



Development
Progress

Resumo do Estudo de Caso

Saúde

CONTRA TUDO E TODOS Os ganhos de Moçambique nos cuidados primários de saúde

Romina Rodríguez Pose, Jakob Engel, Amandine Poncin e Sandra Manuel



Um recém-nascido é pesado antes de ser vacinado no serviço de vacinação do Centro de Saúde de Manhica. (Manhica, Moçambique, 2007) Fotografia: © Gates Foundation.

- Entre 1997 e 2011, a taxa de mortalidade infantil em Moçambique reduziu para metade, de 147 para 71 óbitos em cada 1000 nados-vivos. A redução para metade também se verificou na taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos passando de 219 para 109 óbitos.
- Não obstante os efeitos devastadores da epidemia do HIV, a mortalidade materna diminuiu mais rapidamente do que a média na África Sub-Sahariana, diminuindo de 692 para 408 óbitos maternos em cada 100 000 nados-vivos entre 1997 e 2011.
- As desigualdades dos resultados em matéria de saúde entre as regiões rurais e urbanas também diminuíram: a diferença nas taxas de mortalidade na faixa etária de menores de cinco anos entre as principais cidades e as aldeias também diminuiu de 58% em 1997 para 11% em 2011.
- Foram possíveis importantes melhorias no acesso a cuidados de saúde graças a um aumento do investimento na saúde, bem como a uma expansão dos centros de saúde e do pessoal, reduzindo a população por centro de saúde de uma média de 57 000 em 1997 para 23 000 em 2007.

Este relatório, e outros produzidos por 'Development Progress' estão disponíveis em developmentprogress.org

Development Progress é um projeto ODI que visa medir, compreender e comunicar onde e como é que o desenvolvimento internacional tem progredido.

ODI é o principal centro de pesquisa independente no âmbito do desenvolvimento internacional e questões humanitárias do Reino Unido. Outros materiais do centro estão disponíveis no website odi.org.uk

1. Porquê a saúde materno-infantil em Moçambique?

Coincidindo com os últimos 20 anos de relativa estabilidade, uma segurança imensamente melhorada e um crescimento sustentado, Moçambique sofreu uma significativa evolução relativamente à melhoria da esperança de sobrevivência de mulheres e crianças. Embora os progressos em Moçambique possam não registar o nível alcançado por outros países de baixo rendimento, considerando os importantes obstáculos com que se deparou, incluindo a guerra civil, a crise do SIDA e catástrofes naturais ininterruptas, o país conseguiu extraordinários avanços em matéria de saúde materno-infantil.

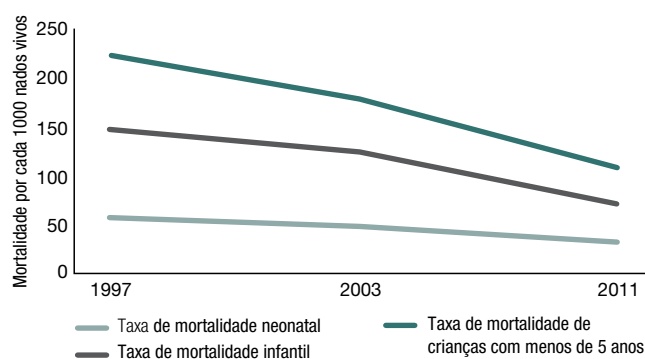
No início da década de noventa do século XX, Moçambique era um dos países mais pobres e mais dependentes de ajuda externa do mundo, tendo sofrido anos de guerra civil, secas e devastação económica. Porém, nas duas últimas décadas, as taxas de mortalidade em menores de cinco anos diminuiu mais de 50%, enquanto as taxas de mortalidade materna melhoraram quase na mesma percentagem. Também foram dados importantes passos na redução da diferença dos resultados no sector da saúde entre as regiões urbanas e as típicas zonas rurais que sofrem com a falta de recursos.

Moçambique dá importantes lições a outros países que pretendem melhorar rapidamente os serviços de saúde em ambientes pós períodos de conflito. Os principais potenciadores da mudança incluem uma focalização sistemática no derrube das barreiras de acesso causadas pela distância e a falta de educação; a adopção de políticas de recursos humanos inovadoras e de baixo custo visando um rápido aumento do pessoal e; a transição para sistemas de financiamento da ajuda mais coordenados.

