



Este trabalho foi realizado pela SARDC em coordenação com a Unidade Orçamental do Idasa, com o apoio financeiro da ASDI. Os pontos de vista aqui apresentados não são necessariamente os do Idasa, SARDC ou ASDI.

Centro de Documentação e Pesquisa para a África Austral  
SARDC Moçambique  
Rua D.Afonso Henriques N° 141  
C.P 957  
Moçambique  
Email: sardc@maputo.sardc.net  
Tel: +258 1 49 08 31  
Fax: +258 1 49 11 78  
Website: www.sardc.net

© SARDC / IDASA 2005  
© Caixas, Tabelas, Gráficos, onde especificado

(ISBN) Registo N° 4419/RLINLD/2005

A informação contida neste relatório pode ser reproduzida, utilizada e distribuída sem consentimento prévio desde que esta publicação seja devidamente citada como fonte original nos seguintes moldes:

*Financiando a Luta Contra a Sida – Relatório sobre Moçambique*  
Centro de Documentação e Pesquisa para a África Austral,  
SARDC Moçambique.

Agências de coordenação e assistência técnica:

SARDC Moçambique

Tradução

Elias Cossa

Concepção da Capa

Tonely Ngwenya

Concepção do texto e arranjos

Tonely Ngwenya e Arnoldina Chironda

Fotolito e Impressão

DS Print Media, Joanesburgo





<b>ÍNDICE</b>	<b>3</b>
<b>LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS</b>	<b>5</b>
<b>LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS</b>	<b>6</b>
<b>SUMÁRIO EXECUTIVO</b>	<b>7</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>8</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Antecedentes e Exposição do Problema</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Propósito e Objectivo do Estudo</b>	<b>9</b>
<b>1.3 Metodologia da Pesquisa</b>	<b>10</b>
1.3.1 Fontes dos dados	10
1.3.2 Metodologia de recolha de dados do estudo	10
1.3.3 Limitação e parâmetros do estudo	10
1.4 Estrutura do relatório	12
<b>2. PERFIL DO PAÍS</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Demografia e Indicadores Económicos</b>	<b>12</b>
2.1.1 Situação económica e níveis de pobreza	12
2.1.2 Distribuição rural/urbano	13
2.1.3 Nível de descentralização	15
<b>2.2 Epidemia HIV/SIDA</b>	<b>16</b>
2.2.1 Prevalência e projecções	16
2.2.2 Distribuição geográfica e de género	17
<b>2.3 Linhas de Resposta do Governo ao HIV/SIDA</b>	<b>18</b>
2.3.1 História da resposta do governo	18
2.3.2 Quadro legislativo e obrigações	18
2.3.3 Política do governo para o SIDA	19
2.3.4 Estruturas e instituições para a implantação dos programas do governo sobre a SIDA	20
2.3.5 Parcerias público - privadas para o HIV/SIDA	21
<b>2.4 Progressos Registados em Relação à Declaração da UNGASS</b>	<b>21</b>
<b>2.5 Sistema de Cuidados de Saúde</b>	<b>22</b>
2.5.1 Sistema geral de cuidados de saúde	22
2.5.2 Estrutura e nível de descentralização	22
2.5.3 Financiamentos aos cuidados de saúde	23



<b>3.</b>	<b>PROCESSO ORÇAMENTAL</b>	<b>25</b>
<b>4.</b>	<b>TRANSFERÊNCIAS FISCAIS INTERGOVERNAMENTAIS PARA O HIV/SIDA</b>	<b>26</b>
<b>5.</b>	<b>FUNDOS DOS DOADORES PARA O HIV/SIDA</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>Estrutura e Processos de Alocação e Desembolso dos Fundos dos Doadores para o HIV/SIDA</b>	<b>29</b>
<b>5.2</b>	<b>Alocações e Prioridades dos Doadores</b>	<b>29</b>
<b>5.3</b>	<b>Valores Atribuídos e o Processo de Absorção Financeira do Fundo Global</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>ALOCAÇÕES ORÇAMENTAIS PARA INTERVENÇÕES TRAÇADAS NA ÁREA DO HIV/SIDA</b>	<b>31</b>
<b>6.1</b>	<b>Orçamento Total para o HIV/SIDA</b>	<b>31</b>
<b>6.2</b>	<b>Tendências ao Longo do Tempo</b>	<b>32</b>
<b>7.</b>	<b>PRIORIDADE PRESTADA AO HIV/SIDA E À SAÚDE</b>	<b>32</b>
<b>8.</b>	<b>COMPOSIÇÃO DAS DESPESAS PARA HIV/SIDA</b>	<b>34</b>
<b>8.1</b>	<b>Distribuição por Áreas do Programa</b>	<b>34</b>
<b>8.2</b>	<b>Partilha dos Totais de Fundos para HIV/SIDA para ONG's e OBC's</b>	<b>34</b>
<b>9.</b>	<b>EFICIÊNCIA DAS DESPESAS</b>	<b>34</b>
<b>9.1</b>	<b>Sistema de Gestão Financeira</b>	<b>34</b>
<b>9.2</b>	<b>Padrões de Subaplicação ou Sobreaplicação das Despesas</b>	<b>35</b>
<b>10.</b>	<b>EQUIDADE NOS SUBSÍDIOS ORÇAMENTAIS PARA HIV/SIDA</b>	<b>35</b>
<b>10.1</b>	<b>Critérios para Alocação dos Fundos entre Regiões Geográficas</b>	<b>35</b>
<b>10.2</b>	<b>Gastos em tratamento e cuidados de HIV/SIDA por pessoa seropositiva</b>	<b>36</b>
<b>11.</b>	<b>SUMÁRIO E RECOMENDAÇÕES-CHAVE</b>	<b>36</b>
<b>11.1</b>	<b>Política</b>	<b>37</b>
<b>11.2</b>	<b>Nível de Programa/Administrativo</b>	<b>38</b>
	<b>NOTAS DE REFERÊNCIAS</b>	<b>38</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>39</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>41</b>



