



THE WORLD BANK



GLOBAL  
PARTNERSHIP FOR  
SOCIAL  
ACCOUNTABILITY



concern  
universal



## ESTUDO DE BASE

PROVÍNCIAS DA  
ZAMBÉZIA E DO  
NIASSA

**Conhecimentos,  
Competências, Acção e  
Networking em  
Responsabilização Social  
– SAKSAN**

As opiniões expressas no presente relatório são apenas do autor e não representam necessariamente as do Banco Mundial e suas Agências ou da Concern Universal.

Preparado Por:  
Aly E. Lalá – Pesquisador do Programa SAKSAN – Concern Universal

**Junho de  
2014**

## Índice

Agradecimentos .....	3
Acrónimos .....	3
Acronyms .....	3
Sumário Executivo .....	5
1. Introdução .....	10
1.1 Antecedentes .....	10
1.2 Objectivos .....	10
Geral .....	10
Específicos .....	10
1.3 Teoria da Mudança e Abordagem .....	12
1.4 Metodologia .....	14
Objectivo do presente diagnóstico .....	16
1.5 A Província da Zambézia .....	17
1.6 A Província do Niassa .....	18
1.7 Considerações Gerais sobre a Participação Cívica .....	20
2. Mapeamento Jurídico-legal, de Políticas & Institucional .....	22
2.1 Quadro legal e de Políticas .....	22
2.2 Políticas & Estratégias .....	26
Plano Estratégico do Sector da Saúde 2013-2017 (PESS 2014-2019) .....	26
Estratégia Nacional de Prevenção do HIV/SIDA .....	27
2.3 Principais actores & Mecanismos de Participação .....	27
3. O Sistema de Saúde na Província .....	32
3.1 Zambézia .....	32
3.2 Niassa .....	38
3. Os Processos de Gestão de Recursos Públicos na Província .....	41
3.1 Processo de Planificação Estratégica .....	42
3.2 Processo de Preparação Orçamental .....	42
3.3 Processo de Execução .....	43
3.4 Processo de Contabilidade e Reporte .....	43
3.6 Processo de Auditoria Externa .....	44
3.6 Revisão de Políticas .....	44
4. Conclusões & Desafios .....	45
Desafios do sector .....	45
Riscos para o SAKSAN .....	46
ANEXOS .....	50
Anexo I Lista de Entidades Contactadas (por ordem de contacto) .....	50

### Tabelas

Tabela 1- N° de membros das organizações beneficiárias de capacitação em engajamento com base em evidências .....	11
Tabela 2 - Objectivos e Ferramentas da Abordagem do SAKSAN .....	15
Tabela 3- Tempo de Acesso à Pé a uma Unidade Sanitária (Fonte: INE) .....	18
Tabela 4 - Distribuição habitantes por US e Camas por 1000 habitantes .....	20
Tabela 5 - Quadro Jurídico-Legal .....	26
Tabela 6 - Os actores relevantes SAKSAN .....	31
Tabela 7 - Distância entre Quelimane e outros Distritos .....	33
Tabela 8 - Unidades Sanitárias com TARV na Zambézia (total 110) .....	37
Tabela 9 - Plano de Expansão de TARV - Zambézia (2014) .....	38
Tabela 10 - Ciclo de Planificação e Orcamentação .....	41
Tabela 11 - Riscos Identificados por Componente do SAKSAN .....	49

### Ilustrações

Figura 1 - Mapeamento dos Actores do SAKSAN .....	28
---	----

## Agradecimentos

A CONCERN Universal Moçambique agradece ao Banco Mundial, que, por via da Parceria Global para a Responsabilização Social (Global Partnership for Social Accountability - GPSA), em especial ao TTL para este projecto, Dionísio Nombora, pelo apoio concedido e pelas contribuições partilhadas durante a preparação do presente relatório que constituirá um instrumento fundamental na implementação do Projecto de Monitoria da Governação no Sector da Saúde, no nível de base, nas províncias-alvo do projecto.

Especiais agradecimentos vão ainda para os representantes das Direcções Provinciais de Saúde das Províncias da Zambézia e Niassa, em especial aos Directores Provinciais, aos representantes da saúde em geral, aos membros das comunidades que connosco partilharam as suas experiências de participação e intervenção a nível das suas comunidades, aos representantes de outras organizações que trabalham nesta área nas Províncias de Zambézia e Niassa pelos seus valiosos contributos na percepção do cenário actual, e à NAFEZA e ao FONAGNI pela sua parceria neste processo.

## Acrónimos

### Acronyms

<b>AP</b>	Provincial Assembly Assembleia Provincial
<b>AR</b>	Mozambique's Parliament Assembleia da República
<b>APE</b>	Community Health Agent Agente Polivalente Elementar
<b>ART</b>	Anti Retroviral Treatment
<b>TARV</b>	Tratamento Anti-Retroviral
<b>ARV</b>	Anti-Retroviral Anti-Retroviral
<b>CGE</b>	General State Accounts Conta Geral do Estado
<b>CM</b>	Municipal Council Conselho Municipal
<b>CM</b>	Council of Ministers Conselho de Ministros
<b>CSO</b>	Civil Society Organization
<b>OSC</b>	Organização da Sociedade Civil
<b>CBO</b>	Community Based Organization
<b>OBC</b>	Organização Baseada na Comunidade
<b>CEDSIF</b>	Center for the Development of Finance Information Systems (MoF) Centro de Desenvolvimento de Sistemas de Informação de Finanças (MF)
<b>DPS</b>	Provincial Directorate of Health Direcção Provincial de Saúde
<b>FBO</b>	Faith Based Organization
<b>OBF</b>	Organização Baseada na Fé
<b>FONAGNI</b>	CSO Forum for Niassa Fórum Provincial das Organizações no Niassa
<b>GP</b>	Provincial Government Governo Provincial
<b>GPSA</b>	Global Partnership for Social Accountability Parceria Global para a Responsabilização Social
<b>HU</b>	Health Unit

<b>US</b>	Unidade Sanitária
<b>IGF</b>	General Inspectorate of Finance Inspeção Geral de Finanças
<b>IFAPA</b>	Public Administration Training Institute Instituto de Formação da Administração Pública
<b>IFPFT</b>	Institute of Public Finances and Tax Training Instituto de Finanças Públicas e Formação Tributária
<b>IOF</b>	Household Survey Inquerito do Orçamento Familiar
<b>IESE</b>	Institute of Social and Economic Studies Instituto de Estudos Sociais e Económicos
<b>INTOSAI</b>	International Organization of Supreme Audit Institutions Organização Internacional das Instituições Supremas de Auditoria / Controle
<b>LEBOFA</b>	Frame-Law for the Organization and Functioning of Public Administration Lei Base de Organização e Funcionamento da Administração Pública
<b>MAE</b>	Ministry of State Administration Ministério da Administração Estatal
<b>MoF MF</b>	Ministry of Finance Ministério das Finanças
<b>MPD</b>	Ministry of Planning and Development Ministério da Planificação e Desenvolvimento
<b>MIA</b>	Map of Supplies Mapa Mensal de Consumíveis
<b>MOPH</b>	Ministry of Public Works and Housing Ministério das Obras Públicas e Habitação
<b>MPF</b>	Ministry of Public Service Ministério da Função Pública
<b>MUNISAM</b>	Municipal Social Accountability Monitoring Monitoria de Responsabilização Social ao Nível Municipal
<b>NAFEZA</b>	Forum of Women Organizations in Zambézia Núcleo das Associações Femininas da Zambézia
<b>OD</b>	Development Observatory Observatório de Desenvolvimento
<b>OE</b>	State Budget Orçamento do Estado
<b>PESS</b>	Health Sector Strategic Plan Plano Estratégico do Sector da Saúde
<b>P 13</b>	Municipal Support Program to 13 Municipalities in the Center and North of Mozambique Programa de Apoio a 13 Municípios no Centro e Norte de Moçambique
<b>PDA</b>	Municipal Development Programme Programa de Desenvolvimento Autárquico
<b>PFM GFP</b>	Public Finance Management Gestão de Finanças Públicas
<b>PRM GRP</b>	Public Resources Management Gestão de Recursos Públicos
<b>PEFA</b>	Public Expenditure and Financial Accountability Despesas Públicas e Responsabilidade Financeira
<b>STI IST</b>	Sexually Transmitted Disease Doença de Transmissão Sexual
<b>SISTAFE</b>	State Financial Administration System Sistema de Administração Financeira do Estado
<b>TTL</b>	Task-Team Leader Líder de Equipa
<b>TA</b>	Administrative Court (Mozambique's SAI) Tribunal Administrativo
<b>ToC TdM</b>	Theory of Change Teoria da Mudança

<b>UGEA</b>	Procurement Unit
	Unidade Gestora e Executora de Aquisições
<b>UFSA</b>	Procurement Supervising Unit
	Unidade Funcional de Supervisão de Aquisições
<b>SDMAS</b>	District Services for Health, Women and Social Action
	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
<b>SME</b>	Small and Medium Enterprises
<b>PME</b>	Pequenas e Médias Empresas

## Sumário Executivo

1. O presente relatório oferece uma análise e avaliação de base sobre a actual situação da responsabilização social no sector da saúde nas Províncias da Zambézia e Niassa. O mesmo é parte integrante das actividades programadas no âmbito do programa SAKSAN – Programa de Conhecimentos, Competências, Acções e *Networking* em Responsabilização Social – actualmente a ser implementado nas Províncias da Zambézia, no centro do país, e do Niassa, no Norte. O principal objectivo do presente levantamento é de permitir obter um retrato fiel sobre os processos de participação cívica no sector de saúde nas Províncias da Zambézia e Niassa de uma forma geral, tomando em consideração a participação cívica nos processos de gestão de recursos públicos (designadamente, planificação, execução, reporte e controlo interno, supervisão e análise de políticas) e a interacção das autoridades de saúde em ambas as Províncias com a sociedade civil e outros grupos de interesse e cívicos locais, na provisão de justificações e explicações sobre como os processos de gestão acima indicados são realizados e como tal engajamento influencia a prestação de serviços de saúde (SMI e TARV) a nível das comunidades, das unidades sanitárias e na Províncias-alvo em geral.
2. Os resultados e constatações aqui apresentadas servirão de marco para comparação com o progresso e impacto alcançado com a implementação do programa. Estas constatações servirão também de referência para a recolha de dados de base à medida que o programa venha a ser implementado, onde não foi possível obter dados de base dada a indisponibilidade de informação no momento do levantamento. Tais dados serão recolhidos pela equipa do projecto, pelas próprias OSCs envolvidas e pelos grupos cívicos envolvidos para que os mesmos possam ser usados como referência para a análise de progresso. Quaisquer fraquezas e dificuldades identificadas junto dos actores do lado da demanda serão tomadas em consideração no quadro de resultados do SAKSAN e serão abordadas através da capacitação e acompanhamento destes actores na realização das actividades do programa. Para além de servir de termo de comparação com um momento futuro, a presente análise vai alimentar também o próprio processo de planificação e, acoplada ao *Outcome Journal*, irá servir como um instrumento de monitoria.
3. Durante este exercício foi também levada a cabo uma ampla consulta de documentação, desde instrumentos de natureza jurídico-legal, documentos de planificação de nível nacional e toda a documentação a que tivemos acesso relativo à área de SMI e TARV em Moçambique e nas Províncias abrangidas por este programa. Esta versão preliminar será partilhada com todas as partes interessadas relevantes de modo a se obter a validação das suas constatações e a torná-lo o mais aproximado possível à realidade encontrada na Zambézia e Niassa.
4. Este estudo retrata carências no quadro jurídico-legal atinente à participação cívica e ao acesso a informação. Se por um lado o quadro legal estabelece o direito à participação e o acesso a informação e, as políticas do governo estabelecem o envolvimento do cidadão e das comunidades como uma pedra angular para o desenvolvimento e redução da pobreza, por outro, nem a lei nem estas mesmas políticas estabelecem claramente quais os mecanismos efectivos de participação e de acesso a informação relevante. Em alguns casos, onde a lei estabelece o direito ao acesso e consulta de documentação relevante específica, as autoridades públicas responsáveis pela sua partilha muitas vezes não o fazem.

5. A nível dos processos de Gestão de Finanças Públicas, também se verificou uma fraca participação cívica apesar de uma excepção poder ser referida no que toca ao processo de planificação anual. Contudo, a monitoria e acompanhamento dos remanescentes processos de gestão de recursos públicos (como sejam, execução, contabilidade e reporte, controlo interno e externo e análise de políticas) ainda se encontra aquém do ideal. Parte da ausência de participação efectiva nestes processos prende-se com a ausência de capacidade de grupos cívicos - quer colectivamente, bem assim, individualmente - para compreender, capturar, analisar e utilizar informação orçamental e detalhes técnicos relevantes.
6. O estudo identifica também alguns riscos / desafios para o sector da saúde nas Províncias abrangidas que influenciam alguns riscos para a implementação do projecto. Os desafios para o sector incluem:
- (i) Os problemas associados aos **medicamentos, que** têm a ver com dois aspectos fundamentais: o primeiro encontra-se relacionado com a disponibilidade do próprio medicamento para o tratamento TARV; o segundo tem a ver com as condições de armazenagem e transporte de medicamentos de Maputo para os armazéns provinciais e destes para as unidades sanitárias nos Distritos. Um outro desafio que o presente relatório não sublinha, mas que tem sido relatado em outra documentação consultada<sup>1</sup> e em relatos de algumas entidades contactadas, tem a ver com a distribuição de medicamentos com prazo de validade expirada, o que afecta significativamente a qualidade do tratamento e, muitas vezes agravando ainda mais o estado de saúde do paciente;
  - (ii) O sector de saúde no País, bem como nas duas Províncias-alvo do SAKSAN, enfrenta, de uma forma geral, certas dificuldades relacionadas com a sua **capacidade** em prover adequadamente os serviços a que se propõem oferecer. Os motivos para estas dificuldades relacionam-se sobretudo com a insuficiência de recursos humanos (tanto em termos de quantidade, bem assim, em termos de qualificações), a limitação de recursos financeiros disponíveis para o cumprimento do mandato da DPS e USs, e com a limitada capacidade de aquisição e manutenção de equipamento diverso. Todos estes elementos condicionam de forma negativa a eficiência, eficácia e qualidade dos serviços de saúde;
  - (iii) Outro desafio que não é claramente levantado pelo presente relatório é a questão de casos de **corrupção** no sector de saúde. Relatos de vários estudos retratam esta matéria de forma exhaustiva e têm indicado casos de corrupção na área de *procurement* de medicamentos e a solicitação de subornos aos utentes. Aqui, é crucial o papel que entidades como a AR, a PGR/GCCC, a IGF, o TA e, entre outras, a própria IS, em assegurar que este problema seja mitigado e que quaisquer situações sejam corrigidas e punidas nos termos da lei;
  - (iv) O actual quadro **político-jurídico-legal-institucional** concernente à participação cívica do cidadão segue os parâmetros estabelecidos internacionalmente, e faz sentido que assim o seja. A Constituição da República, a LOLE e o seu regulamento, a LBOFA (a Lei-base para a Organização e Funcionamento da Administração Pública) e outras normas, sobre a interacção entre os órgãos da administração pública e os cidadãos / comunidades, estabelecem como sendo importante a participação do cidadão na gestão de recursos públicos. Contudo, uma lacuna significativa que se prende com a participação cívica é a carência de objectividade que a lei claramente manifesta. Isto é, se por um lado são estabelecidos os princípios sobre a participação e transparência na Gestão de Recursos Públicos, por outro, não nos parece que o actual quadro tenha conseguido estabelecer e determinar como tal participação pode ser efectivada - com a devida excepção do direito à submissão de petições previsto na LBOFA. Os ODs provinciais e de nível central e os conselhos consultivos locais são espaços (instituições) criados para o diálogo entre os vários actores sociais, contudo, a literatura existente aponta para a necessidade uma maior clareza por parte do actual quadro neste sentido;
  - (v) Os órgãos de supervisão (tal como a AR, o TA, as APs, as AMs, a IGF, o Provedor de Justiça, entre outros) são órgãos que têm o mandato para responsabilizar os órgãos executivos pela

---

<sup>1</sup> GAO, United States Government Accountability Office, Report to Congressional Requesters PRESIDENT'S EMERGENCY PLAN FOR AIDS RELIEF, Drug Supply Chains Are Stronger, but More Steps Are Needed to Reduce Risks, April 2013, Corruption within the pharmaceutical supply chain, open briefing, 1 July 2013; A Corrupção no Sector da Saúde em Moçambique, CIP, 2006.



forma como estes utilizam os recursos públicos, da mesma forma que o Governo presta contas à AR ou vê o TA auditar as suas contas. Por um lado o país tem vindo a registar, a nível das províncias, uma crescente interacção entre a sociedade civil e a Assembleia Provincial, por outro, a nível central, esta relação também tem sido fortalecida entre a AR e o FMO, por exemplo, e os jornalistas parlamentares, numa tentativa de estabelecer laços de comunicação entre órgãos de supervisão / fiscalização e a sociedade civil. Fica ausente, porém, a importante interacção que deve existir entre a ISC (no nosso caso o TA) e a sociedade civil, a qual se revela importante em termos de transparência e acesso a informação fiável e de qualidade. Há, por isso que reforçar a **interacção entre os órgãos de supervisão e a sociedade civil** em volta de assuntos ligados à gestão de recursos públicos.