2. Que progressos foram conseguidos?

Moçambique emergiu da guerra civil com uma infraestrutura de saúde dizimada, escassez de fundos e uma capacidade muito limitada. Não obstante as circunstâncias extremamente difíceis, incluindo a contínua crise do HIV e SIDA, catástrofes naturais frequentes e níveis de pobreza persistentemente elevados, o país registou progressos significativos em apenas duas décadas. Estes progressos foram conseguidos graças a um ambiente favorável no qual a democracia, em grande medida estável que se tem desenvolvido desde a guerra civil, permitiu que os Governos dessem prioridade à saúde e incentivassem o crescimento, que atingiu uma média de 8% ao longo da primeira década de 2000. O produto interno bruto (PIB) per capita do país mais do que duplicou, passando de \$176 em 1992 para \$417 em 2012.

Figura 1: Taxa de mortalidade infantil



Fonte: Base de dados DHS STAT

1. Sucessos no domínio da saúde infantil

De acordo com dados do *Demographic and Health Survey* (DHS), as taxas de mortalidade infantil diminuíram significativamente entre 1997 e 2011 no caso dos recém-nascidos, bebés e crianças com menos de cinco anos: a mortalidade infantil diminuiu mais de 50%, passando de 147 para 71 óbitos em cada 1000 nados-vivos; a taxa de mortalidade na faixa etária de menores de cinco anos diminuiu de 219 para 109 em cada 1000 nados-vivos (ver a Figura 1).

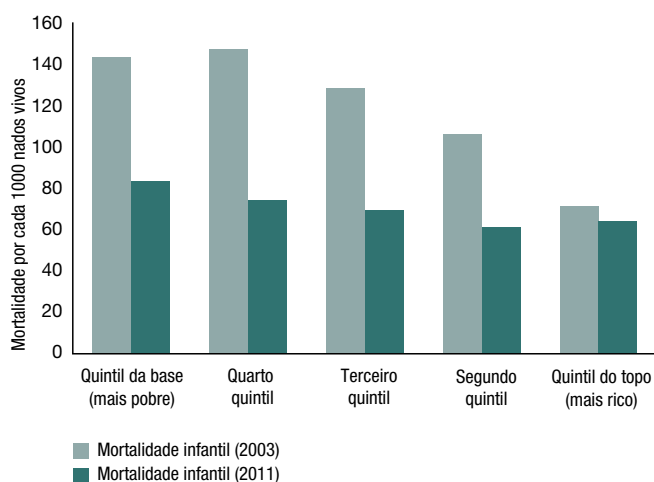
Estimativas do Banco Mundial sugerem que as taxas de mortalidade infantil em Moçambique diminuíram para níveis que rondam actualmente a média da região da África Sub-Sahariana (SSA). Os progressos na redução do fosso entre as áreas urbanas e rurais na taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos têm sido mais evidentes em Moçambique do que em muitos outros países africanos; a diferença entre as áreas rurais e as cidades no que concerne às taxas de mortalidade diminuiu de 58% em 1997 para 11% em 2011.

As desigualdades da taxa de mortalidade infantil entre os mais ricos e os mais pobres também diminuíram significativamente. Enquanto a taxa do quintil mais pobre (143) era o dobro da taxa dos do quintil mais rico (71) em 2003, o fosso diminuiu substancialmente em 2011, com a taxa dos 20% mais pobres a diminuir 41,9% em apenas oito anos (ver a Figura 2).

Em grande medida, estas melhorias podem ser atribuídas a um maior acesso e a uma maior utilização dos serviços de saúde nos últimos anos. Moçambique encontra-se acima da média regional no que toca a muitos indicadores a este respeito, incluindo prestação de serviços de assistência especializada a parturientes e vacinação contra o sarampo. As taxas de vacinação aumentaram desde finais da década

“Os moçambicanos pousaram as armas e pegaram nas ferramentas para trabalhar. O que aconteceu foi quase um milagre porque, ao fim de 16 anos de uma guerra extremamente destrutiva, tudo acabou de um dia para o outro” – citação de um técnico especializado em saúde pública

Figura 2: Mortalidade infantil por quintil de rendimento



Fonte: Base de dados DHS (1997; 2011).