## Lista de Quadros e Gráficos



Quadro 2.1	Produto Interno Bruto de Moçambique	12
Gráfico 2.1	Contribuição para o PIB por província, 2000	14
Gráfico 2.2	Evolução do IDH (em Meticais), 1996-2000	15
Quadro 2.2	Sumário da epidemia do HIV/SIDA em Moçambique, Dezembro de 2001	16
Quadro 2.3	Índices de prevalência do HIV em adultos (15-49 anos) por província em 2002	17
Quadro 2.4	Resposta do governo ao HIV/SIDA	18
Gráfico 2.3	Total dos gastos na saúde, 2001-2002(USD)	23
Gráfico 2.4	Alocação do Orçamento do Estado ao MISAU	24
Quadro 3.1	Cronologia para elaboração do orçamento	25
Quadro 5.1	Alívio da dívida concedido através do HIPC	30
Gráfico 6.1	Despesas relacionadas com o HIV/SIDA (Fundos dos doadores) por tipo, 2001-2002	31
Quadro 6.1	Tendências das alocações orçamentais para o HIV/SIDA em 2000/01 para 2003/04	31
Gráfico 6.2	O orçamento para o HIV/SIDA em termos reais e nominais	32
Quadro 7.1	Prioridade prestada ao HIV/SIDA e à saúde na distribuição orçamento 2000/01 e 003/04	33
Quadro 7.2	Prioridade prestada ao HIV/SIDA e à saúde na distribuição orçamental 2000/01 a 2005/06	33
Anexo 1	Produto Interno Bruto, Variação (%)	41
Anexo 2	Taxas de câmbio anuais: meticais por USD	41
Anexo 3	O impacto do alívio num relance Comportamento nacional num relance Programas nacionais num relance	42
Anexo 4	Plano Estratégico Nacional contra o SIDA: Metas e Objectivos	43
Anexo 5	O ciclo de planificação anual do CNCS	44
Anexo 6	Proposta do Fundo Global - Agencias Nacionais e Internacionais trabalhando em programas do HIV/SIDA	45
Anexo 7	Total das despesas per capita (USD)	46





## Lista de Acrónimos e Abreviaturas

ARV	Antiretroviral
BM	Banco Mundial
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
DAG	Direcção da Administração e Gestão
DHS	Inquérito Demográfico e de Saúde
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DRS	Inquérito sobre Recursos dos Doadores
DTS	Doenças de Transmissão Sexual
EPI	Ensino Primário do 1º Grau
EP2	Ensino Primário do 2º Grau
FBO	Organização Religiosa
FG	Fundo Global
FMI	Fundo Monetário Internacional
GoM	Governo de Moçambique
HAART	Terapia Antiretroviral Altamente Activa
HIV	Vírus de Imunodeficiência
HSER	Despesas Revistas para o Sector da Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INE	Instituto Nacional de Estatística
M&A	Monitoria e Avaliação
MISAU	Ministério da Saúde
MONASO	Rede de Organizações Trabalhando com SIDA em Moçambique
MPF	Ministério do Plano e Finanças
MTEF	Quadro de Despesas a Médio Termo
MZM	Meticais (moeda)
OBC	Organização de Base Comunitária
OGE	Orçamento Geral do Estado
ONG	Organização Não-Governamental
OUA	Organização da Unidade Africana
PARPA	Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta
PEN	Plano Estratégico Nacional (para o combate ao HIV/SIDA)
PIB	Produto Interno Bruto
PNB	Produto Nacional Bruto
PNCS	Programa Nacional de Combate ao SIDA (Ministério da Saúde)
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano
RNDH	Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano
SIDA	Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida
SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
UE	União Europeia
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

## Sumário Executivo



Embora Moçambique esteja a recuperar rapidamente da guerra civil e das cíclicas calamidades naturais, as fracas condições macroeconómicas no país reflectem-se nos cuidados públicos de saúde em geral, e no HIV/SIDA em particular. O Governo de Moçambique (GoM) reconhece a importância da saúde como meio de reduzir a pobreza e promover o crescimento económico. Apesar de registar um progresso substancial na provisão de serviços básicos de saúde desde a guerra, o fosso entre as necessidades sanitárias e a capacidade de respostas continua grande, particularmente devido ao HIV/SIDA. Algumas dificuldades técnicas e de alocação emperram o sector da saúde e precisam ser resolvidas com vista a melhorar esta situação. A realocação de recursos para as diferentes regiões, crescente utilização dos recursos existentes e redução de gastos supérfluos são algumas melhorias que poderiam tornar possível providenciar mais e melhores serviços, sem recursos financeiros adicionais.