7. Os riscos identificados encontram-se, de forma resumida, relacionados, designadamente, com:

Componente	Riscos Identificados	Observações
<p><b>I. Aumento da capacidade das OSC/OCB de engajamento em responsabilização social</b></p>	<p>Vontade e comprometimento das OCBs / OSCs em realizar trabalho de responsabilização social</p>	<p>Em Moçambique, a intervenção da sociedade civil já começa a demonstrar alguns anos de desenvolvimento. Ainda existe, contudo um papel mais “prestador” dos grupos cívicos no qual estes se substituem ao papel e responsabilidade do Estado na provisão de serviços. Muitas vezes isto é justificado pela própria incapacidade quantitativa do Estado em prover tais serviços. Na área de TARV e PTV, por exemplo, iremos encontrar mais organizações, grupos cívicos ou voluntários a prestarem cuidados domiciliários, a prestarem aconselhamento ou a incentivarem a testagem e adesão ao tratamento. Apesar de este trabalho ser útil e importante, urge também um engajamento virado para a promoção de uma maior transparência e acesso a informação sobre como os recursos públicos são despendidos nesta área ou sobre o desempenho dos serviços e profissionais de saúde. Esta é uma abordagem que pode causar algum grau de conflito e, ser acompanhada de conotação política pela exigência de dados e informações. Por essa razão existe um risco significativo de a vontade de participação cívica e engajamento ser comprometida por este receio.</p> <p>Para abordar esta questão, o processo de formação deverá concentrar esforços no sentido de sensibilizar os participantes sobre o facto de a responsabilização social ser um direito humano (alinhado com os mais altos documentos internacionais e regionais sobre os direitos do homem e com a própria Constituição de Moçambique) mais do que um direito político.</p>
	<p>Todos os participantes disponíveis para participar nas sessões - incluindo um equilíbrio de género</p>	<p>O risco que existe aqui tem basicamente a ver com as seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Será que as datas / momentos das formações não irão coincidir com outras responsabilidades dos participantes? Para lidar com esta questão será preciso assegurar que as datas das formações não coincidam, principalmente, com momentos específicos da época agrícola já que a maior parte dos membros das organizações beneficiárias vivem da agricultura;</li> <li>• Será as estradas de acesso são favoráveis para a participação assídua e pontual dos beneficiários? Existe o risco de: as vias de acesso não serem favoráveis e estarem envolvidos riscos elevados de transporte e alojamento dos mesmos, já que não</li> </ul>

		<p>será possível organizar as formações em cada um dos distritos-alvo seleccionados; o risco de as formações coincidirem com a época das chuvas e, conseqüentemente, afectar o grau de participação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Será fácil envolver mais mulheres - considerando as suas responsabilidades específicas e cultura local - no processo de formação? Será possível fazê-las deslocar-se ao local de formação, quando o mesmo seja afastado das suas zonas normais de actividade?</li> </ul>
<p><b>2. Maior interacção entre os actores do lado da demanda e da resposta à demanda em volta da discussão sobre a qualidade dos serviços de TARV e PTV (SMI)</b></p>	<p>Disponibilidade dos documentos públicos relevantes</p>	<p>O acesso a informação é um factor transversal em qualquer uma das fases do projecto. Qualquer actividade que não esteja devidamente baseada em evidências está, a princípio, destinada a falhar. Mecanismos formais e informais de acesso e consulta de informação deverão ser promovidos.</p>
	<p>Capacidade de engajamento das OCBs / OCSs em responsabilização social</p>	<p>No geral, o conceito de responsabilização social ainda é novo no país. Veja-se, por exemplo, que não existem documentos oficiais que utilizam este conceito até agora. Poucas são as iniciativas de responsabilização social movidas pela sociedade civil em Moçambique. As iniciativas existentes têm envolvido a realização de análises orçamentais, monitoria de processos de <i>procurement</i>, rastreio de despesas públicas e no uso de técnicas que ainda não são uma forte competência das pessoas que estarão envolvidas nas actividades.</p> <p>Espera-se reduzir significativamente este risco durante o processo de formação que, de forma simples e adequada, irá apoiar os participantes na utilização destas ferramentas.</p>
<p><b>3. Conhecimento &amp; Aprendizagem</b></p>	<p>As OCBs / OCSs que trabalham em responsabilização social no sector da saúde estão dispostas a partilhar, a reconhecer falhas e a aprender com os mesmos</p>	<p>Este é um risco que a própria equipa do projecto corre. De modo a assegurar que os grupos que trabalham com o projecto consigam reconhecer quando estão “<i>montados sobre um cavalo morto</i>”, a equipa do SAKSAN irá: (a) prestar o apoio, assistência e orientação necessária durante a implementação; e, (b) acompanhar de perto a implementação e discutir com os parceiros formas mais adequadas de intervenção.</p>
	<p>Capacidade, competências e tempo disponibilizado para a produção de documentos</p>	<p>A equipa do projecto deverá dedicar espaço para recolher e analisar dados / informação e documentar lições aprendidas sobre a implementação do projecto. Porque a aprendizagem é um processo que requer o seu tempo, serão concebidos espaços para discussões entre os membros da equipa e com os parceiros de implementação de modo a retratar a situação real ao longo da vida do projecto.</p>

8. A abordagem do SAKSAN terá de ser virada para a criação de um ecossistema (espaços, ambiente e mecanismos) válidos, reconhecidos, que contribuam para uma cultura de responsabilização social que efectivamente influenciem o acesso aos serviços públicos e a qualidade desses serviços. Há exemplos de sucesso de iniciativas de responsabilização social que permitiram melhorar a interacção entre utentes e prestadores de serviços bem como a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, porque hoje, é geralmente aceite que um ambiente de governação socialmente responsável contribui para melhorias nos serviços prestados, para a legitimidade das acções públicas, para o aumento da colecta de receitas e para uma maior estabilidade e desenvolvimento.
9. O SAKSAN pretende alcançar mudanças que residem em demonstrar que iniciativas que promovem uma maior participação representam acções úteis para tornar a função de monitoria, fiscalização e



acompanhamento da qualidade dos serviços públicos e que estas não devem ser uma responsabilidade ou esforço reservado somente aos entes públicos.

10. Algumas limitações foram encontradas devido à ausência de informação fiável, detalhada e completa sobre os vários aspectos do sector nas províncias abrangidas pelo programa. O estudo identificou que muitas vezes os dados em posse das unidades sanitárias, das organizações que trabalham na saúde e da própria DPS são diferentes e não são reconciliados. Isto significa que é difícil utilizar os dados existentes como um instrumento para informar decisões estratégicas. O SAKSAN espera poder manter um registo actualizado de informações que servirão de suporte de base e de acompanhamento do progresso ao longo da sua implementação. Os relatórios que o SAKSAN irá produzir serão importantes para analisar o desenrolar das actividades programadas e o alcance das metas previstas. Serão também produzidos relatórios pelas organizações / grupos responsáveis pela implementação no terreno. Cada actividade realizada no âmbito do SAKSAN será registada pela equipa do projecto e analisada pela mesma de modo a assegurar a compilação de lições e a sua utilização na condução do projecto.

## 1. Introdução

### 1.1 Antecedentes

1. Moçambique é um país rico e diversificado geografica e culturalmente. O país alcançou a sua independência a 25 de Junho de 1975 após cinco séculos de dominação colonial portuguesa. Após a independência o país adoptou uma Constituição e sistema mono partidário, de índole socialista. O seu desenvolvimento foi afectado por uma guerra devastadora que enfraqueceu as principais infra-estruturas e dizimou a vida de milhares de moçambicanos colocando Moçambique entre os países com os piores índices de desenvolvimento humano do mundo.

2. No fim dos anos 80 foi introduzido um Programa de Reestruturação Económica (PRE) e uma nova Constituição foi aprovada em 1990, a qual introduziu, entre outros aspectos, (i) o reforço dos direitos e liberdades fundamentais (entre estes a liberdade de associação); (ii) instaurou regras básicas de representação democrática; e, (iii) deu os primeiros passos rumo à implementação dos governos locais e à participação dos cidadãos na vida pública e nos processos de tomada de decisões sobre a vida do país. Estes aspectos foram reforçados com a Constituição de 2004, a qual se encontra actualmente em vigor e em discussão junto da AR. Recentemente, com a exploração de recursos minerais e energéticos, um certo grau de desenvolvimento tem sido reconhecido, contudo, os aspectos críticos de governação e de gestão de recursos públicos resultantes deste desenvolvimento não tem sido suficientes para trazer melhorias no que diz respeito à provisão de serviços e apoio social no país. Apesar de os quadros políticos e legislativos existentes no país abrirem espaços para a participação cívica, esta participação ainda é limitada nos sectores-chave, principalmente no sector da saúde uma vez que ainda não existem mecanismos efectivos de responsabilização e prestação social de contas.

3. No sector da saúde as organizações da sociedade civil enfrentam desafios sérios e carência de apoio para que possam combinar metodologias rigorosas de monitoria e empoderamento dos cidadãos. Estes desafios não só afectam a capacidade dos grupos cívicos de monitorarem o desempenho do sector da saúde, mas, em última instância, afectam a capacidade de assegurar a necessária qualidade dos serviços prestados. É neste contexto que o presente Projecto encontra a sua origem. O SAKSAN - Conhecimentos, Habilidades e *Networking* para a Responsabilização Social é um programa que coloca ênfase na capacitação de OCBs / OCSs locais com vista ao seu envolvimento eficaz e eficiente em intervenções de responsabilização e prestação social de contas.

### 1.2 Objectivos

#### Geral

4. O SAKSAN tem como objectivo principal contribuir para melhorar a vida das pessoas mais vulneráveis (mulheres, crianças, pessoas com deficiência, pessoas com HIV/SIDA, etc.) nas Províncias da Zambézia e do Niassa e a sua qualidade de vida através do fortalecimento da responsabilização social e do grau de resposta às necessidades sociais pelos serviços prestados pelo sector da Saúde em Moçambique.

#### Específicos

5. Mais especificamente constituem objectivos do SAKSAN:

- Providenciar o desenvolvimento de competências e capacidades a OBC e OCSs locais que trabalhem com ou representem grupos vulneráveis na Zambézia e em Niassa em matérias ligadas ao

- engajamento baseado em evidências à volta de questões de transparência e responsabilização na provisão de serviços de saúde;
- Promover o engajamento à volta de questões identificadas localmente e relacionadas com a qualidade dos serviços prestados na área de SMI e TARV na Zambézia e em Niassa;
  - Promover a utilização e partilha de boas práticas e lições aprendidas de modo a que as questões identificadas e as lições aprendidas localmente possam alimentar o diálogo e influenciar iniciativas similares tanto no país como internacionalmente.
6. O SAKSAN espera intervir tanto a nível Nacional, bem assim, a nível sub-nacional (Distrito, Província). No nível sub-nacional irá concentrar-se nas duas Províncias acima referidas. O SAKSAN espera beneficiar directamente membros de organizações parceiras na Zambézia e em Niassa, conforme ilustra a tabela abaixo:

Província	Parceiro (s) de Implementação	Nº membros beneficiários
Zambézia	NAFEZA	150
Niassa	FONAGNI	63

**Tabela I - Nº de membros das organizações beneficiárias de capacitação em engajamento com base em evidências**

7. Parte das organizações cívicas que serão envolvidas já possuem competências e capacidades de implantação de iniciativas de governação, as quais serão importantes para o tipo de actividades de desenvolvimento de capacidades que serão levadas a cabo. Para outras, esta será a primeira oportunidade de utilizarem ferramentas de monitoria de responsabilização social reforçando, em um e outro caso, as suas capacidades de engajamento e interacção com as autoridades do Governo.
8. O projecto acredita que a intervenção por via da monitoria da responsabilização social - no caso específico da forma como os serviços de saúde são prestados, a possibilidade, ou não, de influenciar os serviços, a qualidade do atendimento, o grau de satisfação dos utentes, etc. - irá provocar uma pressão por parte dos actores do lado da resposta à demanda a gradualmente melhorarem os serviços que prestam. O programa pretende também levar a cabo o acompanhamento da cadeia de abastecimento de medicamentos assegurando que não haja falta de stock, medicamentos em condições inapropriadas, entre outras situações. O SAKSAN irá utilizar ferramentas que deverão ser aplicadas tomando em consideração o contexto e apropriação local e o desenvolvimento de capacidades de engajamento baseado em evidências.
9. Com esta iniciativa de responsabilização social no sector da saúde, esperamos beneficiar cerca de 5 (cinco) milhões de pessoas nas Províncias da Zambézia e Niassa através da melhoria dos mecanismos de engajamento e da consequente melhoria na implementação das políticas nacionais relacionadas com a saúde. Este projecto visa intervir no sector da Saúde com enfoque para a Saúde Materno Infantil relacionada com o TARV e com o acesso aos serviços de TARV nos distritos seleccionados.
10. Na Província da Zambézia, objecto do presente levantamento de base, espera-se influenciar o engajamento entre comunidades / utentes e as autoridades de saúde provinciais / distritais em Quelimane, em Nicoadala e em Mocuba. O SAKSAN utiliza uma abordagem que define as comunidades, a população, as OSC / OCBs e os utentes dos serviços de saúde em geral como sendo os actores do lado da demanda. As autoridades de saúde (central, provincial, distrital e municipal) e todas aquelas entidades públicas com responsabilidades de provisão de serviços ou de assegurar tal provisão são considerados como sendo os actores do lado da resposta à demanda. Este é um importante ponto de entrada para qualquer iniciativa de responsabilização social e onde campeões podem ser identificados. Por outro lado, as entidades de supervisão e fiscalização, designadamente, o Tribunal Administrativo, a Inspecção Geral de Finanças, a Assembleia da República, a Assembleia Provincial, a Assembleia Municipal, etc., são considerados actores do lado da resposta à demanda, apesar de, em alguns casos, como seja o das Assembleias, tais actores serem representantes eleitos dos / pelos actores do lado da demanda. A intervenção será essencialmente de capacitação em ferramentas de responsabilização social, o acompanhamento da utilização dessas ferramentas e a produção de lições aprendidas para alimentar os processos

nacionais de diálogo. Tais processos de capacitação estarão ligados à boa governação interna das associações e organizações da sociedade civil beneficiárias do projecto, promoção de Transparência e Acesso a Informação, Responsabilização Orçamental, o processo de Aquisições (*procurement*), a identificação de irregularidades e a implementação e adopção de mecanismos correctivos.

11. A experiência mostra-nos que uma governação socialmente responsável requer um equilíbrio entre as capacidades dos actores do lado da resposta à demanda e os actores do lado da demanda. Se por um lado, os actores do lado da resposta à demanda possuem capacidades e competências - ainda que limitadas - para exercer as suas responsabilidades, por outro, as capacidades dos actores do lado da demanda são ainda mais precárias e, para criar o referido equilíbrio, é necessário assegurar o fortalecimento das capacidades dos actores do lado da demanda. Estes precisam compreender o funcionamento dos processos de governação para que possam identificar aqueles que são os melhores momentos de intervenção, precisam também conhecer quais são os principais actores em cada um desses momentos e a documentação relevante que deve ser utilizada para efeitos de monitoria da governação e do uso de recursos públicos a fim de assegurarem intervenções mais eficazes e eficientes.

### 1.3 Teoria da Mudança e Abordagem

12. O SAKSAN parte do princípio que, ao reforçarmos as capacidades dos actores do lado da demanda, estes irão pressionar para, e evidenciar a necessidade de melhoria das capacidades dos actores do lado da resposta à demanda, provocando como consequência melhorias no acesso aos serviços, na qualidade dos serviços, na implantação das políticas e até mesmo numa maior, e melhor, resposta das políticas públicas relacionadas com a saúde.

13. A Teoria da Mudança do SAKSAN foi desenvolvida como base nestes mesmos fundamentos e coloca o seu enfoque na mudança na capacidade, na forma de pensar e na forma de agir, tanto dos actores do lado da demanda, bem assim, nos actores do lado da resposta à demanda, tanto a nível de base, como nos níveis de governação mais centralizados:

- (i) Mudanças na capacidade - novas técnicas e competências são interiorizadas, novos recursos são dedicados para a provisão de serviços básicos de saúde, introdução de novas regras, implementação de novas ferramentas e adopção de novas práticas;
- (ii) Mudanças no pensamento - novas ideias são expressas, novas opções são tomadas em consideração, pontos de vista diferentes são articulados; e,
- (iii) Mudanças no comportamento - promoção de mudanças na forma como os actores de ambos os lados se comportam ou agem e a promoção de novas (ou melhores) práticas de engajamento.

14. O Projecto tem 3 (três) componentes, designadamente:

Componentes do SAKSAN		
Componente	Resultados Intermédios	Actividades
<b>Aumento da capacidade das OBCs / OSCs para um engajamento socialmente responsável</b>	(i) OCBs / OSCs nas províncias-alvo com competências e técnicas para promover um engajamento baseado em evidências (incluindo iniciativas de análise orçamental); e, (ii) Melhoria da sua própria governação interna e de mecanismos internos de responsabilização.	1. Levantamento de base e Mapeamento dos Actores; 2. Formação dos membros das organizações beneficiárias em Responsabilização Social, Ciclo e processos de Planificação e Orçamentação; 3. Formação em Análise Orçamental e técnicas e ferramentas de Monitoria (incluindo cartões de pontuação comunitária / pelo cidadão, auditoria social, rastreio das despesas e monitoria, monitoria do processo de <i>procurement</i> , audições públicas); 4. Promoção de diálogo interno dentro

		<p>das OSCs / OCBs (incluindo princípios de governação interna, comunicação, transparência, género, conformidade com a legislação).</p>
<p><b>Melhoria e aumento da influência do cidadão na qualidade da provisão de serviços de saúde e no acesso aos mesmos</b></p>	<p>Especial enfoque será dado à saúde materno-infantil, acesso a TARV, descentralização orçamental e serão usadas ferramentas de responsabilização para monitoria do orçamento, identificação dos níveis de satisfação do utente e preocupações prementes de modo a produzir dados relevantes para partilha com as entidades relevantes do sector. Os resultados intermédios incluem: (i) Monitoria efectiva da qualidade dos serviços de saúde; e, (ii) Aumento do diálogo efectivo entre as organizações cívicas locais e o governo à volta das questões de saúde.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento do acesso do cidadão a informação pública sobre questões locais de saúde (SMI e TARV).</li> <li>2. Apoio aos grupos cívicos na utilização de ferramentas de responsabilização social para monitoria do sector da saúde;</li> <li>3. Provisão de apoio na recolha de informação de evidências de base sobre o sector;</li> <li>4. Promoção do diálogo efectivo e engajamento baseado em evidências.</li> </ol>
<p><b>Conhecimentos e Aprendizagem</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(i) Melhores práticas identificadas, lições aprendidas (estudos de caso, histórias de vida, histórias digitais, etc.) e disseminadas;</li> <li>(ii) Desafios comuns na utilização de ferramentas de responsabilização social identificadas e disseminadas; e,</li> <li>(iii) A realidade no local influencia as políticas de saúde (foco na SAMI e TARV e na humanização dos serviços).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio aos meios de comunicação social locais na educação do público em geral sobre responsabilização social, disseminação da informação e constatações do projecto;</li> <li>2. Produção de lições aprendidas para partilhar informação, desafios, experiências e boas práticas.</li> <li>3. Organização de <i>Workshops</i> para partilha de informação, lições aprendidas e desafios com as diferentes partes interessadas;</li> <li>4. Estabelecimento de uma parceira com os grupos de trabalho da AR.</li> </ol>

## 1.4 Metodologia

15. A Concern Universal participa activamente em redes e fóruns nacionais e regionais (e mais recentemente na própria plataforma e comunidade de práticas da Parceria Global para a Responsabilização Social – GPSA – através do fórum de Conhecimentos e Aprendizagem) e já teve a oportunidade de participar numa série de eventos de partilha de experiências e lições com outros parceiros. Em Moçambique, a Concern Universal é membro fundador do Grupo Independente de Governação (GIG), o qual se encontra a cada 6 semanas para dialogar em volta de questões relacionadas com a governação no país, para levar a cabo actividades conjuntas de pesquisa e mesas redondas para advogar junto do Governo e Parceiros de Cooperação. A Concern Universal é também membro de um grupo de ONGs internacionais na área temática da saúde e HIV/SIDA em Moçambique, nomeadamente a NAIMA+.
16. Para além de trabalhar junto das suas redes, a Concern Universal espera assegurar o apoio de todos os actores, nomeadamente das Instituições do Governo relevantes, da Sociedade Civil, da Assembleia da República e de outros órgãos de fiscalização e supervisão, mantendo-os informados de todos os passos relativos à implementação deste programa.
17. O envolvimento e a colaboração do Governo é crucial por este ser o mais importante destinatário das constatações e constrangimentos identificados no terreno. Pretendemos, por isso, canalizar toda a evidência gerada pelo Projecto aos Observatórios Provinciais (Zambézia e Niassa) e Nacional. A Assembleia Provincial, a funcionar em Moçambique desde 2010, é também um parceiro importante neste processo. Apesar de tanto os observatórios como as assembleias provinciais ainda não estarem a cumprir na íntegra as suas funções de fiscalização, supervisão e responsabilização, estes são actores que de modo algum poderão ser deixados de parte nesta intervenção. Ainda assim, os mesmos são importantes para ajudar a preencher a enorme lacuna que existe entre as políticas e legislação existentes e a sua implementação na prática.
18. Conforme nos referimos acima, o nosso enfoque especial será na Saúde Materno-Infantil e no acesso destes, e de outros utentes, aos serviços de TARV. Nesta componente, o SAKSAN tem como pedra angular a análise de informação sobre a orçamentação (planos, orçamentos, relatórios de execução ou de outra natureza) e outros aspectos de descentralização orçamental. Em termos gerais, Moçambique possui avançadas políticas no sector da saúde, como sejam, por exemplo, o seu próprio plano estratégico do sector (Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-2017), o Plano Nacional de Melhoria da Qualidade e Humanização do SMI, o Plano Estratégico de Resposta ao HIV, entre outros, mas ainda existem factores que retraem a sua integral implementação, nomeadamente:
- A extensão geográfica do país, e a desigual distribuição populacional que caracteriza Moçambique, impede uma cobertura apropriada dos utentes, principalmente nas zonas rurais;
  - A limitada qualidade das infra-estruturas de acesso;
  - A complexidade do processo de descentralização e desconcentração.
19. Ademais, o projecto irá coordenar estreitamente com outras OSCs que trabalhem na área de monitoria a nível nacional e com outros projectos financiados por doadores.
20. Apesar de este programa assentar numa base muito sólida de aprendizagem e conhecimento, o seu enfoque está na capacitação dos beneficiários para captar e acompanhar o acesso dos utentes aos serviços e a identificação e partilha dos constrangimentos da disponibilização de tais serviços aos utentes. Para captar tal informação o SAKSAN deverá usar ferramentas de acompanhamento do