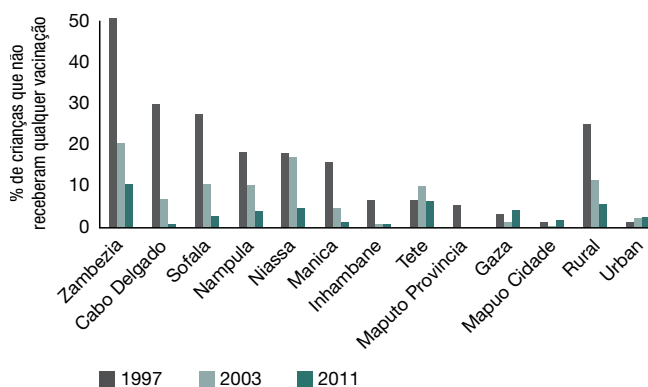
de 1980 e do início da década de 1990, e o país também tem vindo a diminuir o fosso no acesso a serviços, tais como vacinação infantil, em parte através de campanhas de vacinação em grande escala.

Todas as províncias foram palco de significativas reduções do número de crianças que não eram vacinadas e o enorme fosso que existia em 1997 entre as áreas rurais e urbanas – mais de 20% – praticamente foi eliminado. Segundo os dados mais recentes do DHS, em 2011 apenas 5,6% das crianças das áreas rurais não recebiam qualquer vacinação em comparação com 2,4% nas áreas urbanas (ver a Figura 3). A percentagem de crianças que são vacinadas contra o sarampo aumentou de 59,6% em 1997 para 76,2% em 2011, enquanto as taxas de vacinação contra a difteria, tosse convulsa e tétano aumentaram de 57,5% para 81,5% no mesmo período.

2. Sucessos na área de saúde materna

Não obstante o impacto devastador do HIV e SIDA, embora com estimativas ligeiramente diferentes, na globalidade, a taxa de mortalidade materna (TMM) em Moçambique melhorou desde a década de 1990, ao contrário de muitos outros países da África Austral que também registaram uma elevada prevalência de HIV (como é o caso do Botswana, Lesoto, África do Sul, Suazilândia e Zimbábue). Segundo dados do DHS, a TMM em Moçambique diminuiu de 692 para 408 entre 1997 e 2011 (uma redução de 41%) (ver a Tabela 1). Estimativas do Maternal Mortality Estimation Interagency Group indicam que a TMM diminuiu de 910 óbitos em cada 100 000 nascidos-vivos em 1990 para 490 óbitos em 2010, representando uma diminuição de 46% ao longo do período de 20 anos. Com uma taxa média anual de diminuição de 3,1%, Moçambique apresenta progressos ligeiramente mais rápidos do que a África Subsaariana mas as taxas continuam acima da média regional (incluindo África do Sul).

Figura 3: Crianças que não receberam qualquer vacinação – declínio em várias regiões



Fonte: Base de dados DHS STAT.

A epidemia do HIV teve um efeito atenuante na evolução da TMM em Moçambique, tal como no resto da África Austral. Contudo, após um período inicial em que a prevalência do HIV aumentou uniformemente, o país conseguiu estabilizar esta taxa em cerca de 11% desde 2004/05 enquanto, simultaneamente, se reduziu o número de novas infecções. A realização de testes à parturientes aumentou de 12% em 2005 para 87% em 2010. O número de mulheres que recorreram às consultas pré-natal em Moçambique é superior à média na África Subsaariana.

3. Quais são os factores que fomentam esta mudança?

Embora as mudanças na conjuntura favorável tenham sido fundamentais para a melhoria dos resultados em matéria de saúde primária, destacaram-se três factores-chave que contribuíram para a melhoria dos resultados de saúde em Moçambique nos últimos 20 anos:

- Um quadro político que dá prioridade à saúde primária e ao combate ao HIV e SIDA, apoiado por um financiamento reforçado e mais eficaz.
- A expansão uniforme dos serviços e instalações de saúde em áreas desfavorecidas.
- Aumento da procura aos serviços de saúde fomentada pela educação e esforços de proximidade.

