui uma redefinição do papel do Estado: isto é, o papel do Estado passa a ser principalmente o de elaboração de políticas, planificação estratégica e facilitação, com tendência para delegar uma maior porção da implementação de políticas a outros actores sociais. O papel de agente activo nas *actividades económicas*, segundo a *Nova Agenda Política*, deveria ser transferido para o *sector privado*, enquanto a implementação de políticas e a prestação de serviços nos *sectores sociais* deveriam ser em larga medida transferidos para ONGs ou organizações da sociedade civil. Neste contexto, as ONGs, a sociedade civil e as organizações baseadas na comunidade são também consideradas como instrumentos para a *democratização*, dada a sua capacidade de contrabalançar o poder do Estado e promover o pluralismo.

### ***Conceitos chave utilizados neste relatório***

#### ***SWAP***

O que define um *SWAP* são as medidas que resultam em que o grosso do financiamento (nacional e externo) para um dado *sector* (tal como o sector de saúde) apoie uma única política sectorial e um único programa de despesas, acordados por todos os parceiros mas sob a liderança do Governo, conduzindo à adopção de medidas comuns em todo o sector.

#### ***Sociedade Civil***

Sendo uma agência operacional, a NORAD utiliza uma definição de *sociedade civil* segundo a qual ela é constituída pelas "redes e organizações formais e informais que estão activas na esfera pública entre o Estado e a família". (Ministério dos Negócios Estrangeiros da Noruega e NORAD 2001)

#### ***ONGs e OSCs***

O termo *ONGs - Organizações Não Governamentais* passou a ser utilizado nos anos 70, referindo-se a organizações que eram distintas do Governo, normalmente baseadas em princípios, não lucrativas, e criadas para proporcionar benefícios a outras pessoas. A *sociedade civil* entrou no cenário do desenvolvimento nos anos 90 como um conceito abrangendo um leque de formas associativas mais vasto do que as *ONGs* 'tradicionais'. As *OSCs - Organizações da Sociedade Civil* incluem grupos de interesse tais como sindicatos, igrejas, grupos baseados na comunidade, assim como instituições profissionais e meios de comunicação social independentes. Neste relatório os termos *OSC* e *ONG* são utilizados como termos parcialmente, mas não totalmente, sobrepostos.

#### ***Responsabilização***

Por *responsabilização* entende-se tanto a *capacidade* de prestar contas pelas decisões, utilização de recursos e despesas, como a *vontade* de fornecer tal informação. Espera-se que as instituições e as pessoas em posições de poder e/ou a quem tenha sido atribuída responsabilidade pelos recursos colectivos forneçam informação e prestem contas das suas acções. A *responsabilização para cima* significa prestar contas e fornecer informação aos níveis superiores de uma instituição ou no seio de um sector. A *responsabilização horizontal* refere-se à prestação de contas e troca de informação no mesmo nível de uma instituição - e através dos sectores. A *responsabilização para baixo* refere-se ao fornecimento de informação e prestação de contas aos beneficiários, grupos alvo, cidadãos, eleitorado - ou seja, ao povo.

#### ***Envolvimento e Participação***

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza uma definição de *envolvimento* semelhante, mas talvez mais exigente e ambiciosa, do que aquilo que se entende normalmente por *participação*. O *envolvimento* implica participação, mas não apenas ser consultado num certo momento de um processo, ou fazer uma contribuição em dinheiro ou em espécie. *Envolvimento*, tal como o define a Organização Mundial de Saúde, é a participação tanto na definição de problemas e objectivos, no estabelecimento de prioridades e tomada de decisões, como no acompanhamento dos processos e da implementação. Isto significa que o *envolvimento* inclui também uma partilha de responsabilidades pelos resultados e produtos.

#### ***Advocacia***

Por *advocacia* entende-se os actos e troca de informação em defesa de uma causa ou proposta, e também a divulgação das opiniões ou problemas de um grupo social aos outros sectores da sociedade. O termo *advocacia* é geralmente utilizado para referir um conceito de *direitos básicos humanos e dos cidadãos*. A *advocacia para a saúde* incluirá a consciencialização, informação, crítica, e mobilização e acções preventivas em todo o sector sobre os factores que afectam a situação de saúde de indivíduos e comunidades.

#### ***Monitorização***

A *monitorização* consiste no acompanhamento dos processos de implementação das políticas e estratégias, e no controle do modo como os objectivos definidos são acompanhados na prática.

***Papel de sentinela***

O papel de ‘sentinela’ refere-se geralmente aos esforços dos *actores da sociedade civil* para obrigar os governos a prestar contas pelas suas decisões e acções, normalmente no que concerne a direitos humanos ou padrões e convenções internacionais.

De um modo mais geral, vemos também que o termo *sociedade civil* é utilizado como um conceito normativo que fornece a *visão de uma ordem social desejável*. O facto de um número cada vez maior de pessoas e instituições utilizarem este conceito para orientar o seu trabalho, poderá reforçar esta função normativa. Contudo, até agora existe apenas documentação dispersa e um conhecimento sistemático relativamente limitado neste campo. Neste contexto, a NORAD encomendou o estudo comparativo mais amplo que fornece o contexto para este relatório. O nosso objectivo é o de fazer uma avaliação realista dos papéis actuais e do potencial e desafios futuros. Procuraremos não nos limitar a descrever a sociedade civil como um todo abstracto, com virtudes que podem ser promovidas através da intervenção de agências externas, ou a indicar apenas os "pontos fracos" da sociedade civil em Moçambique no momento actual.

Este relatório complementa um estudo anterior e mais geral da sociedade civil em Moçambique, elaborado por incumbência da NORAD em 2002 e que visava proporcionar uma base para decisões sobre o apoio futuro da Noruega às organizações da sociedade civil moçambicanas (Rebelo et al. 2002). Ao tratar de alguns dos desafios decorrentes da utilização do conceito de sociedade civil no contexto moçambicano, o anterior estudo da NORAD sublinhava a dificuldade de identificar e caracterizar uma *sociedade civil moçambicana*, dado não haver uma separação clara entre o ‘formal’ e o ‘informal’, o ‘moderno’ e o ‘tradicional’, o que está ‘dentro’ e ‘fora’ das estruturas formais do Estado (Rebelo et al. 2002). Não obstante, o estudo identificou dois tipos diferenciados de *organizações da sociedade civil moçambicanas*. Entre estes dois tipos de OSC estão a surgir alguns modelos híbridos interessantes, mas os tipos dominantes parecem agrupar-se nos extremos opostos de um espectro:

- ❑ por um lado, a ONG profissional, principalmente baseada nas zonas urbanas, criada segundo o modelo das contrapartes estrangeiras, e dependente do financiamento de doadores externos
- ❑ por outro lado, a OSC informal baseada nas zonas rurais, sem financiamento externo e com recursos económicos muito limitados.

O estudo de 2002 chama a atenção para alguns dilemas deste quadro global: as ONGs mais profissionais, baseadas nas zonas urbanas, moldadas por contrapartes estrangeiras e favorecidas por doadores externos, aparecem geralmente como *mandatários* em vez de como formas *representativas* das organizações da sociedade civil. Elas quase não conseguem sobreviver sem apoio exterior, e parecem estar menos enraizadas na sociedade do que as formas associativas informais, baseadas nas zonas rurais - as quais por razões formais dificilmente conseguem qualificar-se para receberem apoio económico externo. As OSCs baseadas nas zonas rurais, por seu lado, têm geralmente uma área de influência local e nessa base têm de dar resposta às exigências dos seus membros. Neste sentido elas caracterizam-se por um grau relativamente mais elevado de *responsabilização para baixo* do que o que caracteriza as ONGs financiadas por doadores. Deve ainda ter-se presente que as OSCs mais profissionais ‘mandatárias’ em Moçambique parecem encontrar-se em melhor posição para agirem como mobilizadores, activistas de ‘lobbies’ e sentinelas com vista a *tornar mais responsáveis as instituições estatais* (Rebelo et al. 2002).

Aquilo que aparece como dilemas no estudo de 2002 pode, contudo, fornecer também a base para uma discussão mais ampla sobre os papéis diferentes mas complementares das OSCs/ONGs dentro de uma sociedade civil pluralista. Por exemplo, durante as entrevistas realizadas no actual estudo de caso (ver o Anexo 3) foi levantada a seguinte questão: *As ONGs estrangeiras que trabalham em Moçambique são parte da sociedade civil moçambicana?*

Sobre este ponto existem várias opiniões. Alguns dos entrevistados responderam categoricamente que não, outros disseram que isso depende da maneira como as ONGs estrangeiras se relacionam com a sociedade em geral. Por exemplo, as ONGs estrangeiras que aceitam ser abertas e partilhar os processos de definição de prioridades e de tomada de decisões com as contrapartes moçambicanas e outras organizações da sociedade civil, poderiam ser consideradas como parte da sociedade civil moçambicana.

O estudo da sociedade civil de 2002 (Rebello et al.) apresentou um conjunto de inquéritos onde as pessoas eram solicitadas a identificar as questões que mais as preocupavam na sua vida diária. Nestes inquéritos a *saúde* apareceu como a preocupação essencial. Ao mesmo tempo, o estudo indicou que a saúde *não* figura entre as questões principais a serem tratadas pelas OSCs em Moçambique no que respeita à advocacia ou ao envolvimento. O LINK - Fórum Nacional de ONGs, definiu recentemente seis grandes desafios para a acção da sociedade civil. A saúde não figura entre eles, embora esteja incluído o HIV/SIDA<sup>1</sup>. Um dos objectivos do actual relatório, contudo, é o de trazer a questão da saúde para um nível mais amplo de discussão, e convidar as OSCs a participarem nesta discussão.

### SWAPs

Desde a década de 90 tem-se constatado, na cooperação internacional para o desenvolvimento, uma tendência para ela abandonar o *apoio directo a projectos* e estabelecer mecanismos de apoio a programas e ao orçamento. O *apoio a programas* nos sectores sociais, tais como a saúde e educação, tem estado geralmente ligado ao desenvolvimento de abordagens sectoriais amplas (SWAPs) na elaboração de políticas, programação e planificação. Um *SWAP* implica geralmente o seguinte:

- (i) criação de uma *visão comum* entre os principais intervenientes, num processo de reformas visando um desenvolvimento de base ampla do sector
- (ii) acordo sobre políticas e estratégias sectoriais pelos intervenientes nacionais e internacionais/agências doadoras
- (iii) Elaboração de mecanismos transparentes de *definição de prioridades* e *atribuição de recursos* no sector, incluindo projecções da disponibilidade de recursos e planos de despesas multi-anuais
- (iv) estabelecimento de *medidas comuns de gestão*, utilizando sistemas nacionais, para melhorar a coordenação da assistência externa ao sector.

Um SWAP pode incorporar vários *instrumentos de financiamento*, incluindo acordos sobre fundos comuns, programas de investimento para o sector, e apoio orçamental ao sector (cf. Cassels 1997, TAG 1998).

---

<sup>1</sup> Os seis desafios identificados foram: redução da pobreza, HIV/SIDA, melhorias no sistema judiciário, redução da vulnerabilidade às calamidades naturais, gestão sustentável dos recursos naturais baseada na comunidade, e finalmente paz, unidade nacional e democracia.

Em tanto que *acordos* entre parceiros que procuram *promover um desenvolvimento sectorial amplo*, os SWAPs podem justificar-se com vários fundamentos:

- A SWAP fornece tanto um quadro comum como um conjunto de acordos entre os parceiros centrais, principalmente o Ministério Sectorial e os doadores externos que apoiam o sector, e promove deste modo a coordenação e a *melhor utilização de recursos* - para um objectivo comum
- A SWAP fornece um quadro para o Ministério Sectorial e os doadores *discutirem a planificação de políticas e estratégias*
- Através do estabelecimento de procedimentos comuns de gestão financeira, a SWAP pode contribuir para uma maior transparência e responsabilização do sector.

O alargamento do papel dos SWAPs nos sectores sociais chave não se limita à gestão técnica dos dinheiros. Um SWAP da saúde abarca também questões chave da política do sector, as quais por sua vez levaram vários doadores a colocarem questões relativas a:

- *transparência*: quais os grupos que têm acesso a informação sobre as políticas e prioridades do sector, para além do Governo e doadores?
- *responsabilização*: quem responde? - perante quem? - por quais acções? - dentro do próprio sector, perante os principais grupos alvo e perante o público
- possibilidade de maior *participação democrática* nos processos importantes de tomada de decisões
- *representação de opiniões e interesses* de vários intervenientes e dos principais grupos alvo (urbanos e rurais) nos processos SWAP da saúde.

Estas questões são também relevantes se analisarmos os processos SWAP em Moçambique no contexto da grande onda internacional de iniciativas de reformas do sector público ao longo dos últimos 15-20 anos. Na arena global, esta onda de reformas do sector público tem sido acompanhada por um aumento da influência dos modelos de mercado e da teoria democrática neoliberal - a chamada *Nova Agenda Política*. Muitos governos estão agora a envolver cada vez mais o sector privado e as ONGs na prestação de serviços sociais, e em muitos países foram introduzidas novas cobranças aos utentes. Com base nas ideias comuns dominantes, promoveram-se reformas do sector público no âmbito da *Nova Gestão Pública* (cf. Hood 1991, Tranøy & Østerud 2001). Tanto os processos PARPA como a SWAP aplicam alguns elementos da Nova Gestão Pública. Neste contexto são particularmente relevantes:

- A ênfase nos quadros orçamentais e no controle das despesas públicas
- A definição explícita dos objectivos, metas e indicadores de sucesso - expressas de preferência em termos quantitativos
- A separação dos papéis e responsabilidades entre os níveis centrais e descentralizados do sector, entre a elaboração de políticas e a implementação de políticas
- Uma definição mais clara dos papéis de gestão e atribuição de responsabilidades
- Uma maior utilização de contratos e concursos públicos

Reconhece-se que um SWAP, através da coordenação de esforços e troca de informação entre os parceiros centrais, pode contribuir para aumentar a transparência e prestação de contas, tanto na perspectiva do Ministério como na perspectiva dos doadores externos. Um SWAP pode assim reforçar a *responsabilização para cima* dentro do sector, e a *responsabilização horizontal* entre os parceiros centrais. Porém, uma questão que deve ser aqui tratada é a de saber se um SWAP pode também proporcionar um quadro para o reforço da responsabilização perante a sociedade civil, grupos alvo principais, e o povo em geral - isto é, se pode contribuir

para o reforço da *responsabilização para baixo*. Quando se abordam estes tópicos, a *sociedade civil organizada* é frequentemente identificada como um interveniente potencialmente importante. Esta nossa discussão introduz a seguinte questão, para uma discussão mais aprofundada: O alargamento do leque de intervenientes chave na saúde poderá fornecer um quadro para processos mais democráticos e tomada de decisões mais participativas nas questões de saúde? Como deverá esse leque mais amplo de intervenientes estar organizado?

A NORAD, desde há muito um dos parceiros internacionais no sector de saúde em Moçambique, desempenhou durante os últimos anos um papel activo tomando iniciativas com vista à criação de um fundo comum dos doadores de apoio ao sector, assim como no processo de introdução gradual de uma modalidade de SWAP mais abrangente. Tendo em vista dar continuidade a estes compromissos de longo termo, a NORAD encomendou o actual estudo de caso (ver também os Termos de Referência, Anexo 1) com a seguinte finalidade:

- a) Estudar os papéis das organizações da sociedade civil (OSCs) nos programas do sector de saúde:
  - a sua contribuição na discussão de políticas e nos processos de planificação estratégica
  - na advocacia, mobilização e lobbies
  - como fornecedores de serviços - em papéis operacionais
  - nos papéis de monitorização e supervisão
  - como inovadores - introduzindo novas abordagens e ligações
- b) Avaliar a actual inter-acção entre o Governo e a sociedade civil no que concerne aos desafios na saúde
- c) Discutir o potencial e limitações das OSCs para um envolvimento mais activo nos programas do sector de saúde e nas actividades a nível central, provincial e local, com o objectivo de:
  - reforçar o envolvimento dos principais grupos alvo
  - promover a transparência e a responsabilização para baixo no sector
- d) Iniciar uma discussão sobre estas questões entre os parceiros nacionais e internacionais e entre as OSCs/ONGs que possam representar tanto os intervenientes chave como os principais grupos-alvo.

## 1.2 Métodos de trabalho

Este estudo de caso foi concebido no quadro de uma avaliação comparativa mais vasta dos papéis que as OSCs poderiam desempenhar nos SWAPs dos sectores sociais saúde e educação. Foi recolhida informação através de uma análise da literatura relevante e dos documentos de políticas mais importantes relacionados com o sector de saúde em Moçambique, e feitas uma série de entrevistas em Fevereiro e Maio de 2003 por uma equipa constituída por Pamela Rebelo e Randi Kaarhus, apoiada por Lise Stensrud, Conselheira da Embaixada da Noruega em Maputo. Teve lugar uma primeira apresentação das conclusões no Ministério da Saúde em Maputo em 14 de Maio de 2003, num encontro em que participou o pessoal do Ministério da Saúde assim como doadores bilaterais e internacionais e representantes de ONGs.