A responsabilização social como um direito humano ainda é uma novidade em Moçambique, por essa razão, uma das estratégias do programa SAKSAN é a utilização de meios de comunicação social, principalmente rádios comunitárias e outros meios digitais (como por exemplo histórias digitais) para sensibilizar a opinião pública.



processo de planificação e orçamentação, monitoria do processo de aquisições (por exemplo, medicamentos), audições públicas, e outras potenciais ferramentas, tomando em consideração os objectivos centrais abaixo descritos na Tabela 2:

Objectivos Principais	Ferramentas e Mecanismos a Utilizar
<b>Transparência e Acesso a Informação</b>	<p>Desenvolvimento de materiais de informação e comunicação para tornar a informação pública disponível junto das audiências-alvo.</p> <p>Submissão de pedidos de acesso a informação pública.</p> <p>Desenvolvimento de materiais para disponibilização <i>online</i> de informação pública em formatos acessíveis e de fácil compreensão.</p> <p>Análise orçamental independente (sobre o sector a nível nacional, provincial e municipal).</p> <p>Acesso a relatórios, e uso dos mesmos, produzidos pelo Tribunal Administrativo (na qualidade de ISC) e por outros relatórios e dados produzidos por outras entidades de supervisão.</p>
<b>Voz e Representação</b>	<p>Capacitação de OSCs, redes de OSCs e grupos cívicos seleccionados.</p> <p>Formação de comités cívicos.</p> <p>Uso do processo formal de submissão de petições ou organização informal ou colectiva (por exemplo, com recurso a ferramentas de petição <i>online</i>).</p> <p>Uso de mecanismos formais de participação do cidadão (por exemplo, ODs).</p>
<b>Responsabilização e Prestação Social de Contas</b>	<p>Monitoria dos planos, orçamentos e relatórios de execução / desempenho.</p> <p>Desenho e implementação de cartões de pontuação comunitária ou de pontuação pelos utentes para avaliar a prestação de serviços (disponibilidade de elementos de trabalho, qualidade dos serviços).</p> <p>Desenho e implementação de processos de auditoria social.</p> <p>Monitoria independente dos processos de aquisições e contratação.</p> <p>Colaboração com as instituições de supervisão e responsabilização (Provedor de Justiça, Tribunal Administrativo, Assembleia Provincial, Assembleia da República, e outra entidade aplicável, conforme necessário).</p>

Tabela 2 - Objectivos e Ferramentas da Abordagem do SAKSAN

21. Outro actor, não menos importante e, talvez, o mais importante, é a própria comunidade. O SAKSAN vai trabalhar com o NAFEZA, na Zambézia, e com o FONAGNI, em Niassa. Ambas são redes de organizações da sociedade civil cuja maioria dos membros trabalha junto das comunidades. No âmbito do SAKSAN, os membros do NAFEZA e do FONAGNI irão receber capacitação na utilização de ferramentas de responsabilização social (vide Tabela 2, acima) e a equipa do projecto irá prestar o acompanhamento necessário na utilização de tais ferramentas. A nível da comunidade será também importante trabalhar com outros grupos cívicos existentes; com grupos de apoio e cuidados domiciliários; com as próprias Unidades Sanitárias e respectivo pessoal; com os Comitês de Co-gestão, onde existirem; com os Conselhos Comunitários de Saúde, onde existirem; e outros actores considerados relevantes.
22. A nível da Província, o programa vai interagir com outras organizações e programas de apoio ao desenvolvimento da saúde (nas áreas focais) e canalizar os constrangimentos e constatações identificadas para partilha no Observatório de Desenvolvimento, através da área temática (pilar) de saúde e desenvolvimento humano. A este nível, são também cruciais a Direcção Provincial de Saúde (DPS), a Assembleia Provincial (AP), a Delegação Provincial de Combate ao HIV/SIDA (DPCS).
23. Para além do presente relatório de base, o SAKSAN planeou a produção de relatórios regulares de progresso (semestrais e anuais), de relatórios mensais pelos seus parceiros de implementação (NAFEZA e FONAGNI), e outro tipo de informação. A Concern Universal irá manter um registo regular e actualizado das actividades realizadas (formação, encontros, participação em sessões de diálogo / discussão), a descrição de qualquer mudança verificada na forma de pensar e agir dos principais intervenientes no que diz respeito à teoria de mudança do programa, a referência aos

dados utilizados, as evidências e uma análise sobre as actividades planificadas não realizadas, a outros factores relevantes e às principais lições que forem sendo captadas no processo. Toda esta informação será incluída num documento apropriado designado por *Outcome Journals / Registo de Resultados*, o qual representa a mais importante ferramenta de monitoria, avaliação e aprendizagem do SAKSAN.

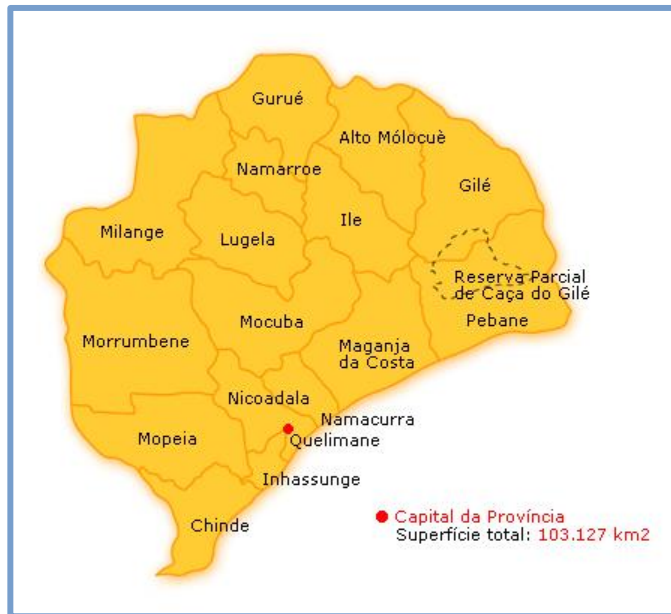
### Objectivo do presente diagnóstico

24. O presente estudo de base é parte integrante das actividades programadas no âmbito do SAKSAN - Programa de Conhecimentos, Competências, Acções e *Networking* em Responsabilização Social, actualmente a ser implementado nas Províncias da Zambézia, no centro do país, e do Niassa, no Norte. O seu principal objectivo é o de obter um retrato fiel sobre os processos de participação cívica no sector da saúde nas Províncias da Zambézia e Niassa de uma forma geral, tomando em consideração a participação cívica nos processos de gestão de recursos públicos (designadamente, planificação, execução, reporte e controlo interno, supervisão e análise de políticas) e a interacção das autoridades de saúde nas províncias abrangidas com a sociedade civil e outros grupos de interesse e cívicos locais, na provisão de justificações e explicações sobre como os processos de gestão acima indicados são realizados e como tal engajamento influencia a prestação de serviços de saúde (SMI e TARV) a nível das comunidades, das unidades sanitárias e nas Províncias-alvo em geral.
25. Os resultados e constatações aqui apresentadas servirão de marco para comparação com o progresso e impacto alcançado com a implementação do programa. Estas constatações servirão também de referência para a recolha de dados de base à medida que o programa venha a ser implementado, e onde não foi possível obter dados de base dada a indisponibilidade de informação no momento do levantamento. Tais dados serão recolhidos pela equipa do projecto, pelas OSCs envolvidas e pelos grupos cívicos envolvidos para que os mesmos possam ser usados como referência para a análise de progresso. Quaisquer fraquezas e dificuldades identificadas junto dos actores do lado da demanda serão tomadas em consideração no quadro de resultados do SAKSAN e serão abordadas através da capacitação e acompanhamento destes actores na realização das actividades do programa. Para além de servir de termo de comparação com um momento futuro, a presente análise vai alimentar também o próprio processo de planificação e, acoplada ao *Outcome Journal / Registo de Resultados* irá servir a sua função de instrumento de monitoria.
26. Durante este exercício foi também levada a cabo uma ampla consulta de documentação, desde instrumentos de natureza jurídico-legal, documentos de planificação de nível nacional e toda a documentação a que tivemos acesso relativa à área de SMI e TARV em Moçambique e nas Províncias em causa.
27. O presente documento foi partilhado com todas as partes interessadas relevantes de modo a obter a validação das suas constatações e a torná-lo mais aproximado da realidade encontrada na Zambézia e Niassa. A sua estrutura obedece à seguinte lógica: (i) uma **introdução** (à qual pertence a presente subsecção) que descreve o Contexto da necessidade do projecto, a Teoria da Mudança, a Metodologia e Abordagem do estudo, os Objectivos do mesmo e retrata as Províncias da Zambézia e do Niassa; (ii) o documento contextualiza o SAKSAN em termos de legislação, políticas e estratégias e mapeia as principais instituições e actores relevantes para a intervenção; (iii) apresentamos uma descrição sobre os processos de **Gestão de Finanças Públicas** em Moçambique (com detalhe sobre o nível central, provincial e distrital e sectorial); (iv) seguindo-se uma abordagem mais aprofundada sobre a situação da área de saúde na Zambézia e no Niassa; (v) finalmente, o documento é concluído com uma secção de **conclusões** a qual procura oferecer ideias e recomendações de intervenção tomando em consideração as secções anteriores, os desafios para o sector e os riscos para o SAKSAN.

## 1.5 A Província da Zambézia

28. A **Zambézia**, outrora distrito da Província Ultramarina de Moçambique, é uma Província na região Centro de Moçambique, cuja capital é a cidade de Quelimane. A Província tem uma área de 103 478 km<sup>2</sup>, encontra-se dividida em 16 (dezasseis) distritos, e possui, 6 (seis) Municípios, nomeadamente Alto Molocué, Gurué, Milange, Mocuba, Quelimane, e Maganja da Costa<sup>2</sup>.

29. É a segunda maior Pprovíncia do país e de acordo com o censo populacional de 2007 é também a segunda mais populosa. O referido censo apontava para um total de 3.849.455 habitantes, depois da província de Nampula, a Norte. A



Província estabelece limites com as Províncias de Nampula e Niassa, a Norte, o Oceano Índico, a Este, a província de Sofala, a Sul, e a Seste, a Província de Tete e o Malawi.

30. Em 2012/2013 a Província da Zambézia já contava com mais de 4.4 milhões de habitantes, e apesar do potencial que possui nas áreas de agricultura, recursos minerais, pesca e, mais recentemente, no potencial que representa na implantação de indústrias, é considerada uma das Províncias mais pobres de Moçambique<sup>3</sup>. De acordo com o Inquérito de Orçamento Familiar 2008/2009 é na Província da Zambézia onde o índice de pobreza mais aumentou, com 26,2%, seguida de Sofala e Manica. Outro desafio importante apontado pelo IOF 2008/2009 inclui o acesso à saúde uma vez que de acordo com o inquérito, a maioria dos respondentes (cerca de 44%) indica que tem de percorrer menos de 30 minutos para chegar a uma unidade sanitária.

<sup>2</sup> Este último criado no âmbito da aprovação de novas autarquias em 2013.

<sup>3</sup> Vide Inquérito do Orçamento Familiar, 2008/2009. O último IOF foi realizado em 2002/2003 pelo INE.

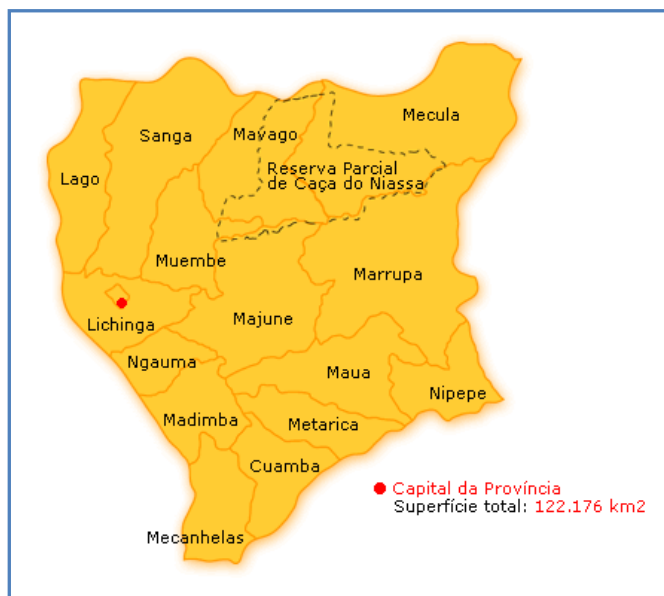
Características seleccionadas	Tempo em minutos para a fonte de água					Tempo em minutos para a unidade sanitária				
	Menos de 30	30 - 44	45 - 59	Mais de 60	Total	Menos de 30	30 - 44	45 - 59	Mais de 60	Total
	Provincia									
Niassa	95.4	2.6	1.7	0.3	100.0	58.4	23.7	3.3	14.5	100.0
Cabo Delgado	73.1	16.2	3.4	7.3	100.0	58.6	25.0	4.6	11.8	100.0
Nampula	86.4	6.1	1.3	6.2	100.0	49.6	15.2	5.9	29.3	100.0
Zambezia	88.2	7.8	1.9	2.0	100.0	28.9	18.9	8.0	44.2	100.0
Tete	88.1	6.5	1.6	3.9	100.0	38.2	19.8	6.2	35.8	100.0
Manica	85.6	7.4	0.5	6.5	100.0	32.5	20.4	13.2	33.8	100.0
Sofala	95.3	2.5	0.5	1.7	100.0	46.7	27.2	5.1	21.0	100.0
Inhambane	90.1	4.4	2.1	3.4	100.0	33.5	14.7	9.0	42.8	100.0
Gaza	85.1	7.9	1.9	5.1	100.0	35.1	19.9	9.1	35.9	100.0
Maputo provincia	89.6	7.4	1.8	1.1	100.0	50.9	28.3	4.5	16.4	100.0
Maputo cidade	98.6	1.1	0.1	0.1	100.0	58.5	27.3	8.6	5.5	100.0

Tabela 3- Tempo de Acesso a Pé a uma Unidade Sanitária (Fonte: INE)

- Os indicadores de saúde relacionados com a situação da criança na Zambézia também suscitam preocupações em comparação às restantes Províncias do país. Numa entrevista recente, o actual representante da UNICEF em Moçambique, referiu que o Governo deve prestar mais atenção à região e que as dificuldades têm a ver com uma limitada disponibilidade orçamental para a saúde da criança bem como uma limitada capacidade de gestão do orçamento.
- No que diz respeito, especificamente ao HIV/SIDA, as mulheres, principalmente as mais jovens, são a população mais afectada nesta Província. Dados do CNCS indicam que as taxas de sero prevalência são elevadas, situando-se actualmente em 15,5 % (quase o dobro da taxa de prevalência nos indivíduos do sexo masculino), tendo, porém, maior incidência nas zonas urbanas e de corredor. Um dos desafios para as autoridades provinciais de saúde nesta área é a definição de estratégias efectivas para a comunicação e disseminação de mensagens de prevenção, para redução da mortalidade materno-infantil como resultado do HIV/SIDA e a prevenção de novas infecções, em especial nos centros urbanos.

### 1.6 A Província do Niassa

33. **Niassa**, uma designação de origem Nyanja, significa “Lago”, é uma Província no Noroeste de Moçambique e tem como capital a cidade de Lichinga. Apesar de ser a maior Província de Moçambique é a que menos habitantes têm, com uma população de cerca de 1.170.783 habitantes e uma taxa de 9,5 habitantes por km<sup>2</sup>, em um território com cerca de 129 mil km<sup>2</sup>. Os seus Distritos são 15 (quinze) designadamente Cuamba, Lago, Chimbonila (onde se encontra a capital da Província), Majune, Mandimba, Marrupa, Maúa, Mavago, Mecanhelas, Mecula, Metarica, Muembe, N'gauma, Nipepe e Sanga. A Província alberga ainda 4 (quatro)



Municípios: Cuamba, Lichinga, Metangula e Marrupa<sup>4</sup>.

34. De acordo com o censo populacional de 2007 é também a segunda mais populosa. A Província tem fronteiras estabelecidas, a Norte, com a Tanzânia, a Oeste, com a República do Malawi, a Este, com a Província de Cabo Delgado e a Sul, com as Províncias de Nampula e Zambézia. O Plano Estratégico da Província refere alguns pontos relevantes que constituem constrangimentos ao desenvolvimento económico e social da mesma, designadamente:
- As grandes distâncias que separam a Província dos principais centros económicos, comerciais e políticos do país (Maputo, Beira, Nampula, o Porto de Nacala e Pemba);
  - A grande extensão territorial da Província, associado à baixa densidade demográfica e à carência de infra-estrutura de transportes;
  - O facto de quando comparada à realidade nacional a Província do Niassa ser das mais desprovidas em termos de infra-estruturas. A localização da Província do Niassa é bastante remota em relação aos principais centros de produção e de consumo do país, particularmente devido à fraca interconexão das vias de acesso e do sistema de transportes;
  - A sua rede rodoviária é maioritariamente de terra batida e - apesar dos progressos alcançados nos últimos anos, particularmente no sul da província - muitas das estradas razoáveis se encontram em mau estado e ficam intransitáveis no período chuvoso, particularmente devido ao estado precário das respectivas pontes e pontecas;
  - A rede ferroviária de Niassa liga Niassa a Nampula (Malawi-Entre-Lagos-Cuamba-Nacala) e Cuamba a Lichinga, esta última não estando operacional. A empresa Corredor de Desenvolvimento do Norte (CDN) está actualmente a levar a cabo a reabilitação da linha férrea no troço Cuamba-Lichinga, e espera-se também melhorias no troço Moatize-Malawi-Entre-lagos-Cuamba-Nacala o que poderá também trazer uma dinâmica diferente ao desenvolvimento da Província.
35. Na área de Saúde as seguintes características podem ser referidas (vide, por favor, Plano Estratégico da Província): (i) A situação compreende um incremento de doenças transmissíveis tais como a malária, doenças diarreicas, tuberculose e HIV/SIDA, havendo, paralelamente um incremento também de doenças não transmissíveis (por exemplo, doenças cardiovasculares e/ou efeitos de traumas); (ii) A mortalidade materna e infantil ainda é elevada devido a causas evitáveis; (iii) Séria limitação de recursos humanos, deficiente apetrechamento em equipamentos das unidades sanitárias bem assim, a deficiente qualidade das infra-estruturas.
36. O Niassa tem, de acordo com o seu PEP 2017, cerca de 154 unidades de saúde que compreendem um hospital provincial, hospitais rurais e distritais, centros de saúde e postos de saúde. Adicionalmente há hospitais comunitários coordenados pela Comissão Diocesana da Igreja Católica. Todas as unidades sanitárias oferecem serviços curativos. O Hospital Provincial de Lichinga e o Hospital Rural de Cuamba oferecem serviços de especialidade de cirurgia, medicina, ginecologia e obstetrícia, pediatria e ortopedia. Todas as unidades de saúde localizadas nas sedes distritais têm condições de internamento e maternidade, mas a rede sanitária é insuficiente para suprir as necessidades e encontra-se distribuída de forma desequilibrada, com uma média provincial de 9009 habitantes por Unidade Sanitária. A média provincial de camas por 1000 (mil) habitantes é de 0.606 cama por 1000 (mil) habitantes. Apenas quase 65% das 154 unidades sanitárias existentes oferece tratamento antiretroviral (TARV). Em 2012, do total de 137 US apenas 27 prestavam serviços de TARV. Apesar da limitada cobertura foi registado uma expansão aumento da cobertura do TARV em cerca de 28%.

Distrito	Unidades Sanitárias	Camas por 1000 habitantes
Cidade de Lichinga	17748	1472
Chimbonila		
Cuamba	16980	1345
Mandimba	15424	
Marrupa	12800	
Mecanhelas	10970	

<sup>4</sup> Este último criado no âmbito da aprovação de novas autarquias em 2013.