“Quando aqui cheguei em 2005 havia distritos que não tinham um único médico; actualmente, todos os distritos têm pelo menos um médico de clínica geral” – citação de ex-médico e representante ministerial

1. Melhor estrutura da política de saúde

A reforma do sistema de cuidados de saúde primários, tendo como foco a saúde materno-infantil, tem sido a principal prioridade do Governo para a saúde desde o fim da guerra civil de Moçambique em 1992. A reforma do sector de saúde foi orientada pela Política para o Sector da Saúde de 1995-1999 e pelo Programa de Recuperação do Sector de Saúde. Estas políticas dão destaque à: cuidados de saúde primários, com uma atenção especial à saúde materno-infantil; vacinação e controlo de doenças transmissíveis; reabilitação da infraestrutura e melhoria da qualidade dos cuidados; disponibilização de melhores incentivos para o pessoal médico; e reforço da gestão logística e administrativa.

O Plano Nacional Integrado, que foi o primeiro programa de saúde em tempo de paz em grande escala, foi iniciado em 1995 e complementado pelo Programa de Investimento para o Sector liderado pelo Banco Mundial mas com múltiplos doadores. Os doadores exerceram uma grande influência na política desde o fim da guerra, e o foco na saúde materno-infantil também reflecte as prioridades dos doadores.

2. Melhoramentos no financiamento para a saúde

Os desenvolvimentos no financiamento para a saúde ao longo das duas últimas décadas têm sido significativos ao permitirem uma melhor prestação de serviços de três principais formas. Em primeiro lugar, verificou-se um aumento dos recursos atribuídos à saúde provenientes de fontes nacionais e estrangeiras. Embora a despesa total

Tabela 1: Taxa de mortalidade materna em Moçambique, baseada em questionários de inquérito domiciliário

Ano	MMR (número de mortes por 100,000 nados vivos)
1997 (DHS)	692
2003 (DHS)	408
2007 (Censos)	500
2011 (DHS)	408

Fonte: Base de dados DHS (2011)

com a saúde em termos de percentagem do PIB se tenha mantido mais ou menos inalterada desde 1995 (entre 4% e 7%), considerando os níveis substanciais de crescimento económico durante este período, os recursos atribuídos à saúde têm vindo a aumentar exponencialmente em termos absolutos. A despesa total com a saúde (constante em 2005 dólares dos EUA) tem assistido a um aumento em quatro vertentes entre 1995 e 2011 (de \$159 milhões para \$661 milhões), onde a despesa com a saúde per capita (paridade com o poder de compra) aumentou de \$17 em 1995 para quase \$66 em 2011 (Base de Dados Global da Despesa com a Saúde Global da OMS). O financiamento externo tem sido a principal fonte de financiamento do sector, apresentando uma tendência crescente desde 2002, atingindo 70% da despesa total na área da saúde em



Mãe e filho na clínica de VIH de Maputo. Fotografia: © Talea Miller, cortesia da PBS Newshour

2011.¹ A despesa geral do Governo em matéria de saúde também aumentou de \$102 milhões em 1995 para \$274 milhões em 2011.

Em segundo lugar, mudanças nos mecanismos de financiamento deram origem à adoção de abordagens ao nível de todo o sector (SWAps) – incluindo o Apoio Orçamental ao Sector – que permitiram a harmonização da ajuda, resultando em processos de criação de políticas mais rigorosas e planeamento anual, sistemas de orçamentação e monitorização e uma melhor coordenação pelo Ministério da Saúde. Segundo informantes-chave, a utilização de fundos comuns também tem sido essencial para colmatar as lacunas de financiamento e manter os serviços de saúde em funcionamento enquanto se aguarda o desembolso orçamental.

Por fim, reformas na gestão financeira pública possibilitaram um melhor controlo, o que, por sua vez, facilitou uma crescente quota de ajuda dentro do limite orçamental e a capacidade para uma distribuição dos recursos de forma mais equitativa. Também ajudou a reduzir os atrasos de execução orçamental (de 59% em 2005 para 93% em 2011 – *Ministério da Saúde*, 2005 e 2011), o que trouxe implicações positivas para a prestação dos serviços. Tal foi conseguido através da criação de um sistema de informação de gestão financeira integrado (e-SISTAFE – *Sistema da Administração Financeira do Estado*) (Lindelow et al., 2004).

3. A expansão regular dos serviços de saúde

As melhorias na saúde materno-infantil estão associadas a um melhor acesso às instalações e cuidados de saúde, principalmente em áreas mais remotas. O acesso global aumentou exponencialmente ao longo das duas últimas décadas. Para além de um aumento da rede de instalações, verificou-se uma focalização na redução das distâncias até aos centros de saúde, sobretudo nas áreas rurais no norte e no centro do país, zonas que sofreram particularmente os impactos negativos da guerra. A expansão das infraestruturas e dos profissionais de saúde foi uma evidente prioridade do Ministério da Saúde no período pós-conflito e foram implementadas uma série de medidas para prestar serviços de saúde à população, especialmente nas áreas rurais.