Neste estudo de caso a equipa centrou a recolha de dados no seguinte:

- Maputo - entrevistas a informadores representando o nível central:

- no Ministério da Saúde
  - doadores bilaterais envolvidos no processo SWAP no sector de saúde
  - outros doadores bilaterais no sector de saúde em Moçambique (v.g USAID)
  - agências internacionais (UNFPA, UNICEF)
  - ONGs estrangeiras
  - OSCs nacionais
  - pesquisadores independentes que realizam trabalho nas comunidades relacionado com a pobreza e a saúde
  - organizações/redes ‘chapéu’ nacionais (LINK, MONASO)
- Província de Tete - entrevistas a informadores representando:
    - a Direcção Provincial de Saúde (DPS)
    - a Direcção Provincial da Mulher e Acção Social (DPAS)
    - ONGs estrangeiras estabelecidas na província
    - OSCs e entidades religiosas nacionais
    - organizações/centros do HIV/SIDA a nível provincial
  - Distrito da Manhiça, Província de Maputo - entrevistas a informadores representando:
    - a Administração Distrital
    - a Direcção Distrital de Saúde
    - o Município da Vila da Manhiça
    - o Régulo da Manhiça
    - um centro de pesquisa da saúde (CISM) local Espanhol-Moçambicano.
  - Localidade de Hindane, Distrito de Matutuine, Província de Maputo, entrevistas a:
    - pessoal da Cruz Vermelha de Moçambique (CVM) envolvido no Projecto de Saúde Comunitária
    - activistas locais da saúde que participavam num curso de reciclagem no âmbito do projecto
    - enfermeira do Centro de Saúde

Os assessores e o pessoal da Danida, tanto da Embaixada da Dinamarca em Maputo como da Direcção Provincial de Saúde (DPS) em Tete, prestaram um grande apoio na planificação da visita da equipa a Tete. A APN em Tete e a CVM em Maputo forneceram apoio prático constante durante as visitas de campo. Na Embaixada da Noruega em Maputo, Tahia Carim desempenhou um papel vital na organização de todo o programa do estudo de caso. Os membros da equipa desejam manifestar os seus profundos agradecimentos a todos os que os apoiaram no seu trabalho, e com eles partilharam o seu conhecimento, opiniões e experiências.

### **1.3 Conteúdo do relatório**

**O Capítulo 2** começa com uma breve visão geral dos indicadores da saúde e da pobreza e uma descrição dos vários provedores de serviços de saúde em Moçambique. Apresenta também observações sobre a sociedade civil moçambicana em geral e, mais especificamente, sobre os papéis das organizações da sociedade civil na saúde.

**O Capítulo 3** apresenta uma visão geral das iniciativas que neste momento estão a reestruturar as abordagens ao desenvolvimento e as relações entre as agências internacionais, o Estado, e

os doadores envolvidos na redução da pobreza e no desenvolvimento do sector de saúde em Moçambique, com enfoque em: (i) formulação do Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), e (ii) os processos conducentes à elaboração de um *Plano Estratégico do Sector de saúde* (PESS).

**O Capítulo 4** faz uma avaliação dos papéis das OSCs/ONGs no sector de saúde em Moçambique, com base numa lista de perguntas que é também utilizada nos estudos de caso efectuados no Malawi, Uganda e Zâmbia. As perguntas são extraídas do documento de contexto do estudo mais global da NORAD - *Civil Society and SWAPs* (Kruse 2002).

**O Capítulo 5** apresenta uma lista dos desafios imediatos e futuros relacionados com um maior envolvimento das organizações da sociedade civil nas questões de saúde e nos processos de reforma do sector de saúde em Moçambique - como intervenientes e representantes dos grupos-alvo principais.

## 2. O CONTEXTO DO PAÍS

O recenseamento nacional e o inquérito aos agregados familiares, concluídos em 1997, revelaram uma população moçambicana de aproximadamente 16,1 milhões de pessoas.<sup>2</sup> Num país cobrindo uma área de cerca de 800.000 km<sup>2</sup>, a densidade populacional é relativamente baixa, de cerca de 20 pessoas por km<sup>2</sup>. As projecções para 2001 indicam uma população de 17,6 milhões.<sup>3</sup> As estimativas para 2005, tomando em conta o impacto do SIDA, apontam para uma população de cerca de 18,1 milhões de pessoas.<sup>4</sup> Os dados revelam que cerca de 70% da população vive nas áreas rurais e cerca de 81% da população economicamente activa está envolvida na agricultura. Grande parte dos moçambicanos, 45%, têm actualmente menos de 15 anos de idade.<sup>5</sup>

### 2.1 Indicadores de saúde e da pobreza

Na altura do recenseamento de 1997, a esperança de vida à nascença era de 42,3 anos, mas as projecções posteriores indicam que em 2005 a idade poderá diminuir para 35,2 anos devido ao impacto do SIDA.<sup>6</sup> Os dados oficiais revelam que cerca de 70% da população moçambicana vive na *pobreza absoluta*.<sup>7</sup> Contudo, a situação varia consoante as províncias: num extremo situa-se a província de Sofala com uma taxa de pobreza absoluta de 88%, e Tete e Inhambane com 82-83% da população vivendo na pobreza absoluta. No outro extremo da escala encontra-se a Cidade de Maputo, onde a pobreza absoluta afecta cerca de 48% da população. O mesmo padrão provincial está reflectido na prevalência da pobreza extrema ou *indigência*, que afecta 65% da população de Sofala, e 53-54% da população de Tete e Inhambane, mas não mais de 17% da população da Cidade de Maputo.

As taxas de analfabetismo relativas à população adulta com mais de 15 anos eram de 33,3% nas áreas urbanas e 72,2% nas áreas rurais em 1997, enquanto o analfabetismo entre as mulheres nas áreas rurais atingia 85%. Durante os últimos anos, contudo, mais crianças têm tido acesso às escolas, tendo a taxa de escolarização no ensino primário atingido 91% em 2000 (República de Moçambique 2001). Registou-se também durante os últimos anos um importante crescimento económico, beneficiando principalmente as províncias do sul próximas da capital. O crescimento anual do PIB atingiu 12,1% em 1998, baixando para 2,1% em 2000 (devido às cheias que assolaram o sul do país nesse ano), e voltando para um nível estimado em 12,2% em 2002 (Perfil do País 2002).

---

<sup>2</sup> INE (1999) II Recenseamento Geral: Indicadores Sócio-Demográficos

<sup>3</sup> INE (1999) Projecções Anuais da População por Província e Área de Residência 1997-2010.

<sup>4</sup> INE (2000) Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique

<sup>5</sup> INE (1999) II Recenseamento Geral: Indicadores Sócio-Demográficos

<sup>6</sup> INE (2000) Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique

<sup>7</sup> O Inquérito Nacional aos Agregados Familiares de 1997 sobre as Condições de Vida (publicado em "*Compreendendo a Pobreza e o Bem-estar em Moçambique, Primeira Avaliação Nacional*", 1998) estabeleceu 13 regiões específicas com linhas de pobreza per capita baseadas na soma de uma linha de pobreza alimentar (baseada nos padrões nutricionais de cerca de 2.150 calorias por pessoa/dia) e uma linha de pobreza não alimentar. As linhas de pobreza reflectem um nível de despesas de consumo per capita considerada coerente com a satisfação das necessidades de consumo básicas. Os agregados familiares cujo consumo básico se situava abaixo da linha de pobreza foram considerados como absolutamente pobres, enquanto aqueles cujo consumo se situava abaixo de 60% da linha de pobreza foram considerados como "ultra-pobres" ou *indigentes*. Em termos monetários a linha de pobreza nacional era de 5.433 Meticais por pessoa/dia (referido no documento Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2001-2005, PARPA), tendo o inquérito constatado ainda que o consumo médio no país era de menos de 5.285,92 Meticais por dia, o que significa um consumo mensal per capita de 160.780 Meticais, equivalente a 170 USD à taxa de câmbio na altura do inquérito.

No seu Plano Estratégico 2001-2005 o Ministério da Saúde (MISAU) apresenta um quadro global da situação de saúde da população, e indica que ela está muito condicionada pelo nível actual de desenvolvimento sócio-económico de Moçambique - reflectido nos indicadores da pobreza referidos acima (PESS 2001). O sector de saúde enfrenta uma situação epidemiológica dominada por doenças infecciosas transmissíveis, tais como a malária, diarreia, infecções respiratórias, tuberculose, para além do HIV/SIDA. Os dados de 1997 indicam que a malária é responsável por 15% das doenças registadas, e que a tuberculose é uma das principais causas de hospitalização nas áreas rurais. Os indicadores de saúde materna e infantil em Moçambique são dos piores do mundo, com uma taxa de mortalidade materna de 1,5% em 1999. Uma em cada seis crianças tem baixo peso à nascença, devido à situação nutricional deficiente da mãe. A taxa de mortalidade infantil varia entre 183/1000 na província da Zambézia e 60/1000 na cidade de Maputo. A mortalidade infantil (<5) em todo o país é estimada em 219 por mil nados-vivos, e 43% das crianças com menos de cinco anos sofre de mal-nutrição crónica (PESS 2001).

Estes indicadores reflectem uma situação de saúde que coloca sérios desafios ao sector de saúde no seu todo. Eles mostram a necessidade de continuar a colocar a ênfase em medidas preventivas contra doenças transmissíveis, assim como nas actividades relacionadas com a saúde reprodutiva, e revelam a importância dos esforços para prevenir a doença através da mobilização e sensibilização na saúde. Destacam também a necessidade de reforçar os serviços de saúde básicos e os programas de saúde comunitária - especialmente nas áreas rurais e nas províncias mais desfavorecidas. No contexto regional, os indicadores de saúde de Moçambique são ainda relativamente fracos. Mas em contraste com alguns dos países vizinhos, muitos indicadores de Moçambique, com excepção do HIV/SIDA, têm melhorado ao longo da última década (ver 2.3).

## **2.2 O desafio do HIV/SIDA**

Tal como outros países da região, durante os últimos anos Moçambique tem tido que responder aos desafios da pandemia de HIV/SIDA. Porém, a propagação do HIV/SIDA em Moçambique aconteceu mais tarde do que nos países vizinhos, como consequência do isolamento e despovoamento de muitas áreas devido à guerra que afectou o país durante os anos 1977-1992. Durante este período mais de 1,5 milhões de moçambicanos fugiram para os países vizinhos. Com o advento da paz, as populações refugiadas regressaram dos países vizinhos altamente infectados, os soldados desmobilizados regressaram às suas casas, e foram reabertos os principais corredores de transporte rodoviário. Tudo isto contribuiu para a propagação acelerada da epidemia, principalmente nos corredores centrais da Beira e Tete que ligam o Malawi e a Zâmbia ao Zimbabwe, e as regiões do interior ao Porto da Beira. O Ministério da Saúde tem estado a lidar desde 2001 com uma taxa de infecção de 12,2%, mas esta média nacional oculta grandes disparidades regionais, variando os dados provinciais de 5,2% em Nampula para 21,1% na província central de Manica.

Foram estabelecidas duas grandes medidas complementares para enfrentar este desafio: o Programa Nacional do SIDA no Ministério da Saúde, e o Conselho Nacional do SIDA criado para coordenar iniciativas multi-sectoriais, incluindo os esforços da sociedade civil. Em 1999 foi apresentado um Plano Estratégico Nacional Trienal de combate ao HIV/SIDA (2000-2002), e estão a ser iniciadas muitas actividades ao nível central e provincial para impedir a propagação da pandemia. A amplitude deste desafio, e a necessidade de enfrentar a pandemia através de esforços multi-sectoriais envolvendo todos os níveis da sociedade, abriram o caminho para novos contactos e padrões de colaboração, incluindo novos contactos entre os

provedores formais de serviços de saúde e os praticantes da medicina tradicional. Os esforços para combater a pandemia abriram também o caminho para novas OSCs, como resposta tanto ao desafio ele próprio como às novas oportunidades de financiamento através de fundos destinados especificamente ao combate ao HIV/SIDA. A MONASO, uma rede nacional de organizações da sociedade civil, foi criada para coordenar iniciativas e canalizar fundos para OSCs mais pequenas e menos profissionais que tenham planos de trabalho para prevenção do HIV/SIDA.

O *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2000-2002)* resultou de um processo abrangente envolvendo ministérios, doadores, ONGs e organizações baseadas na comunidade (OBCs). O Conselho Nacional do SIDA compreende tanto os ministérios sectoriais como vários representantes da sociedade civil, tendo-se estabelecido núcleos provinciais para garantir o máximo de envolvimento não-governamental nos esforços de combate ao SIDA. O núcleo provincial de Tete tem vários grupos de trabalho para diferentes tipos de intervenientes: sector de saúde, outros pontos focais do sector público, ONGs internacionais e nacionais, OBCs, o sector privado e organizações sociais. Para efeitos de financiamento, as organizações foram divididas em duas categorias: a primeira categoria compreende as OBCs com uma organização interna sólida e capacidade de contabilidade (principalmente as ONGs estrangeiras); a outra categoria é constituída por organizações (nacionais) sem recursos próprios ou sistemas de contabilidade. Em princípio os fundos são canalizados para a primeira categoria, que pode depois sub-contratar as organizações da segunda categoria.

### **2.3 Provedores formais de serviços de saúde em Moçambique**

Estima-se que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) cubra 50% da população de Moçambique. Grande parte da população, principalmente nas áreas rurais, continua a utilizar os serviços dos médicos tradicionais, quer exclusivamente - onde os serviços do SNS não existem ou são de difícil acesso - quer como alternativa, ou em combinação com o SNS. O sector privado e as ONGs não lucrativas não desempenham um papel muito importante como provedores de serviços de saúde à escala nacional, mas alguns desempenham papéis importantes ao nível local onde estão a operar e a trabalhar.

#### **Serviços de saúde pública**

Desde a independência em 1975, o Governo moçambicano e os serviços de saúde pública colocaram uma forte ênfase nos cuidados de saúde primários. Mas a guerra civil devastadora provocou a destruição em grande escala da infraestrutura de saúde pública, e muitos dos serviços de saúde pública deixaram de funcionar, principalmente nas áreas rurais. Depois do acordo de paz, em 1992, os esforços principais foram direccionados no sentido da reconstrução da infraestrutura da saúde e da construção de novas unidades sanitárias. Estes esforços resultaram numa redução substancial da desigualdade entre as áreas mais e menos favorecidas do país, mas a qualidade dos serviços prestados, em particular aos pobres, é muitas vezes questionada (cf. Serra 2001).

As unidades do SNS operam em quatro níveis: os níveis I e II, postos de saúde e centros de saúde, são responsáveis pelos *cuidados de saúde primários* e têm funções preventivas importantes, enquanto os níveis III e IV, clínicas e hospitais, têm em princípio *funções curativas mais especializadas* dentro da estrutura formal dos serviços de saúde. Em 2002 o número de unidades do nível primário (1) tinha atingido um total de 1.070, o que significa uma média de 16.069 habitantes por unidade de saúde básica. Contudo, a cobertura varia entre

as províncias, oscilando entre 7.800 habitantes por unidade de saúde primária no Niassa para mais de 20.000 na Zambézia. Em média a área física coberta por uma unidade sanitária varia de 13 km<sup>2</sup> em Sofala a 19 km<sup>2</sup> no Niassa.<sup>8</sup> Embora os indicadores nacionais de saúde continuem a constituir motivo de preocupação, o desempenho do sector de saúde no seu todo melhorou consideravelmente desde 1993. Os partos institucionais (nascimentos) aumentaram de 26% para 41% no período de 1993-2001, e tem-se constatado uma redução das mortes maternas e dos recém-nascidos. Os programas de vacinações melhoraram a sua cobertura, tendo o número de crianças com menos de 1 ano que recebem o DPT-3 aumentado de 57% para 82% no período de 1995 a 2001.<sup>9</sup>

### **O sector privado e as organizações da sociedade civil no sector de saúde**

A prática da medicina privada foi abolida pelo Governo pouco depois da independência, mas foi reintroduzida em 1992. Desde então, o estabelecimento de clínicas privadas tem-se concentrado principalmente na capital do país e nas capitais provinciais. Entretanto, a introdução de serviços privados nos principais hospitais públicos, por um lado proporcionou um rendimento adicional aos trabalhadores e instituições de saúde, mas criou também por outro lado novas tensões organizacionais no seio das próprias instituições. As avaliações dos beneficiários indicam que os utilizadores que têm consultas privadas nas unidades sanitárias públicas são examinados com maior detalhe e recebem explicações mais adequadas sobre os seus problemas de saúde do que os que utilizam as 'consultas dos serviços públicos' (Scuccato & Soares 2001). De um modo mais geral, constatou-se que o pessoal do sector público tende a não informar os doentes sobre questões importantes como as causas da doença, como funcionam as vacinações, ou os efeitos dos medicamentos receitados (Austral/DPS Tete/Danida 2001).

Quando a prática da medicina privada foi liberalizada em 1992, havia a esperança de que as OSCs não lucrativas que geriam unidades sanitárias iriam proporcionar um insumo importante à prestação de serviços de saúde no seu todo. Mas até agora isto não aconteceu. O inquérito de Scuccato & Soares (2001) identificou um total de 31 provedores não lucrativos, geridos todos eles por organizações religiosas (estando alguns outros em processo de criação) principalmente nas áreas urbanas. 60% estavam baseados na cidade e província de Nampula. Muitos dependiam do SNS no que respeita ao pessoal de enfermagem, medicamentos e outras despesas correntes. O inquérito constatou não existirem barreiras ao acesso pelos pobres a estas instituições. Nalguns aspectos elas tinham um actuação melhor do que as unidades do SNS (v.g. higiene, disponibilidade de medicamentos, informação) mas em geral não pareciam ser mais eficientes do que as suas congéneres públicas do ponto de vista organizacional ou técnico.