Distrito	Unidades Sanitárias	Camas por 1000 habitantes
Ngaúma	10326	0.678
Maúa	10304	
Lago		0.706
Majune		
Mavago		
Mecula		
Metarica		
Muembe		
Nipepe		
Sanga		

Tabela 4 - Distribuição habitantes por US e Camas por 1000 habitantes

37. O actual Plano Estratégico Provincial (PEP 2017) indica que a taxa de prevalência do HIV/SIDA é de 11,1%, apenas acima de Cabo Delgado (8,6%) e de Nampula (9,2%), mas o Relatório INSIDA 2009 coloca a Província como sendo aquela com menor taxa de prevalência entre adultos (3,7%), seguida de Nampula, com 4,6%. de acordo com as autoridades de saúde. Porém, associado ao HIV, a tendência de evolução das infecções de transmissão sexual (ITS) é preocupante com as zonas de maior risco associadas aos distritos situados nos eixos das grandes estradas da Província e nas zonas fronteiriças com o Malawi e os centros urbanos como Cuamba, Mandimba, Cidade de Lichinga (incluindo o próprio distrito de Chimbonila), Marrupa e Maúa, onde há registo de um maior número de casos de ITS. As mulheres e as raparigas são as mais afectadas e a taxa de sero prevalência nas mulheres é superior aos 60%.
38. Considerando este cenário, é importante que a intervenção do projecto procure assegurar que melhores mecanismos de prevenção sejam colocados em prática num ambiente cujo diálogo sobre assuntos sexuais e de transmissão sexual pode ainda constituir um tabú. O próprio CNCS, a esse respeito, sublinha ser **necessário definir estratégias concretas** para evitar novas infecções, bem assim, prestar tratamento e solidariedade às pessoas infectada e afectadas pela doença.
39. O mesmo comportamento se pode notar em relação a outras áreas básicas de serviços públicos. A educação, por exemplo, ainda é caracterizada por uma fraca cobertura escolar e por limitações na área técnico profissional e recursos humanos qualificados. Isto tem resultado em taxas de analfabetismo excessivamente elevadas, onde as mulheres são as mais prejudicadas (cerca de 62,3%). Esta situação é acoplada ao problema de deficientes vias de acesso, à irregular distribuição geográfica da disponibilidade de água e a esparsa distribuição da população torna difícil o acesso a água potável e tratada.
40. A taxa de crianças órfãs devido ao HIV/SIDA é de 9%, quase duas vezes menos que a média nacional. O índice de casamento infantil é elevadíssimo, por exemplo, enquanto no sul de Moçambique este índice é inferior a 10%, no Niassa atinge os 24%. Estes números são preocupantes porque as elevadas taxas de casamento infantil contribuem para um incremento na taxa de prevalência do HIV/SIDA deste grupo vulnerável, especialmente em um cenário social e cultural onde o uso de mecanismos de prevenção, como por exemplo, o uso do preservativo, ainda é reduzido e considerado um tabú por muitos.

## 1.7 Considerações Gerais sobre a Participação Cívica

41. Um momento importante de diálogo que acontece a nível provincial é o Observatório Provincial de Desenvolvimento. Este é um importante espaço de diálogo onde participam o Governo Provincial, a sociedade civil e representantes de ONGs e de parceiros de cooperação na Província. Neste evento, o Governo apresenta as actividades realizadas e outras relações tendo como referência o seu Plano Económico e Social e o relatório do ano anterior ao do evento (o Balanço do plano Económico e Social). A participação da sociedade civil neste fórum é feita por via de áreas temáticas. Enquanto em Niassa tem sido registadas melhorias significativas a nível do Observatório de Desenvolvimento, na Zambézia, os nossos entrevistados, quer do lado da DPS como do lado da



sociedade civil indicaram não haver muita interacção em relação às questões de saúde a nível do OD Provincial.

42. Para além do Observatório de Desenvolvimento há os espaços de diálogo no nível do Distrito e os conselhos consultivos locais<sup>5</sup>. Estes são órgãos de discussão de questões locais por membros eleitos na comunidade, pessoas influentes e líderes de opinião e, por representantes dos serviços distritais. O propósito destes espaços é o de se discutir aspectos relacionados ao desenvolvimento do Distrito (incluindo a nível de planificação e partilha de informação) e, mais recentemente, o processo de análise e aprovação de projectos beneficiários a nível dos fundos dos Sete Milhões dos Distritos. Qualquer um destes espaços ostenta limitações relacionadas com a participação efectiva da sociedade civil e com a abordagem de questões de saúde a este nível.
43. Relatos de trabalhos e estudos anteriores sobre a efectividade do OD indicam que alguns desafios permanecem nesta área, nomeadamente, a comunicação tardia da data do evento, a não partilha atempada dos documentos de discussão no observatório e o facto de o OD ainda ser um espaço pouco aberto à discussão dado o tempo limitado para o efeito. Com efeito, relativamente ao grau de participação da sociedade civil nos assuntos de governação, incluindo na área do HIV/SIDA existem os seguintes desafios:
- a. As intervenções na área de governação ainda são afectadas pela automática conotação política que é dada às intervenções de monitoria principalmente quando se trata de situações em que tais intervenções tecem críticas ou recomendações às autoridades ou retratam o desempenho da mesma;
  - b. Limitado conhecimento sobre os processos de gestão da coisa pública, nomeadamente dos processos de planificação estratégica e orçamentação; execução orçamental; contabilidade, reporte e controlo interno; auditoria externa; e revisão de políticas e estratégias (tanto ao nível da província, bem assim, ao nível do distrito);
  - c. A limitação acima é fortemente acompanhada por um domínio limitado de instrumentos e ferramentas que permitam o acompanhamento da gestão pública;
  - d. Os actuais espaços de diálogo, apesar de consolidados (por exemplo, o Observatório de Desenvolvimento), constituem uma rotina do processo que não está a contribuir para um processo efectivo de tomada de decisões sobre questões de saúde nas Províncias. A percepção dos membros da sociedade civil é de que o seu envolvimento nos processos de planificação não produz quaisquer resultados e a sociedade civil sente que os seus contributos são negligenciados de forma recorrente e sistemática, criando um sentimento de frustração relativamente ao processo e desencorajando a sua participação;
  - e. Persistente ausência de capacidades organizacionais dos grupos cívicos / grupos de interesse para funcionarem de forma adequada e para melhor representarem as suas comunidades ou constituintes;
  - f. Ausência de uma interacção e sinergias efectiva entre os vários intervenientes institucionais (governo municipal, sociedade civil e sector privado).

---

<sup>5</sup> Os conselhos consultivos locais foram criados por via da Lei de funcionamento dos órgãos locais do Estado, a Lei 8/2003, de 19 de Maio (LOLE), a qual é regulamentada pelo Decreto nº 11/2005, de 10 de Junho. A sua implementação foi desigual por todo o país. No Niassa, os CCLs começaram a tornar-se menos efectivos e entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012 foi implementado o programa FORÇA pela Concern Universal, com financiamento da União Europeia para a sua revitalização e, apesar de ainda persistirem desafios relacionados com a sua efectividade, os CCLs têm registado melhorias importantes a nível de representatividade e participação das comunidades.

## 2. Mapeamento Jurídico-legal, de Políticas & Institucional

### 2.1 Quadro legal e de Políticas

Instrumento Jurídico-Legal	Descrição / Observações
<p><b>Constituição da República</b></p>	<p>Moçambique goza de um quadro legal claro que rege o sistema orçamental, decorrente da Constituição de 2004. A Constituição da República de Moçambique (CRM) define com exactidão as estruturas e a divisão de competências e atributos entre os principais órgãos do Estado em questões gerais relacionadas com o orçamento, a sua preparação, execução e verificação, e, prevê que órgão (s) deve(m) / pode(m) fiscalizar o processo orçamental seguido pelo órgão executivo.</p> <p>A CRM é o instrumento legal que está acima de qualquer Lei ou dispositivo legal na República de Moçambique<sup>6</sup>, e estipula que o Plano Económico e Social (PES) serve para orientar o desenvolvimento económico e social no sentido de um crescimento sustentável e é expresso, em termos financeiros, no Orçamento do Estado (OE), devendo ser proposto à Assembleia da República (AR) acompanhada de relatórios sobre as grandes opções globais e sectoriais, incluindo a respectiva fundamentação<sup>7</sup>.</p> <p>i) A Lei do Orçamento do Estado (LOE) é elaborada pelo Governo e deve ser submetida à AR, contendo informação que fundamente as previsões de receitas, os limites das despesas, o financiamento do défice e todos os elementos que fundamentam a política orçamental.</p> <p>ii) A lei é o instrumento que deve definir as regras de execução do orçamento e os critérios que devem presidir à sua alteração, período de execução, bem como estabelecer o processo a seguir sempre que não seja possível cumprir os prazos de apresentação ou votação do mesmo.<sup>8</sup></p> <p>Em relação à fiscalização da execução do OE, cabe, em primeira instância ao Tribunal Administrativo (TA), que após a sua apreciação emitir um parecer. Em segunda instância, e com base no parecer do TA a AR, por sua vez, aprecia e delibera sobre a Conta Geral do Estado (CGE).</p> <p>À AR, ainda, cabe deliberar sobre as grandes opções do PES e do OE e os seus respectivos relatórios de execução, e aprovar o OE<sup>9</sup>.</p> <p>Ao CM cabe preparar o Plano Económico e Social e o Orçamento executá-los após aprovação pela Assembleia da República<sup>10</sup>; e é o PM quem deve apresentar à AR as propostas do PES e do OE, e os relatórios de execução do Governo<sup>11</sup>.</p>
<p><b>Decreto Presidencial nº 11/95 de 29 de Dezembro</b></p>	<p><b>Define os objectivos, atribuições e competências do MISAU.</b> Este instrumento legal estabelece que o MISAU é o “<i>órgão Central do Aparelho do Estado que, de acordo com os princípios, objectivos e tarefas definidas pelo Governo é responsável pela aplicação da Política de Saúde nos domínios público, privado e comunitário</i>” e define os seus objectivos, os quais compreendem, entre outros<sup>12</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover e dinamizar a resolução dos problemas de Saúde, através da concepção e desenvolvimento de programas de promoção e protecção de Saúde, e bem assim como de combate a doenças;</li> <li>• Prestar cuidados de saúde à população através do sector público de Saúde;</li> <li>• Formular a política farmacêutica e dirigir a sua execução de acordo com as orientações gerais traçadas pelo Governo; e promover o desenvolvimento de tecnologias apropriadas para o Sistema de saúde.</li> </ul>

<sup>6</sup> CRM, Arts. 2 e 4.

<sup>7</sup> Idem, Art. 128.

<sup>8</sup> Idem, Art. 130.

<sup>9</sup> CRM, Art. 179.

<sup>10</sup> Idem, Art. 204.

<sup>11</sup> Idem, Art. 206.

<sup>12</sup> Decreto Presidencial nº 11/95 de 29 de Dezembro, Art.º 2º

	<p>Este instrumento estabelece ainda que o MISAU exerce as suas funções em 9 (nove) âmbitos de actuação, nomeadamente<sup>13</sup>: Prestação de cuidados de Saúde; Área farmacêutica; Investigação e vigilância epidemiológica; Formação; Higiene do ambiente; Vigilância e controlo sanitário; Cuidados de Saúde primários, e Laboratórios.</p>
<p><b>Diploma Ministerial nº 94/97, de 22 de Outubro</b></p>	<p><b>Aprova o Estatuto do MISAU.</b> O anterior estatuto orgânico do MISAU era definido pelo Diploma Ministerial nº 35/85, de 14 de Agosto, mas as transformações que ocorreram no país desde então colocaram novas responsabilidades sobre o sector, o que levou à aprovação de um novo estatuto orgânico por via do Diploma Ministerial nº 94/97, de 22 de Outubro. Este novo estatuto veio responder à necessidade de dar resposta ao processo de descentralização dos serviços para níveis mais baixos de governo.</p> <p>Este diploma ministerial estabelece para o MISAU cerca de sete áreas de actuação, nomeadamente<sup>14</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área da promoção e preservação da Saúde;</li> <li>• Área de prevenção e tratamento de doenças;</li> <li>• Área farmacêutica;</li> <li>• Área de investigação;</li> <li>• Área de organização e administração;</li> <li>• Área de formação; e,</li> <li>• Área de inspecção.</li> </ul> <p>O diploma estabelece a estrutura dos órgãos centrais do MISAU – cuja subordinação se verifica em relação ao Ministro da Saúde e/ou ao Secretário-Geral naquilo a que a este competir ou tiver sido delegado pelo Ministro da Saúde — e as funções de cada um destes nas suas equivalentes áreas de actuação, e define as suas instituições subordinadas<sup>15</sup>.</p> <p>O estatuto orgânico do MISAU estabelece ainda que o mesmo funciona com os seguintes órgãos colectivos<sup>16</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>O Conselho Consultivo</b> – o qual é composto pelo Ministro da Saúde, Vice-Ministro, Secretário-Permanente, Directores Nacionais e por qualquer "outros quadros ou instituições que o Ministro da Saúde entenda pontualmente convidar". O Conselho Consultivo reúne-se semanalmente.</li> <li>• <b>O Conselho Coordenador</b> – o qual é constituído pelo Ministro da Saúde, Vice-Ministro, Secretário-Geral, Inspetores-gerais, Directores Nacionais, Chefes de Departamentos Centrais, Directores das Instituições Subordinadas aos Órgãos Centrais, Directores Provinciais de Saúde, Médicos-Chefes Provinciais, Directores dos Hospitais Centrais, e outros quadros que o Ministro da Saúde entenda pontualmente convidar. O Conselho Coordenador reúne-se uma vez ao ano, em qualquer ponto do país.</li> <li>• <b>O Conselho Hospitalar</b> – é um colectivo composto pelo Ministro da Saúde, Vice-Ministro da Saúde, Secretário-Geral, Directores Nacionais, Chefe de Departamento de Assistência Médica, Directores Provinciais de Saúde, Médicos-Chefes Provinciais, Directores dos Hospitais Centrais e Provinciais e outros quadros que o Ministro da Saúde ache por bem convidar. Este colectivo reúne-se uma vez ao ano em qualquer ponto do país.</li> </ul> <p>Este diploma estabelece ainda que poderão ser criadas Comissões de natureza permanente ou transitória para fins consultivos ou para o estudo de questões específicas.</p>
<p><b>Lei 7/2012 “LEBOFA”</b></p>	<p>Lei Base de Funcionamento e Organização da Administração Pública</p>
<p><b>Lei do SISTAFE</b></p>	<p>A função de gestão financeira do Estado é regida pela Lei 09/2002 de 12 de Fevereiro (Lei do Sistema da Administração Financeira do Estado – SISTAFE). A Lei do SISTAFE estabelece de uma forma global, abrangente e consistente os princípios básicos e normas gerais de um sistema integrado de administração financeira dos órgãos e instituições do Estado<sup>17</sup>. Dito isto pode-se afirmar que o SISTAFE <u>estabelece e harmoniza regras e</u></p>

<sup>13</sup> Idem, Artº 3º.

<sup>14</sup> Diploma Ministerial nº 94/97, de 22 de Outubro, Art.º 1º.

<sup>15</sup> Idem, Artº 3º e seguintes.

<sup>16</sup> Idem, Artigos 11º – 17º.

<sup>17</sup> LSISTAFE, Preâmbulo.

procedimentos de programação, gestão, execução e controlo dos fundos públicos, de modo a permitir o seu uso eficaz e eficiente, bem assim como produzir a informação – de forma integrada e atempada - concernente à administração financeira dos órgãos e instituições do estado.

Constituem objectivos do SISTAFE:

- Estabelecer e harmonizar as regras e procedimentos de programação, gestão, execução, controlo e avaliação dos recursos públicos;
- Desenvolver subsistemas que proporcionem informação oportuna e fiável sobre o comportamento orçamental e patrimonial dos órgãos e instituições do Estado;
- Estabelecer, implementar e manter um sistema contabilístico de controlo da execução orçamental e patrimonial, adequado às necessidades de registo, da organização da informação e da avaliação do desempenho das acções desenvolvidas no domínio da actividade financeira dos órgãos e instituições do Estado;
- Estabelecer, implementar e manter o sistema de controlo interno eficiente e eficaz e procedimentos de auditoria interna internacionalmente aceites;
- Estabelecer, implementar e manter um sistema de procedimentos adequados a uma correcta, eficaz e eficiente condução económica das actividades resultantes dos programas, projectos e demais operações no âmbito da planificação programática delineada e dos objectivos pretendidos

A Lei do SISTAFE estabelece que os órgãos e instituições do Subsistema do OE é que possuem a responsabilidade de:

- Preparar e propor os elementos necessários para a elaboração do OE;
- Preparar o projecto de Lei Orçamental e respectiva fundamentação;
- Avaliar os projectos de orçamentos dos órgãos e instituições do Estado;
- Propor medidas necessárias para que o OE comece a ser executado no início do exercício económico a que respeita;
- Preparar, em coordenação com o Subsistema do Tesouro Público, a programação relativa à execução orçamental e financeira, mediante a observância das provisões da Lei do SISTAFE e regulamento;
- Avaliar as alterações ao OE;
- Avaliar os processos de execução orçamental e financeira<sup>18</sup>.

Nos termos da Lei do SISTAFE o OE deve prever as receitas (limites mínimos) a arrecadar e fixar as despesas a realizar num determinado exercício económico para que possa prosseguir com a política financeira do Estado<sup>19</sup>.

O Governo **deve submeter a proposta do OE até ao dia 30 de Setembro de cada ano à AR**<sup>20</sup>.

Para fins de apresentação da proposta do OE do ano seguinte à AR, o Governo deve ainda juntar todos os elementos necessários à justificação da política orçamental, nomeadamente:

- O Plano Económico e Social do Governo;
- O balanço preliminar da execução do Orçamento do Estado do ano em curso;
- A fundamentação da previsão das receitas fiscais e da fixação dos limites da despesa;
- A demonstração do financiamento global do Orçamento do Estado com discriminação das principais fontes de recursos;
- A relação de todos os órgãos e instituições do Estado, assim como de todas as instituições autónomas, empresas públicas e autarquias;
- A proposta de orçamento de todos os organismos com autonomia administrativa e financeira, autarquias e empresas do Estado<sup>21</sup>.

Após a recepção da proposta do OE, AR possui aproximadamente de 75 dias (dois meses e meio) para **deliberar sobre a proposta de Lei do Orçamento do Estado, desde 30 de Setembro até 15 de Dezembro** de cada ano.<sup>22</sup>

<sup>18</sup> Idem, Art. 11.

<sup>19</sup> LSISTAFE, Art. 13.

<sup>20</sup> Idem, Art. 25.

<sup>21</sup> Idem, Art. 24.4.

<sup>22</sup> Idem, Art. 26.