Os enormes esforços investidos na elaboração do Plano Estratégico Nacional (PEN) para o HIV/SIDA ainda não resultaram em progressos tangíveis. Isto é reflectido na alocação de recursos para o combate a epidemia do HIV/SIDA. Como este estudo mostrará, o facto de o HIV/SIDA ter sido declarado como uma das principais prioridades em Moçambique, tal não se reflecte na alocação de recursos financeiros (comparado com percentagem do orçamento global). As fracas condições macroeconómicas implicam que o grosso dos fundos para esta luta provenha de doações internacionais, embora sejam escassos os dados sobre as contribuições dos doadores devido à ainda fraca coordenação. Enquanto o país se prepara para grandes intervenções por parte do Fundo Global para o Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária, a Fundação Clinton e do Banco Mundial, entre outros, é necessário atacar os problemas nos domínios da gestão financeira e locação orçamental, assim como das capacidades humana, técnica e institucional, a todos os níveis.





## Agradecimentos

Os autores agradecem as contribuições das seguintes organizações e pessoas singulares: Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Combate ao SIDA, Ministério das Finanças, Sr. Sérgio Dista, Sr. Cristiano Matsinhe e Sr. Stijn Broecke, bem como os srs. Bonifácio António, Bayano Valy e Sra. Suzana Gemo da SARDC Moçambique. Este trabalho foi realizado pela SARDC sob coordenação da Unidade Orçamental para SIDA do IDASA, com apoio financeiro do ASDI. As opiniões aqui expressas não são necessariamente as da IDASA, SARDC ou ASDI.



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Antecedentes e Exposição do Problema

A Declaração de Abuja, adoptada pela Cimeira Especial da Organização de Unidade Africana (OUA) sobre SIDA em 2001, apelou aos governos Africanos para alocar 15% dos seus orçamentos nacionais para gastos na saúde, com mais ênfase para os programas de HIV/SIDA (OUA, 2001). Talvez este cometimento seja eco da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (UNGASS), que apelou para que as despesas referentes aos programas de HIV/SIDA aumentassem para US\$7-10 biliões até ao ano de 2005. A declaração de cometimento da OUA apela para um gasto mínimo para cobrir os serviços essenciais de prevenção, cuidados e mitigação num esforço para reduzir o alastramento da epidemia.

O monitoramento dos gastos públicos para o HIV/SIDA é vital por duas razões. Primeiro, mais do que procurar uma política ou legislação, o orçamento do país é o indicador mais claro e expressivo da priorização do país para a epidemia. Segundo, o orçamento nacional é a chave para a sustentabilidade de qualquer programa de governo. Uma resposta eficaz a longo prazo para o HIV/SIDA em qualquer país em vias de desenvolvimento deve priorizar o cometimento financeiro.

Sendo assim foi necessário fazer uma análise orçamental dos orçamentos entre os países que enfrentavam desafios similares. Isso garantirá que se partilhem as melhores práticas. Desse modo o 'Projecto de Financiamento para Combate ao HIV/SIDA' representa uma tentativa importante para avaliar a resposta do governo ao HIV/SIDA, em termos de locação de orçamentos.

Este estudo tenta analisar até que ponto o governo Moçambicano está comprometido na luta contra o HIV/SIDA, conforme reflectido no orçamento geral do estado. O estudo focalizará nas seguintes questões:

- ♦ Existe uma estratégia nacional, integrada para a luta contra o HIV/SIDA?
- ♦ Os programas e orçamentos do governo para o HIV/SIDA são descentralizados?
- ♦ Como é que o país financia a luta contra o HIV /SIDA?

- ♦ Que proporção dos custos financeiros destinados aos cuidados de saúde é suportada pelos sector público e privado?
- ♦ Quanto é que o governo aloca ao Ministério de Saúde?
- ♦ Quanto é que é despendido em programas especificamente virados para a luta contra o HIV/SIDA?
- ♦ Os fundos são despendidos nos produtos e serviços mais adequados? Será que o governo está financiando os programas de HIV/SIDA mais eficientes?
- ♦ Que percentagem do orçamento para o HIV/SIDA está sendo paga por doadores internacionais e outras organizações envolvidas na prevenção e controle do HIV/SIDA no país?
- ♦ Qual o nível de desigualdade entre as zonas geográficas? Como é que os fundos para o HIV/SIDA são alocados a nível nacional?
- ♦ São os financiamentos para o HIV/SIDA pró-pobres? O governo considera serem importantes os factores sócio-económicos no alastramento do HIV/SIDA? Como é que isso se reflecte no orçamento para o alívio a pobreza e HIV/SIDA?
- ♦ Os programas de HIV/SIDA consideram a sobrecarga da doença nas mulheres? Prestam atenção especial ao impacto da epidemia nas crianças infectadas e afectadas pelo HIV/SIDA?