Durante a guerra, o número total de ONGs estrangeiras em Moçambique cresceu de 7 em 1980 para 130 em 1989 (Brochmann & Ofstad 1990). No período imediatamente após o fim da guerra, chegaram novas ONGs ao país para participarem na reconstrução. Os seus esforços no sector de saúde estavam dirigidos acima de tudo à reconstrução da infraestrutura, mas algumas organizações começaram também a apoiar vários tipos de programas de saúde primários. Embora dando uma contribuição importante para o esforço de recuperação, as suas actividades muito descoordenadas criaram graves problemas de coordenação ao Ministério da Saúde e ao Serviço Nacional de Saúde. Por vezes construía a infraestrutura no lugar errado ou não tinham provisões para os custos de funcionamento ou do pessoal, ou as ONGs

<sup>8</sup> Isto é, excluindo a cidade de Maputo, que constitui um caso especial dada a elevada densidade da sua população urbana.

<sup>9</sup> Cf. Hodne et al (2001), PESS (2001), República de Moçambique (2002).

estrangeiras pagavam salários ao seu pessoal sem correspondência com os salários do pessoal de saúde do sector público moçambicano, o qual por sua vez se sentia desvalorizado e marginalizado. As ONGs estavam geralmente elas próprias dependentes de financiamento externo de doadores que tendiam a enfatizar resultados de curto prazo do seu "próprio dinheiro" em detrimento dos resultados mais amplos de uma acção coordenada do sector (cf. Pfeiffer 2003).

Este tipo de problemas criou ao longo do tempo uma maior consciência, não só no sector público mas também entre as ONGs, sobre a necessidade de unir esforços e deixar que o Ministério da Saúde e as Direcções Provinciais desempenhassem os seus papéis de coordenação e planificação estratégica no sector de saúde. Com o fim do período de reconstrução logo a seguir ao fim da guerra, muitas ONGs abandonaram o país enquanto outras, como a Save the Children da Noruega (SCN) decidiram concentrar o seu trabalho em outras questões chave - no caso da SCN, nos direitos das crianças. Embora as actividades de algumas ONGs no sector de saúde tenham terminado, várias ONGs continuaram a trabalhar na saúde ou em áreas relacionadas com a saúde. Recentemente surgiram novas organizações dedicadas especificamente ao trabalho com o HIV/SIDA, tais como a rede de organizações MONASO. As organizações que trabalham agora na saúde (ver também o Anexo 2) situam-se basicamente em duas grandes categorias:

- *ONGs para o desenvolvimento geral* que realizam várias actividades de desenvolvimento, combinando geralmente a saúde com a educação, água ou projectos agrícolas; existem alguns projectos de infraestrutura (geralmente coordenados com as autoridades locais de saúde), e vários tipos de programas de capacitação e de activismo local.
- *Organizações de saúde especializadas*, mas estas são poucas e, dada a dimensão do país, têm uma presença reduzida no terreno; cada uma trabalha geralmente em algumas localidades de uma ou duas províncias, frequentemente como agências executivas de programas bilaterais de doadores.

#### **2.4 Provedores informais/tradicionais de serviços de saúde**

Existe uma grande variedade de provedores tradicionais de serviços de saúde em Moçambique. Eles são chamados curandeiros, herbanários, profetas; nas comunidades rurais há também as parteiras tradicionais (PT). A sua característica comum é que são de fácil acesso – e são dos poucos, ou possivelmente os únicos provedores de serviços de saúde numa comunidade. De acordo com o inquérito aos agregados familiares de 1997, 92% das aldeias que foram objecto do inquérito tinham um curandeiro, mas apenas 20% tinha um posto ou centro de saúde. Em média a distância para chegar a um médico tradicional era de 1,5 km, comparado com uma distância média de 20 km até um enfermeiro.<sup>10</sup> Estima-se em 80.000 o número de curandeiros - comparado com 1.070 unidades sanitárias de nível primário do SNS (Vala 2000). A maior parte das pessoas consultam um curandeiro num momento ou noutro - não apenas por razões de saúde mas também por outras questões que envolvem traumas psicológicos ou conflitos sociais. Contudo, parece que para a maior parte das doenças físicas normais, a primeira opção são os provedores formais de serviços de saúde quando estão disponíveis. Outros factores que influenciam a escolha das pessoas entre o provedor de serviços de saúde do sector formal e do sector informal/tradicional são a atitude dos

---

<sup>10</sup> Compreendendo a Pobreza e o Bem-Estar em Moçambique, Primeira Avaliação Nacional 1996-97.

trabalhadores da saúde, a maneira como tratam os seus doentes, a disponibilidade de medicamentos, e as taxas cobradas.<sup>11</sup>

Vários estudos indicam grandes variações entre as províncias e dentro de uma província quanto ao trabalho e capacidade dos curandeiros. Nalguns casos as tradições que eles representam estão a mudar com o tempo, a renovação das tradições está a acompanhar a história turbulenta do país. Em regra, contudo, a vocação de um curandeiro começa com um "chamamento dos espíritos" sob a forma de uma doença grave que só pode ser curada através de um ritual de iniciação na profissão curativa (conforme foi descrito v.g. no Distrito da Manhica). É necessário muitas vezes um longo período de aprendizagem com um curandeiro experiente para conhecer as plantas medicinais, e para ser aceite pela comunidade de curandeiros locais. Nalgumas partes da província de Tete muitos dos curandeiros que estão actualmente a actuar são pessoas que ficaram possesas de espíritos cristianizados enquanto refugiados na Zâmbia e no Malawi durante a guerra. No que respeita aos métodos de trabalho dos curandeiros em geral, importa referir que: 1) o papel dos espíritos é principalmente o de apoiar no diagnóstico, e indicar a causa da doença; as doenças elas próprias são normalmente tratadas com plantas medicinais, v.g. raízes de árvores. 2) as tradições dos curandeiros estão também a mudar com o tempo, não só devido aos traumas e deslocações da guerra, mas também devido às mudanças sócio-económicas e políticas, e às novas oportunidades de educação.

A Associação de Médicos Tradicionais, AMETRAMO, foi criada oficialmente em 1992 com apoio do Governo. Devido à grande diversidade de tradições antigas e novas no país, a dimensão do país e os problemas de comunicações, a associação enfrenta o grande desafio de representar todos os curandeiros, e é pouco provável que mesmo ao nível provincial ela seja representativa das opiniões e interesses de todos os praticantes. A estrutura da associação reflecte modelos formais de organização, o que muitas vezes difere das formas tradicionais de associação dos curandeiros moçambicanos. Para começar, apenas as pessoas alfabetizadas, geralmente os curandeiros mais jovens, assumem posições de chefia na associação, enquanto os mais velhos mantêm a sua autoridade profissional no seio da comunidade informal de curandeiros (Honwana 2002). Contudo, a AMETRAMO pretende também funcionar como um órgão que estabelece e defende padrões profissionais, e exige prova dos poderes curativos de um candidato antes de ele/ela ser admitido como membro.

Na província de Tete, a AMETRAMO declara ter 1.500 membros, dos quais 1.000 são mulheres. Porém, ao nível provincial o trabalho da associação é dificultado pela falta de recursos e falta de experiência em procedimentos de gestão formal. Em geral os membros da AMETRAMO parecem considerar a organização principalmente como um fórum para contactos com o Governo e com o sector formal de saúde, e como um órgão para conseguir um certo grau de reconhecimento formal na sociedade moçambicana (cf. Austral/DPS Tete/Danida 2001). Ao mesmo tempo, os representantes da AMETRAMO queixam-se da falta de reconhecimento por parte do Governo e do sector formal de saúde.

Embora vários documentos do Ministério da Saúde realcem a importância do reforço das relações entre os praticantes tradicionais e o sector formal da saúde, tem havido pouco progresso no terreno. O pessoal do sector formal de saúde é normalmente muito crítico, ou pelo menos ambíguo, nas suas atitudes para com os curandeiros. Uma das suas queixas é que os curandeiros esperam geralmente demasiado tempo antes de enviarem os doentes que não

---

<sup>11</sup> Cf. Austral/DPS Tete/Danida (2001), e CASE (2000) Avaliação dos Beneficiários em Quatro Províncias de Moçambique.

conseguem tratar (v.g doentes com malária) ao centro de saúde local onde esses doentes podem, em princípio, receber tratamento eficaz. A competência dos curandeiros, porém, é geralmente reconhecida no tratamento da infertilidade, asma, e alguns traumas psicológicos (Austral/DPS Tete/Danida 2001). Os membros da AMETRAMO são além disso chamados como testemunhas nos julgamentos sobre acusações de feitiçaria nos tribunais comunitários. Neste momento, contudo, a maior parte dos contactos entre o SNS do sector formal e os curandeiros parece situarem-se à volta dos problemas de prevenção do HIV/SIDA. Tanto o SNS como o pessoal das ONGs estão particularmente interessados numa educação e consciencialização capaz de promover práticas mais higiénicas nas técnicas tradicionais, principalmente as que envolvem incisões na pele dos doentes. Os representantes da AMETRAMO por seu lado estão interessados na colaboração do SNS para testar/validar os efeitos das plantas medicinais que eles utilizam no tratamento do SIDA.

Não há dúvida de que existe potencial para o alargamento dos contactos e reforço da comunicação entre os curandeiros e o sistema formal de saúde, tanto no campo do SIDA como nos aspectos mais gerais. Porém, o sucesso destes contactos depende da personalidade, inclinação e conhecimento real da medicina tradicional por parte do pessoal do sector formal de saúde. Por exemplo, na Manhica, onde o director distrital revela uma grande abertura, existem contactos regulares e troca de informações. Um conhecimento mais sistemático no sector formal de saúde sobre o pensamento e as práticas dos curandeiros facilitaria a comunicação entre os provedores formais e informais de serviços de saúde. Contudo, o objectivo da comunicação não deve ser necessariamente o de promover maior integração dos curandeiros no sistema formal de saúde. O papel que eles desempenham no Moçambique de hoje é o de provedores de serviços alternativos ao sistema formal de saúde, principalmente nas áreas rurais. Este é em princípio um papel importante. Porém, impõe-se aumentar a responsabilização dos provedores de serviços de saúde perante as pessoas - principalmente pela qualidade dos serviços prestados. Os provedores tradicionais de serviços de saúde não deveriam estar isentos desta exigência de prestação de contas. Para promover a responsabilização de forma mais geral, deveria fomentar-se maior transparência, troca de informação mais aberta e comunicação entre os actores formais e informais na saúde, e entre o sector de saúde e a sociedade civil em geral.

As **Parteiras Tradicionais** (PT) existiram desde sempre nas comunidades, ocupando-se geralmente dos partos em certas famílias ou linhagens. Como parte dos esforços do sector formal de saúde na advocacia para a saúde, algumas destas PT (em geral uma em cada comunidade) foram seleccionadas para receberem formação especial com vista a melhorar os seus métodos e higiene, e ligar mais estreitamente o seu trabalho com o posto/centro de saúde local. As PT "oficiais" formadas têm a obrigação de enviar relatórios sobre os partos ao posto/centro de saúde local. Em troca, elas têm em princípio o direito de receber kits básicos do SNS. Na prática, as PT acabam frequentemente por ficar entre o sector *formal* e o *informal*. Não são reconhecidas pelo pessoal de saúde e não possuem muitas vezes o material sanitário de que necessitam (e a que têm direito) para o seu trabalho. Por outro lado, a população local considera-as como parte do sector formal e espera que elas prestem serviços básicos gratuitamente. Como consequência, as famílias das mulheres que dão à luz já não fornecem o material necessário para o parto como tradicionalmente costumavam fazer (DPS Tete/Danida 2001). A situação complica-se pelo facto de o SNS ter tendência de apoiar apenas uma PT em cada comunidade, quando de facto elas são geralmente várias. Uma ONG (Progresso) que trabalha nesta área considera que isto foi um erro, e é de opinião que o Ministério da Saúde deveria ser mais pragmático e adoptar uma estratégia que: a) englobe todas as PT com formação básica em higiene, e b) eduque a população sobre a importância da

sua contribuição/papel nas situações de parto, fornecendo a lâmina, luz, lençóis limpos, como costumava fazer antes que a formalização da "PT comunitária" criasse a expectativa de que o sistema de saúde iria fornecer tudo.

Têm sido atribuídos papéis importantes às Parteiras Tradicionais e aos *Agentes Polivalentes Elementares* (APEs) como agentes dos cuidados de saúde primários no conjunto do sector de saúde. No sistema de saúde estabelecido depois da independência, as autoridades centrais colocaram estas duas categorias de trabalhadores de saúde na primeira linha dos cuidados de saúde primários nas comunidades, esperando que eles estabelecessem a ligação entre os sectores informal e formal. Os APEs eram inicialmente formados e introduzidos nas comunidades através do serviço de saúde pública para trabalharem na promoção da saúde, prevenção e primeiros socorros básicos, sendo-lhes atribuídos kits do SNS. Os APEs têm estado em certa medida a realizar esta função, mas hoje poucos são considerados operacionais conforme os planos ideais originais. O nível central também não tem hoje uma visão geral e global sobre o seu papel e função nas comunidades. Nos últimos anos, contudo, têm sido formados e apoiados por ONGs trabalhadores de saúde comunitária semelhantes ou complementares. Os mais importantes à escala nacional são os activistas locais - ou socorristas - da Cruz Vermelha de Moçambique (CVM).

## 2.5 Características de uma sociedade civil ainda embrionária

Após a independência, a organização do Estado moçambicano foi orientada por princípios socialistas de planificação central, com uma forte ênfase nos sectores sociais. Uma consequência foi uma expansão notável dos cuidados de saúde primários e do ensino primário gratuitos. Ao mesmo tempo foram criadas cooperativas agrícolas e empresas estatais, para além de organizações de massas controladas pelo partido - de jovens (OJM), mulheres (OMM) e sindicatos (OTM). O Estado de partido único contava com a participação voluntária do povo em actividades comunitárias, tais como a construção de escolas e reparação de estradas. Embora as autoridades tradicionais tivessem sido marginalizadas, juntamente com os curandeiros e as igrejas/entidades religiosas, nos primeiros anos após a independência o Governo promoveu instituições de base de participação democrática, tais como as assembleias de localidade.

A guerra que se seguiu destruiu a infraestrutura social e a provisão de serviços rurais, e deslocou milhões de pessoas dentro e fora do país. Produziu também uma urbanização rápida, enfraquecendo muitos laços tradicionais de solidariedade e ajuda mútua. O Inquérito aos Agregados Familiares de 1997 indica que em muitas actividades tradicionais envolvendo ajuda mútua, o pagamento em espécie ou em mão de obra foi substituído por pagamento em dinheiro. Porém, a ajuda mútua e a reciprocidade nas relações sociais, principalmente no seio das famílias ou linhagens, constituem ainda princípios básicos da organização social da comunidade. Podem encontrar-se ao nível local várias iniciativas e associações trabalhando sem a promoção ou interferência exterior - como pequenas redes de micro-finanças, clubes desportivos locais, etc.. O termo *nível comunitário*, porém, é um termo que cobre uma grande diversidade de modalidades locais e variações regionais, que nem sempre são bem compreendidas, quer pelas ONGs estrangeiras bem intencionadas quer pelos órgãos decisórios a nível central. De facto, as iniciativas externas visando a mobilização da comunidade, as formas de organização comunitária e institucionalização concebidas no exterior podem também marginalizar ou prejudicar as modalidades institucionais existentes ao nível comunitário. Para prevenir conflitos locais e outras consequências indesejáveis das intervenções externas nas estruturas comunitárias locais - numa situação caracterizada pelo

aumento da vulnerabilidade das comunidades e dos agregados familiares como consequência da pandemia do SIDA - os estudos locais de base são agora mais necessários do que dantes.

Pode notar-se que o uso da definição de *sociedade civil* referindo-se a “redes e organizações formais e informais que operam *entre a família e o estado*” significa que várias formas e actividades associativas importantes baseadas na família ao nível comunitário não “pertencerão” à *sociedade civil* em tanto que tal. Pelo contrário, as organizações ou grupos de interesse baseados no território ou na localidade, segundo esta definição, serão parte da sociedade civil. Saber em que medida estas distinções conceptuais são úteis a nível local é já uma questão prática. Mas quando falamos de *organizações da sociedade civil* (OSCs) aos níveis nacional e provincial, a definição é sem dúvida também útil no contexto moçambicano.

Com a liberalização económica e o início do pluralismo democrático nos anos 90, surgiram em Moçambique muitas ONGs nacionais. Existem actualmente cerca de 600 ONGs registadas, mas nem todas estão a operar neste momento. Em 2001 havia 145 ONGs estrangeiras e 465 nacionais, o que significa que um quarto das ONGs registadas são estrangeiras (2002). Parece ser muito difícil neste momento às OSCs com uma estrutura formal e algum pessoal profissional conseguir sobreviver em Moçambique na base das *quotas* dos membros. O facto de uma grande parte da população viver em situação de pobreza absoluta ou indigência significa também na prática que o potencial para o trabalho voluntário, não pago, não é muito grande.