Como tal, o número de instalações de saúde aumentou de 362 em 1975 para 1432 em 2012 (*Ministério da Saúde*, 2012), conduzindo também a uma redução da população por cada centro de saúde de uma média de 57 000 em 1997, para 23 000 em 2007 (*Ministério da Saúde*, 2007). A taxa de melhoria foi especialmente rápida na primeira década do período pós-guerra. Entre 1993 e 1999, foram construídas mais de 400 instalações de raiz ou sujeitas a requalificação. O número médio de “unidades de cuidados”² por habitante aumentou de 2,34 para 3,26. Além disso, as províncias mais

desfavorecidas sofreram uma drástica diminuição da relação de população por centro de saúde: A Zambézia, onde a situação era mais dramática, sofreu um declínio de 133 000 habitantes por centro de saúde em 1997 para 32 000 dez anos depois (ver *Ministério da Saúde*, 2004-2012).

Como consequência do aumento das instalações de saúde e dos profissionais de saúde, a população moçambicana registou um aumento gradual dos serviços de saúde recebidos por habitante, tendo o número anual de consultas externas por habitante quase triplicado entre 1992 e 2011, muito embora a partir de uma base muito baixa, de 0,36 para 1,20, segundo os dados do Ministério da Saúde disponibilizados em análises anuais conjuntas do sector da saúde (*Ministério da Saúde*, 2004-2012). Outros indicadores do aumento do uso das instalações de saúde, abordados na secção seguinte, apresentaram um quadro semelhante, e o acesso a serviços de saúde registou uma melhoria inequívoca ao longo das duas últimas décadas.

4. Políticas de recursos humanos e esforços para aumentar o número de profissionais de saúde

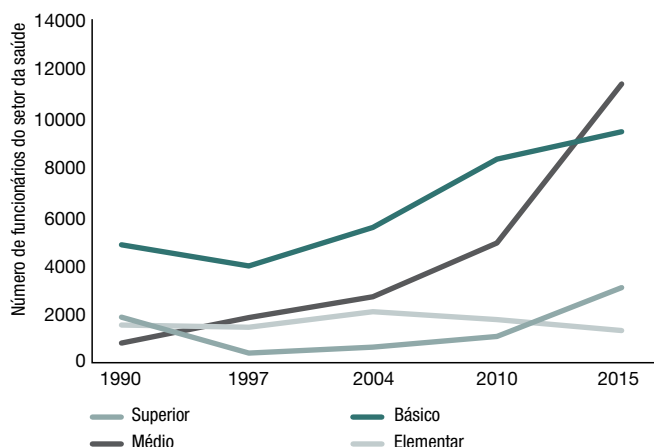
Embora a dimensão dos recursos humanos do sector da saúde de Moçambique seja inferior à média regional, o país alargou o acesso aos cuidados através da actualização das competências do pessoal, formação de médicos e contratação de médicos estrangeiros (ver a Figura 4). O Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos 1992-2002 discrimina estes esforços para restabelecer os serviços e foi sugerido que a estratégia “foi muito significativa e desempenhou um importante papel na orientação dos esforços de recuperação no sector da saúde” (Visser-Valfrey and Umarji, 2010: 19) visto que criou uma estrutura para o desenvolvimento e a recuperação do sector, disponibilizando aos doadores uma estratégia comum para apoio.

As estratégias que visam o aumento dos recursos humanos no sector da saúde em Moçambique foram descritas como inovadoras e eficientes pelos observadores, incluindo o Banco Mundial, para o qual o “trajecto de Moçambique é inovador, com melhoramentos uniformes, atingindo os objectivos e com características de adaptabilidade. Com recursos humanos limitados, muitos foram os sucessos” (citado em Ferrinho and Omar, 2006). Verificaram-se aumentos dos salários dos médicos nacionais com o intuito de limitar a “fuga de cérebros”, formação de enfermeiros e técnicos clínicos para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde nas zonas rurais, e uma mudança de tarefas em todos os níveis do sistema de saúde. De acordo com um recente relatório, “o impacto da estratégia e do plano de desenvolvimento de recursos humanos está a começar a evidenciar-se, tendo-se constatado uma melhoria dos números e das densidades dos profissionais de saúde” (MoH and TARSC/EQUINET, 2010).