### 1.2 Propósito e Objectivo do Estudo

A intenção desta pesquisa é de fornecer informação sobre o HIV/SIDA e orçamentos em países Africanos e da América Latina seleccionados, e em especial comparar como é que esses países estão financiando a luta contra o HIV/SIDA e oferecer instrumentos que ajudem a melhor analisar o HIV/SIDA e orçamentos do governo nesses países. O propósito básico desta pesquisa é de:

- ♦ Rastrear os gastos em HIV/SIDA e analisar o orçamento na perspectiva do HIV/SIDA,
- ♦ Desenvolver um quadro lógico comum para rastrear os gastos visados no orçamento do país; e
- ♦ Fazer recomendações para os fazedores de políticas sobre a efectividade e eficácia dos orçamentos e mecanismos de financiamento para responder ao



empenho do governo na luta contra o HIV/SIDA (baseado na presente análise de gastos).

### 1.3 Metodologia da Pesquisa

Este é um estudo comparativo envolvendo cinco países Africanos e cinco países da América Latina. Estes são: Botswana, Quênia, Moçambique, Namíbia, África do Sul, e Argentina, Chile, Equador, México e Nicarágua. O estudo foi coordenado pela Unidade Orçamental para o SIDA da IDASA na África do Sul e Fundar no México. Em cada um dos países, a pesquisa foi realizada por instituições de pesquisa desses mesmos países. Para maximizar os benefícios da comparação entre os países, foi estabelecido um termo de comparação único com princípios básicos e acordado por todos os pesquisadores envolvidos no estudo, num workshop em Cape Town, África do Sul, em Março de 2003. No workshop inicial foi estabelecida uma estratégia comum e uma metodologia para identificação e análise de gastos específicos para o HIV/SIDA no orçamento de cada um dos países.

#### 1.3.1 Fontes dos dados

Os dados foram obtidos de diferentes fontes, sendo as mais importantes os relatórios anuais dos orçamentos do estado e os relatórios de avaliação anuais sobre Plano Estratégico para Redução da Pobreza. Também foram recolhidos dados na Internet. A informação foi recolhida do Instituto Nacional de Estatística (INE), assim como dos Relatórios de Desenvolvimento Humano (1998 a 2001). O Conselho Nacional do Combate ao SIDA (CNCs) forneceu documentação (relatórios provinciais, plano estratégico nacional) e entrevistas.

Outros indicadores estatísticos e económicos relevantes foram obtidos de relatórios do FMI e BM, assim como de documentos de diferentes parceiros (governo, ONG's, instituições trabalhando em parceria com Moçambique na área da saúde, educação, alívio a pobreza). O Ministério do Plano e Finanças constituiu outra fonte útil de informação, que nos permitiu aceder a dados sobre indicadores macro-económicos e alocação de orçamentos no sector estatal. O Ministério da Saúde (MISAU)

permitiu-nos entrevistas com os seus funcionários e também tornou possível o acesso a uma série de documentos tais como análise dos gastos no sector de saúde (HSER) e outros relatórios financeiros.

#### 1.3.2 Metodologia de recolha de dados do estudo

A recolha de dados foi realizada através de vários meios, nomeadamente:

**Análise de informação** - A análise de informação foi realizada e os documentos mais consultados foram o orçamento geral do estado, análise dos gastos no sector de saúde, relatórios financeiros, relatórios provinciais do CNS, e plano estratégico nacional.

**Entrevistas** - As entrevistas foram feitas aos diferentes parceiros no Ministério da Saúde, CNS, e Ministério do Plano e Finanças.

#### 1.3.3 Limitação e parâmetros do estudo

Como em qualquer pesquisa de estudo, este não esteve isento de limitações. A grande dificuldade neste estudo foi em relação às fontes orçamentais, porque as diferentes fontes forneceram-nos dados diferentes. Além disso, não foi possível obter informação sobre o orçamento ou relatórios de análises de gastos do CNS. Por esses motivos concentramo-nos nas fontes oficiais, tais como o orçamento geral do estado e informações do INE, bem como nas entrevistas.

Esta falta de dados nas fontes nacionais obrigou-nos a procurar informação nos relatórios dos doadores, o que implicou que nalgumas instâncias nós procurássemos por essas informações, ao invés de nos basearmos simplesmente na informação do orçamento geral do estado.

Uma questão particular é que o INE está centralizado. Isso constitui uma vantagem porque a informação pode ser acedida num único local. Contudo a instituição é relativamente nova e só recentemente abriu delegações provinciais, pelo que ainda não teve tempo para recolher, organizar e produzir dados compreensivos e fiáveis. Este facto, aliado a falta de recursos humanos nas instituições governamentais e não-governamentais, especialmente na área de estatística, resulta numa dispersão de

informação. Isso aplica-se também a informação generalizada onde o hábito de registar e documentar não está enraizado.

No que concerne a disponibilidade de alocações para HIV/SIDA, o Governo de Moçambique não indica nos seus orçamentos anuais as alocações específicas para o HIV/SIDA. Também não havia relatórios de avaliação de gastos disponíveis para acedermos.

Além disso, há uma cultura de secretismo, com a tendência dos responsáveis considerarem a informação confidencial e os gestores proibindo o pessoal de fornecer-lá. Numa tentativa de colmatar esta situação foi enviada uma carta da IDASA solicitando autorização à várias instituições. Isso resultou na criação de uma certa confiança em relação ao objectivo da pesquisa o que encorajou uma maior cooperação. A constituição garante ao cidadão o direito à informação, mas não existe legislação específica a esse respeito.