O estudo da NORAD de 2002 sobre a sociedade civil (Rebelo et al 2001) identificou dois tipos diferentes de OSCs moçambicanas. Num extremo situam-se as ONGs formais e profissionais baseadas nas zonas urbanas, basicamente dependentes de financiamento externo; no outro extremo encontram-se as OSCs informais baseadas nas zonas rurais, geralmente sem financiamento regular externo ou interno. Com esta visão como pano de fundo, apresentamos as seguintes observações sobre as características gerais e desafios transversais actuais das OSCs em Moçambique:

- As *OSCs fortes e profissionais* não podem sobreviver sem o apoio exterior de doadores. Isto promove um certo oportunismo, fazendo com que seja necessário ‘agarrar’ as oportunidades de conseguir fundos, e dedicar-se às actividades onde se encontra o dinheiro - tais como as relacionadas com o HIV/SIDA neste momento.
- As *organizações ou entidades religiosas* estão a ganhar cada vez maior importância como OSCs. Elas conseguem mobilizar alguns recursos dos membros locais, para além de apoio externo, e estão envolvidas em vários tipos de projectos de desenvolvimento, educação pública, advocacia, e nalguns casos em actividades de prestação de serviços de saúde.
- As *ONGs a nível provincial* com uma estrutura formal mas pouco ou nenhum financiamento permanente, procuram muitas vezes viver de pequenos favores das ONGs internacionais (utilização do telefone, algum transporte), e gastam muito tempo a tentar angariar fundos. Esta situação cria por vezes tensões no relacionamento com as ONGs estrangeiras, que consideram que não são consideradas como parceiros que trabalham por objectivos comuns, mas como uma fonte de recursos económicos.
- Os *meios de comunicação de massas* têm um papel importante a desempenhar na sociedade civil, fornecendo um fórum público para a troca de informações, crítica aberta e debates sobre questões que preocupam as OSCs e outros actores da sociedade civil. Pode

observar-se uma certa paralisação dos meios de comunicação de massas nacionais depois do assassinato de Carlos Cardoso em 2000, mas por outro lado estabeleceu-se um novo padrão de transparência nos meios de comunicação nacionais durante o julgamento de Cardoso em 2002. Nas províncias os meios de comunicação escritos (jornais) têm uma presença insuficiente, mas a Rádio Moçambique é um canal importante de comunicação. Porém, os meios de comunicação nacionais raramente tratam de questões de saúde, e não têm normalmente um domínio profundo dos problemas e questões do sector de saúde. Mas nos locais onde foram estabelecidas rádios comunitárias, as questões de saúde ganharam um lugar de muito maior destaque do que nos meios de comunicação nacionais. Além disso, os programas de rádio baseados na comunidade são frequentemente muito críticos quando tratam de questões como a saúde.

- *A comunidade informal ou sociedade civil a nível da aldeia* continua a desempenhar um papel importante na vida das pessoas. As formas associativas informais estão a evoluir, tais como um novo tipo de mercados e associações de crédito e novas formas de mecanismos participativos inspirados por doadores ou ONGs estrangeiras, comités e grupos de activistas, acompanhando o novo ambiente económico. Contudo, a canalização de montantes relativamente avultados de recursos externos para certas formas de organização contribui para alterar o equilíbrio de poder local, e poderá por sua vez provocar o rompimento das estruturas locais e prejudicar o funcionamento das formas associativas.
- Com a crescente disponibilidade de fundos para o combate ao *HIV/SIDA*, tanto as ONGs estrangeiras como as novas OSCs começaram a treinar e apoiar activistas para trabalharem especificamente com este problema. Contudo, existe uma grande preocupação entre as OSCs, a de conseguir trabalho voluntário ou activista sem disporem de muitos recursos para "incentivos" e outros benefícios para os activistas. Constata-se actualmente uma tensão entre as organizações que tentam continuar a aderir a um ideal de *trabalho voluntário da sociedade civil* e utilizam principalmente incentivos "simbólicos" para os activistas locais, e outras organizações que estão convencidas de que a eficácia do trabalho no terreno depende do emprego de activistas pagos.
- *Activismo pago versus membros* é uma questão que está a ser cada vez mais discutida entre as OSCs. A maior parte dos activistas, principalmente nas áreas rurais, são jovens com poucas perspectivas de emprego. Neste momento a CVM tem a base de voluntários mais sólida e permanente - um dos pilares da sua filosofia operacional é o *voluntarismo*, que é fortemente enfatizado quando a Cruz Vermelha mobiliza apoiantes. A grande projecção da organização, os incentivos tais como bonés e camisetas que destacam a visibilidade dos membros no seio da comunidade, e os serviços que prestam em emergências ou em acções de primeiros socorros, tudo isto fornece o incentivo de um estatuto social mais elevado. Ao mesmo tempo, reconhece-se que muitos jovens têm a esperança de que o seu trabalho voluntário possa eventualmente facilitar o acesso a emprego pago ou a qualquer tipo de oportunidade de formação ou educação. Mas existem indicações de que mesmo os activistas da Cruz Vermelha ficam desmotivados e abandonam o seu papel de voluntários da sociedade civil.

A nível nacional existem várias *redes de OSCs* que funcionam até certo ponto como organizações 'chapéu'. A mais abrangente destas redes é a LINK - um fórum geral de ONGs que inclui organizações nacionais e estrangeiras que trabalham em Moçambique. O seu trabalho reflecte-se ao nível provincial, com *fora* correspondentes de ONGs provinciais. A

*MONASO* - rede moçambicana de organizações que trabalham no combate ao SIDA - está a ganhar relevância como organização chapéu, proporcionando um lugar de encontro, formação e oportunidades de financiamento para outras, para além do próprio trabalho da *MONASO* na advocacia para o HIV/SIDA. A Organização Médicos sem Fronteiras (MSF), por seu lado, criou em Moçambique a *NAIMA*, uma rede de ONGs profissionais que trabalham com o HIV/SIDA. Existem ainda a *Rede da Criança* e o *Forum Mulher* - esta última organizada como uma rede das mulheres. Todas elas poderão ser parceiros potenciais e relevantes no diálogo, num processo visando o reforço do envolvimento das OSCs nos programas e actividades do sector de saúde.

## 2.6 O papel das OSCs na área de saúde

No que respeita ao envolvimento das actuais OSCs na saúde e nas actividades relacionadas com a saúde, temos as seguintes observações a fazer:

- De entre as cerca de 145 *ONGs estrangeiras* que trabalham actualmente em Moçambique, poucas dedicam-se especificamente à saúde. A maior parte tem um mandato mais amplo relacionado com o desenvolvimento rural, que poderá incluir uma contribuição ocasional na área de saúde, v.g. construir/apoiar um posto de saúde. Contudo, verifica-se actualmente uma forte tendência para incluir o trabalho sistemático sobre o SIDA em todo o trabalho das ONGs. As ONGs mais especificamente orientadas para a saúde tendem a concentrar o seu trabalho no SIDA ou numa área específica de saúde: os MSF e o PSI estão focalizados no HIV/SIDA; a HAI trabalha na advocacia para a saúde comunitária; Marie Stokes concentra-se na saúde reprodutiva.
- Várias ONGs estrangeiras que trabalham no desenvolvimento geral fornecem *fundos dirigidos a organizações nacionais e locais* que trabalham em questões de saúde ou na prevenção do HIV/SIDA. Elas financiam geralmente as OSCs cujas actividades se situam no âmbito das suas prioridades, ou sub-contratam organizações locais para trabalharem no quadro dos seus próprios projectos.
- Como consequência da pandemia do SIDA, as grandes ONGs estrangeiras são agora também obrigadas a *tratar de questões de saúde em tanto que empregadores* - é o caso da Ajuda Popular da Noruega (APN); no seu programa de desminagem em Tete ela tem 520 empregados, sendo actualmente o segundo maior empregador na província.
- As ONGs estrangeiras, juntamente com as OSCs nacionais mais formais e profissionais, fazem também muitas vezes *formação*, quer directamente às pessoas nas comunidades, a provedores informais de serviços de saúde tais como os curandeiros, a trabalhadores de saúde comunitária e PT, ou proporcionam formação às organizações locais mais 'informais' entre as OSCs.
- Ao *nível comunitário*, muitas ONGs estão a colocar uma grande ênfase na consciencialização ligada às *abordagens participativas* e ao 'empoderamento'. As OSCs maiores e mais formais actuam no 'empoderamento' através da formação dirigida às organizações mais informais, de base local; ou incluem 'avaliações participativas' na preparação de projectos locais. Contudo, o preenchimento das expectativas locais levantadas pela consciencialização e pelos exercícios participativos é por vezes insuficiente. Impõe-se também maior coordenação entre as várias OSCs/ONGs, e entre as iniciativas da sociedade civil e as actividades do sector público no terreno.

- Um número relativamente pequeno de *OSCs nacionais/locais* dedica-se especificamente à saúde ou a questões relacionadas com a saúde. Entre elas figuram as seguintes quatro organizações especializadas: ANEMO - Associação dos Enfermeiros, que não tem sido muito activa, mas com potencial para actuar como uma OSC; AMETRAMO - organização dos provedores de serviços de saúde tradicionais; ADEMO - Associação dos Deficientes Físicos (existem ainda várias pequenas organizações especializadas para os cegos, surdos, militares diminuídos físicos, etc.). Na área do SIDA existe a Kindlimuka, uma organização sediada em Maputo para pessoas que vivem com SIDA, e que está a ajudar a promover a criação de organizações semelhantes mas autónomas nas províncias.
- Neste momento a Cruz Vermelha de Moçambique parece ser a principal OSC na área de saúde em Moçambique, com uma base nacional e com representação nas províncias. Embora o foco principal da CVM seja o socorro de emergência e os primeiros socorros, os seus programas incluem também a advocacia para a saúde e questões transversais como a prevenção do HIV/SIDA. A CVM desempenha também um papel inovador nos cuidados de saúde primários através de v.g um projecto piloto no distrito de Matutuine (província de Maputo) destinado à formação de activistas de saúde comunitária e de saneamento, e ao reforço das ligações entre os serviços formais do sector de saúde (representados pelo centro de saúde local) e as actividades e trabalho dos activistas das OSCs ao nível local.
- A AMODEFA (Associação Moçambicana de Defesa da Família) foi criada em 1989 pelo pessoal do Ministério da Saúde. Ela é membro da Federação Internacional de Planeamento Familiar (FIPF), e trabalha na área do planeamento familiar, controle da maternidade e prevenção do HIV/SIDA, e gere a sua própria clínica em Maputo - com apoio v.g. da FIPF.
- A FDC (Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade) tomou recentemente várias iniciativas para melhorar os serviços do sector de saúde. A FDC tem um acordo com o Ministério da Saúde para um projecto piloto destinado a reduzir a mortalidade infantil, e tem prestado uma atenção especial a melhorias na cadeia de frio (para vacinas). Foi desenvolvido e experimentado na Província de Cabo Delgado um novo sistema baseado numa cadeia de frio alimentada a gás, em colaboração com a ONG norte-americana Village Reach. Tem também planos para alargar o sistema a outras províncias.
- A *Progresso*, que trabalha na Província de Cabo Delgado, realizou também alguns programas inovativos experimentais no desenvolvimento rural - incluindo a advocacia para a saúde e trabalho em apoio às parteiras tradicionais que não estão ligadas ao sistema formal de saúde.
- A AMOSAPU (*Associação Moçambicana de Saúde Pública*) é uma OSC relativamente pequena e pouco conhecida, que trabalha na área da advocacia para a saúde pública. Tem vários membros influentes, v.g antigos funcionários da saúde, um contrato com o Ministério da Saúde para servir como ponto focal na advocacia contra o uso do tabaco, e está também envolvida na formação de activistas de saúde locais. A organização está a considerar tornar-se membro da LINK, e considera ser necessário criar um certo tipo de forum de ONGs ligadas à saúde.
- Nas comunidades rurais em particular, os provedores tradicionais de serviços de saúde tais como os curandeiros, profetas e herbanários são sem dúvida os actores informais chave na

área de saúde. Muitos estão organizados na Associação Nacional - AMETRAMO, mas ao nível local muitos curandeiros pertencem ainda às formas antigas, tradicionais das associações - e estas têm por vezes maior legitimidade ao nível local do que a AMETRAMO, mais formal e moderna.

- A Direcção Provincial de Saúde carece muitas vezes da informação necessária sobre os programas das ONGs que estão a ser planificados ou realizados na província. Isto torna mais difícil envolver as ONGs e incluir nos exercícios anuais de planificação provincial integrada a informação sobre os recursos de que podem dispor para actividades da saúde ao nível distrital.
- O sector público, e em particular o Ministério, têm um papel chave na tomada de iniciativas para promover um envolvimento mais activo dos actores da sociedade civil nos programas e actividades do sector de saúde - e foi referida a necessidade, principalmente ao nível provincial, de o Ministério da Saúde elaborar orientações sobre o envolvimento das OSCs no sector de saúde.

### 3. NOVOS CONTEXTOS PARA O DESENVOLVIMENTO E REFORMAS NO SECTOR PÚBLICO

Focaremos aqui os processos relacionados com dois documentos chave que foram elaborados no quadro das abordagens estratégicas e orientadas para programas mais amplos de desenvolvimento:

- (i) o processo de elaboração do PARPA 2001-2005, no qual o Ministério do Plano e Finanças desempenhou o principal papel de coordenação, e
- (ii) o processo que conduziu à formulação do Plano Estratégico do Sector de saúde, PESS 2001-2005, no qual o Ministério da Saúde desempenhou o principal papel de coordenação ao nível nacional.

#### 3.1 O PARPA – Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta

Em 2000, o Governo Moçambicano apresentou um Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta - PARPA. Nesse mesmo ano o Banco Mundial e o FMI condicionaram um novo pacote de empréstimos concessionais e o alívio da dívida HIPC à elaboração de uma Estratégia para a Redução da Pobreza (ERP). Embora o PARPA 2000 fosse referido como um "PARPA Interino", o Governo iniciou o processo de elaboração de um "PARPA Completo" - que é uma reformulação da estratégia de redução da pobreza para satisfazer as exigências do FMI/BM. Uma das condições para que o PARPA fosse aceite pelos Conselhos de Administração Conjuntos das instituições financeiras internacionais era que ele fosse submetido a um processo amplo de consultas aos intervenientes e instituições a diferentes níveis da sociedade moçambicana. O Ministério do Plano e Finanças apresentou o esboço de um novo *PARPA 2001-2005* para ser submetido a consultas a partir de Dezembro de 2000. A primeira da série de consultas deveria incluir a sociedade civil, tendo-se realizado reuniões entre o Governo e representantes da sociedade civil em Maputo e em duas províncias - Sofala e Nampula. Depois de terem sido apresentados novos esboços para consultas mais restritas, v.g. com os Ministérios da Saúde e Educação, foi aprovada uma versão final pelo Conselho de Ministros em Abril de 2001. Em Setembro de 2001, o FMI e o Banco Mundial aprovaram o *PARPA 2001-2005* como o PARPA de Moçambique (Falck & Landfald 2003).

A cobertura dos meios de comunicação social conseguiu até certo ponto fazer chegar a informação sobre o PARPA aos representantes das OSCs em províncias como Tete, que não foi incluída no processo de consulta. Contudo, o conhecimento tende a limitar-se ao título e ao facto de que se trata de um plano de redução da pobreza, mas não ao seu conteúdo. Mas a *Rede da Criança*, em colaboração com outra rede da sociedade civil, o *Grupo Moçambicano da Dívida*, e o Save the Children UK, assumiram a iniciativa a este respeito. Foi publicada uma brochura que explica como as prioridades do PARPA estão reflectidas no Orçamento Geral do Estado moçambicano, focando especificamente os sectores da saúde e educação (Rede da Criança *et al.* 2001).

O PARPA (2001-2005) contém análises sobre a pobreza e os indicadores da pobreza no contexto moçambicano, e apresenta planos de acção para *áreas de acção fundamentais*, tais como a educação e a saúde. Os objectivos definidos para a *área de saúde* correspondem em larga medida aos do Plano Estratégico do Sector de saúde (PESS) que foi também concluído em 2001. Segundo o PARPA, a saúde "ocupa um lugar vital no sector social", e as componentes prioritárias do PARPA para a redução da pobreza no campo da saúde são:

- cuidados de saúde primários (grupos alvo: mulheres, crianças, jovens/adolescentes) e nutrição
- combate às doenças graves (doenças diarreicas, malária, TB, lepra) e HIV/SIDA
- melhoria da rede sanitária
- desenvolvimento dos recursos humanos
- melhoria da planificação e da gestão do sector.

No âmbito da última alínea indicada acima, o PARPA define as seguintes medidas principais a serem levadas a cabo no campo da saúde:

- Concluir e aprovar o Plano Estratégico Nacional do Sector de saúde
- Elaborar e aprovar os planos estratégicos provinciais de saúde
- Estabelecer um sistema de informação financeira provincial e desenvolver instrumentos de avaliação e gestão dos cuidados de nível primário.

A *Assembleia da República* de Moçambique não foi formalmente envolvida na formulação do PARPA. Estabeleceu-se mais tarde um sistema para que a Assembleia pudesse desempenhar um certo papel na monitorização da Estratégia de Redução da Pobreza, tendo sido feita uma primeira apresentação e discussão na Assembleia em Março de 2002. Mas deve reconhecer-se que o PARPA 2001-2005, em tanto que documento de política geral, foi aprovado pelo Conselho de Ministros e finalmente aprovado pelas instituições financeiras internacionais, muito antes de ser apresentado para discussão na Assembleia da República de Moçambique – v.g. a assembleia nacional democrática representativa.

O que o PARPA prevê é uma estratégia de monitorização e avaliação da pobreza que deverá incluir representantes da sociedade civil. Foi criado um *Observatório da Pobreza* em Abril/Maio de 2003 para funcionar como órgão consultivo, e que inclui representantes do Governo, dos doadores, das organizações internacionais e da sociedade civil moçambicana. No que respeita à troca de informação e ao reforço do envolvimento dos representantes da sociedade civil na monitoria dos indicadores de saúde no contexto das iniciativas de redução da pobreza em geral, o Observatório da Pobreza poderá tornar-se uma arena interessante de debate. Mas esta é ainda uma questão em aberto.