	<p>Cabe ainda ao Governo apresentar à AR e ao TA a Conta Geral do Estado até ao dia 31 de Maio do ano seguinte àquele a que a conta se refere. E o relatório e parecer do TA sobre a conta Geral do estado devem ser submetidos à AR até ao dia 30 de Novembro do ano seguinte a que se refere a conta, e, por sua vez, a AR deve apreciar e aprovar a CGE na sessão a seguir à recepção do relatório e parecer do TA.<sup>23</sup></p> <p>O controlo interno (inspecções e auditorias) o Subsistema de Controlo Interno - SCI compreende os órgãos e entidades que intervêm na inspecção e auditoria dos processos de arrecadação, cobrança e utilização dos recursos públicos e abrange ainda as respectivas normas e procedimentos<sup>24</sup>.</p> <p>Os órgãos acima referidos devem verificar a aplicação dos procedimentos estabelecidos e o cumprimento da legalidade, regularidade, economicidade, eficiência e eficácia tendo em vista a boa gestão na utilização dos recursos colocados à disposição dos órgãos e instituições do Estado<sup>25</sup>.</p>
<b>Regulamento do SISTAFE</b>	O regulamento da Lei SISTAFE também dispõe sobre o e-SISTAFE relativamente à sua definição; estruturação; segurança e controlo; transacções; base de dados; desenvolvimento, manutenção e produção; rede de comunicação; e implantação <sup>26</sup> .
<b>Decreto nº 15/2010 de 24 de Maio, Regulamento de Aquisições</b>	O Regulamento de Aquisições estabelece uma série de procedimentos de <i>procurement</i> incluindo princípios de legalidade, interesse público, transparência, publicidade, igualdade, concorrência, imparcialidade e boa gestão financeira. A UFSA é a entidade reguladora e de apoio do processo a nível central. A nível de cada instituição com orçamento por executar é preciso tomar em consideração o disposto nos Diplomas Ministeriais 141 e 142/2006 de 05 de Setembro, os quais estabelecem a estrutura das Unidades Gestoras Executoras das Aquisições (UGEA).
<b>Direcção Provincial de Saúde</b>	Inserir instrumentos e comentar relações com as entidades da província, distrito e com o MISAU.
<b>Lei 5/2007 de 9 de Fevereiro</b>	Decreto que estabelece o quadro jurídico-legal para a implantação das Assembleias Provinciais e define a sua composição, organização, funcionamento e competências.
<b>Decreto 6/2006 de 12 de Abril</b>	Decreto que aprova o Estatuto Orgânico dos Governos Distritais.
<b>Lei 8/2003 de 19 de Maio</b>	<p>Lei dos Órgãos Locais do Estado - Estabelece os Princípios e Normas de Organização, competências e funcionamento dos Órgãos Locais do Estado. Em termos de órgãos do MISAU aos níveis sub-nacionais, nomeadamente, provincial, distrital, posto administrativo e de localidade este instrumento é que define os seus princípios e normas de organização, competências e funcionamento na província, distrito, posto administrativo e localidade.</p> <p>Os órgãos locais do Estado representam-no a nível local e exercem competências de decisão, execução e de controlo na sua respectiva área jurisdicional. Garantem a realização de tarefas e programas económico, sociais e culturais de interesse local e nacional, respeitando a Constituição, as deliberações da Assembleia da República e as decisões do Conselho de Ministros e dos órgãos de Estado de escalão superior. De igual modo funciona para os órgãos locais (provincial, distrital e de localidade) do MISAU, os quais existem como garantia do descongestionamento dos serviços do escalão central e da aproximação dos serviços públicos às populações, contribuindo para a celeridade e adequação das decisões à realidade local<sup>27</sup>.</p> <p>A autoridade da estrutura central do Estado a nível provincial é representada na figura do Governador Provincial e é a este que, entre outros, compete<sup>28</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigir o Governo Provincial;</li> <li>• Supervisionar os serviços da administração do Estado na Província;</li> <li>• Dirigir a preparação, execução e o controlo do Programa do Governo, do PES e do OE na Província;</li> <li>• Decidir sobre questões relacionadas com os recursos humanos na Província;</li> <li>• Criar unidades de prestação de serviços primários; e,</li> <li>• Despachar com os directores provinciais.</li> </ul>

<sup>23</sup> LSISTAFE, Art. 50.

<sup>24</sup> LSISTAFE, Art. 62.

<sup>25</sup> Idem, Art. 63.

<sup>26</sup> RSISTAFE, Arts. 99 – 106.

<sup>27</sup> Lei 8/2003, de 19 de Maio, Artº 2º.

<sup>28</sup> Idem, Art 17º.

	De actividade e uma hierarquia semelhante à do MISAU. Define quais são os seus órgãos, as suas instituições subordinadas, as suas funções e os respectivos níveis de subordinação hierárquica <sup>29</sup> .
<b>Decreto 11/2005 de 10 de Junho</b>	Regulamento da Lei dos Órgãos Locais do Estado
<b>Decreto 15/2000 de 20 de Junho</b>	Decreto que estabelece as formas de articulação dos órgãos Locais do Estado com as Autoridades Comunitárias

Tabela 5 - Quadro Jurídico-Legal

44. O quadro jurídico - legal descrito na presente subsecção não esgota toda a esfera relacionada com o sector em qualquer um dos níveis mas permite ter um espectro sobre os contornos em termos de instituições e relações que se estabelecem entre os diferentes entes públicos no processo, uma compreensão importante para uma intervenção que se pretenda abrangente e que coloque em comunicação os diferentes níveis de governação. Não nos parece, porém, que estejam devidamente tratados na legislação outros aspectos relacionados com a participação cívica no sector. A LEBOPA, acima indicada, já insere princípios e mecanismos de participação cívica, por exemplo, através da realização de petições pelo cidadão e/ou grupo de cidadãos, contudo existe ainda uma lacuna relativamente à forma concreta de intervenção dos cidadãos e/ou grupos cívicos em momentos-chave do processo. A Constituição da República e a própria LOLE também estabelecem princípios relacionados com a participação cívica. Alguns aspectos de participação comunitária, na percepção do MISAU, são referidos na sub-secção abaixo relativa a políticas e estratégias do sector relacionadas com o HIV/SIDA.

## 2.2 Políticas & Estratégias

### Plano Estratégico do Sector da Saúde 2013-2017 (PESS 2014-2019)

45. O PESS é um documento abrangente que estabelece as prioridades em todas as áreas do sector de saúde e procura adoptar soluções para os problemas de saúde que afectam a população do país, incluindo serviços preventivos e curativos, por um lado, mas também, por outro, a advocacia para a saúde, o fortalecimento individual e colectivo como intervenções-chave por parte do sector, incidindo sobre:
- O compromisso contínuo e necessário de priorizar os grupos desfavoráveis na população e concentrar acções de alívio à pobreza;
  - A prestação de cuidados primários e desenvolvimento da qualidade dos cuidados hospitalares;
  - Fortalecimento dos indivíduos e comunidades, de modo a que eles assumam a responsabilidade e o controlo crescentes sobre a sua própria saúde;
  - A consolidação dos grandes investimentos de reconstrução pós-guerra em contraposição à expansão contínua da rede;
  - Advocacia da saúde, que inclui o saneamento do meio, drenagem das águas que favorecem a multiplicação de vectores, abastecimento de água potável, educação geral da população e da mulher em particular e estatuto social e económico da mulher.
46. O PESS determina que o “eixo principal de actuação do sector continua sendo os CSP com ênfase na participação e mobilização comunitária”. Historicamente, a participação comunitária na saúde começa em finais da década 70 com a introdução do Programa de Agentes Polivalentes Elementares, os quais eram membros das comunidades com funções de desenvolver actividades de promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento de doenças comuns. Esta figura foi caindo em desuso, mas as actividades de cuidados nas comunidades por membros da comunidade - fora do escopo do MISAU - nunca cessaram. Exemplo disso é o trabalho exercido pelos prestadores de cuidados domiciliários nas comunidades.
47. O GdM reconhece a participação comunitária na melhoria do estado de saúde da população e tanto o PARP, o PQG, bem assim, o próprio PESS não ficam alheios a esta figura. O PESS anterior estabeleceu como prioridades nesta área: o (i) estabelecimento e funcionamento de Comitês de

<sup>29</sup> Despacho de 16 de Setembro de 1997, Artigos 1º - 15º.



Co-Gestão e Comitês de Saúde; e, (ii) a revitalização do Programa dos APes. A estas prioridades junta-se: a (iii) Educação e Comunicação para a Saúde. O MISAU indica que a adopção das medidas acima mencionadas tem trazido melhorias para o nível de partos institucionais, serviços Materno-Infantis, grau de adesão ao tratamento, e maior cobertura de pacientes. Parece-nos, até agora, no entanto, que a nível do sector, a participação comunitária é vista mais como uma complementaridade à provisão dos serviços de saúde, e em alguns casos (Conselhos de Co-Gestão, por exemplo) na gestão de unidades sanitárias, e não, necessariamente, uma participação cívica efectiva com a possibilidade de intervenção nos processos de planificação estratégica, de revisão de políticas, de planificação e orçamentação anual, de acompanhamento da execução e de supervisão.

### Estratégia Nacional de Prevenção do HIV/SIDA

48. A Estratégia Nacional de Prevenção do HIV/SIDA (ENPS), no que se refere ao pilar de Envolvimento Comunitário, reconhece a necessidade da criação de Comitês de Saúde e Comitês de Co-gestão, no entanto ao longo dos últimos 10 (dez) anos as comunidades foram sendo organizadas para colaborar com a saúde através de outros fóruns com diferentes designações, Conselhos de Líderes Comunitários (CLC), Conselhos de Saúde, Grupos de Mães, Grupos de Pares, activistas da saúde reprodutiva, entre outros, como meios de participação comunitária, conforme se refere a subsecção anterior. A maior parte destes grupos trabalha com o apoio de organizações baseadas na Província em que actuam, por exemplo a FHI, a Action Aid, entre outras, em coordenação com as autoridades distritais de saúde e com as próprias unidades sanitárias, mas a sua intervenção varia de distrito para distrito e de unidade sanitária para unidade sanitária.

### 2.3 Principais actores & Mecanismos de Participação

49. A figura 1, abaixo, procura ilustrar a ecologia das várias instituições / entidades / actores relevantes para a participação cívica no que toca ao âmbito do programa SAKSAN. A situação institucional é semelhante de forma geral nas províncias, contudo, alguns aspectos podem ser específicos de um ou outro local. Este gráfico e a presente subsecção são construídos com o pressuposto de que todas as características são, por regra geral, comuns. A figura 1 procura também visualizar os actores-chave para o SAKSAN e compreender e discutir as suas posições relativas no sistema, o papel desempenhado e a influência que cada um pode exercer. O SAKSAN foi concebido a pensar neste sistema, processos e actores para o desenvolvimento das suas actividades.
50. O nível inicial de interacção é o da própria comunidade e/ou unidade sanitária, o qual representa o nível do atendimento (provisão de TARV e PTV). O mapeamento de actores é, de seguida escalado para o nível de gestão da unidade sanitária e das autoridades de saúde que supervisionam a mesma. O mesmo acontece com o nível provincial e com o nível central. O exercício de mapeamento engloba também as instituições de supervisão / fiscalização no nível distrital, provincial e central, tomando em consideração as suas funções específicas e analisa também o papel das instituições de controlo interno e de auditoria externa como garantes da observância de processos, normas e para assegurar *value-for-money*.



Figura 1 - Mapeamento dos Actores do SAKSAN

51. O SAKSAN terá de tomar em consideração todos estes actores no desenrolar das suas actividades programadas.

52. A Tabela 6, abaixo procura descrever o papel de cada uma das entidades / níveis de actores identificados no mapeamento e a sua relevância para o projecto.

Nível	Actor (es)	Papel / Mandato	Documentos Relevantes	Interage com...	Observações / Oportunidades
<b>Distrital</b>	Conselhos comunitários de Saúde, Grupos de Apoio, Activistas, APEs, Comitês de Co-Gestão, Líderes Comunitários, Líderes de Opinião, etc.	Interacção com a comunidade e com as autoridades de saúde e servir de elo ligação entre actores do lado da resposta à demanda e do lado da demanda.	Relatórios, satisfactómetros	Comunidade, autoridades de saúde, pessoal de saúde	Podem ser cruciais beneficiários do processo de formação e poderão ser úteis no preenchimento, colecta e análise de informação produzida pelos cartões de pontuação
	OCBs, OSCs e outros grupos cívicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>O mesmo que acima;</li> <li>Realização de programas e/ou actividades específicas - de natureza voluntária ou não - em prol da melhoria dos cuidados de saúde na comunidade e/ou a nível das US.</li> </ul>	Relatórios, satisfactómetros	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunidade, autoridades de saúde, pessoal de saúde;</li> <li>Outras organizações com iniciativas similares, parceiros da província / país, autoridades provinciais.</li> </ul>	Podem ser potenciais / cruciais beneficiários do processo de formação e poderão ser úteis no preenchimento, colecta e análise de informação produzida pelos cartões de pontuação
	Unidade Sanitária	Prestação de serviços e cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaração de Serviço</li> <li>Instruções para Pacientes</li> <li>Precários de Medicamentos (onde aplicável)</li> <li>Relatórios de execução / desempenho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunidade (pacientes, familiares);</li> <li>Autoridades de saúde, pessoal de saúde;</li> <li>OSCs, OCBs, parceiros da saúde no distrito e província, DPS/MISAU;</li> <li>Entidades de controlo interno / externo e auditoria interna / externa.</li> </ul>	Os relatórios de execução / desempenho Não são actualmente considerados públicos e não são disponibilizados para consulta pública.
	SDMAS / Administração do Distrito	Assegurar o pleno funcionamento dos serviços de saúde no distrito, incluindo em termos de política e de prestação de serviços. Coordenação dos serviços de saúde no distrito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>PESOD</li> <li>Relatórios de execução / desempenho (Balanço do PESOD)</li> </ul>	Todos os actores acima.	Os relatórios de balanço do PESOD são normalmente disponibilizados para consulta (caso-a-caso). Estes não têm, contudo, informação desagregada sobre o processo de execução de cada US dificultando o

				acompanhamento da mesma e o rastreio efectivo das suas actividades. Os relatórios de controlo interno e externo poderiam oferecer informação útil a este respeito mas Não são considerados públicos.	
<b>Provincial</b>	GP / SP	Coordenar o funcionamento de todas as instituições públicas na província, incluindo a interacção com o sector privado, parceiros de cooperação e cidadãos em geral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PESOP</li> <li>• CFMP Provincial</li> <li>• Relatórios de execução de desempenho (Balanço do PESOP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituições na Província</li> <li>• Cidadãos, grupos, OSCs, OCBs, OBFs, etc.;</li> <li>• Sector Privado e parceiros de cooperação;</li> <li>• Parceiros de cooperação na província;</li> <li>• DPS/MISAU;</li> <li>• Entidades de controlo interno/externo e auditoria interna/externa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É a autoridade máxima do Estado na província. Um importante ponto de entrada para as actividades do projecto;</li> <li>• Sob a responsabilidade do GP apenas está a Inspeção Administrativa Provincial, a qual é um órgão de controlo de natureza transversal podendo fiscalizar a actuação de qualquer entidade na província, incluindo as autarquias de nível D.</li> <li>• A Inspeção Provincial de Saúde e a DRF estão afectas, respectivamente à DPS e à DPPF, respondendo directamente aos seus directores provinciais. Contudo o GP é quem tem poder de exigir acção com base nas suas constatações.</li> </ul>
	DPPF / DRF	A DPPF é a instituição com responsabilidade sobre a gestão financeira na província.	REO Provincial, Planos da Província e dos sectores na província. Informação sobre o desempenho dos distritos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GP / SP;</li> <li>• DPS/MISAU;</li> <li>• IGF;</li> <li>• TA Província;</li> <li>• TA Central;</li> <li>• IAP, ISP, IAL, IGAE e IGF</li> <li>• Parceiros de cooperação na província.</li> </ul>	Potencial de interacção com sociedade civil, ainda que a nível do OD Provincial.
	DPS				
	IGF Provincial				
	IPS, IAP, DRF				

	Assembleia Provincial			
	Observatório de Desenvolvimento			
	FONAGNI e NAFEZA			
	MISAU			
	MPD / MdF			
	IGF			
	Assembleia da República	Órgão nacional de supervisão. Fiscaliza o trabalho exercido pelo Governo. Aprecia e aprova o PES e OE e a CGE. Destinatário principal dos relatórios e pareceres do TA. Tem poderes para solicitar auditorias específicas ao TA.	PES OE, CGE	Governo, instituições de controle e auditoria, cidadãos em geral, parceiros de cooperação.
<b>Central</b>	Provedor de Justiça	Garante da observância dos direitos humanos.	Relatório Anual	Os assuntos relacionados com a saúde são tratados pela Comissão de Assuntos Sociais. A AR também possui, especificamente, um Gabinete de Prevenção e Combate ao HIV/SIDA.
	Parceiros de Cooperação	Apoio ao OE e a programas do Governo. Assistência técnica e apoio à advocacia.	Relatórios de apoio ao país. Avaliações técnicas.	
	IS, IAL, IGAE			
	Tribunal Administrativo			
	Fóruns de Discussão (NAIMA+, GIG, Grupo de Medicamentos			

Tabela 6 - Os actores relevantes SAKSAN

### 3. O Sistema de Saúde na Província

#### 3.1 Zambézia

53. A presente secção pretende oferecer um retrato sobre a saúde na Província, com enfoque na área de HIV/SIDA, especialmente no que respeita aos processos e desafios relacionados com o acesso ao tratamento TARV. De acordo com os contactos mantidos na Direcção Provincial de Saúde da Zambézia (DPSZ) ao longo dos últimos anos registaram-se várias melhorias na tentativa de melhorar o atendimento a pacientes na área de HIV/SIDA. Uma dessas melhorias introduzidas pelo sector é a formação na provisão de TARV que acontece a nível da formação básica de qualquer categoria de profissional de prestação de cuidados de saúde nomeadamente técnicos de saúde, enfermeiros (incluindo enfermeiros de SMI), agentes de medicina. O desafio ainda permanece no controlo da forma como os cuidados são prestados na prática, porque este ainda não é feito de forma sistemática e regular.
54. A nível da Saúde Comunitária algumas das actividades são desenvolvidas por activistas (agentes de saúde comunitária) e pelas brigadas móveis de saúde. As brigadas móveis de saúde são formadas por pessoal da saúde que se desloca às comunidades para providenciar serviços de saúde (por exemplo, SCI, TARV) e, por vezes, para a realização de consultas clínicas (como por exemplo, de TB).
55. Os activistas não prestam necessariamente cuidados clínicos. As suas actividades na comunidade e a nível da unidade sanitária incluem actividades de aconselhamento e mobilização comunitária (planeamento familiar, aconselhamento de pares seropositivos, aspectos de nutrição, etc.). Os activistas não prestam serviços de TARV. Especificamente na área ligada ao HIV/SIDA os activistas prestam cuidados domiciliários a pacientes acamados, efectuem visitas de acompanhamento e apoio e desempenham um papel crucial na buscas de pacientes que estejam em zonas afastadas ou que indivíduos que tenham desistido do tratamento ou de tomar os medicamentos do TARV.
56. O sector de saúde definiu, a nível do país, cerca de 15 (quinze) distritos prioritários de TARV com recurso a programa informático (Espectro) que estima a relação de pacientes que precisam de TARV no universo de pacientes seropositivos e a percentagem de pacientes que precisam mas NÃO têm acesso ao tratamento. 9 (nove) desses distritos estão situados na província da Zambézia. O tecto para a definição dos distritos de risco é de 4000 (quatro mil) pacientes sem tratamento mas que deveriam já estar a recebê-lo. Uma das causas tem a ver com os critérios restritivos que a Saúde exigia para iniciar o tratamento. Hoje, com a introdução do Plano de Aceleração do TARV 2013-2015 estes critérios são mais abrangentes, por exemplo, a mãe-grávida já começa a fazer TARV quando o seu estado de seropositividade é identificado durante a gravidez.
57. Outro factor que está a contribuir para uma maior abrangência dos serviços de TARV na Província foi a decisão de se descentralizar para o Distrito a abertura de serviços de TARV (uma decisão anteriormente centralizada a nível do MISAU). Os SDMAS têm actualmente a prerrogativa de e maior liberdade para abrir serviços de TARV, desde que estejam em coordenação com a DPS, a qual apenas indica os requisitos mínimos em termos de segurança, equipamento e processo, e desde 2013 que foi possível estender os serviços de TARV para cerca de 30000 (trinta mil) pacientes, tendo duplicado o número de pacientes em TARV.