Embora o Plano Estratégico Nacional do CNS esteja a ser implementado desde 2001, os relatórios disponíveis dão mais ênfase a questões administrativas. Além disso está num processo de desenvolver a sua própria base de dados e um sistema de monitoria e avaliação.

Outra grande limitação do presente estudo tem a ver com o facto de a informação sobre o financiamento dos doadores para o HIV/SIDA não estar ainda sistematizado. Esse facto resultou numa subavaliação do financiamento desses doadores neste relatório, uma vez que não existe um controle sobre o quanto exactamente é gasto no HIV/SIDA.

Outro problema detectado na realização deste estudo é que, embora haja alocação de fundos, desde a altura em que se reportaram os primeiros casos de HIV/SIDA (quando os fundos eram alocados através do Ministério de Saúde), o sistema de avaliação continua muito fraco. Nos finais de 2002, com o apoio da USAID, o CNS ainda estava elaborando e implementando um sistema de gestão administrativa e financeira e um sistema de desempenho de monitoria para a sua sala de operações.

Outro factor crítico é que a maior parte da documentação relacionada com os gastos em HIV/SIDA não possui dados desagregados

nos itens lineares. De acordo com o relatório de gastos do orçamento geral do estado de 2001 (Execução do Orçamento Geral do Estado (OGE) Jan-Dec de 2001 (AR-V/Relat./353/29.03.2002), uma análise dos gastos de acordo com a classificação funcional desagregada não é possível porque o processo de locação do orçamento não é executado nessa base, mas antes de uma forma geral, instituição por instituição. O relatório diz que em 2002 foi decidido que certos sectores são prioritários tais como agricultura e desenvolvimento rural, recursos minerais, obras públicas e habitação, saúde e educação deveriam apresentar os seus gastos desagregados de acordo com uma classificação funcional através de um método de distribuição a posteriori (sistema interino).

Note-se também que o Orçamento Geral do Estado (OGE) só começou a fazer referência directa ao item HIV/SIDA em 2002. Em 2001, o OGE simplesmente referiu-se à rubrica para o Conselho Nacional de Combate ao SIDA. Entretanto não existe desagregação em termos de actividades para as quais os fundos do OGE foram canalizados, o que significa que é necessário procurar por locações específicas para o HIV/SIDA na Direcção Nacional de Orçamento. Do mesmo modo, o Ministério de Saúde, responsável pelo cuidado e tratamento não possui nenhuma rubrica para o HIV/SIDA na sua quota orçamental, com excepção do ano 2002, apesar de ser a instituição pioneira na luta contra a pandemia.

Além de mais, este estudo debruça-se simplesmente sobre os gastos públicos, pelo que qualquer locação privada para o HIV/SIDA está excluída. Por exemplo, não foi feita qualquer análise sobre que sectores de actividade estão despendendo para atribuir ARVs aos trabalhadores ou sobre o que se gasta nas clínicas privadas.

Embora este relatório não pretenda apresentar uma imagem completa sobre todas as locações feitas para o HIV/SIDA, irá contudo estabelecer uma base para posteriores pesquisas, e faz recomendações importantes para ultrapassar as limitações aqui mencionadas, com destaque para os mecanismos de reportar os orçamentos e gastos.



## 1.4 Estrutura do Relatório

A estrutura do relatório é a seguinte:

- ♦ O Capítulo 1 apresenta-nos antecedentes do estudo e metodologia de pesquisa
- ♦ Capítulo 2 apresenta-nos uma resenha da situação económica no país, com ênfase para os níveis de pobreza, sistema de saúde, prevalência de HIV/SIDA e o quadro legal relacionado com o HIV/SIDA em Moçambique. De forma abreviada também considera a resposta do governo a epidemia do HIV/SIDA. Isto dá-nos informação de suporte necessária para uma análise do cometimento do governo.)
- ♦ Capítulo 3 apresenta-nos uma análise breve do processo orçamental
- ♦ Capítulo 4 dá-nos uma breve descrição das transferências fiscais intergovernamentais em termos de como os fundos para o HIV/SIDA são encaminhados para os diferentes níveis do governo
- ♦ Uma descrição dos fundos doados e os processos e estruturas para absorver esses
- ♦ Capítulo 6 enfatiza as alocações de orçamentos para o HIV/SIDA em termos reais e nominais, tendências no financiamento e gastos no sector de saúde pública e locação orçamental para as actividades do HIV/SIDA no país.
- ♦ Capítulo 7 procura medir o nível de prioridade da saúde e HIV/SIDA na locação de orçamentos
- ♦ A composição dos gastos em HIV/SIDA tendo em conta a separação por área do programa assim como a partilha dos fundos totais desembolsados para as ONG's e OBC's são referidas no Capítulo 8.
- ♦ Uma análise dos gastos é feita no Capítulo 9 onde verificamos a eficiência de despesas
- ♦ Informação geral sobre a equidade de "inputs" orçamentais para o HIV/SIDA é feita no Capítulo 10:
- ♦ Capítulo 11 aprofunda a análise e discussão.
- ♦ O último capítulo faz recomendações baseadas nos resultados do estudo.