### **3.2 O processo SWAP na Saúde e o Plano Estratégico – PESS**

Quando o conceito de SWAP foi introduzido em Moçambique - como uma abordagem sectorial ampla à elaboração de políticas, programação e planificação, como um quadro geral para as reformas do sector e maior coordenação dos doadores - a colaboração entre os grandes doadores e o Ministério da Saúde constituía já uma prioridade na agenda do sector de saúde. Logo que foi restabelecida a paz em 1992, começou o trabalho de preparação do Programa de Reconstrução (PRSS) do Sector de saúde. Porém, esse programa foi menos eficaz do que poderia ter sido pelo facto de muitas das ONGs que chegaram para ajudar no processo de reconstrução trabalharam no âmbito das actividades dos seus próprios projectos, sem grande coordenação do sector. O PRSS foi utilizado como documento de base para um Programa de Investimentos do Sector com apoio do Banco Mundial, e foi introduzido o conceito de *doador focal*, tendo este papel sido primeiramente atribuído à SDC (Suíça) - com o mandato de facilitar a interacção entre o Ministério da Saúde e o grupo de doadores do sector de saúde.

Ao mesmo tempo, vários doadores decidiram prestar uma assistência abrangente direccionada a províncias específicas: tal foi o caso da Danida em Tete, da Finlândia em Manica, e mais tarde da Holanda em Nampula e da Irlanda no Niassa. Entretanto, a SDC iniciou um programa

inovativo mais vasto de prestação de apoio ao orçamento corrente das províncias, que ampliou substancialmente o financiamento aos cuidados de saúde a nível provincial. Um objectivo básico era contribuir para uma *distribuição mais equitativa dos recursos* entre as províncias (v.g. as que tinham grandes programas de doadores e as que não tinham) e entre os distritos e unidades sanitárias dentro de uma província, ligando a atribuição de recursos às actividades e ao desempenho. O programa promoveu também a introdução em cada província de exercícios de Planificação Provincial Integrada Anual (PPI) baseada no distrito. Com base na avaliação das actividades anteriores e dos fundos utilizados, o exercício de PPI faz a planificação das actividades prioritárias para o ano seguinte, identificando os insumos e necessidades financeiras e indicando aquilo que será coberto pelos programas dos doadores e das grandes ONGs.

Em 1996 o Ministério da Saúde e vários doadores concordaram em iniciar um processo conducente a uma programação mais unificada e ao reforço da colaboração no sector de saúde - através do estabelecimento de fundos comuns e do aumento do financiamento ao orçamento. Estabeleceram-se desde logo duas grandes modalidades de fundo comum. A *Modalidade de Fundo Comum para Assistência Técnica* começou as operações em 1996, com financiamento suíço, holandês e da Noruega, canalizado através de um Trust Fund administrado pelo PNUD. O seu principal objectivo tem sido o de financiar os salários do (principalmente) pessoal estrangeiro do SNS - dado que o número de especialistas nacionais é ainda insuficiente para cobrir as necessidades do sector de saúde. A *Modalidade de Fundo Comum para a Importação de Medicamentos* começou também em 1996, e visava simplificar as medidas administrativas e proporcionar procedimentos de aprovisionamento mais racionais a preços razoáveis no mercado internacional. O Governo de Moçambique (GdM) é agora um grande contribuinte do fundo, juntamente com a SDC, a Dinamarca, Noruega e Irlanda. O apoio aos orçamentos provinciais para custos correntes, iniciado pela SDC, evoluiu também para uma modalidade de Fundo Comum, com fundos da Suíça, Noruega e Finlândia.

O Ministério procurou melhorar a sua organização interna, convertendo um grande número de programas autónomos verticais com financiamento externo em dois programas integrados nacionais: Saúde Comunitária<sup>12</sup> e Doenças Transmissíveis<sup>13</sup>. Foi introduzido um programa de reforma da gestão financeira (PERMAS<sup>14</sup>) que visa redefinir as funções centrais, os objectivos, os sistemas e procedimentos, e melhorar a capacidade provincial – todos estes aspectos foram identificados como elementos cruciais de um processo SWAP no sector de saúde em Moçambique (GTA 1998).

Outro aspecto do processo de reformas é o movimento no sentido de uma separação mais clara dos papéis e funções no seio do sector de saúde. Uma ideia básica é que a função do Ministério como provedor de serviços, através do SNS, deveria estar mais claramente separada das suas funções de elaboração de políticas, regulamentação e financiamento – na linha dos elementos chave contidos nas ideias da *Nova Gestão Pública*. Na prática isto significa que a *provisão de serviços de saúde* fica desligada dos *serviços de regulamentação e financiamento dos serviços de saúde*, com a possibilidade de basear a relação entre as duas funções em contratos fundados no desempenho, v.g. entre o Ministério e as OSCs ou os provedores de serviços de saúde do sector privado.

<sup>12</sup> Que integra a Saúde da Mãe e da Criança/Saúde Reprodutiva, um Programa Alargado de Vacinações (PAV), Nutrição, Saúde dos Adolescentes, Saúde Mental, e Advocacia para a Saúde.

<sup>13</sup> Com enfoque na malária, TB, lepra e doenças endémicas.

<sup>14</sup> Plano Estratégico para a Reforma e Modernização Administrativa na Saúde.

Em 1998 foi encomendada uma avaliação a um Grupo Técnico de Assessoria (GTA), para responder ao interesse crescente dos doadores nos SWAPs, e como resposta à necessidade de avaliar o processo das medidas de programação conjunta mais abrangentes no sector de saúde. O relatório do GTA recomendou a adopção de uma abordagem gradual, utilizando como base os mecanismos de colaboração e planificação existentes. Recomendou também uma série de passos para maior coordenação das medidas financeiras, juntamente com o reforço das práticas de planificação, gestão, contabilidade e auditoria do orçamento do Ministério da Saúde (GTA 1998). Contudo, nem todos os intervenientes no sector de saúde apoiaram esta abordagem gradual no sentido da SWAP.

Porém, nos finais de 1998 verificaram-se vários acontecimentos no processo SWAP: foi criado no Ministério da Saúde um Gabinete Técnico de Planificação, combinando equipas de programação e planificação financeira anteriormente separadas; realizou-se o primeiro encontro de um Comité Coordenador do Sector, que incluía o Ministério da Saúde e doadores. Em Dezembro de 1998 foi discutida com os doadores uma primeira proposta de estratégia de financiamento, num Seminário Nacional de Financiamento em Inhaca. O processo produziu um *Cenário de Despesas e Financiamento de Médio-Termo 2001-2005*, elaborado pelo Gabinete Técnico de Planificação e apresentado aos parceiros externos/doadores em Junho de 2001 (GTA 2001).

Em Janeiro de 2000 o Ministério informou os parceiros externos que iria prosseguir com a abordagem global à política e estratégia de saúde proposta pela OMS/BM, produzindo um *plano estratégico* que contemplava o envolvimento da sociedade civil na posse e implementação, com a atribuição de papéis de advocacia para a saúde a outros ministérios e à sociedade civil, e que incluía a avaliação conjunta e mecanismos de monitorização, e mecanismos formais de coordenação entre os doadores e o Ministério da Saúde. Em Junho de 2000 o Ministério da Saúde e um grupo de doadores assinou um primeiro *Código de Conduta - Compromisso de Kaya Kwanga*, que destacava os princípios básicos que iriam orientar o processo. O documento destinava-se a definir princípios e mecanismos para orientar e regulamentar as relações entre o Ministério da Saúde e os parceiros/doadores externos. O documento referia existir um acordo geral entre os doadores e o Ministério da Saúde no sentido de desenvolver um SWAP no sector de saúde, como mecanismo para gerir a participação nacional e internacional de apoio ao desenvolvimento do sector.

O documento estabelecia o compromisso conjunto do MISAU e dos doadores, de:

- Criar uma visão comum da reforma como base para as políticas e estratégias do sector.
- Estabelecer prioridades e melhorar a atribuição de recursos, utilizando mecanismos nacionais padrão de planificação e orçamentação, e reforçando os sistemas de gestão financeira do Ministério da Saúde.
- Racionalizar e melhorar a coordenação da assistência externa, dirigindo o máximo apoio possível para o orçamento, e desenvolver planos indicativos multi-anuais de apoio à agenda de reformas.

Para implementar esta parceria, foram identificados como mecanismos centrais os seguintes documentos contextuais e os seguintes *fora*:

- *A Política Nacional de Saúde e o Plano Estratégico do Sector de saúde*
- O *Comité Coordenador do Sector (CCS)* como forum para a troca de informações, coordenação e diálogo
- Os Planos Anuais de Trabalho elaborados pelo Ministério da Saúde

- Encontros anuais entre o MISAU e os parceiros para avaliar a implementação dos planos de trabalho e identificar prioridades, necessidades e áreas de colaboração para o plano de trabalho do ano seguinte.

Em Abril de 2001 foi concluído o ***Plano Estratégico do Sector de saúde (PESS) 2001-2005***, pelo Ministério da Saúde. O prefácio do Ministro apresenta o plano como sendo um instrumento de gestão da mudança, e para transformar os pensamentos e opções estratégicas em actividades concretas, visíveis, mensuráveis que possam ser apreciadas pelos cidadãos moçambicanos. O Plano Estratégico identifica a SWAP como um mecanismo preferencial do Ministério de colaboração com os parceiros externos e internos, e também um modo de trabalhar conjuntamente com todos os intervenientes do Sector, sob a liderança do Governo. A visão do Sector de saúde para os próximos 25 anos é definida como sendo "alcançar para os moçambicanos níveis de saúde aproximados da média da África Sub-Sahariana, com acesso a cuidados de saúde básicos de boa qualidade, através de um Sistema de Saúde que responda às expectativas dos cidadãos" (PESS 2001).

O Plano Estratégico declara que o Ministério irá enfatizar *a melhoria da qualidade e criar acesso mais equitativo aos cuidados de saúde*, mas que a expansão dos serviços de saúde só deveria realizar-se por razões de equidade. Fazem-se várias referências à necessidade de aumentar o envolvimento da sociedade civil no sector de saúde. O PESS salienta a participação comunitária e o estabelecimento de comunicação/alianças com outros sectores, instituições e ONGs para tratar dos problemas de saúde reprodutiva. Destaca também a importância fundamental da advocacia para a saúde, envolvendo a colaboração inter-sectorial, o desenvolvimento de parcerias, a medicina alternativa, e a participação comunitária. No que respeita ao estabelecimento de parcerias entre o Ministério e as ONGs, o Plano Estratégico refere:

Nos últimos anos o intercâmbio entre o Ministério da Saúde e as ONGs cresceu. No âmbito geral, a experiência e colaboração com as ONGs é positiva, mas há questões fundamentais que ainda carecem de melhor concertação e consenso. Por exemplo, a definição das áreas geográficas de actuação das ONGs nem sempre é de comum acordo. Concorre para isso a intervenção de muitos actores e a falta de aplicação das regras estabelecidas no que concerne à colaboração entre o MISAU e as ONGs. (PESS 2001, p. 36).

A este respeito, o PESS considera que a adopção de um novo Código de Conduta é um mecanismo essencial para implementar parcerias entre o MISAU e as ONGs.

O PESS nota que muitas ONGs têm bastante experiência em actividades de *participação comunitária*, mas também que a prática de fornecer "incentivos" para estimular os activistas e o envolvimento da comunidade pode criar problemas de paternalismo e não sustentabilidade. De uma maneira mais geral, afirma que o papel das comunidades nas actividades do sector de saúde é frequentemente de colaboração passiva, com pouca interacção entre os provedores e os beneficiários. "Até agora, a participação comunitária é mais no sentido de colaboração na execução dos programas de saúde do que na própria planificação, monitoria, avaliação e gestão..." (PESS 2001, p. 38). Para resolver esta situação o PESS apresenta várias acções estratégicas para promover a participação da comunidade:

- Difundir os princípios da participação comunitária e os mecanismos de envolvimento contínuo na promoção da saúde em coordenação com os parceiros e as ONGs de forma que permitam a sua sustentabilidade;

- Garantir que os aspectos básicos da participação comunitária possam ser implementados para os diferentes programas de saúde;
- Coordenar e harmonizar a prática de participação comunitária com as ONGs ou directamente com os Conselhos de Líderes Comunitários ou outras organizações similares já existentes;
- Incentivar uma participação mais activa de representantes da comunidade na gestão das unidades sanitárias, para promover a transparência e a prestação de contas;
- Estimular a co-gestão comunitária das unidades sanitárias e difundir os seus resultados.

A preparação do Plano Estratégico ele próprio envolveu *consultas* no início de 2000, em que participaram todas as províncias. Realizaram-se reuniões com provedores locais de serviços do SNS; reuniões com outras entidades públicas que trabalham com a saúde; reuniões com o sector comercial/privado (empregadores nas clínicas de saúde), e com representantes da sociedade civil incluindo entidades religiosas. As contribuições da sociedade civil apontaram para a necessidade de participação, advocacia e co-gestão na saúde, a necessidade de elaborar políticas sobre as relações entre a medicina formal e informal, e a necessidade de maior cooperação e coordenação com as ONGs (MISAU 2001a). Estas recomendações, como indicado acima, estão também reflectidas no documento final do PESS.

Ao processo do PESS a nível nacional seguiu-se a preparação de Planos Estratégicos Provinciais que envolveram também processos de consulta. Os processos provinciais parece terem produzido resultados um pouco diferentes. Em Tete houve um processo de consulta à sociedade civil a dois níveis, que começou com seminários distritais/regionais com líderes locais e representantes de vários ramos de actividade, a que se seguiu uma sessão provincial mais restrita e "profissional" para estudar os resultados e definir prioridades e acções estratégicas. O processo de consultas em Tete foi na prática orientado ao *nível do distrito* e da *unidade local*, em lugar de ser dirigido às OSCs/ONGs a nível provincial. Por esta razão, constatámos que na capital provincial as organizações formais baseadas na província não estavam muito conscientes quer do processo quer do PESS ele próprio. No que respeita ao acompanhamento do processo, verificámos que não tinha havido nenhuma retro-alimentação aos participantes ao nível comunitário sobre o resultado das suas contribuições para o processo de planificação.

### **3.3 Outros mecanismos de comunicação e coordenação**

A nível central, o Ministério da Saúde e os parceiros externos (doadores) concordaram em Abril de 2001 em estabelecer um *Grupo de Trabalho Conjunto da SWAP (GT-SWAP)*. O papel fundamental dos parceiros externos no financiamento do desenvolvimento e da reforma do sector público tornou clara a necessidade de um fórum para um diálogo regular e aberto. Os seus objectivos específicos deveriam incluir: troca de informações, estabelecimento de um sistema de monitoria e avaliação conjunta, discussão sobre mecanismos de financiamento e de atribuição de recursos, e políticas sobre um fundo comum de recursos. Concordou-se que o Secretário Permanente do Ministério da Saúde deveria presidir ao GT-SWAP, assistido pelo Director de Planificação e Cooperação, e que não deveria haver limite ao número de membros, embora em princípio o número não devesse ultrapassar 10-12 membros permanentes do Ministério da Saúde e dos parceiros, para garantir um funcionamento fácil, devendo os parceiros com a qualidade de membros permanentes ser seleccionados para representarem a comunidade doadora em geral (MISAU 2001b).

Concordou-se também que os membros permanentes do grupo de trabalho deveriam ser os principais doadores para a área de saúde: a Holanda, o Banco Mundial, a DFID, a Noruega, Suíça, União Europeia, e a USAID. Da parte do Ministério da Saúde, os membros permanentes viriam da Direcção de Planificação e Cooperação, podendo ser convidados outros funcionários da saúde conforme o tópico em discussão. O GT-SWAP deveria reunir-se de duas em duas semanas, e ter uma interacção com o Comité Coordenador do Sector (CCS) que se reúne apenas uma vez em cada seis meses.

De facto, o grupo de trabalho da SWAP tem tido reuniões regulares duas vezes por mês desde que iniciou o seu trabalho. Entretanto, tanto a sua composição como o número de participantes cresceu substancialmente<sup>15</sup>. Aparentemente as reuniões do GT-SWAP tornaram-se também importantes como fórum para troca de informações com o próprio Ministério. Levantou-se recentemente a questão de saber se as ONGs (estrangeiras) e os representantes da sociedade civil moçambicana deveriam ser também incluídos nas discussões e troca de informações do Grupo de Trabalho. O GT-SWAP é já reconhecido como o principal mecanismo no relacionamento entre o Ministério da Saúde e os doadores externos, e como um fórum importante de discussão do processo SWAP. Porém, dado que a SWAP da Saúde é considerada não apenas como o mecanismo preferencial do Ministério para a colaboração com os parceiros externos, mas também como um modo de trabalhar com todos os intervenientes do sector sob a liderança do Governo, a questão da inclusão das OSCs como parceiros mais activos é muito relevante.

As opiniões divergem no que respeita à funcionalidade do alargamento do número de membros do grupo de trabalho GT-SWAP, que já é numeroso e por vezes pouco flexível. As discussões no grupo de trabalho têm tido a tendência de se concentrarem nos mecanismos financeiros e em questões técnicas com fortes implicações financeiras. As questões relacionadas com a provisão de cuidados de saúde, com a qualidade do conteúdo das políticas e programas, têm figurado mais marginalmente na agenda de trabalhos. As discussões sobre a inclusão de representantes das OSCs como parceiros mais activos no processo SWAP, sugerem também que seria útil reanalisar os papéis do CCS e do GT-SWAP, talvez simultaneamente com uma divisão das funções do GT-SWAP v.g conforme as diferentes categorias de reuniões.

Em Julho de 2002 foi feita a primeira *Avaliação Anual Conjunta do Sector de Saúde (MISAU 2002)* e mais tarde apresentada ao Comité Coordenador do Sector (CCS). A equipa de avaliação fez uma breve apreciação da situação daquilo que ela considerou serem as principais componentes de um SWAP na Saúde, e concluiu que várias dessas componentes tinham sido já estabelecidas. No que respeita aos processos de planificação da SWAP, a equipa conjunta de avaliação notou que:

- O processo do Plano Estratégico Provincial é um ponto de partida útil para a definição de direcções, pontos fortes e pontos fracos, e para promover um maior diálogo com as comunidades. Poderia criar-se aqui o IPP para fornecer um quadro para a planificação provincial anual. Contudo, isto exigirá a elaboração de um formato comum e simples relacionado com os resultados.
- Porém, o grande desafio é a operacionalização do PESS em planos de trabalho anuais que reflectam verdadeiramente a sua orientação e conteúdo.