<b>Distrito Prioritário</b>	<b>Distância de Quelimane (capital da Província) (km)</b>
<b>Quelimane</b>	N/A
<b>Inhassunge</b>	10.33
<b>Nicoadala</b>	52.6
<b>Namacurra</b>	71.5
<b>Morrumbala</b>	195
<b>Mocuba</b>	156
<b>Pebane</b>	359
<b>Maganja da Costa</b>	186
<b>Milange</b>	302



Tabela 7 - Distância entre Quelimane e outros Distritos Prioritários do TARV

58. O acesso é um elemento determinante para a decisão sobre os distritos-alvo do presente projecto. Enquanto, por exemplo, Mocuba está a pouco mais de 150 km de Quelimane, é muito mais fácil lá chegar do que a Inhassunge que está a menos de 15 km. É muito mais fácil e menos demorado chegar a Mocuba do que ao Chinde que está a menos de 80 km de distância de Quelimane. Por seu turno, enquanto é menos demorado chegar a Morrumbala que dista a 195 km de Quelimane (03 horas), leva muito mais tempo a chegar a Maganja-da-Costa que está a 186 km da capital da Província. Todos estes elementos são importantes para tomar em consideração dado os limitados recursos disponíveis para a implementação do projecto. Ao mesmo tempo, o problema das vias de acesso afecta o próprio acesso aos serviços de saúde. Em Milange, por exemplo, várias pessoas do interior do distrito têm de atravessar a fronteira para receber tratamento médico no Malawi, ou ainda, atravessar pelo Malawi para voltar a entrar na vila municipal de Milange para lá ser atendido, e de modo a evitar as difíceis vias de acesso, percorrendo assim longas distâncias.
59. As autoridades de saúde em Moçambique são unânimes em afirmar que em relação ao HIV/SIDA o país ainda não tem noção da dimensão real do problema, por um lado, devido aos baixos níveis de testagem (apesar de este número ter estado a aumentar com os anos se compararmos os dados de 2010 aos de 2013). Por outro lado, a eleição dos hospitais-dia é hoje geralmente aceite como uma medida acertada porque a sua localização exclusiva a nível das capitais provinciais desincentivava a adesão e conseqüente cobertura de pacientes em zonas mais afastadas e remotas. Com a eliminação dos HDs os serviços de TARV foram instalados nos distritos de modo a estarem mais próximos dos pacientes. Isto aumentou o nível de testagem e adesão, mas estes ainda são baixos, de um modo geral, pelo país, e uma parte significativa ainda fica de fora da contagem estatística. Na Zambézia há sensivelmente 200.000 (duzentos mil) pacientes infectados e aproximadamente 40 % precisa de TARV e, de acordo com a DPSZ, até Dezembro de 2013 apenas 60% destes tinha acesso ao TARV.
60. Em termos de participação comunitária está a ser desenvolvido a nível do MISAU - em linha com o PESS 2014-2019 e com o PENIII - o envolvimento comunitário como uma componente transversal de todos os programas da saúde que envolve a auscultação das comunidades. Cada unidade sanitária tem um comité de co-gestão que vai decidir sobre aspectos relacionados com o funcionamento da US e melhorar a percepção da comunidade em relação ao funcionamento da mesma. Por exemplo, hipoteticamente, se a US recebeu um lote de comprimidos paracetamol com 100 (cem) unidades, o conselho de co-gestão é chamado a testemunhar para perceber e sensibilizar a comunidade sobre as limitações existentes em termos de medicamentos. A nível da comunidade também existem Comités Comunitários de Saúde os quais reúnem-se regularmente com o pessoal das unidades, principalmente na área da medicina curativa.
61. O sector na saúde pretende trabalhar de forma permanente com as comunidades e estes grupos organizados no sentido de melhorar o seu envolvimento nas buscas de pacientes e na sensibilização para adesão ao tratamento. Para além dos conselhos de co-gestão e comunitários de saúde existem também os Grupos de Mãe-para-Mãe (mulheres seropositivas com crianças que se reúnem regularmente para partilhar conhecimentos sobre, por exemplo a preparação de papas, aconselhamento nutricional, entre outros assuntos), o Grupo de Aconselhamento Comunitário / GAC (formado por pacientes seropositivos com condições específicas e formam grupos de dois a três indivíduos que vão alternando a ida à unidade sanitária para levantar os medicamentos e trazer para a US dados sobre infecções oportunistas, contagem de CD4, etc.). Existem também associações de pessoas infectadas com o HIV/SIDA e todos estes actores reúnem-se regularmente (normalmente mensalmente) junto das unidades sanitárias com o pessoal destas e com parceiros de saúde para discutir questões relacionadas com o atendimento, toma dos medicamentos, como foi o processo de recuperação, entre outros aspectos. Tais encontros assumem designações como “dia de chá positivo” ou “dia da família” dependendo do local e do parceiro que esteja a apoiar a iniciativa.
62. O conceito de Participação Comunitária tem significado apenas interagir com as unidades sanitárias e pessoal de saúde em volta da qualidade os serviços e da disponibilidade de medicamentos, mas não tem ultrapassado estas fronteiras para incluir elementos relacionados com a monitoria do

desempenho / execução, do orçamento disponível e sobre a forma como os mesmos têm sido utilizados pelas autoridades de saúde.

63. Um dos desafios encontrados durante o exercício de levantamento é a dificuldade relacionada com a gestão e distribuição do *stock* de medicamentos. Tal facto deve-se ao fraco nível de reporte por parte do pessoal responsável junto das unidades sanitárias. Mensalmente cada US é responsável pela preparação de um relatório específico designado por MIA (Mapa Mensal de ARVs), o qual é visado pelos SDMAS e submetido à DPS. A DPS efectua o aviamento de medicamentos por unidade sanitária com base no seu MIA. Todavia, nem sempre o processo decorre da melhor maneira já que nem todas as USs enviam os seus mapas de forma atempada. Como o processo de aquisição de medicamentos é feito centralmente pelo MISAU, isto afecta a gestão provincial e, conseqüentemente, a quantidade de medicamentos que é aviada para os distritos é menor do que a necessária. Não há ruptura de *stocks* porque os SDMAS têm de reorganizar o mesmo e distribuir a quantidade existente pelas USs existentes, mas isso afecta o sistema de gestão de medicamentos das USs “organizadas” que ficam penalizadas no processo. Os desafios que existem nesta área são:
- Distribuição - é possível assegurar uma distribuição adequada até aos distritos onde os medicamentos são distribuídos com o apoio dos parceiros na província. O desafio está em assegurar que o medicamento chegue rápido mas não existe uma frota suficiente, e em outros casos, as vias de acesso não representam uma facilidade;
  - Reporte das actividades e progresso - o nível de reporte das justificativas da utilização dos *Kits* de testes de HIV anda a volta de 40% dos *Kits* distribuídos, apesar de todos os *Kits* distribuídos terem sido usados pelas USs. A DPS acredita que esta situação tem a ver com um fraco registo a nível das USOS;
  - Nem todos os distritos enviam a tempo os MIAs e se alguma US não o faz, o distrito (SDMAS) é obrigado a gerir o *stock* existente em detrimento da capacidade de disponibilidade de *stock* das US “cumpridoras” provocando problemas de *stocks* internos no distrito;
  - O processo de distribuição também tem problemas relacionados com a incapacidade de assegurar que os medicamentos sejam transportados nas condições de frio mais apropriadas;
  - A armazenagem de medicamentos na Província também constitui um desafio o que acarreta o risco de afectar as condições e eficiência do medicamento.
64. Apesar dos encontros de envolvimento comunitário acima referidos a sociedade civil e/ou as comunidades não fazem parte dos processos de planificação, e a DPS não parece indicar sinais de participação efectiva da sociedade civil por via dos Observatórios de Desenvolvimento.
65. Em termos de expansão do TARV o seu plano respectivo tem de ser conjugado com o Plano de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV). O PTARV para a Zambézia prevê uma expansão gradual (com metas trimestrais), em 2014, e indica existirem cerca de 105 US que já prestam TARV do total de 229 US existentes na província. O PTARV para 2014 só vai encurtar essa diferença em cerca de quase 50%. Contudo, esta é uma melhoria significativa quando repararmos que em 2010 apenas 31 US prestavam serviços de TARV (vide, por favor, as tabelas abaixo).

Distrito	US TARV	Tipo TARV	Ano e Mês da Abertura
Quelimane	17 de Setembro	Fixo	Out -2008
	Coalane	Fixo	Jul-2009
	24 de Julho	Fixo	Jul-2010
	4 de Dezembro	Fixo	Jan-2013
	Namuinho	Fixo	Jun-2009
	Chabeco	Fixo	Jan-2004
	Micajune	Fixo	Jan-2013
	Cadeia Civil	Fixo	Jul-2009
	Icidua	Fixo	Jan-2004
	DREAM	Fixo	Nov-2013

<b>Distrito</b>	<b>US TARV</b>	<b>Tipo TARV</b>	<b>Ano e Mês da Abertura</b>
<b>Alto Molocué</b>	HR Alto Molocué	Fixo	2006
	Nauela	Fixo	2011
	Mutala	Fixo	Jun-13
	Cs de Caiaia	Fixo	Janeiro
	CS Chapala	Fixo	Janeiro
	CS Mohiua	Fixo	Janeiro
<b>Chinde</b>	Chinde	Fixo	2006
	Micaune	Fixo	2011
	Marcacao	Fixo	Aug-13
	Luabo	Fixo	Oct-13
	Jorge	Fixo	Nov-13
<b>Gilé</b>	Gilé	Fixo	2006
	Alto Ligonha	Fixo	2011
	Uape	Fixo	Aug-13
	Mamala	Fixo	2013
	Moneia	Fixo	2013
	Muiane	Fixo	Nov-13
<b>Gurué</b>	GURUE CS URBANO B	Fixo	2006
	Lioma	Fixo	Jan-13
	Muacuaro	Fixo	12-06-13
	Ruace	Fixo	31-07-13
	Tetete	Fixo	30-06-13
	Invinha	Fixo	30-06-13
	Mepuagiuá	Fixo	24-06-13
<b>Ile</b>	Ile	Fixo	Aug-06
	Mugulama	Fixo	Mar-08
	Mulevala	Fixo	Nov-12
	Socone	Fixo	23-07-13
<b>Inhassunge</b>	Inhassunge	Fixo	Jun-06
	Chirimane	Fixo	Nov-11
	Gonhane	Fixo	Jul-09
<b>Lugela</b>	Lugela	Fixo	Jul-07
	Tacuane	Fixo	Aug-13
	Namagoa	Fixo	Mar-08
	Mulide	Fixo	May-13
	Puthine	Fixo	Fevereiro
<b>Maganja da Costa</b>	Maganja da Costa	Fixo	2006
	Nante	Fixo	13-07-12
	Mucubela	Fixo	Jan-13

<b>Distrito</b>	<b>US TARV</b>	<b>Tipo TARV</b>	<b>Ano e Mês da Abertura</b>
	Tapata	Fixo	08-07-13
<b>Milange</b>	MILANGE CS URBANO B	Fixo	2006
	Mulumbo	Fixo	21-11-12
	Malua	Fixo	16-07-13
	Mongue	Fixo	23-09-13
	Dulanha	Fixo	May-13
	dachudua	Fixo	30.08.13
<b>Mocuba</b>	HR Mocuba	Fixo	2006
	CS Sede	Fixo	Aug-2013
	Samora Machel	Fixo	Set-13
	16 de Junho	Fixo	Nov-2013
	Alto benfica	Fixo	Aug-2013
	Munhiba	Fixo	Jul-2013
	Namanjavira	Fixo	Jul-2013
	Mugeba	Fixo	2010
	Muakiwa	Clinica Móvel	Dec-2013
Caiave	Clinica Móvel	Dec-2013	
<b>Mopeia</b>	Mopeia	Fixo	2006
	Chimuara	Fixo	May-13
	Posto Campo	Fixo	Jul-13
	Lua Lua	Fixo	Março
<b>Morrumbala</b>	HR Morrumbala	Fixo	2006
	Chire	Fixo	Oct-2010
	Muandua	Fixo	Jul-2013
	Derre	Fixo	2011
	CS de Mepinha	Fixo	Jul-2013
	CS de Megaza	Fixo	Jul-2013
	Guerissa	Clinica Móvel	Out-2013
	Pinda	Clinica Móvel	Sep-2013
<b>Namacurra</b>	Namacurra CS Sede	Fixo	2007
	Muebele	Fixo	Aug-13
	Macuse	Fixo	2008
	Malei	Fixo	Apr-12
	Mixixine	Fixo	Apr-12
	Furquia	Clinica Móvel	Feb-2013
	Umbaua	Clinica Móvel	Aug-2013
<b>Namarroi</b>	Namarroi	Fixo	Oct-2006
	Mutatala	Fixo	Sep-2013
	Mutepua	Fixo	May-2010
	Regone	Fixo	Jul-2013

Distrito	US TARV	Tipo TARV	Ano e Mês da Abertura
	Mareia	Fixo	Aug-2013
	Mudine	Fixo	Aug-2013
Nicoadala	Nicoadala	Fixo	Jul-2006
	Licoar	Fixo	Dec-2012
	Maquival Sede	Fixo	Dec-2012
	Namacata	Fixo	Mar-2013
	Madal	Fixo	10-07-13
	Varela	Fixo	01-10-13
	Ilalane	Fixo	Jul-2013
	Alto Malanha	Clinica Móvel	Out-2013
	Amoro	Clinica Móvel	Nov-2013
	CS Quinta Girassol	Fixo	Março
	CS Maquival Rio	Fixo	Março
	Pebane	Pebane	Fixo
Nabur		Fixo	2010
7 de Abril		Fixo	Jun-2006
Alto Maganha		Fixo	Jul-2013
Magiga		Fixo	Jul-2013
Mulela		Fixo	Jul-2013
Pele-Pele		Clinica Móvel	Aug-2013
Tomeia		Clinica Móvel	Sep-2013

Tabela 8 - Unidades Sanitárias com TARV na Zambézia (total 110)

66. A DPS-Zambézia prevê este ano expandir o TARV para mais 50 USs, conforme descreve a Tabela 8, abaixo.

Distrito	Abertura Até 1 trimestre	Abertura Até 2 trimestre	Abertura Até 3 trimestre	Abertura até 4 trimestre
<b>Quelimane</b>	CS de Sangariveira			
<b>A.Molocué</b>	CS de Caiaia	CS de Ecole		
	CS de Chapala	CS de Novanana		
	CS Moiuia	CS Nacuaca		
<b>Chinde</b>		CS de Madal		
		CS de Matilde		
<b>Gilé</b>			CS de Kayane	
			CS de Pury	
<b>Gurué</b>	CS de Muagiua	CS de Serra		
<b>Ile</b>		CS Chiraco	CS de Mulequela	
		CS Niboia		
<b>Inhassunge</b>		CS de Bingagira		
		CS Palane-Mucula		
<b>Lugela</b>	CS de Mungulune	CS de Puthine	CS de Muabanama	
<b>Maganja da Costa</b>		CS de Gurai	CS de Naico	
		CS de Alto Mutola		CS de Missal
<b>Milange</b>	CS de Majaua***	CS de Corromana	CS de Sabelua	
	CS Licirio***			
<b>Mocuba</b>	CS de Nhaluanda	CS Muanaco		

Distrito	Abertura Até 1 trimestre	Abertura Até 2 trimestre	Abertura Até 3 trimestre	Abertura até 4 trimestre
	CS de Magogodo			
<b>Mopeia</b>	CS de Lua-Lua	CS de Gulamo	CS Noere CS de Catale	
<b>Morrumbala</b>	CS de Sabe CS Chilomo	CS de Boroma CS Fabrica CS Muera CS Machindo		
<b>Namacurra</b>		CS de Mugubia		
<b>Namarroi</b>			CS de Lipale	
<b>Nicoadala</b>		CS de longe CS de Maquival-Rio	CS Quinta Girassol	
<b>Pebane</b>	CS de Malema***	CS de Impaca	CS de Muligode***	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

Tabela 9 - Plano de Expansão de TARV - Zambézia (2014)

Fonte: DPS-Z. \*\*\* Clínicas Móveis

### 3.2 Niassa

67. A presente subsecção pretende oferecer um retrato sobre a situação da saúde na Província do Niassa e, tal como na subsecção anterior, com enfoque na área de HIV/SIDA, especialmente no que respeita aos processos e desafios relacionados com o acesso a tratamento TARV. Esta componente do presente relatório foi elaborada com recurso a documentação disponível, a contactos anteriores efectuados junto da DPS e alguns contactos telefónicos com partes interessadas que operam no sector da saúde na Província.
68. O Plano Económico e Social da Direcção Provincial da Saúde no Niassa - na sua parte introdutória - tece algumas considerações importantes sobre os desafios que a Província actualmente enfrenta nesta área, designadamente:
- O índice de doenças infecciosas (entre elas o HIV-SIDA) é elevado, e é agravado pelo elevado nível de desnutrição (a este respeito falaremos adiante) dado o elevado nível de pobreza em que ainda vive a maioria da população e pela limitada capacidade de resposta do Sistema de Saúde.
  - O envolvimento comunitário é ainda deficiente, clamando por acções concretas no sector da saúde mas - a nível do próprio Estado - também por uma melhor clareza em acções de coordenação entre os vários sectores na Província.
  - Nem sempre a informação produzida pelo Sistema de Informação é usada para a tomada de decisão devido à fraca fiabilidade e a sua chegada tardia aos gestores.
  - Há deficiências na gestão financeira e logística agravadas pela incipiente informatização das actividades do Sector e, deficiências na esfera da Manutenção da infra-estrutura física, de mobiliário, de equipamento médico e de meios circulantes, como viaturas e motorizadas, não existindo uma cultura de manutenção entre os trabalhadores de saúde.
  - A questão da humanização e elevação da qualidade dos serviços prestados é também uma preocupação que deve acompanhar a expansão do acesso aos cuidados de saúde. Actualmente, a qualidade do trato dos utentes ainda não corresponde à expectativa dos mesmos, apesar dos esforços de humanização dos serviços.
  - Outros constrangimentos de relevo incluem: (a) a insuficiência em Recursos Humanos de todo o tipo; (b) a baixa cobertura geográfica das infra- estruturas, em particular dos Centros de Saúde Rurais tipo II; (c) da eficiência dos Armazéns de Medicamentos e Artigos Médicos; e, (d) da falta de residências para trabalhadores.
69. Estes dados são retirados do Persuade 2013 uma vez, o PES 2014 ainda não se encontra disponível para consulta. Tal atraso deve-se muito provavelmente à necessidade que o sector tem de ajustar o seu orçamento e actividades prioritárias após a aprovação do seu orçamento a nível central e a realização da reunião de consulta com os parceiros do sector na província de modo a cobrir as actividades consideradas mais prementes. Contudo, de acordo com os contactos mantidos pela equipa de pesquisa, a situação não observou mudanças significativas desde a vigência deste PES.