## 2. PERFIL DO PAÍS

### 2.1 Demografia e Indicadores Económicos

#### 2.1.1 Situação económica e níveis de pobreza

Com uma superfície de cerca de 800,000 km<sup>2</sup>, projecções baseadas no censo de 1997 sugerem que a população de Moçambique é de aproximadamente 18 milhões, dos quais cerca de 30% são jovens com idades entre os 10 e 24 anos. De acordo com o censo, o crescimento populacional foi estimado em 1.8% por ano, entre 2000 e 2005 (FNUAP, 2003:74). As mulheres eram cerca de 51% da população total em 1980 e 53% em 1997 (RNDH, 1998:17). A taxa total de fertilidade ronda em média 5.6 por mulher e a média de esperança de vida é de 47.5 anos para as mulheres e 44.5 anos para os homens (Waterhouse, 2003).

O crescimento anual no Produto Interno Bruto (PIB) real de 2001 a 2002 foi estimado em 9% em 2001 (FMI, 2003) e o índice per capita do produto nacional bruto é de USD 230 (em

Produto Interno Bruto				
	1999	2000	2001	2002
<b>PIB nominal (em biliões de USD)</b>	4.09	3.75	3.61	3.88
<b>Taxa de crescimento real do PIB (%)</b>	7.5	1.6	13.9*	9.0

Fonte: FMI, 2002  
\* Um aumento de produtividade na Agricultura, a reconstrução pós-cheias e o primeiro ano de produção da fundição de alumínio da MOZAL contribuíram para que o crescimento atingisse quase 14%.

2000). Com a inflação sob controle desde 1996, o país tem experimentado índices de crescimento económico assinaláveis. Entre 1996 e 1999 a média do crescimento real do PIB era de 9.3%, excepto em 2000 e 2001 quando as cheias que atingiram as regiões centro e sul fizeram baixar o PIB para menos de 2% em 2000. A taxa de desemprego estimava-se em 21% da força laboral determinada em 7.4 milhões

Grande número de mortes pode ser atribuído directamente às doenças e à falta de



cuidados médicos mas os principais causadores da morte são substancialmente alimentados pela pobreza. Uma vasta maioria da população vive em condições de pobreza absoluta, e as desigualdades entre as regiões sul, centro e norte são enormes. Pelo menos 70% da população total do país vive abaixo do nível de pobreza absoluta (USD 0.40 por dia).

Em 1992, Moçambique emergiu de uma guerra civil horrenda de 16 anos que inverteu os sucessos alcançados pelo país após a independência nas áreas da saúde e educação. A destruição ou encerramento de mais de 60% das escolas primárias provocou a descida da taxa de frequência de 85% em 1981 para menos de 60% em 1992. O sector da saúde também sofreu, com cerca de um terço das unidades sanitárias rurais destruídas (OXFAM, 1997).

O esforço para providenciar educação primária para todos melhorou significativamente a taxa de admissão ao nível da EPI (primeiro nível do ensino primário, ou classes primárias - da 1ª à 5ª). De 54% em 1994, cresceu para 66.8% em 1995, 79% em 1998, 114% em 2000 e 122.3% em 2001. Estimativas para 2002 sugeriam uma taxa de admissão superior a 120%. A taxa bruta de escolaridade a este nível manteve-se nos 91% em 2000 (PARPA, 2003:8).

Ao nível do EP2 (segundo nível do ensino primário, ou 6ª e 7ª classes), enquanto a taxa de admissão manteve-se abaixo dos 40%, em 1995 subiu dos cerca de 11.5% para 25.6% em 2001 e previa-se o seu crescimento em 2002 (PARPA, 2003:8).

As condições gerais de saúde em Moçambique são precárias. Cerca de 49% dos lares consome água dos poços públicos, 30% de fontes de água na superfície, 20% de fornecimento canalizado e menos de 1% água da chuva. Somente 20% dos lares, 70% dos quais urbanos, têm acesso a água potável, e somente 3% tem acesso a depósitos de lixo apropriados (RNDH, 1998:19).

As condições maternas e pré-natais são também os principais contribuintes para peso das doenças em Moçambique. As taxas de mortalidade materna (600-1,000 por 100 000) e mortalidade infantil (145.7 por 1000 nado vivos) encontram-se entre as mais altas do

mundo. Doenças transmissíveis (malária, tuberculose, doenças diarreicas e HIV/SIDA) constituem os principais causadores da morte, sendo a malária responsável por 48% de doentes ambulatorios e 63% de doentes internos nos hospitais rurais gerais. A prevalência de tuberculose é estimada em 254 por 1000 habitantes e a do HIV/SIDA em 13%, nos finais de 2001 (PMoM, 2001:2).

Contudo, as taxas de analfabetismo têm decrescido gradualmente. Uma pesquisa realizada em 2000 pelo INE indica uma queda para 56.7% (RN DH, 2001:19) de 60.5% obtidos no censo de 1997. Isso contribuiu para uma subida no índice do desenvolvimento humano (IDH) do país para 0.362 em 2000 de 0.346 em 1999.