<sup>15</sup> Os actuais participantes são: 11 doadores bilaterais (por vezes com mais do que um representante) e 6 doadores multilaterais, para além de vários assessores e funcionários do Ministério da Saúde - dependendo do tópico em discussão.

Este último ponto foi reiterado e confirmado nas entrevistas realizadas durante o estudo de caso preparatório do presente relatório. O orçamento anual para o sector de saúde em 2004 basear-se-á no PESS. Isto significa que os objectivos estratégicos formulados no PESS durante 2003 devem ser transformados em planos operativos e acções concretas; e isto constitui um desafio real. Como um dos informadores das OSCs declarou quando foi entrevistado para o actual estudo de caso:

"Os planos estratégicos neste país são muito bons! O problema é a implementação, e o comprometimento com resultados concretos!"

O desafio da operacionalização do PESS em planos de trabalho anuais, e a questão da inclusão das OSCs/ONGs nas discussões da SWAP, deveriam ser analisados à luz de um desafio mais geral – o de o Ministério da Saúde desempenhar um papel de liderança mais activo no sector. Isto inclui também desenvolver parcerias e coordenar as actividades das ONGs ao nível central e provincial.

Em Março de 2003 decidiu-se rever o *Código de Conduta de Kaya Kwanga* que fora assinado pelo Ministério e pelos parceiros externos em 2000. Com base nas últimas realizações no sector de saúde - a conclusão do PESS em 2001, o estabelecimento do Comité Coordenador de Saúde (CCS) e o GT-SWAP - e nas reformas mais gerais do sector público, foi neste contexto sugerida a revisão do Código de Conduta e a sua assinatura por todos os parceiros que trabalham no sector de saúde, incluindo as ONGs. Durante os últimos dois anos várias OSCs/ONGs têm estado também envolvidas num processo separado de preparação de um *Código de Conduta para Orientar a Parceria entre o MISAU e as ONGs*. Contudo, no Conselho Coordenador Nacional de Saúde em Maio de 2003 foi decidido que o papel das ONGs na saúde deveria ser integrado na revisão do Código de Conduta de Kaya Kwanga - talvez com um anexo separado sobre os papéis e funções das ONGs. Prevê-se que a revisão do Código de Conduta esteja concluída até Junho de 2003.

## 4. AVALIAÇÃO DOS PAPÉIS DAS OSCs NO SECTOR DE SAÚDE

Um sistema de cuidados de saúde moderno, formal e científico é normalmente construído na base de uma cultura sólida de profissionalismo no seio dos principais provedores de serviços de saúde, tais como os médicos e enfermeiros. As decisões cruciais num sistema moderno de saúde baseiam-se no conhecimento especializado da profissão médica. A abordagem SWAP implica uma maior ênfase na planificação orçamental e no controle das despesas no sector de saúde. Isto significa, entre outras coisas, que um processo SWAP, em conformidade com as ideias da Nova Gestão Pública, atrai outros tipos de conhecimento profissional (sobre procedimentos de gestão, financiamento e contabilidade) na planificação chave, no estabelecimento de prioridades, e nos processos decisórios. Uma vez que o processo SWAP visa melhorar a coordenação da assistência dos doadores externos, ele depende do desenvolvimento de uma perspectiva comum entre o *Ministério* e os *parceiros externos/doadores* sobre os principais objectivos, papéis e desafios do sector.

Contudo, a ampla perspectiva sectorial implícita no processo SWAP da saúde em Moçambique impõe a necessidade de num dado momento considerar os papéis dos outros intervenientes na saúde: Será que os processos e medidas da SWAP fornecem o contexto para um papel mais activo e responsável por parte das ONGs profissionais que trabalham actualmente em Moçambique, assim como das ONGs mais informais que podem representar grupos alvo e beneficiários chave? Este capítulo analisa o papel da sociedade civil e o envolvimento das OSCs até ao momento actual, enquanto o Capítulo 5 levanta algumas questões relativas aos novos papéis e ao potencial para um maior envolvimento da sociedade civil na reforma e desenvolvimento do sector de saúde no futuro.

### 4.1 Grau de envolvimento das OSCs no processo SWAP da Saúde

Tanto a preparação do *Plano Estratégico do Sector de saúde (PESS) 2001-2005* como os processos de consulta ligados à formulação dos Planos Estratégicos Provinciais reflectem o interesse num maior envolvimento da sociedade civil, tanto na discussão dos problemas de saúde como na sua solução. A questão não é tanto a intenção das autoridades centrais de facilitarem um certo envolvimento da sociedade civil no desenvolvimento do sector de saúde, mas sim o grau e as formas de envolvimento, e os papéis que os actores da sociedade civil podem ter, têm actualmente e terão a oportunidade de desempenhar.

#### ➤ *Tem havido um maior grau de envolvimento das OSCs nos processos SWAP?*

- As novas políticas e planos estratégicos (PARPA 2001, PESS 2001) contemplam de forma clara o envolvimento das OSCs. No sector de saúde prevê-se um maior envolvimento, principalmente ao nível da implementação, e o PARPA prevê também em princípio o envolvimento da sociedade civil na monitorização e avaliação dos resultados. A maior parte disto, contudo, ainda não é aplicado na prática.
- As OSCs “centrais”, que têm sido até certo ponto parceiros do Ministério nas discussões sobre políticas e planificação estratégica, têm sentimentos mistos quanto às suas experiências. Faz-se sentir a falta tanto de *mecanismos institucionalizados* (tais como um forum adequado, retro-alimentação, e procedimentos claros) como de uma cultura organizacional no Ministério da Saúde orientada para o diálogo com as OSCs, principalmente ao nível central. Na revisão do Código de Conduta de Kaya Kwanga

deveria incluir-se a formalização de mecanismos de cooperação e coordenação. Neste contexto, deve notar-se que a nível provincial e distrital as autoridades do sector de saúde tem sido relativamente abertas, tanto à discussão como às experiências de novas abordagens no terreno.

- Ao nível central as OSCs têm estado envolvidas em discussões sobre uma nova Política/Estratégia de Saúde Comunitária. Em 2002 realizou-se um seminário em que participaram representantes de vários sectores governamentais, ONGs estrangeiras e nacionais, e entidades religiosas, para troca de experiências e recolha de lições das suas diversas experiências de participação comunitária<sup>16</sup>. Mais tarde, no mesmo ano, foi distribuído um esboço de documento sobre *Política de Envolvimento Comunitário para a Saúde* (Martins 2001) para ser comentado. Foi distribuída aos participantes do *Conselho Nacional Coordenador de Saúde*, em Maio de 2003, uma versão resumida desta proposta. Na reunião esta questão foi incluída também na agenda para discussão, tendo sido decidido que em vez de uma nova política era necessário uma *Estratégia de Saúde Comunitária*. Resta saber qual o papel que os representantes das OSCs irão ter na elaboração desta nova Estratégia.
- As OSCs estão muito envolvidas na planificação e nas actividades de combate ao SIDA. No Conselho Nacional do SIDA figuram representantes tanto do Ministério sectorial como da sociedade civil. Ao nível provincial foram criados núcleos para canalizar o financiamento destinado a actividades de prevenção do SIDA às OSCs locais. Estas actividades têm sido até agora dirigidas principalmente para a educação pública, utilizando activistas pertencentes a organizações locais, ou contando com o recrutamento de activistas das novas OSCs orientadas para o HIV/SIDA.
- Ao nível provincial, as ONGs estrangeiras estão envolvidas nos exercícios de planificação integrada anual - principalmente para informar sobre as suas actividades passadas e futuras e os seus recursos, de modo a que possam ser tomados em conta nos planos provinciais e nas atribuições de apoio orçamental.
- A *iniciativa* de envolver as OSCs em programas sectoriais compete geralmente ao Governo. São as autoridades do sector de saúde que convidam a sociedade civil a participar em certos tipos de programas e planos, e é o Governo que organiza as modalidades ou *fora* para estas acções. Até ao momento muito poucas organizações locais têm-se envolvido, por sua própria iniciativa, na implementação de programas ou actividades de saúde definidos no PESS. Exceptuam-se a CVM, CDF e Progresso, que realizam também algumas experiências no terreno.

➤ ***Que conhecimento têm as OSCs sobre os programas do sector saúde?***

- Na prática não há quase nenhum conhecimento do processo SWAP da saúde em tanto que tal em nenhum nível das OSCs, embora duas pessoas entrevistadas para este estudo de caso tenham ouvido falar dos princípios da SWAP. Outras pessoas ouviram também falar do PESS. Enquanto o processo SWAP se centrou em planos, políticas, coordenação e mecanismos de financiamento, a maioria das pessoas está mais preocupada com a aplicação dos planos na prática.

---

<sup>16</sup> MISAU/UNICEF/JSI/SDC (2001c) Relatório do Workshop “Participação Comunitária”, Fev/Março 2001

- Os poucos entrevistados no nosso estudo de caso que tinham algum conhecimento sobre a SWAP consideravam que ela era um assunto de interesse principalmente para os doadores externos. Com excepção do SIDA, as políticas e planos do sector de saúde não figuram no primeiro plano do activismo e associativismo da sociedade civil em Moçambique, e são poucas as organizações que se dedicam especificamente à saúde.
- Parece estar generalizada a ideia de que a saúde é uma área muito especializada, com debates que requerem conhecimentos técnicos de medicina moderna científica. Ao mesmo tempo é preciso reconhecer que cerca de 50% da população moçambicana procura assistência dos provedores de serviços de saúde tradicionais/alternativos que não têm esse conhecimento especializado - a maioria baseia as suas actividades no conhecimento local das plantas medicinais e na ajuda dos espíritos dos antepassados.
- As OSCs nacionais não têm quase nenhum conhecimento dos planos formais produzidos no sector de saúde. Mesmo aquelas que foram consultadas durante a preparação dos documentos de planificação não conheciam o produto final.
- Existe porém um conhecimento geral e concordância com as principais prioridades (que são a continuação das prioridades definidas pouco depois da independência de Moçambique) formuladas no Plano Estratégico do Sector de saúde, i.e. cuidados de saúde primários, e com a prioridade atribuída aos desafios representados pelo SIDA, malária, TB e cólera.
- Ao mesmo tempo, colocam-se muitas questões sobre o modo como os serviços de saúde básicos estão sendo prestados, a qualidade dos serviços prestados pelo SNS, e como *na prática* estão a ser resolvidos os problemas de saúde.
- Uma das principais áreas discutidas pelas OSCs é a abordagem aos *cuidados de saúde de nível comunitário* e as vantagens/desvantagens e eficácia relativas dos PT, APEs e outros trabalhadores/activistas de saúde comunitária, assim como as questões afins das contribuições comunitárias, e a utilização de vários incentivos materiais/económicos para promover o *voluntarismo/activismo*.
- Outras preocupações são - como envolver *na prática* comunidades basicamente analfabetas na gestão de serviços delicados como a saúde, e como promover uma relação positiva com os curandeiros sem penalizar certos aspectos problemáticos das suas práticas.

#### 4.2 Que papéis desempenham as Organizações da Sociedade Civil?

##### ➤ *As OSCs contribuem para a formulação e discussão da política/estratégia do sector de saúde?*

- Os doadores externos no sector de saúde tem estado muito mais envolvidos nas discussões sobre políticas e planificação estratégica do que as organizações da sociedade civil.
- O corolário da forte dependência das ONGs nacionais em relação aos doadores é que as áreas em que trabalham (e a própria existência de muitas delas) reflectem as áreas da sociedade civil que mais interessam aos seus doadores - mulheres, direitos

humanos, desenvolvimento rural, crianças. Por outro lado, as comunidades que as OSCs informais e locais representam estarão provavelmente muito mais preocupadas com a eficácia dos serviços de saúde que lhes são prestados do que com a formulação de políticas.

- Como referido no Capítulo 3.2, na elaboração do PESS - *Plano Estratégico do Sector de saúde 2001-2005*, foram consultados alguns representantes da sociedade civil. Na formulação do *Plano Estratégico Provincial* de Tete, foram consultadas as OBCs e representantes da comunidade local, mas não as organizações de nível provincial.
- A *formulação de políticas* ela própria está muito centralizada, e há pouca retro-alimentação para a sociedade civil, quer sobre os próprios processos quer sobre os documentos de política finais, mesmo às pessoas que foram convidadas a dar as suas contribuições.
- Até agora, poucas questões sobre políticas de saúde têm sido levadas a discussão por iniciativa dos próprios representantes da sociedade civil (este aspecto não é exclusivo do sector de saúde; também noutros sectores não se verifica este tipo de iniciativas, provavelmente porque as ONGs tendem a estar mais envolvidas ou interessadas na prestação de serviços, educação e consciencialização do que na advocacia). Uma excepção será talvez a questão pontual e bastante complexa da disponibilização de medicamentos anti-retrovirais<sup>17</sup> – e o acompanhamento médico necessário – pelo Serviço Nacional de Saúde em Moçambique. Tem havido uma certa discussão interna no seio das OSCs, mas uma grande hesitação em continuar com um debate público devido à natureza delicada deste assunto - em particular o conflito entre a incapacidade prática de garantir a cobertura total e o acompanhamento, e as implicações elitistas de qualquer tipo de mecanismo de selecção. A posição da CVM sobre esta questão, v.g., reflecte as posições e princípios gerais da Cruz Vermelha Internacional, em lugar dos dilemas muito concretos colocados pela situação em Moçambique. Os Médicos Sem Fronteiras (MSF) começaram por seu lado com programas locais de fornecimento de anti-retrovirais sem ligarem as suas iniciativas no terreno com as questões políticas mais gerais e os esforços de coordenação do sector. Os MSF concebem o seu papel como sendo o de iniciar aquilo que pensam ser um compromisso necessário, o de disponibilizar oportunidades de tratamento pelo menos a algumas pessoas, mas não a responsabilidade de dar continuidade aos compromissos globais e de longo termo que o tratamento do SIDA com anti-retrovirais envolve.
- Como foi já referido, uma área para a qual as OSCs têm sido convidadas a contribuir na formulação de políticas é a da elaboração de uma nova política/estratégia de saúde comunitária; em 2001 foi apresentada uma primeira proposta, que coloca uma forte ênfase no envolvimento comunitário. Muitas OSCs têm experiência e opiniões nesta área que poderão contribuir substancialmente para a estratégia prevista. Contudo, neste momento elas não parecem estar bem informadas sobre o processo em curso no Ministério da Saúde.
- No que respeita à possibilidade de as OSCs influenciarem a formulação de políticas, uma questão relevante que deveria ser colocada é a seguinte: *qual a base legítima para tal envolvimento num quadro democrático?* Uma resposta é que a democracia

---

<sup>17</sup> *Anti-retrovirais* são medicamentos utilizados no tratamento das infecções do HIV/SIDA; aliviam as doenças relacionadas com o SIDA, e desta maneira tornam possível prolongar a vida das pessoas com HIV/SIDA.

pode ser concebida como uma *democracia representativa*, com eleições gerais numa área geográfica definida (nação-estado, província, município) que conferem uma base legítima para representar o povo. Mas a democracia pode também ser concebida em termos de *democracia participativa* – que atribui às organizações da sociedade civil papéis legítimos e importantes nas arenas onde as políticas são formuladas e discutidas. Existem porém opiniões diferentes sobre os papéis que as ONGs estrangeiras (predominantes no sector de saúde em Moçambique) devem desempenhar em relação às OSCs nacionais.

- As instituições do governo central poderão querer lidar com uma única "voz" que represente a sociedade civil, para reduzir o número de interlocutores e tornar o processo de planificação menos complexo e prolongado. Por outro lado, para representar a diversidade de interesses, problemas, opiniões e contextos culturais em Moçambique, as organizações da sociedade civil precisam de se exprimir através de muitas vozes.
- As políticas e estratégias são geralmente formuladas numa linguagem geral e abstracta, muito distante da linguagem do dia-a-dia da maioria das pessoas - principalmente das pessoas sem educação formal. Além disso, os documentos políticos em Moçambique são escritos em português, que não é a língua materna da maioria da população. O analfabetismo entre as mulheres nas áreas rurais é ainda de cerca de 80%. A língua e o nível de analfabetismo são sem dúvida factores com implicações práticas no envolvimento das OSCs informais na formulação e discussão de políticas.

➤ ***Que papel desempenham as OCSs na advocacia para a saúde, e na mobilização e lobbies sobre questões específicas?***

- Quando a principal organização chapéu/rede trans-sectorial de OCSs, a LINK, se reorganizou recentemente para poder desenvolver uma acção mais eficaz com os seus recursos limitados, ela identificou seis grandes áreas de concentração que considerou reflectirem as principais preocupações do país e das organizações membros. A saúde como tal não é uma das seis áreas, embora o *SIDA* o seja, juntamente com a *redução da pobreza* em geral.
- A Rede da Criança está activa na advocacia e mobilização relacionadas com o *SIDA*, mas a sua principal ênfase social é a educação.
- O principal impulso para a mobilização e lobbies resultou da situação do *HIV/SIDA*. O nível central tem sido pressionado para adoptar uma legislação do trabalho especial que proteja os trabalhadores e o direito ao anonimato, e o lobby local tem-se preocupado com a protecção dos trabalhadores e em evitar o estigma.
- Os grupos mais especializados trabalham para proteger os interesses que representam e dos seus membros. A AMETRAMO procura reforçar o reconhecimento da medicina tradicional pelo sector formal de saúde. A ADEMO procura conseguir que as crianças com deficiências tenham acesso à escola, e está envolvida também na luta contra os preconceitos, tendo levantado a questão da falta de atenção para com os diminuídos físicos por parte do Governo.