70. Conforme nos referimos anteriormente, o Niassa tem, de acordo com o seu PEP 2017, cerca de 154 unidades de saúde e apenas quase 65% das mesmas oferece tratamento anti-retroviral (TARV). Em 2012, do total de 137 USs apenas 27 prestavam serviços de TARV. Apesar da limitada cobertura foi registada uma expansão quanto ao aumento da cobertura do TARV em cerca de 28% (de 27 para 47). Em 2014, previa-se a expansão do TARV para mais 128 USs, mas ainda não foi possível avançar esta meta até agora devido a dificuldades de ordem financeira e porque alguns parceiros abandonaram a Província. Actualmente, 47 USs prestam serviços TARV, do total de 154 USs. Isto representa geograficamente uma presença dos serviços de TARV em 9 (nove) dos 18 (dezoito) distritos da Província (50% dos distritos oferece TARV através das suas unidades de referência).
71. Apesar de a Província ser aquela com menor taxa de sero prevalência a nível nacional, há alguns elementos que constituem uma preocupação. O primeiro deles é que há um crescimento demográfico elevado na Província. Por um lado, a população originária da Província está a crescer, e, por outro, há um elevado número de vientes que por várias razões (incluindo o potencial comercial) se vêm fixar na Província. Estes membros da população provenientes de outras partes de dentro, e fora do país trazem consigo outro tipo de comportamentos e cultura. Com efeito, a população da Província cresceu em aproximadamente metade desde o último censo populacional, em 2007. Os contactos por nós efectuados referem que acoplado ao crescimento demográfico, Niassa é uma Província afastada do resto do país e com um índice de pobreza bastante elevado, apesar de os números e dados estatísticos revelarem outra situação. Tudo isto coloca riscos adicionais ao combate e prevenção do HIV/SIDA. A organização RENASCER à Vida, uma OSC local, está actualmente a realizar um trabalho de testagem nas comunidades da Cidade de Lichinga. De Janeiro a Junho de 2014, foi possível testar cerca de 7169 indivíduos, e do grupo testado, 711 tiveram um resultado positivo. Considerando que a Cidade de Lichinga tem actualmente, aproximadamente 320.000 habitantes, não é preciso realizar cálculos matemáticos sofisticados aprofundados para cair na tentação de concluir-se que em cada 10 (dez) pessoas na Cidade de Lichinga, 01 (uma) está infectada pelo vírus do HIV. Este é um número abaixo da média nacional, mas clama por uma urgente intervenção para estancar / mitigar a situação.
72. Alguns distritos colocam certa preocupação dada a sua situação geográfica e económico-social. São eles os distritos de Mecanhelas (por estar situado num corredor), de Cuamba (como resultado dos recentes investimentos na economia e infra-estrutura e por ser o mais importante ponto comercial da Província), Mandimba (por ser uma zona de fronteira e de elevado comércio) e o Lago (também pelo factor fronteiriço). Contudo, os distritos prioritários da Província são Cuamba, Marrupa, Lichinga, Mandimba e Lago (por favor, vide a explicação sobre o Espectro referido na subsecção anterior).
73. Ao contrário do que acontece no sector de Saúde na Zambézia (DPSZ) e apesar do esforço da DPS-Niassa em expandir o TARV, a formação dos técnicos, enfermeiros e agentes e saúde em TARV ainda é realizado de forma *ad-hoc*. A nível do instituto de ciências de saúde a única formação relacionada que o pessoal de saúde recebe na Província é a formação em apoio psicossocial de pacientes. Contudo, esta formação é ainda pouco abrangente visto que apenas instrui de forma geral sobre os procedimentos a cumprir no caso de recepção de um paciente com HIV/SIDA. Adicionalmente, a Província regista uma elevada taxa de rotatividade de pessoal - este, aliás, é um problema em todos sectores da província e do país - o que prejudica o impacto e a qualidade dos serviços de TARV. O facto é que após o profissional adquirir prática e experiência na provisão do tratamento é recolocado em outra US ou distrito e o técnico que o substitui muitas das vezes é recém-formado e sem a experiência requerida para prover o tratamento afectando assim a qualidade do serviço prestado.
74. Conforme referimos, o Niassa é uma Província que enfrenta sérios problemas de desnutrição devido ao elevado nível de pobreza. A esta situação acresce o facto de muitos pacientes terem caído em falência económica devido à sua incapacidade de trabalhar por causa do aparecimento dos sintomas de HIV/SIDA e, conseqüentemente, enfrentarem dificuldades em termos de nutrição. Isto faz emergir sérias preocupações com o actual tratamento com Tenotovire, porque este, devido à deficiência nutricional dos pacientes seropositivos, tem estado a causar efeitos colaterais como cegueira, paralisia, etc., o que leva as pessoas a abandonarem este tratamento. Outro efeito negativo da desnutrição neste contexto é que as organizações da sociedade civil e dos agentes comunitários que trabalham na promoção da adesão ao tratamento vêm-se confrontados de por



um lado, sentirem a responsabilidade de motivarem as pessoas a aderir, e de por outro, estarem perfeitamente conscientes dos efeitos colaterais que, dada a desnutrição, só irão agravar a situação do paciente.

75. Tal como acontece na Zambézia, a questão do acesso a medicamentos também é um desafio. Já houve num passado recente vários casos de ruptura do *stock* de medicamentos, e os doentes tinham de fazer 15 - 20 km para aceder ao TARV na unidade de referência. Ao chegar à mesma não encontravam os medicamentos por não estarem disponíveis o que começou a originar situações de abandono do tratamento. Porque o *procurement* dos medicamentos TARV é feito centralmente a partir de Maputo e a DPS tinha dificuldades em assegurar meios de transporte de Maputo ao Niassa (ficando quase três meses sem receber medicamentos), recentemente a FHI 360 (com apoio da USAID) disponibilizou camiões para o transporte de medicamentos. Contudo, a sustentabilidade desta solução é questionável já que - e em conformidade com os desafios do PES acima referidos - a DPS não tem conseguido gerir e efectuar a manutenção da sua frota. Tem havido muitos acidentes tanto de viaturas de transporte de medicamentos, bem assim, de ambulâncias. Uma vez acidentados, a DPS não tem condições para recuperar as viaturas. Outro factor de preocupação que vem acrescer ao sistema de distribuição, tanto na Zambézia, bem assim, no Niassa é a actual situação de tensão político-militar que se faz sentir com maior ênfase na zona centro do país. Contudo, a Província do Niassa é a que mais pontos de risco apresenta por ser aqui onde a RENAMO tem a maioria das suas bases militares. Com efeito, a nível da Província, começa a haver uma discussão e preocupação a ser levantada relativamente a este assunto.
76. A área de envolvimento comunitário é uma das prioridades da DPS e visa essencialmente activar e mobilizar os conselhos comunitários de saúde nas localidades e postos administrativos. Os dados da DPS indicam que, em 2012, foram estabelecidos 74 comités de saúde, e 115 unidades sanitárias possuem comités de co-gestão. No âmbito da revitalização os dados da DPS indicam que o Niassa possui 97 APEs em funcionamento e previa-se a sua expansão para 197, em 2013. Uma das pessoas por nós contactada indica que os comités de co-gestão têm mostrado bons resultados, especialmente em Mandimba, cujo caso de sucesso será replicado para Muembe e Lago.
77. A dificuldade de registo a vários níveis também é uma realidade no Niassa. Os dados sobre o atendimento e sobre os *kits* ainda não são fiáveis. Apenas a título de exemplo, é possível ir à farmácia de uma determinada unidade sanitária e encontrar um número de pacientes registados em TARV, ir ao registo de pacientes atendidos e encontrar números diferentes; números diferentes podem ainda ser encontrados a nível dos SDSMAS e da própria DPS. Há uma necessidade de uniformizar o processo de recolha e análise de dados e o processo de pontuação comunitária neste âmbito e o projecto pode ajudar neste sentido, já que este não é um problema que se possa resolver pela simples adopção de tecnologia informática.
78. O relacionamento entre a sociedade civil e Governo / DPS tem estado a registar melhorias significativas. A título de exemplo, no âmbito do próprio SAKSAN, o projecto foi apresentado ao Governo, tendo facilitado a interacção com a DPS. Após alguns pedidos de esclarecimento da DPS, esta mostrou-se aberta à sua implementação e inclusive sugeriram que o mesmo fosse inicialmente implementado em Marrupa, Maúa e Muembe, podendo ser expandido para outros locais de referência.
79. A sociedade civil no Niassa também realiza dois encontros anuais com a Assembleia Provincial onde expõem as preocupações relacionadas com os quatro pilares da governação (um dos quais ligado à saúde). A AP, por sua vez, comunica ao governo provincial as preocupações manifestadas pela sociedade civil. Contudo, este órgão possui um limitado poder de efectuar recomendações obrigatórias ao Governo, sendo esta a mesma situação em todo o país.
80. A nível do Observatório de Desenvolvimento, vários actores da sociedade civil e parceiros de cooperação na Província têm tecido comentários positivos à abertura cada vez maior para discutir os assuntos relacionados com o desempenho do executivo provincial na prossecução do PARP e do PESOP. Na área da saúde as melhorias incluem encontros mais regulares com os pontos focais, com agentes de medicina tradicional, com líderes comunitários e com os próprios comités de gestão do TARV.

### 3. Os Processos de Gestão de Recursos Públicos na Província

81. A presente secção – e as subsecções que se seguem - pretendem estabelecer como se desenrolam os processos de gestão de recursos públicos em Moçambique, especificamente a nível da província (e distrito). Em Moçambique o ciclo de gestão de recursos públicos é também designado por ciclo de planificação e orçamentação e compreende as fases seguintes:

- i) Planificação Estratégica;
- ii) Preparação Orçamental;
- iii) Execução Orçamental;
- iv) Contabilidade & Reporte;
- v) Auditoria Externa;
- vi) e Revisão de Políticas.

82. Este ciclo não é designado como tal por lei e, a nomenclatura atribuída está relacionada com os conceitos internacionais relacionados com a análise do orçamento.

83. A Concern Universal também utiliza, para efeitos de responsabilização social a terminologia criada pelo PSAM (Público Sector Accountability Monitor<sup>30</sup>) afecto à Faculdade de Jornalismo da Universidade de Rhodes, África do Sul (por favor, vide figura 3, abaixo).



Tabela 10 - Ciclo de Planificação e Orçamentação



Figura 2- O Ciclo de Responsabilização Social - Modelo PSAM

<sup>30</sup> Antigo CSA - Center for Social Accountability, Rhodes University, Grahamstown, Port Elizabeth, África do Sul.

84. A primeira fase do referido ciclo (Modelo PSAM) inclui todos os aspectos de planificação estratégica, anual e de preparação orçamental, mas as fases seguintes são praticamente as mesmas em termos de conteúdo, apenas com uma diferença de perspectiva à sua designação. Falar do ciclo de planificação e orçamentação e/ou falar do ciclo de responsabilização social é falar da mesma matéria em duas perspectivas diferentes. A primeira é mais uma perspectiva de processo e linguagem pública, a segunda, expressa mais uma perspectiva de abordagem de direitos humanos e de satisfação de necessidades sociais. Qualquer uma delas é perfeitamente aplicável ao tipo de iniciativa que o SAKSAN representa, contudo, a equipa optou por utilizar um ciclo mais geral que irá, especialmente durante o processo de formação e advocacia, usar uma mescla de cada uma das duas abordagens por ser impossível separá-las.
85. A Teoria de Mudança (TdM) do SAKSAN assume que a participação cívica em cada uma das fases do ciclo de planificação e orçamentação pública, começando pela compreensão do funcionamento do processo, é um dos alicerces para que os actores do lado da demanda possam contribuir para um melhor desempenho dos actores do lado da resposta a essa mesma demanda.

### 3.1 Processo de Planificação Estratégica

86. Esta fase do processo - liderada principalmente pelo Ministério da Planificação e Desenvolvimento (MPD) - produz a determinação da agenda política de médio e longo prazo do Governo e procura estabelecer a ligação entre tal agenda política e o quadro fiscal e macroeconómico de médio prazo. Tal é feito contrabalançando os anseios políticos (*shopping list*) e a previsão de despesas e receitas necessárias para materializá-los. Em Moçambique, deste processo resulta a elaboração do documento estratégico de redução da pobreza, o PARP, o PQG (Plano Quinquenal do Governo) e os próprios Planos Estratégicos Sectoriais, Provinciais e Distritais (onde aplicável). A Visão política de longo prazo (Visão 2025) é também um dos produtos deste processo.

### 3.2 Processo de Preparação Orçamental

87. No processo de preparação orçamental, liderado pelo Ministério das Finanças (MdF) o orçamento do ano seguinte é preparado tendo como referência um quadro fiscal e macroeconómico de médio prazo, o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) num processo que inicia com o MdF a determinar os tectos da despesa agregada e a providenciar orientações sobre como o orçamento do ano seguinte deve ser preparado e com as respectivas orientações de limites máximos de despesa para cada sector / instituição relevante. Cada instituição / nível/sector prepara a sua proposta de orçamento e submete ao MdF para efeitos de aprovação, seguindo-se de um momento de discussão do orçamento (também designado por defesa e/ou negociação do orçamento). Desde o ano de 2012 que este processo começou a ser realizado a nível da Província permitindo uma maior interacção com os vários entes públicos na Província com relevância para o processo<sup>31</sup>.
88. Após a finalização do processo de defesa ou negociação do orçamento para o ano seguinte as propostas são finalizadas (incluindo as propostas de PES e Orçamento Provincial) e submetidas à aprovação pelo Conselho de Ministros, o qual deverá fazê-lo até meados de Agosto, devendo a proposta global de PES e Orçamento do Estado ser submetida à Assembleia da República para efeitos de aprovação até 15 de Dezembro de cada ano.
89. Outro aspecto importante é a questão do CFMP, se por um lado, este instrumento é importante para efeitos de previsão de despesas e de receitas para os três anos seguintes, por outro, ainda há limitações para a sua utilização a todos os níveis. Algumas entidades com participação no processo de orçamentação indicam que actualmente este é um instrumento sem qualquer utilização. Na mesma linha, para que o CFMP seja um instrumento com a devida utilidade, o país tem de embarcar num processo sério de orçamentação por programas e aí será, mais fácil inclusive identificar as áreas prioritárias no OE.

<sup>31</sup> Anteriormente a 2012, o processo era realizado a nível central (MPD/MdF e Sector) o que implicava que apenas uma pequena representação dos órgãos provinciais pudesse estar presente no momento de defesa do seu orçamento.

### 3.3 Processo de Execução

90. Uma vez aprovado o Orçamento do Estado pela Assembleia da República, as despesas podem começar a ser executadas em linha com um processo determinado pela Lei que cria o Sistema de Administração Financeira do Estado (SISTAFE). Este processo desenrola-se através de 5 (cinco) fases, designadamente a autorização (devendo as despesas ser executadas em conformidade com a rúbrica orçamental e o período determinado no OE e aprovado pela AR), compromisso (onde são celebrados acordos entre os entes públicos e terceiros com vista à efectivação das despesas programadas), verificação (de modo a assegurar que as os bens/serviços recebidos se encontram na qualidade e condições solicitadas), autorização do pagamento e o Pagamento (onde os fundos são transferidos directamente da conta da instituição para a conta bancária do fornecedor).
91. A intenção da presente subsecção não é de abordar com profundidade todos os elementos do processo de execução ou do ciclo de planificação e orçamentação, mas cabe-nos referir que:
- i) As unidades com orçamento (UGB) só começam a executar o orçamento após receberem uma comunicação escrita emitida pela DPPF sobre o orçamento, de facto, alocado;
  - ii) Muitas das vezes o Orçamento disponível é inferior à proposta submetida, tanto a nível da DPS, bem assim, a nível das Administrações Distritais;
  - iii) Parte do orçamento dos SDSMAS é coberto pelo PESOD o que significa que os serviços distritais têm autonomia limitada para assegurar que todas as acções prioritárias encontrem cobertura orçamental;
  - iv) A DPS (tal como acontece com todos os sectores na província) opera com base no e-sistafe, mas os serviços distritais não têm e-sistafe e o seu orçamento é executado com base no e-sistafe da Administração Distrital.

### 3.4 Processo de Contabilidade e Reporte

92. Esta fase, por um lado, é destinada a monitorar os compromissos de despesa assumidos e os pagamentos, de facto, efectuados. A contabilidade é o instrumento utilizado para efectuar essa monitoria pois, efectua o registo de todas as transacções efectuadas pelo Estado. O e-sistafe é a plataforma informática que processa todas as operações contabilísticas das instituições do Estado. Trimestralmente, com efeito, 45 dias após o fim de cada trimestre são emitidos relatórios de execução orçamental (REO)<sup>32</sup> e 5 meses (Maio) após o final do exercício é emitida a Conta Geral do Estado (CGE) que serve de instrumento de reporte submetido à Assembleia da República (AR) para descrever os resultados e desempenho da execução orçamental para efeitos de verificação da conformidade ou não com o Orçamento originalmente aprovado.
93. A contabilidade e reporte são efectuados em Moçambique em conformidade com os classificadores adiante indicados, dependendo do fim e requisito que a informação pretende servir<sup>33</sup>:
- i) Classificador Económico, classifica a despesa em categorias económicas como, por exemplo, despesas com pessoal ou com bens e serviços;
  - ii) Classificador Administrativo ou Orgânico, classifica a despesa de acordo com a responsabilidade administrativa de quem a tem de gerir e executar;
  - iii) Classificador Funcional, classifica a despesa de acordo com o seu objectivo, por exemplo, entre outros, saúde, educação, segurança social e habitação; e,
  - iv) Classificador Programático, classifica a despesa de acordo com os programas de Governo, por exemplo, HIV/SIDA, Criança, aspectos de género, etc. Este classificador ultrapassa os limites de uma instituição ou sector específico. No caso do HIV/SIDA, por exemplo, a redução dos índices de

<sup>32</sup> O REO reporta a execução orçamental referente a cada trimestre do exercício e, através da sua análise, é possível monitorar a execução do OE *vis-à-vis* o orçamento aprovado e/ou alterado. É emitido pela Direcção Nacional da Contabilidade Pública – DNCP 45 dias após o fim de cada trimestre. Da análise do REO é possível destilar informação útil, fiável e actualizada sobre quanto foi efectivamente alocado e gasto pelas instituições, sectores e áreas-chave com impacto directo na qualidade de vida dos cidadãos. O problema é que a informação do REO não apresenta o grau de detalhe que permita analisar quanto foi de facto gasto (e como) por instituições como as unidades sanitárias. O classificador programático pode, porém, oferecer informação sobre quanto é gasto numa determinada área-chave (HIV/SIDA, por exemplo) mas apenas o aperfeiçoamento da utilização deste classificador pode maximizar este potencial e facilitar o efectivo rastreamento da despesa pública.

<sup>33</sup> Definidos pela Lei e Regulamento do SISTAFE.

sero-prevalência não é limitada ao Ministério ou instituições de Saúde, porém, por ser um aspecto transversal, engloba uma série de actividades que devem ser desenvolvidas por instituições de vários sectores.

### 3.6 Processo de Auditoria Externa

Página | 44

94. A Auditoria é uma fase crucial do Ciclo de GFP pro assegurar uma efectiva prestação de contas pelas entidades com responsabilidades de gestão de recursos públicos e provisão de serviços. A auditoria externa pública é também uma parte essencial de todo o sistema de supervisão, do qual fazem parte ainda, para além do Tribunal Administrativo (na qualidade de órgão de auditoria externa e de Instituição Suprema de Controle-ISC em Moçambique), a Assembleia da República (na qualidade de órgão fiscalizador e com poderes de exigir acções determinadas por parte do Governo e de outros órgãos e mecanismos de controle estabelecidos), e no nível mais descentralizado / desconcentrado, as Assembleias Provinciais e Assembleias Municipais. O Provedor de Justiça, na qualidade de garante da observância dos direitos humanos, também deve ser considerado um órgão de supervisão, e, conseqüentemente de supervisão em sede de responsabilização social.
95. O Tribunal Administrativo, para além de funcionar como um Tribunal Administrativo, exerce a fiscalização prévia dos contratos e contratações públicas e, cumpre com uma função de auditoria importante através da verificação:
  - i) Da existência de desvios em relação às práticas e padrões aceitáveis de gestão pública; e,
  - ii) Da existência de eventuais violações aos princípios de legalidade, eficiência, eficácia e economia da gestão financeira, podendo exercer e recomendar a adopção de acções correctivas, conforme aplicável.
96. O TA tem o mandato de auditar a Conta Geral do Estado, e submete o seu parecer e opinião sobre a CGE - a qual constitui um verdadeiro relatório de auditoria à CGE - e submete-a à Assembleia da República (AR) uma vez por ano. O problema é que o actual calendário de funcionamento da AR só a permite analisar este relatório e emitir o seu parecer dois anos após o exercício a que se refere, não funcionando, por isso, como um verdadeiro mecanismo de supervisão e fiscalização do desempenho do Estado neste sentido. O relatório e parecer do TA sobre a CGE é analisado pela Comissão do Plano e Orçamento, que depois submete o seu relatório ao plenário para discussão e decisão. Para além desta, até agora a AR também não tem qualquer relação estabelecida com as entidades que desempenham funções de controlo e auditoria em Moçambique. Contudo, o quadro jurídico-legal abre espaço para esta interacção ao estabelecer que o *“Tribunal Administrativo e os tribunais administrativos podem realizar, sempre que o entenderem, por iniciativa sua ou a pedido da Assembleia da República ou do Governo, auditorias de qualquer tipo ou natureza a determinados actos, procedimentos ou aspectos da gestão financeira das entidades submetidas aos seus poderes de controlo financeiro”* (Vide, por favor, a Lei que regula o funcionamento da 3ª Secção do TA, Artigo 50).