### *2.1.2 Distribuição rural/urbano*

A população moçambicana é predominantemente rural, com mais de 70% vivendo nas áreas rurais e somente 23% nas áreas urbanas, principalmente nas capitais provinciais. Aproximadamente, metade da população urbana vive na cidade capital, Maputo (RNDH, 1998:17). O conflito armado durante os anos 80 e princípios de 90 destruiu a maior parte das infraestruturas rurais, arruinou os bens financeiros rurais e levou a uma deslocação massiva da população do campo.

O capital humano social também foi destruído. Os indicadores do serviço de saúde materna e pré-natal apresentam grandes disparidades na qualidade, uso e acesso entre as áreas rurais e urbanas, entre os educados e não educados, e entre os ricos e pobres. Em 2003, o país encontrava-se entre os mais pobres do mundo.

Conforme demonstrado, os níveis de pobreza continuam extremamente altos. Um inquérito nacional em 1996 e 1997 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) indicava um consumo per capita anual de cerca de USD 170, (Pavigani, Sjolander & Aanes, 2002). As áreas rurais são as mais a fustigadas pela pobreza, na ordem de 71%. A capital Maputo, que alberga 10% da população, é a base da actividade económica e produz cerca de 40% do PIB. Isto é 6 vezes mais que a produção da província nortenha

do Niassa considerada a mais pobre entre as 11 províncias do país.

O crescimento da pobreza e malnutrição, acesso limitado a água potável, padrões inadequados de higiene e modo de vida de risco está também nas causas para a rápida expansão da pandemia do HIV/SIDA, principalmente nas pobres zonas rurais. Os tão proclamados ganhos económicos das reformas macro económicas extensivas iniciadas nos meados de 80 não ajudaram a mitigar a rotura rural/urbana e alguns críticos sugerem que elas causaram o oposto. A expansão do HIV/SIDA geralmente é mais elevada nas áreas urbanas e comedores que nas áreas rurais, devido à alta mobilidade registada nas áreas urbanas, migração e oportunidades económicas conducentes a relações sexuais passageiras. Note-se que a pobreza não é a única causa, mas também uma consequência do HIV/SIDA, particularmente na região central, a parte severamente afectada do país.

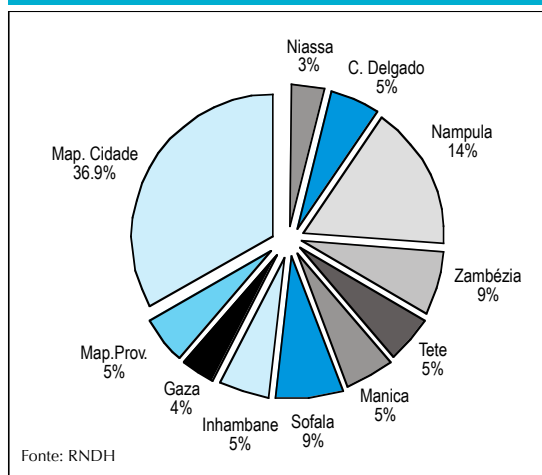
Embora o Instituto Nacional de Estatística possua dados actualizados e fiáveis para calcular no seu todo o IDH do país, a primeira tentativa para desagregar os dados por região foi realizada em 2000. Comparando as contribuições das províncias para o PIB (gráfico 2.1), notamos que o Sul toma dianteira com 51%, seguido pelo Centro com 28% e finalmente o Norte com 21%.

Uma das ilações que podemos tirar da desagregação dos dados (ver anexo 1), é que, quando a cidade de Maputo é excluída, as outras três províncias do Sul de Moçambique, nomeadamente as províncias de Maputo, Gaza e Inhambane têm menor peso que as regiões Centro e Norte. Com base nisto, podemos concluir que existe um enorme abismo entre a actividade económica na cidade de Maputo e o resto do país, incluindo províncias do Sul (RNDH 2001:24).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), vemos mais uma vez (gráfico 2.2) que a cidade de Maputo é quase o dobro da média nacional. Seis regiões administrativas possuem IDHs acima da média nacional, e entre as seis somente duas (Manica e Sofala) não pertencem à região Sul. Os indicadores considerados para calcular o IDH para 2000 incluíam esperança de vida a

Gráfico 2.1

### Contribuição para o PIB por província, 2000



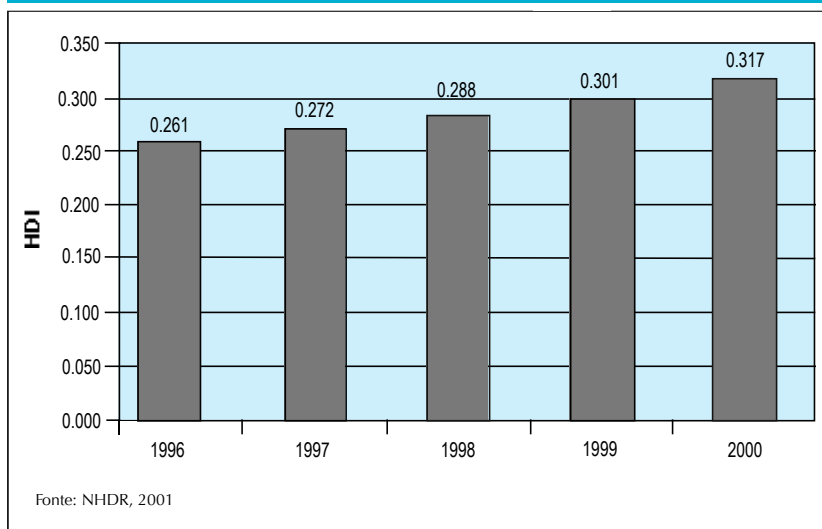
nascença, alfabetização de adultos e a taxa combinada de admissão para a educação primária, secundária e terciária (RNDH, 2001:27). De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD (2002), Moçambique encontra-se na 170ª posição, acima do Burundi, Níger e Serra Leoa, também na África Sub Sahariana.