- Tem havido algumas iniciativas gerais, tais como o estudo sobre a corrupção por iniciativa da nova organização contra a corrupção **ÉTICA Moçambique** (*Estudo sobre a Corrupção, 2001*), que qualificou o sector de saúde como uma área muito problemática.

➤ ***Que papel desempenham as OCSs na monitorização e como ‘sentinelas’ dos direitos?***

- Não há dúvida de que persistem graves problemas relacionados com a qualidade dos tratamentos e cuidados de saúde prestados principalmente por muitas das unidades de nível básico do SNS. Como é que os indivíduos e as comunidades respondem a estes problemas? Um estudo relativamente recente “Avaliação pelos Beneficiários” (CASE 2000) refere com insistência não existirem mecanismos para canalizar queixas sobre os serviços de saúde. Nas áreas rurais, muitos procuram a assistência dos curandeiros como uma alternativa aos serviços de saúde do sector formal. Nas zonas de fronteira algumas pessoas procuram mesmo assistência no país vizinho. Mas nenhum *actor da sociedade civil* assumiu até agora um papel relevante na *apresentação de críticas fundamentadas* sobre o desempenho do sector de saúde com vista a obrigar os provedores de serviços de saúde a prestarem contas pela sua actuação.
- Segundo o Director Distrital de Saúde da Manhiça, todas as unidades sanitárias têm um livro de reclamações e actuam em caso de reclamações, mas não foi possível verificar até que ponto esta prática está generalizada. Embora os livros de reclamações sejam obrigatórios em todos os serviços públicos, como parte da nova reforma do sector público, a sua viabilidade é duvidosa, principalmente nas zonas rurais.
- As novas Assembleias Municipais, nos locais onde existem, podem tornar-se num forum local para a apresentação de reclamações concretas e para que seja tomada acção em relação a elas. Tanto em Tete como na Manhiça a equipa foi informada de casos em que as reclamações dos eleitores sobre os serviços de saúde foram investigados pelos seus representantes eleitos.
- Como parte do seu trabalho de monitorização da situação dos prisioneiros, a Liga Moçambicana dos Direitos Humanos inclui também no seu trabalho a situação de saúde dos prisioneiros.
- Tendo em vista levar os provedores de serviços de saúde a responderem perante o povo – o beneficiário – propõe-se no PESS o envolvimento da comunidade na administração das unidades sanitárias, mas a ideia necessita de ser melhor concretizada. Vários doadores/ONGs estão a experimentar alguns sistemas (v.g a SDC, CVM), mas é necessário um conhecimento mais sistematizado sobre esta matéria.

➤ ***Qual o papel da sociedade civil informal no sector de saúde?***

- A sociedade civil informal é dinâmica, e inclui tanto elementos estáticos como elementos em processo de mudança que interagem ao nível local. Mas os órgãos decisórios pouco sabem acerca dela – ele é pouco conhecida tanto pelo governo como pelos doadores. As associações informais têm um papel importante na vida das comunidades, mas nada sabemos sobre o seu papel na saúde. Por outro lado, as ONGs estrangeiras estão a criar novas estruturas de poder local para a mobilização e

desenvolvimento, na forma de vários comités, mas a sua integração nas comunidades locais e conseqüentemente a sua sustentabilidade é duvidosa. São necessários mais estudos neste campo, que resultem em medidas apropriadas às condições específicas de cada província.

- Todos - incluindo o PESS - referem-se à importância das relações com os praticantes da medicina tradicional. Mas este é um campo complexo, e no sector formal de saúde parece que ninguém produziu ainda uma abordagem bem pensada e coerente, baseada num conhecimento concreto. Até agora os principais pontos de contacto estão ligados ao SIDA – e limitam-se a alguns programas de educação e formação dos curandeiros sobre higiene.
- O que é evidente, na opinião de vários informadores e segundo os estudos efectuados, é que a unidade de saúde local (geralmente o posto de saúde) e os seus trabalhadores têm um papel chave a desempenhar nas relações entre o sector de saúde formal e informal, e o sucesso dos programas baseados na comunidade depende muito destas relações. Um aspecto importante a este respeito é o envolvimento da comunidade na administração das unidades sanitárias – e deve reconhecer-se que este será um processo lento, gradual, que não se ajusta à exigência de indicadores simples de sucesso e de resultados rápidos dos recursos investidos na saúde.

➤ ***Como é que o HIV/SIDA está a influenciar os esforços de coordenação do sector e as actividades das OCSs?***

- A pandemia do HIV/SIDA é a primeira questão de saúde a mobilizar não só todos os sectores governamentais mas toda a sociedade civil. Os principais Ministérios estabeleceram pontos focais do SIDA, e incluem nos seus programas a consciencialização sobre o SIDA. Os seus esforços são apoiados por programas de doadores que incorporam as preocupações com o HIV/SIDA como questões transversais.
- Igualmente, muitas OCSs estão a introduzir esta questão nos seus programas - treinando activistas e produzindo materiais educacionais. O MONASO, rede do SIDA que integra um vasto leque de organizações, tornou-se rapidamente numa das organizações chapéu mais conhecidas entre as OCSs congéneres.
- A existência de montantes relativamente avultados para o trabalho com o SIDA poderá resultar numa proliferação das chamadas novas ONGs (ou numa mudança de direcção por parte das que já existem) principalmente por razões oportunistas (financeiras).
- A nível internacional a pandemia do HIV/SIDA mobilizou também muitos doadores para canalizarem recursos para *Fundos* de combate ao HIV/SIDA. O Governo/Ministério da Saúde está a elaborar planos para a gestão destes fundos a nível nacional – coordenando as prioridades e procedimentos com as medidas e compromissos do processo SWAP já estabelecidos na saúde. Dado que os Fundos (incluindo o *Fundo Global*, o MAP e o Fundo Clinton) representam somas relativamente avultadas no contexto moçambicano, torna-se cada vez mais importante que os actores chave no terreno, tanto as ONGs estrangeiras como as OCSs nacionais,

estejam informadas e, quando solicitadas, participem num processo de tomada de decisões transparente e bem coordenado.

➤ ***Qual o envolvimento e o papel das ONGs norueguesas?***

A **Redd Barna** está a trabalhar na advocacia sobre os direitos da criança, incluindo a promoção da Rede de ONGs sobre a Criança que trabalham neste campo. Através da Rede ela está a encorajar a sociedade civil a monitorar as políticas macroeconómicas e as decisões do Governo relacionadas com a pobreza e as crianças, como por exemplo os recursos orçamentais atribuídos em benefício das crianças, com enfoque nos sectores da educação, saúde e acção social.

A actividade principal da Redd Barna é o apoio ao ensino básico, incluindo a construção e reabilitação de algumas escolas, formação de professores, e a promoção de clubes escolares. Para além dos aspectos de saúde no orçamento para as crianças, o seu principal envolvimento na saúde tem sido o apoio a uma melhor integração das crianças com deficiências nas escolas, à formação de professores dos deficientes, promoção de discussões na comunidade sobre a saúde da criança, e apoio à formação das PT.

A **Associação Norueguesas para os Cegos** tem estado a apoiar já há alguns anos o Departamento de Oftalmologia do Hospital de Chimoio, com assistência técnica e fundos para um vasto programa de educação sobre a saúde ocular e capacitação em diagnóstico nos distritos. Está também a apoiar as actividades da sede da Associação Moçambicana dos Cegos na Beira e as suas actividades de formação.

A **Ajuda Popular da Noruega** está profundamente envolvida na desminagem. Ela concentra o seu trabalho principalmente na província de Tete, empregando um grande contingente de 520 trabalhadores de desminagem. A NPA tem também um programa de desenvolvimento que inclui a formação em artes e ofícios e promoção de emprego através da criação de pequenas empresas produtivas. Tem uma abordagem muito participativa, trabalhando com as comunidades na identificação das necessidades e das possibilidades.

## 5. DESAFIOS IMEDIATOS E FUTUROS

Quais são neste momento as abordagens potenciais, promissoras e realistas para reforçar o envolvimento das pessoas nos serviços de saúde que existem para as servir - na planificação, priorização e implementação dos planos no quadro do sector de saúde em Moçambique? Qual o potencial para transformar os beneficiários, os doentes relativamente passivos do sistema de saúde, em parceiros mais activos na definição de prioridades, gestão do uso dos recursos, e tornar os provedores de serviços de saúde mais responsáveis? Qual o potencial para uma maior participação dos representantes da sociedade civil nos diferentes níveis do sector de saúde? As medidas da SWAP, as reformas do sector público, e os novos processos de planificação proporcionam também contextos para tornar os serviços de saúde mais responsáveis perante a população?

Um ponto de partida é que a sociedade civil em Moçambique está muito pouco organizada como tal - isto é, em associações formais. Entre as várias OCSs existentes, apenas as OCSs de pesquisa têm capacidade para tratar com seriedade de questões de políticas num nível geral. Tal capacidade implica não apenas um conhecimento profundo dos processos de desenvolvimento em Moçambique, mas também acesso a fontes de informação internacionais e discussão sobre estes processos. Ao nível provincial, a questão mais relevante é saber como funcionam efectivamente as relações e a comunicação entre a Direcção Provincial de Saúde e a sociedade civil. Comparando com o passado, tem havido uma abertura no que respeita ao envolvimento das OCSs nas actividades do sector de saúde, de que é exemplo o processo de consultas do PESS – com grandes implicações potenciais no futuro ao nível posto de saúde - relações comunitárias.

- ◆ Parece haver necessidade de *troca de informação* sobre questões de política de saúde, assim como sobre os processos SWAP em geral, maior do que a que se verifica até agora. Os *meios de comunicação social* têm um papel importante a desempenhar, mas também as redes como a LINK – para abrir um espaço para o interesse e o debate público da sociedade civil sobre questões relacionadas com a saúde.
- ◆ Os parceiros centrais na saúde deveriam também incrementar as iniciativas de *divulgação de informação*, para proporcionar às OSCs uma base de conhecimentos mais sólida que lhes permita envolverem-se nos debates como partes bem informadas e poderem apresentar críticas, e também para mobilizar o interesse das OSCs noutras questões de saúde para além do HIV/SIDA. Os documentos de leitura fácil preparados pela Rede da Criança ou pelo Grupo da Dívida poderão servir do modelo para a educação pública neste campo. As rádios comunitárias constituem igualmente exemplos interessantes de como levar as questões de saúde à crítica pública e ao debate na comunidade. Este relatório poderia também ser usado para informar uma audiência mais vasta sobre algumas das questões e problemas na área de saúde.
- ◆ O papel chave na tomada de iniciativas para promover um envolvimento mais activo dos actores da sociedade civil nos programas e actividades do sector de saúde compete sem dúvida ao sector público, e em particular ao Ministério. Ao nível provincial há uma exigência expressa de que o Ministério da Saúde emita orientações sobre o envolvimento das OSCs no sector de saúde. Ao nível nacional espera-se que o processo de revisão do *Código de Conduta* crie mecanismos funcionais para as parcerias, e inclua também mecanismos que promovam a transparência e prestação de contas na área de saúde – no seio e através do próprio sector de saúde.

- ◆ Diz-se existirem planos por parte do Governo/MISAU de subcontratar ONGs para implementarem programas no sector de saúde. Terão que ser subcontratadas as grandes ONGs estrangeiras profissionais. Mas o facto é que existem muito poucas ONGs na saúde em Moçambique com essas características, e até agora elas tendem a centrar-se em muito poucas áreas e em zonas geográficas limitadas. A subcontratação de ONGs/OSCs de menor dimensão pelas ONGs estrangeiras, para realizarem tarefas específicas, levanta também a questão da prestação de contas, que terá de ser abordada. A subcontratação - com dinheiro do Governo – poderá, contudo, colocar as ONGs numa situação ambígua no que respeita aos papéis de monitorização e supervisão crítica que, em tanto que organizações da sociedade civil, elas deveriam em princípio realizar.
- ◆ A pandemia do HIV/SIDA é ao mesmo tempo um desafio à saúde e uma questão transversal e de grande dimensão. Deve reconhecer-se que os avultados fundos globais/internacionais que estão a ser disponibilizados para a luta contra o HIV/SIDA em Moçambique criarão também grandes desafios organizacionais ao sistema de saúde moçambicano e ao próprio sector de saúde. Na situação actual, é importante que os fundos que são canalizados ao sector de saúde para a luta contra o SIDA não produzam resultados indesejáveis, em termos de enfraquecimento da política global do sector, secundarização das prioridades geralmente acordadas de melhoria da qualidade e acesso mais equitativo aos cuidados de saúde por todos os cidadãos moçambicanos, ou marginalização das medidas funcionais de coordenação que foram estabelecidas como parte do processo SWAP na saúde. Várias OSCs/ONGs consideram, correctamente, que o seu papel legítimo é o de lutar pelos direitos especiais das pessoas infectadas com o HIV e das pessoas que sofrem de SIDA. O papel correspondente por parte do governo e do sector de saúde em tanto que tal é, contudo, o de abordar o desafio do SIDA e prover cuidados às pessoas que vivem com o SIDA, num quadro de políticas mais abrangente, envolvendo uma visão política global de melhoria da situação de saúde em geral e definindo como alvo as pessoas mais vulneráveis em Moçambique – onde v.g. a malária é ainda um problema de saúde maior do que o SIDA.
- ◆ Há necessidade de tornar os provedores de serviços de saúde mais responsáveis perante o povo. A sociedade civil tem aqui um papel a desempenhar, mas é necessário estabelecer vários mecanismos:
  - Ao nível central: parece serem necessários novos *fora* de diálogo envolvendo mais parceiros
  - Ao nível provincial: tomar como base os *fora* e processos de consulta já existentes, tais como as consultas sobre os planos provinciais multi-anuais, mas que até agora têm-se limitado quase exclusivamente à troca de informação e maior tomada de consciência sobre as prioridades e problemas de saúde entre a sociedade civil provincial, a comunidade e os líderes locais
  - Nos municípios: onde as assembleias podem funcionar como *fora* para debate público
  - Ao nível local: onde foram propostos e/ou testados por diferentes OSCs vários modelos de participação comunitária – mas onde é ainda necessário experimentar modelos de uma forma mais sistemática e sistematizar melhor o conhecimento e experiências práticas existentes com:
    - vários tipos de comités participativos
    - gestão comunitária das unidades sanitárias

- mecanismos de recepção e encaminhamento das queixas da comunidade e acção contra a corrupção
  - ligações entre a medicina formal e informal
  - agentes de saúde comunitária e parteiras tradicionais
  - criação de laços entre os programas formais do sector de saúde e as OSCs/actividades do sector informal ao nível local
  - envolvimento das OSCs nos Conselhos de Direcção dos hospitais
- ◆ Tanto a LINK como as outras redes, as OSCs tais como a CVM, AMODEFA, FDC – e possivelmente outras – poderão ter interesse em participar num Forum da Sociedade Civil sobre a Saúde, para examinar problemas gerais e questões analíticas ou discutir os orçamentos provinciais de saúde na base dos planos anuais e de outro material preparado. Contudo, deve ter-se o cuidado de evitar que as OSCs sejam levadas por pressões externas a envolverem-se em actividades para as quais não existe uma real procura, e para as quais "o terreno" não está ainda preparado, considerando que todos os parceiros na saúde deverão tentar evitar medidas “para inglês ver” e medidas insustentáveis.

## 6. LITERATURA E DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Austral/DPS Tete/DANIDA (2001) *Estudo sobre Atitudes na Saúde em Tete*. Relatório final. Maputo: Austral Consultoria e Projectos.
- Brochmann, Grete & Arve Ofstad (1990) *Mozambique: Norwegian assistance in a context of crisis*. Bergen: Chr. Michelsen Institute.
- CASE (2000) *Beneficiary Assessment in Four Mozambican Provinces*. Community Agency for Social Enquiry/SDC Maputo, June 2000.
- Cassels, Andrew (1997) *A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development: Concepts, issues and working arrangements*. November 1997.
- Código de Conduta Kaya Kwanga (2000) *O Compromisso de Kaya Kwanga: Código de Conduta para Guiar a Parceria para o Desenvolvimento da Saúde em Moçambique*.
- Comaroff, John L. and Jean (1999) Introduction. *Civil Society and the Political Imagination in Africa: Critical perspectives*. Chicago & London: University of Chicago Press.
- Country Profile (2002) *Mozambique*. London: Economist Intelligence Unit.
- Country Report (2002) *Mozambique*. October 2002. London: Economist Intelligence Unit.
- Cristensen, Tom & Per Laegreid (2001) New Public Management i norsk statsforvaltning. In: B.S. Tranoy & O. Osterud (eds.) *Den fragmenterte staten: Reformer, makt og styring*. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Oslo: Gyldendal.
- DPS Tete (2001) *Relatório da Auscultação da Sociedade Civil*. Plano Estratégico do Sector de saúde (PESS - Tete). Tete, Julho 2001.
- ÉTICA Moçambique (2001) *Estudo sobre a Corrupção*. Maputo.
- Eys, Tinie Van (2002) Solidariedade com os pobres ou comércio no mercado do desenvolvimento? *Lusotopie* 1 : 145 - 159.
- Falck, Hans and Kare Landfald with Pamela Rebelo (2003) Mozambique. *Development Policy Review* 21 (2) 235 - 252.
- GTP (2001) *Cenário de Despesa e Financiamento de Médio Prazo 2000 -2005 para o Sector de saúde*. Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Planificação e Cooperação.
- Hann, Chris (1996) Introduction. Em: *Civil Society: Challenging Western Models*. C. Hann & E. Dunn (eds.) London and New York: Routledge.
- Hodne Steen, Sissel *et al.* (2001) *Review of the Norwegian Health Sector Collaboration with Mozambique*. Report, 2<sup>nd</sup> draft. Oslo: HESO.
- Honwana, Alcinda M. (2002) *Espíritos Vivos, Tradições Modernas*. Cooperação Suíça, Moçambique & PROMEDIA.
- Hood, Christopher (1991) A public management for all seasons? *Public Administration* 69 (3 - 9).
- INE (1999) *II Recenseamento Geral da População e Habitação 1977*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Kaarhus, Randi *et al.* (2001) *Utviklingssamarbeid med det sivile samfunn*. Referat fra seminar i NORAD, Oslo 15.01. - 16.01.2001: NIBR & NORAD.
- Kruse, Stein-Erik (2002) *SWAPS and Civil Society: The roles of Civil Society Organisations in Sector Programmes*. Oslo: Centre for Health and Social Development.