### 3.6 Revisão de Políticas

97. Esta última fase do ciclo orçamental concentra-se na avaliação das políticas do Governo e na forma como se desenrola a sua aplicação de forma a produzir lições e constatações que possam guiar quaisquer necessidades de alteração ou ajuste das mesmas, considerando elementos de relevância, eficácia e eficiência de tais políticas. A responsabilidade por esta função não é clara na Lei, embora nos pareça relevante sublinhar que parte desta função cabe no âmbito das visitas de monitoria pelas comissões da AR, da Revisão Conjunta Anual e do próprio Observatório de Desenvolvimento Nacional, com o envolvimento do MdF/MPD e quaisquer outras instituições relevantes. Em verdade, o processo de revisão de políticas é um importante ponto de entrada para influenciar políticas nacionais com base nas evidências que o SAKSAN vier a recolher no terreno, justificando, por isso, a importância da interacção do programa a nível dos eventos / entidades acima referidas.

## 4. Conclusões & Desafios

98. O Observatório Provincial de Desenvolvimento é um espaço de diálogo importante. No entanto na Zambézia, os nossos entrevistados, quer do lado da DPS, como do lado da sociedade civil indicaram não haver muita interacção em relação às questões de saúde a nível do OD Provincial. Situação diferente foi encontrada em Niassa, onde têm estado a ser registadas melhorias significativas a nível do ODP. Para além do Observatório de Desenvolvimento há os espaços de diálogo a nível do distrito, os conselhos consultivos locais<sup>34</sup>. Estes são órgãos de discussão de questões locais por membros eleitos na comunidade, pessoas influentes e líderes de opinião e, por representantes dos serviços distritais. O propósito destes espaços é o de discutir-se aspectos relacionados com o desenvolvimento do distrito (incluindo a nível de planificação e partilha de informação) e, mais recentemente, o processo de análise e aprovação de projectos beneficiários a nível dos fundos dos Sete Milhões dos Distritos. Qualquer um destes espaços ostenta limitações relacionadas com a participação efectiva da sociedade civil e com a abordagem de questões de saúde a este nível.
99. As secções anteriores tinham como objectivo contextualizar o cenário em que se enquadra o SAKSAN e tirar um retrato sobre os processos, mecanismos, actores e espaços de participação na saúde a nível nacional e a nível das duas províncias-alvo do projecto. As mesmas teceram considerações sobre a situação da saúde na Zambézia e Niassa, sobre o enquadramento jurídico-legal da saúde e participação no país.
100. As secções anteriores também efectuaram uma discussão aprofundada sobre vários aspectos relacionados com a provisão de serviços de TARV em Moçambique e nas duas províncias-alvo. Alguns desafios são levantados e a primeira subsecção procura retratá-los de forma objectiva. A segunda subsecção da presente secção chama para a discussão os riscos inicialmente apresentados aquando da concepção do programa, aborda-os e procura inseri-los no quadro da discussão que foi feita ao longo do presente levantamento de base. Em relação aos mesmos, algumas recomendações são efectuadas.

### Desafios do sector

101. Conforme se depreende do presente relatório o sector de Saúde no geral, e área de TARV / PTV em especial enfrenta vários desafios relacionados, designadamente, com:
- (i) Os problemas associados aos **medicamentos** têm a ver com dois aspectos fundamentais. O primeiro encontra-se relacionado com a disponibilidade do próprio medicamento para o tratamento TARV. O segundo tem a ver com as condições de armazenagem e transporte de medicamentos de Maputo para os armazéns provinciais e destes para as unidades sanitárias nos distritos. Um outro desafio que o presente relatório não sublinha, mas que tem sido relatado em outra documentação, tem a ver com a distribuição de medicamentos com prazo de validade expirada, o que afecta significativamente a qualidade do tratamento e, muitas vezes agravando ainda mais o estado de saúde do paciente;
  - (ii) O sector da saúde no país, e nas duas províncias-alvo do SAKSAN, enfrenta dificuldades relacionadas com a sua **capacidade** para prover adequadamente os serviços a que se propõem oferecer. Por um lado há a questão dos recursos humanos insuficientes (tanto em termos de quantidade, bem assim, em termos de qualificações). Por outro, há a limitação em termos de recursos financeiros disponíveis para o cumprimento do mandato da DPS e USs. Associada a esta

<sup>34</sup> Os conselhos consultivos locais foram criados por via da Lei de funcionamento dos órgãos locais do Estado, a Lei 8/2003, de 19 de Maio (LOLE), a qual é regulamentada pelo Decreto nº 11/2005, de 10 de Junho. A sua implementação foi desigual por todo o país. No Niassa, os CCLs começaram a tornar-se menos efectivos e entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012 foi implementado o programa FORÇA pela Concern Universal, com financiamento da União Europeia para a sua revitalização e, apesar de ainda persistirem desafios relacionados com a sua efectividade, os CCLs têm registado melhorias importantes a nível de representatividade e participação das comunidades.



questão está a limitada capacidade de aquisição e manutenção de equipamento diverso. Todos estes elementos têm um impacto negativo sobre a eficiência, eficácia e qualidade dos serviços de saúde;

- (iii) Outro desafio que não é claramente levantado pelo presente relatório é a **corrupção** percebida no sector da saúde. Relatos de vários estudos retratam esta matéria de forma exaustiva e têm indicado casos de corrupção na área de *procurement* de medicamentos e a solicitação de subornos aos utentes. Aqui é crucial o papel que entidades como a AR, a PGR/GCCC, a IGF, o TA e, entre outras, a própria IS tem em assegurar que este problema seja mitigado e que quaisquer situações sejam encaminhadas para devida correcção e resolução;
- (iv) O actual quadro **político-jurídico-legal-institucional** concernente à participação cívica do cidadão segue os parâmetros estabelecidos internacionalmente, e faz sentido que assim o seja. A Constituição da República, a LOLE e o seu regulamento, a LEBOFA e outras normas, sobre a interacção entre os órgãos da administração pública e os cidadãos / comunidades, estabelecem como sendo importante a participação do cidadão na gestão de recursos públicos. Contudo, uma lacuna significativa que se prende com a participação cívica é a carência de objectividade que a lei exhibe. Isto é, se por um lado são estabelecidos os princípios sobre a participação e transparência na Gestão de Recursos Públicos, por outro, não nos parece que o actual quadro tenha conseguido estabelecer e determinar como tal participação pode ser efectivada - com a devida excepção do direito à submissão de petições previsto na LEBOFA. Os ODs provinciais e de nível central e os conselhos consultivos locais são locais (instituições) criadas para o diálogo entre os vários actores sociais, contudo, a literatura existente aponta para certas lacunas do actual quadro nesse sentido;
- (v) Os órgãos de supervisão (tal como a AR, o TA, as APs, as AMs, a IGF, o Provedor de Justiça, entre outros) são órgãos que têm o mandato para responsabilizar os órgãos executivos pela forma como estes utilizam os recursos públicos, da mesma forma que o Governo presta contas à AR ou vê o TA auditar as suas contas. Se, por um lado, o país tem vindo a registar a nível das províncias, uma crescente interacção entre a sociedade civil e a Assembleia Provincial, e, por outro, a nível central, esta relação também tem sido fortalecida entre a AR e o FMO, por exemplo, e os jornalistas parlamentares, numa tentativa de estabelecer laços de comunicação entre órgãos de supervisão / fiscalização e a sociedade civil. Fica ausente, porém, a importante interacção que deve existir entre a ISC (no nosso caso o TA) e a sociedade civil, a qual se revela importante em termos de transparência e acesso a informação fiável e de qualidade. Há, por isso que reforçar a **interacção entre os órgãos de supervisão e a sociedade civil** à volta dos assuntos ligados à gestão de recursos públicos.

## Riscos para o SAKSAN

102. Para analisar os riscos para iniciativas de responsabilização social é preciso fazê-lo com referência aos factores que favorecem a responsabilização social. Tais factores incluem o acesso a informação, a vontade / capacidade dos actores do lado da demanda de promoverem a responsabilização e a interacção com os actores do lado da resposta à demanda e vice-versa. A proposta submetida pela Concern Universal para efeitos do projecto faz referência, por isso, a riscos identificados que podem prejudicar o alcance das metas e objectivos do SAKSAN. A Tabela abaixo ilustra tais riscos por componente:

Componente	Riscos Identificados	Observações
<b>I. aumento da capacidade das OSC/OCB de engajamento em responsabilização social</b>	Vontade e comprometimento das OCBs / OSCs em realizar trabalho de responsabilização social	Em Moçambique, a intervenção da sociedade civil já começa a demonstrar alguns anos de desenvolvimentos. Ainda existe, contudo um papel mais “prestador” dos grupos cívicos no qual estes se substituem ao papel e responsabilidade do Estado na provisão de serviços. Muitas vezes isto é justificado pela própria incapacidade quantitativa do Estado em prover tais serviços. Na área de TARV e PTV, por exemplo, iremos encontrar mais organizações, grupos cívicos ou voluntários a prestarem cuidados domiciliários, a prestarem aconselhamento ou a incentivarem a testagem e adesão ao tratamento. Se bem que este trabalho é útil e importante, urge também um engajamento virado para a promoção de uma maior transparência e acesso a informação sobre como os recursos



Componente	Riscos Identificados	Observações
		<p>públicos são despendidos nesta área ou sobre o desempenho dos serviços de saúde. Esta é uma abordagem que pode causar algum grau de conflito, e ser acompanhada da conotação política pela exigência de dados e informações. Por essa razão existe um risco significativo de a vontade de participação cívica e engajamento ser comprometida por este receio.</p> <p>Para abordar esta questão, o processo de formação deverá concentrar esforços no sentido de sensibilizar a responsabilização social como um direito humano (alinhado com os mais altos documentos internacionais e regionais sobre os direitos do homem e com a própria constituição de Moçambique) mais do que um direito político.</p>
	<p>OCSs / OCBs comprometidas para com os princípios democráticos de governação interna</p>	<p>Muitas das organizações que operam no país, principalmente organizações locais têm sido associadas a práticas internas menos democráticas (sem transparência, comunicação entre os membros, etc.) e têm sido apelidadas de organizações de <i>one-man-show</i>. O risco é moderado, mas acreditamos que a sociedade civil deve liderar pelo exemplo e não faria qualquer sentido exigir melhor governação sem o respeito - internamente - pelos mesmos princípios que são exigidos.</p> <p>Para ultrapassar este risco, o SAKSAN, propõe-se a proceder uma análise de perfil e de necessidades de formação das organizações beneficiárias do processo de formação e adaptar um pacote de formação em governação interna para todas as organizações beneficiárias (este processo de formação será acompanhado de análise de perfil/necessidades antes da formação e uma mini avaliação de conhecimentos após a formação).</p>
	<p>Todas as partes interessadas disponíveis para participar activamente no levantamento de base</p>	<p>As agendas das organizações e dos representantes do Estado nem sempre são possíveis de conciliar num exercício de levantamento. Por coincidência, grande parte do exercício de levantamento foi realizado no terreno durante a visita de presidência aberta pelo PR. Isto tem sérias implicações para a disponibilidade dos funcionários e agentes de Estado. Contudo, grande parte da informação também resulta de uma análise de documentação relevante existente. Ademais, parte dos dados de base terão de ser recolhidos após o início da implementação pela própria indisponibilidade de informação relevante no momento do levantamento.</p>
	<p>Todos os participantes disponíveis para participar nas sessões - incluindo com um equilíbrio de género</p>	<p>O risco que existe aqui tem basicamente a ver com as seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Será que as datas / momentos das formações não irão coincidir com outras responsabilidades dos participantes? Será preciso assegurar que as datas das formações não coincidam, principalmente, com momentos específicos da época agrícola já que a maior parte dos membros das organizações beneficiárias vivem da agricultura;</li> <li>• Será as estradas de acesso são favoráveis para a participação assídua e pontual dos beneficiários? Existe o risco de, por um lado as vias de acesso não serem favoráveis e estarem envolvidos riscos elevados de transporte e alojamento dos mesmos, já que não será possível organizar as formações em cada um dos distritos - alvos seleccionados. Outra questão acresce: o risco de as formações coincidirem com a época das chuvas e, conseqüentemente, afectar o grau de participação.</li> <li>• Será fácil envolver mais mulheres - considerando as suas responsabilidades específicas e cultura local - no processo de formação? Será possível faze-las deslocar para o local de formação, quando o mesmo seja afastado das suas zonas normais de actividade?</li> </ul>
<p><b>2. Aumento do engajamento entre os actores do lado da demanda e da resposta à</b></p>	<p>A Agenda de Descentralização permanece uma prioridade para o Governo</p>	<p>Se por um lado, as iniciativas de responsabilização social visam promover uma melhor governação, estas podem ser uma ferramenta importante para assegurar o cumprimento das metas de descentralização do Governo. Contudo, é preciso assegurar que a participação cívica seja uma componente efectiva da política e prioridades de descentralização.</p>

Componente	Riscos Identificados	Observações
<b>demanda volta da qualidade dos serviços de TARV e PTV (SMI)</b>	Vontade política de alguns membros do Governo em colaborar com a sociedade civil	Este pode constituir, com efeito um risco sério. A não colaboração com os grupos cívicos poderá exigir alguma criatividade para se avançar com importantes actividades necessárias. Contudo, é preciso referir que a equipa recebeu uma manifestação de apoio por parte do MISAU (nível central), e de ambas direcções provinciais de saúde nas províncias-alvo o que permite criar uma porta de entrada para acção. Será preciso assegurar que todas as partes interessadas sejam mantidas a par dos passos tomados no contexto do SAKSAN.
	Disponibilidade dos documentos públicos relevantes	O acesso a informação é um factor transversal em qualquer uma das fases do projecto. Qualquer actividade que não esteja devidamente informada em evidências está, a princípio, destinada a falhar. Mecanismos formais e informais de acesso e consulta de informação deverão ser promovidos.
	Capacidade de engajamento das OCBs / OCSs em responsabilização social	No geral, o conceito de responsabilização social ainda é novo no país. Veja-se, por exemplo, que não existem documentos oficiais que utilizam este conceito até agora. Poucas são as iniciativas de responsabilização social movidas pela sociedade civil. Especificamente, iniciativas deste género envolvem a realização de trabalho com planos e orçamentos, monitoria de processos de procurement, entre outras técnicas que na maior parte das vezes não são o forte das pessoas que estarão envolvidas nas actividades. Espera-se reduzir significativamente este risco durante o processo de formação que, de forma simples e adequada, irá apoiar os participantes na utilização destas ferramentas.
	As OCBs/OCSs mostram interesse em produzir evidências	Produzir evidências e utilizá-las pode ser trabalhoso. O apoio da equipa do projecto na captação e análise de evidências será relevante para suavizar este risco.
	A agenda de descentralização e os mecanismos de participação continuem uma prioridade para o Governo	Este aspecto já foi abordado em sede da componente I, acima.
<b>3. Conhecimento &amp; Aprendizagem</b>	As OCBs/OCSs que trabalhem em responsabilização social no sector da saúde estão dispostas a partilhar e reconhecer falhas e aprender com os mesmos	Este é um risco que se oferece inclusive à própria equipa do projecto. de modo a assegurar que os grupos que trabalhem com o projecto consigam reconhecer quando estão “ <i>montados sobre um cavalo morto</i> ”, a equipa do SAKSAN irá (a) prestar o apoio, assistência e orientação necessária durante a implementação; e (b) acompanhar de perto a implementação e discutir com os parceiros formas mais adequadas de intervenção.
	Ambiente politicamente favorável em Moçambique	Actualmente, apesar das circunstâncias referidas ao longo do presente relatório, é possível assumir que as condições estão criadas para uma implementação favorável das actividades do projecto. Contudo, este, e outros elementos sociais constituem um factor que foge ao controlo da equipa do SAKSAN.
	Ambiente favorável de liberdade de imprensa e expressão	O mesmo que acima.
	Capacidade, competências e tempo disponibilizado para a produção de documentos	A equipa do projecto deverá dedicar espaço para capturar e analisar dados/informação e capturar lições aprendidas sobre a implementação do projecto. Porque a aprendizagem é um processo que requer o seu tempo, discussões serão realizadas dentro da equipa e com os parceiros de implementação de modo a retratar a situação real ao longo da vida do projecto.

Componente	Riscos Identificados	Observações
	A Assembleia da Republica disposta a continuar aberta para trabalhar com a sociedade civil	Este risco é considerado reduzido uma vez que esta tem sido a tendência de evolução na forma de trabalho da AR. O mesmo se vai notando um pouco por todo o país a nível das APs e das Assembleias Municipais. Contudo, este é um elemento que escapa ao controlo da equipa do SAKSAN.

**Tabela 11 - Riscos Identificados por Componente do SAKSAN**

- I03.A abordagem do SAKSAN terá de ser virada para a criação de um ecossistema (espaços, ambiente e mecanismos) válidos, reconhecidos, que contribuam para uma cultura de responsabilização social que efectivamente influenciem o acesso aos serviços públicos e à qualidade desses serviços. Há exemplos de sucesso de iniciativas de responsabilização social que permitiram melhorar a interacção utentes - prestadores de serviços e a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, porque hoje, é geralmente aceite que um ambiente de governação socialmente responsável contribui para melhorias nos serviços prestados, para a legitimidade das acções públicas, para o aumento da colecta de receitas, para uma maior estabilidade e desenvolvimento.
- I04.O SAKSAN pretende alcançar uma mudança - essa mudança reside em demonstrar que iniciativas que promovem uma maior participação nada mais são do que acções úteis para tornar a função de monitoria, fiscalização e acompanhamento da qualidade dos serviços públicos não deve ser / nem é uma responsabilidade ou esforço reservado somente aos entes públicos.
- I05.Os relatórios que o SAKSAN irá produzir serão importantes para analisar o desenrolar das actividades programadas e o alcance das metas previstas. Serão também produzidos relatórios pelas organizações/grupos responsáveis pela implementação no terreno. Cada actividade realizada no âmbito do SAKSAN será registada pela equipa do projecto e analisada pela mesma de modo a assegurar a compilação de lições sobre e a sua utilização na condução do projecto.

## ANEXOS

### Anexo I Lista de Entidades Contactadas (por ordem de contacto)

Nº	Nome	Entidade / Instituição	Cargo
1	Luísa Cumba	DPS	Directora Provincial
2	Dercio Filimao	DPS	Assessor da Directora Provincial
3	Dr. Oscar	DPS	Chefe de Assistencia Medica
4	Bárbara Matos	DPS	
5	Rodolfo Henriquez	Visao Mundial	Chefe Adjunto de Equipa Ogumaniha
6	Lizete Pagere	ICAP	Assessora do Programa de SMI
7	Medico Chefe Nicoadala		
8	Sr. Zezela	Observatório de Desenvolvimento Zambézia	Vice-Presidente SAMCOM-Quelimane
9	Sociedade Civil quelimane		
10	Anabela Lucas	RENASCER	Coordenador
11	Jorge Cardoso	NANA-Mocuba	Coordenador
<b>Membros do Conselho de Co-Gestão de Nicodala</b>			
12	Francisco António Torneiro	Igreja Assembleia de Deus	Representante
13	Manuel Daselo	Mulohove	Regulo
14	Carla Conceição	MOLA	Membro
15	Inacio Marques Messias	Bairro Botão	Lider Comunitario
16	Estevao Celestino	Bairro Supinho	Lider Comunitario
17	Melo Madal	AMETRAMO	Membro
18	Maria Araujo	Membro da Comunidade	
19	Amancio Trigo Colha Mudesá	ANANI	Membro

Implementado por:



Financiado por:



**THE WORLD BANK**