1 Os doadores têm vindo a dar prioridade à saúde nas suas atribuições, tendo aumentado a parte do orçamento destinado à saúde nos compromissos da ajuda pública para o desenvolvimento total.

2 O serviço de saúde de Moçambique calcula as unidades de cuidados com base no tempo despendido no serviço, e disponibiliza uma medida dos resultados do serviço e da utilização do mesmo. A unidade de cuidados confere uma relevância a cada um dos cinco principais serviços de saúde que, em conjunto, representam a grande maioria dos serviços: vacinas, consultas externas, consultas materno-infantis, partos e dias de internamento hospitalar (Chao and Kostermans, 2002).

Figura 4: Número de funcionários do setor da saúde por nível de formação



Source: Ministério da Saúde, (2004-2012)

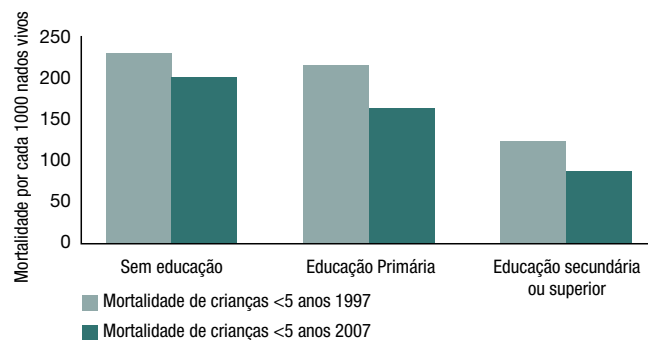
5. Aumento da procura aos serviços de saúde estimulada pela educação e proximidade com a comunidade

Moçambique é um exemplo de como o estímulo à procura pode contribuir para efeitos positivos na saúde materno-infantil. Os dados do DHS referentes a Moçambique revelam que a melhoria do acesso à educação para raparigas, principalmente após a conclusão do ensino primário, está intimamente relacionada com o maior recurso às unidades de saúde. Níveis de educação mais elevados para as mães estão associados à redução das taxas de mortalidade na faixa etária dos menores de cinco anos: quanto mais elevado for o nível de escolaridade da mãe, menores serão os níveis de mortalidade nas crianças menores de cinco anos (ver a Figura 5, no verso).

Os profissionais de saúde comunitários, designados *Agentes Polivalentes Elementares* (APE), desempenharam um importante papel na história do envolvimento da comunidade e no estímulo à procura em Moçambique. Embora os profissionais de saúde comunitários não sejam um exclusivo de Moçambique, o país tem um longo historial de envolvimento comunitário no sector da saúde, que continuou mesmo durante a guerra civil graças ao apoio de organizações não-governamentais. O programa para profissionais de saúde comunitários alargou-se nos últimos anos e tem vindo a ser integrado nos planos de recursos para a saúde de âmbito nacional. Há quem o considera “o único programa para profissionais de saúde comunitários que está bem estruturado, e que inclui um currículo inequívoco e materiais de formação aprovados por todos os parceiros. Todos os outros programas revestem-se de uma natureza bastante *ad hoc* e não são aplicados a nível nacional” (Bhutta et al., 2010: 344).

Os esforços dos Agentes Polivalentes Elementares têm tido uma importância especial para a saúde materno-infantil e é provável que tenham contribuído para os progressos nesta área. De acordo com um informador, os Agentes Polivalentes Elementares têm desempenhado um papel importante no “fomento da sensibilização e da persuasão

Figura 5: Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, por nível de escolaridade da mãe



Fonte: Base de dados DHS (vários anos) e censos.

da população para os benefícios do recurso aos centros de saúde”. Tal reveste-se de uma importância especial se considerarmos o número de médicos e as dificuldades de transporte.saúde dos recém-nascidos em Moçambique.

4. Quais são os desafios?

1. Qualidade dos cuidados prestados

A preocupação comum a todos os informantes está associada à qualidade dos serviços de saúde. Segundo um informante, “o esforço para chegar à unidade de saúde não é compensado pelo serviço que é prestado”. A má formação de muitos profissionais de saúde e o frequente absentismo constituem uma barreira para as melhorias dos resultados na saúde. Não obstante planos muito ambiciosos nas melhores práticas da Organização Mundial de Saúde, o sistema de saúde continua a deparar-se com limitações em termos de recursos humanos e equipamento, enfrentando também um esgotamento frequente dos stocks de medicamentos.