- Kruse, Stein-Erik (2003a) *The Role of Civil Society Organisations in Malawi's Health Sector Programme*. Oslo: Centre for Health and Social Development.
- Kruse, Stein-Erik (2003b) *The Role of Civil Society Organisations in Uganda's Health Sector Programme*. Oslo: Centre for Health and Social Development.
- Lexow, Janne (2003) *The role of civil society organizations in Zâmbia 's Basic Education Sub-Sector Investment Programme*. Draft Report, April 2003.
- Luedke, Tracy (2001) Report of Research Findings Concerning Traditional Medicine and Health Decision Making in Northern Tete Province. Bloomington: Indiana University, Department of Anthropology.
- Martins, Helder (2001) *Proposta de "Política de Envolvimento Comunitário para a Saúde "*. Relatório de Consultoria. Maputo.
- MISAU (2001 b) *Termos de Referência para o Grupo de Trabalho MISAU – Parceiros sobre a SWAP*. Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação.
- MISAU (2001a) *Plano Estratégico do Sector de saúde (PESS) - Relatório final da consulta às províncias*. Maputo: Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação - GTP.
- MISAU/UNICEF/JSI/SDC (2001c) *Relatório do Workshop "Participação Comunitária"*, Fev/Março 2001.
- Norwegian Ministry of Foreign Affairs and NORAD (2001) *Humanitarian assistance and development cooperation by Norwegian and International voluntary actors: Guidelines for the grant schemes*. Oslo: Utenriksdepartementet.
- PESS (2001) *Plano Estratégico do Sector de saúde 2001-2005(2010)*. República de Moçambique, Ministério da Saúde. Aprovado pelo Conselho de Ministros, Abril 2001.
- Pfeiffer, James (2003) International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science & Medicine* 56: 725-738.
- Rebelo, Pamela et al. (2002) *Study of Future Norwegian Support to Civil Society in Mozambique*. NORAD Report.
- Rede da Criança et al. (2001) *O Orçamento da Criança em Moçambique*. Maputo: Rede da Criança, Save the Children da Noruega, Save the Children UK, Grupo Moçambicano da Dívida.
- República de Moçambique (2001) *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2001 - 2005 (PARPA)*. Versão Final Aprovada pelo Conselho de Ministros Abril 2001.
- República de Moçambique (2002) *Plano Operacional do MISAU para 2003*. Maputo: Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação.
- Scuccato, Rino & Isabel Soares (2001) *Provedores Privados Não-lucrativos de Serviços de Saúde em Moçambique*. Maputo: Agência Suíça para o Desenvolvimento e a Cooperação.
- Serra, Carlos (2001) *Em cima de uma lâmina: Um estudo sobre precaridade social em três cidades de Moçambique*. Maputo: Imprensa Universitária, Universidade Eduardo Mondlane.
- TAG (1998) *Towards a Sector-Wide Approach in Programming in the Health Sector: Options for Dialogue and Action*. Technical Advisory Group, March 1998.
- Tranoy, Bent Sofus & Oyvind Osterud (2001) En fragmentert stat? Em: B.S. Tranoy & O. Osterud (eds.) *Den fragmenterte staten: Reformer, makt og styring*. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Oslo: Gyldendal.

Vala, Salun C. (2000) *Relatório do Seminário de Auto-Avaliação do PPCS*. Programa de Participação Comunitária na Saúde (PPCS). Maputo: Cooperação Suíça.

## ANEXO 1

### **Termos de Referência para um estudo de caso sobre as relações entre os programas do sector de saúde e a sociedade civil em Moçambique:**

#### ***Focando o maior envolvimento de um grupo alvo nos processos nacionais e locais de planificação***

#### **Antecedentes**

A primeira fase do estudo financiado pela NORAD sobre os papéis das organizações da sociedade civil nos programas sectoriais produziu uma visão global das questões gerais e questões chave a serem tratadas mais profundamente numa segunda fase do estudo. A primeira fase do estudo foi basicamente um estudo de gabinete. O primeiro relatório deste estudo, *A SWAP e a Sociedade Civil* (Kruse 2002) define os conceitos chave neste campo da seguinte maneira:

- Com os **SWAPs** todos os fundos públicos para o sector apoiam uma única política sectorial e um único programa de despesas sob a direcção do Governo. Isto significa que todos os parceiros no desenvolvimento devem dirigir o seu trabalho no sentido da adopção de abordagens comuns na planificação, gestão e monitorização em todo o sector.
- **Sociedade civil** refere-se a uma das três *arenas de desenvolvimento*: o Estado, o sector privado, e a sociedade civil
- **Organizações da sociedade civil (OSCs)** - refere-se a um vasto leque de organizações e associações da sociedade civil. O termo cobre uma gama de organizações mais vasta do que as “ONGs”, e inclui igrejas, sindicatos, grupos de ajuda mútua locais, meios de comunicação social independentes, e instituições profissionais/académicas.

***A segunda fase do estudo sobre os SWAPs e a sociedade civil*** consistirá em estudos de casos em três países africanos, Moçambique, Zâmbia e Malawi, e abordará as principais questões relacionadas com a *ligação* (contacto e interacção) entre as organizações da sociedade civil e os programas sectoriais nestes países. A presente proposta define um conjunto de questões e abordagens que serão particularmente relevantes para um estudo de caso focado no sector de saúde em Moçambique.

Em 2001, a Embaixada da Noruega em Maputo decidiu iniciar um estudo da sociedade civil em Moçambique que proporcionasse os insumos necessários para a cooperação futura e para o apoio à sociedade civil no país. Este estudo resultou num relatório que identifica os actores mais importantes na sociedade civil e as suas actividades. Mas trata também da questão mais complexa de *como* o conceito de sociedade civil se relaciona com as realidades sociais do Moçambique de hoje, e analisa factores chave nos respectivos contextos de desenvolvimento histórico, económico, político e sócio-cultural do país. (Rebelo et al. 2002). O estudo de caso proposto procura combinar algumas reflexões essenciais deste estudo sobre Moçambique com algumas questões chave do relatório da primeira fase do estudo *SWAPs e a Sociedade Civil*.

#### **O enfoque do estudo de caso em Moçambique**

Apresentam-se a seguir as **questões chave a serem tratadas** no estudo de caso das interacções que ocorrem nas ligações entre os programas do sector de saúde e a sociedade civil em Moçambique, focando abordagens que reforcem o envolvimento do grupo alvo nos processos de planificação local e na definição de prioridades:

- Quais as características das organizações da sociedade civil com maior relevância para os programas do sector de saúde?
  - Quem são os principais actores formais a nível central, provincial e local?
  - Quais os principais papéis das OSCs nos programas de saúde em Moçambique?
  - Qual é a base do envolvimento das OSCs como *participantes legítimos* nestes programas e processos, na opinião das próprias OSCs? Na opinião do Governo? Na opinião dos outros actores no terreno?
  - Como é que as OSCs consideram os seus papéis e como realizam a função (ideal) de apresentarem críticas fundamentadas ao governo para conseguir dele uma maior responsabilização?
  - O que é que caracteriza as relações entre as OSCs formais e modernas e as associações e/ou estruturas de poder informais e tradicionais?
  
- Como estão actualmente organizadas as interacções entre o Governo e a sociedade civil no que respeita ao sector de saúde?
  - As OSCs têm participado nos processos do PARPA relacionados com os programas do sector de saúde? Como estão a participar na implementação do PARPA?
  - Quais são os papéis mais importantes das OSCs no que respeita às instituições descentralizadas do Governo?
  - As OSCs consideram o Ministério da Saúde como um verdadeiro líder no sector? Como está o Ministério da Saúde a agir na contratação de OSCs para implementar actividades específicas dos planos anuais? O Ministério da Saúde está a coordenar activamente as actividades das OSCs para evitar lacunas e/ou duplicação, e maximizar os impactos?
  - As OSCs estão envolvidas na planificação e priorização do uso dos fundos estabelecidos e planificados para o sector de saúde? Como estão elas envolvidas na planificação e/ou discussão sobre a utilização dos fundos para medicamentos, fundos para o HIV/SIDA, e com os fundos para custos correntes aos níveis provincial e central?
  - Poderá haver uma mudança nas relações entre o Ministério e as OSCs como resultado dos avultados fundos que estão a ser canalizados através do Governo para as organizações da sociedade civil?
  
- Quais as características da *sociedade civil informal* mais relevantes para os programas do sector de saúde?
  - Quais os papéis das associações informais nas áreas urbanas e rurais?
  - Como está o sistema estatal formal no sector de saúde a interagir com as estruturas da autoridade tradicional e com especialistas tradicionais principalmente nas áreas rurais?
  - Quais as relações mais importantes entre o sector formal/informal e moderno/tradicional que afectam as prioridades, planificação, implementação de planos, e o uso de recursos no sector de saúde?
  
- Quais são, na situação actual, as abordagens possíveis, promissoras e realistas para o reforço do envolvimento dos grupos alvo primários ao nível local na planificação e priorização dos escassos recursos no sector de saúde?
  - Que papéis podem ter as associações informais nas áreas urbanas e rurais?
  - Que papéis podem ter os *especialistas tradicionais* e as *autoridades tradicionais*?

- Como é possível aumentar a participação local na planificação do uso dos recursos escassos num campo prioritário como o HIV/SIDA?
- De que maneira os processos participativos concebidos e proporcionados pelas instituições do Governo estão a envolver os vários *parceiros e representantes dos grupos alvo*?
- Como é possível reforçar os processos participativos a vários níveis no sector de saúde de modo a envolver tanto os parceiros como os representantes dos grupos-alvo?

**Plano de trabalho do estudo**

Este estudo será realizado em Fevereiro/Março de 2003 por Pamela Rebelo de Moçambique em colaboração com Randi Kaarhus da Noruega. A informação será inicialmente recolhida durante um período de estudo de duas semanas em Moçambique, de 10 a 21 de Fevereiro, e incluirá:

- um estudo de gabinete (de documentos sobre políticas e planificação)
- entrevistas a informadores chave e participação em reuniões em Maputo
- entrevistas a informadores chave e participação em reuniões numa ou duas províncias, incluindo visitas a localidades urbanas e rurais.

Os informadores chave serão os representantes do sector, os parceiros internacionais, as ONGs e OBCs aos níveis central e provincial/local. Os consultores produzirão um relatório com recomendações focando as possibilidades de maior envolvimento do grupo alvo na planificação e na definição de prioridades.

## **ANEXO 2**

### **LISTA DAS OSCS/ONGS QUE TRABALHAM NA ÁREA DE SAÚDE**

#### ***ONGs estrangeiras que trabalham na saúde***

##### **Organizações que só se dedicam à saúde**

African Medical Research Foundation  
Health Alliance International - HAI  
Medecins Sans Frontières - MSF  
Marie Stopes International (Tete)  
Population Service International - PSI  
(John Snow Inc. - not non-profit)

##### **Organizações com actividades substanciais na saúde**

World Vision  
Save the Children Fund  
Hope  
CARE

#### ***CSOs/NGOs moçambicanas que trabalham na saúde***

##### **Organizações que trabalham principalmente na saúde**

Cruz Vermelha de Moçambique - CVM  
Associação Moçambicana de Defesa da Família - AMODEFA  
Associação dos Médicos Tradicionais - AMETRAMO  
Associação Moçambicana dos Deficientes Físicos - ADEMO  
Associação Moçambicana de Saúde Pública - AMOSAPU

##### **Organizações que trabalham com o HIV/SIDA**

MONASO (Rede do SIDA)  
Kindlimuka

##### **Organizações envolvidas nalgum trabalho na saúde**

Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade - FDC  
Progresso  
Africare  
ACORD

## ANEXO 3

### LISTA DAS PESSOAS CONTACTADAS E CONSULTADAS

#### **Ministério da Saúde**

Moisés Ernesto Mazivila	Coordenador do GT/SWAP, MISAU
Dulce Mucache	Direcção Nacional de Planificação, MISAU
Martinho Djedge	Chefe do Departamento de Saúde Comunitária
Laura Mabota	Departamento de Saúde Comunitária
Ana Mateleza	Assessora da UNICEF para a Saúde Comunitária

#### **Sociedade Civil /ONGs Maputo**

José Negrão	Cruzeiro do Sul
Fernanda Teixeira	Secretária Geral, Cruz Vermelha de Moçambique (CVM)
Abel António Machavete	Secretário da ADEMO, Cidade de Maputo
Álvaro Casimiro	LINK
Elizabete Sequeira	Secretária Geral, PROGRESSO
Arlindo Augusto Fernandes	Kindlimuka, Presidente interino
Sheik Cassimo David Dáfine	Associação Muçulmana
Dr. Fernando Vaz	Comissão 2025, Chefe do Grupo da Saúde
Marta Cumbi	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade/FDC
Erik Charas	FDC, Património e Investimentos, Director
Blaise Judja-Sato	FDC-Village Reach, Presidente
Didier Lavril	FDC - Village Reach, Gestor do Programa de Energia
Rev. Dinis Matsolo	Conselho Cristão de Moçambique, Secretário Geral
Boaventura Zita	Conselho Cristão de Moçambique (CCM)
Salomão Moyana	Ética
Maria dos Anjos Machonisse	AMODEFA, Director Executivo
Eduarda Cipriano	FDC Projecto Kulhuvuka
Francisco Cabo	AMOSAPU
Carlos Serra	Universidade Eduardo Mondlane

#### **Projecto da CVM, Distrito de Matutuíne, Província de Maputo**

Ilda Lumbela	Coordenadora do Projecto
Jaime Malate	Presidente, Comité da Cruz Vermelha de Matutuíne
Matilde Ubisse	Vice Presidente, Cruz Vermelha de Moçambique
Carlos Mabote	Administrador do Projecto

#### **Doadores/ONGs Estrangeiras**

Kirsi Viisainen	Embaixada da Finlândia
Marcia Sousa	Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação
Carin Salerno	Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação
Guilio Borgholo	Cooperação Italiana
Allison Beattie	Assessor para a Saúde e Educação, DFID
Paulo Gentil	Oficial de Programas Principal, DFID
Vivian van Steirteghem	UNICEF

Aida Girma	UNAIDS
Beatrice Crahay	UNFPA
Christian Barrat	USAID
Helena Andersson Novela	Redd Barna, Noruega
Birgitte Jallov	CTA UNESCO Media Development Project
David Melody	Médicos Sem Fronteiras, Coordenador

**Distrito da Manhiça, Província de Maputo**

Agostinho J.C. Faquir	Administrador Distrital
Armando Manuel Timane	Director de Saúde Distrital, Manhiça
André Manhiça	Régulo
Laura Tamele	Presidente do Conselho Municipal, Cidade da Manhiça
Dr. Eusébio Macete	Centro de Pesquisas de Saúde, Manhiça, Coordenador
Gonzalo Vicente	Centro de Pesquisas de Saúde, Manhiça, Administrador
F. Xavier Gomez Olivé	Centro de Pesquisas de Saúde, Manhiça, Epidemiologista

**Província de Tete**

Frederico João Brito	Director Provincial de Saúde
Paula Adondo	DPS, Tete
Manuel Roberto Catkueta	Chefe do Centro Paralegal, Liga do Direitos Humanos
Marta Zimba	OMM, Secretário Provincial
Lurdes Bomba	Secretariado da OMM
Albano Alfaiate	AMETRAMO, Chefe do Gabinete Geral
Isabel Dique Mateus	AMETRAMO, Chefe Administrativo
Helder White	MONASO, Coordenador Regional
Telles Sendela	MONASO, Director Executivo Tete
Alex Nhambir	Núcleo Provincial do SIDA, Coordenador
Isabel Labra	NPS, Coordenador
Frank Phiri	NPS, Gestor do Programa de Desenvolvimento
Tiago José Maria	Secretário Provincial da Cruz Vermelha de Moçambique
Narelle Bowman	Federação Luterana Mundial, Coordenador Adjunto, Australian Lutheran World Service
Maria Jonas	Coordenador em Exercício do Projecto da Federação Luterana Mundial
Ermelinda Rodolfo	Director Provincial da Acção Social
Ussumone Hassane Aligy	Associação Muçulmana de Tete
Aslif Jafar Maund	Associação Muçulmana de Tete, Vice Presidente
Albino Jeque	Clínica Marie Stopes, Gestor Financeiro
Sureia	Clínica Marie Stopes, enfermeiro
Janasse	Clínica Marie Stopes, enfermeiro
Luís José Campos	ADEMO, Presidente do Conselho Fiscal
Cristiano Maibeke Mafala Dzombe	ADEMO
José Manuel Freitas	OTM
Guilherme Sevene Joaquim	OTM