2. Melhorar o acesso aos serviços de saúde

Não obstante as melhorias em termos de abastecimento, as distâncias até às unidades continuam a ser um enorme problema. Segundo um representante: “*verificaram-se melhorias na formação dada aos(as) enfermeiros(as) no tratamento de complicações obstétricas, que são as principais causas de mortalidade materna, pelo que actualmente os principais problemas associados à morte materna estão relacionados com o percurso até ao centro de saúde devido a uma falta de transporte e à precariedade das vias rodoviárias. Nesses casos, conseguimos salvar a mãe, mas não a criança*”. Um componente central da melhoria do acesso aos serviços de saúde consiste em dar resposta à persistente baixa taxa de utilização de contraceptivos, que se tem comprovado ser fulcral para a redução da mortalidade materna.

3. Desigualdade geográfica e social

Não obstante as melhorias conseguidas na redução das disparidades, as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde continuam a ser um importante

desafio. Além disso, o fosso entre ricos e pobres parece estar a aumentar: segundo um informante, os novos recursos minerais no país, em particular, estão a criar uma “classe de indivíduos extremamente abastados”, o que contribui para um aumento dos preços, principalmente em Maputo, bem como para um sistema de saúde a duas velocidades, que incentiva bastante os médicos a mudarem para clínicas privadas.

4. Financiamento nacional inadequado e dependência de ajuda

Considerando o importante papel dos doadores no financiamento dos programas de saúde, Moçambique está extremamente vulnerável aos cortes na ajuda. Alguns doadores estão a retirar o apoio a Moçambique devido

a crise económica, a pressão fiscal nacional ou fadiga da ajuda, enquanto outros estão a reavaliar o nível de compromisso. Não se sabe se o Governo de Moçambique terá capacidade para colmatar essa lacuna. Além disso, os elevados níveis de dependência da ajuda levaram a relacionamentos conflituosos entre os doadores e o Governo; estes conflitos complicaram a planificação e, como o Ministério da Saúde não sabe ao certo quando e quanto irá receber, a iniciativa nacional também sofre as consequências. Consequentemente, será fundamental encontrar uma maneira de apoiar o sector aos níveis actuais, e acima destes, através de fontes de financiamento nacionais (principalmente no sector extractivo que apresenta um crescimento exponencial).

lições

A experiência de Moçambique ilustra como uma infraestrutura da saúde dizimada, poucos recursos e uma capacidade muito limitada podem desenvolver e reforçar o respectivo sistema de saúde, reabilitar e alargar a infraestrutura de saúde, dar formação e colocar pessoal (incluindo um vasto leque de quadros comunitários) por todo o país.

- **Focalização nos cuidados de prevenção.** Em Moçambique, um aspecto fundamental, principalmente na saúde infantil, tem sido uma maciça expansão dos programas de vacinação e medidas de prevenção que têm potenciado a redução das taxas de mortalidade infantil. As aldeias têm sido alvo de abrangentes campanhas de proximidade. Para se conseguir um nível de progressos semelhante, será fundamental repetir este nível de proximidade e consciencialização na área culturalmente mais sensível da saúde materna e feminina.
- **Um esforço de reconstrução sequencial e de expansão.** No ambiente do pós-guerra, determinou-se ser prioritário dar resposta à deterioração do sistema de saúde, com destaque para a saúde materno-infantil. Particularmente a primeira década da reconstrução caracterizou-se por rápidos e significativos resultados, especialmente na área da saúde materno-infantil. Enquanto muitos programas de nível comunitário são relativamente recentes, é provável que continuem a ser fundamentais para consolidar os benefícios conseguidos até à data. Com as taxas de pobreza rural persistentemente elevadas, está agora a

realizar-se uma análise mais activa dos custos indirectos envolvidos na procura de cuidados de saúde no intuito de se determinar a melhor forma de os contornar, tanto no sistema de saúde como através da educação, desenvolvimento rural e políticas macroeconómicas.

- **Redução dos custos associados aos recursos humanos através da mudança de tarefas.** A focalização de Moçambique na mudança de tarefas e na formação dos(as) enfermeiros(as) do serviço de saúde materno-infantil, técnicos e Agentes Polivalentes Elementares demonstrou como os técnicos de saúde de baixo nível podem receber formação para assumirem tarefas de nível mais elevado com relativa rapidez mesmo num contexto de graves limitações de recursos.
- **Os mecanismos de financiamento permitem a harmonização da ajuda e o alcance de unidades de nível inferior.** A implementação precoce de SWAps e o seu melhoramento gradual com o passar do tempo ajudaram a reduzir a fragmentação inicial da ajuda, permitindo uma melhor harmonização entre um vasto leque de doadores o que, por sua vez, ajudou o Ministério da Saúde a conseguir um maior controlo e responsabilidade. Ao nível das instalações, a utilização de fundos comuns tem sido fundamental para colmatar as lacunas de financiamento e manter as unidades de saúde em funcionamento, apoiando a aquisição de medicamentos e aumentando os salários enquanto se aguarda o desembolso orçamental.

O presente resumo consiste numa versão condensada de um relatório de investigação e de uma série de estudos de casos de Development Progress que serão publicados em developmentprogress.org

Os estudos Development Progress consistem num projecto de investigação de quatro anos que visa compreender melhor, avaliar e comunicar os progressos com vista ao desenvolvimento. Alicerçado numa fase inicial de investigação em 24 estudos de casos, esta segunda fase continua a examinar os progressos entre países e dentro dos sectores, no intuito de disponibilizar evidências sobre o que produziu resultados e por que razões, ao longo das duas últimas décadas.

Esta publicação baseia-se numa investigação financiada pela Bill & Melinda Gates Foundation. Os resultados e conclusões que constam desta publicação são da responsabilidade dos autores e não reflectem necessariamente as posições ou políticas da Bill & Melinda Gates Foundation.

Overseas Development Institute

203 Blackfriars Road
London SE1 8NJ

O Instituto é limitado por garantia
Registada em Inglaterra e no País de Gales
Nº de registo 661818
Instituição de Caridade Nº 228248

Contacte-nos

developmentprogress.org
developmentprogress@odi.org.uk
T: +44 (0)20 7922 0300

Receba a nossa e-newsletter

developmentprogress.org/sign-our-newsletter

Siga-nos no Twitter

twitter.com/dev_progress

Declaração de renúncia de responsabilidade

As opiniões que constam desta publicação são da responsabilidade do(s) autor(es) e não representam necessariamente as opiniões do ODI.

© Overseas Development Institute 2015.
Incentivam-se os leitores a citarem ou a reproduzirem o material para fins não comerciais.
Para utilização on-line, ligue-se ao recurso original na página Web do estudo de Progresso em Matéria de Desenvolvimento. Na qualidade de titular dos direitos de copyright, o ODI solicita que seja devidamente informado e uma cópia da publicação.

Bibliografia

- Bhutta, Z. A.; Lassi, Z. S. and Mansoor, N. (2010) *Systematic Review on Human Resources for Health Interventions to Improve Maternal Health Outcomes: Evidence from developing countries*. Geneva: World Health Organization.
- Chao, S. and Kostermans, K. (2002) *Improving Health for the Poor in Mozambique: The fight continues*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC: World Bank.
- Ferrinho, P. and Omar, C. (2006) *The Human Resources for Health Situation in Mozambique*. Africa Region Human Development Working Paper Series No. 91. Washington, DC: World Bank.
- Lindelow, M.; Ward, P. and Zorzi, N. (2004) *Primary Health Care in Mozambique: Service delivery in a complex hierarchy*. Africa Region Human Development Working Paper. Washington, DC: World Bank.
- Ministério Da Saúde (MISAU) (vários anos), *Avaliação Conjunta Anual Do Desempenho Do Sector De Saúde*. Maputo: MISAU.
- Ministry of Health and TARSC/EQUINET (2010) *Equity Watch: Assessing Progress towards Equity in Health in Mozambique, Maputo and Harare*.
- UNICEF (2011) *Child Poverty and Disparities in Mozambique 2010: Summary report*. Maputo: UNICEF.
- Visser-Valfray, M. and Umarji, M. V. (2010) *Sector Budget Support in Practice: Case study health sector in Mozambique*. London: Overseas Development Institute.
- Para uma lista completa de bibliografia, transfira o relatório completo em odi.org.uk/developmentprogress*