Uma das razões pode ser, por exemplo, o facto de a região central ter sido a mais afectada pela guerra civil que destruiu a maior parte das infraestruturas da saúde e educação, enquanto o Norte continua sofrendo do legado colonial, que não promoveu o desenvolvimento para além das sequelas da luta de libertação contra o colonialismo Português.

O governo de Moçambique tem trabalhado para a redução da pobreza, há mais de uma década e espera que o Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta denominado PARPA, de 1999, vá reduzir a pobreza absoluta do índice de 70% para 60% em 2005 e menos de 50% em 2010. A estratégia inclui:

- ♦ Crescimento económico rápido e sustentável favorecendo o sector industrial e de construção, particularmente nas zonas rurais;
- ♦ Prioridade para investimento público no desenvolvimento do capital humano nomeadamente a educação, saúde e acesso a água e saneamento;
- ♦ Aumento da produtividade na agricultura do sector familiar;

Gráfico 2.2

Evolução do IDH (em Meticais),<sup>1</sup> 1996-2000

- ♦ O desenvolvimento de infraestruturas económicas nas zonas rurais;
- ♦ Protecção social para os grupos mais vulneráveis através de programas de assistência e segurança social;
- ♦ Promoção de trabalho e auto emprego; e
- ♦ Melhor capacitação institucional e técnica nas áreas de monitoria e avaliação da pobreza, análise de políticas e pesquisa.

A saúde e educação encontram-se entre as áreas estratégicas prioritárias do PARPA. Para o sector de saúde o PARPA define os seguintes objectivos: melhoramento da qualidade nos cuidados de saúde primária e acesso a estes (saúde materno infantil e do adolescente) e combate às principais doenças endémicas (malária, tuberculose e lepra) e o HIV/SIDA (PARPA, 2003:12). Contudo, os críticos apontam o facto de o PARPA continuar a ter que enfrentar os problemas de definição das linhas de responsabilidade entre os diferentes parceiros, falta de mecanismos claros de avaliação e monitoria. Mudanças contínuas nas abordagens, sem uma implementação compreensiva das actividades também afectaram o plano.

### 2.1.3 Nível de Descentralização

Moçambique tem um governo central que é eleito em cada cinco anos através de eleições gerais multipartidárias. O Presidente da

República, que é directamente eleito em cada cinco anos, nomeia os governadores para cada uma das 11 províncias (incluindo a cidade de Maputo), e cada um dos ministros do governo, e em consulta com o governador provincial nomeia o director para cada sector. Este padrão é reproduzido a nível de distrito.

Como parte do plano de descentralização, foram parcialmente introduzidos os municípios, pela primeira vez em 1998. No total são

33 municípios com assembleias municipais e presidentes eleitos. Tal como o governo central, os governos municipais também são eleitos em cada cinco anos e são réplicas das estruturas centrais. Contudo, o processo de municipalização continua numa fase piloto.

O país está dividido em onze províncias, incluindo a cidade de Maputo, que são geridas por um governador nomeado pelo Chefe de Estado. O governo provincial é constituído, para além do governador, por directores provinciais que representam os ministros. Isto é replicado a nível de distrito.

A nível local, foi aprovada uma nova lei institucionalizando a existência de indivíduos conhecidos como autoridades locais. Estas autoridades locais são líderes comunitários carismáticos ou chefes tradicionais. Nalguns casos são também seleccionados do partido no poder.

Embora muito tenha sido feito para a descentralização, desde que o país retornou a paz em 1992, continua em força o legado de um modelo socialista altamente centralizado adoptado depois da independência do país de Portugal em 1975. À medida que nos deslocamos do nível central para o provincial até ao distrito, as estruturas apresentam-se cada vez mais débeis, sem poder e entravadas por uma carga hierárquica pesada e burocrática.



## 2.2 Epidemia HIV/SIDA

### 2.2.1 Prevalência e projecções

Embora o HIV não seja tão prevalente em Moçambique como nos países vizinhos, a taxa de prevalência continua alta. De acordo com um relatório de postos sentinela realizado em 2001, 13.0% da população adulta com idades compreendidas entre os 15 e 49 anos era seropositiva nesse ano - 17.1% no Centro, 14.3% no Sul e 6.9% no Norte.

O primeiro caso de HIV/SIDA em Moçambique foi registado em 1986 em Cabo Delgado, norte do país. Desde então, ano após ano o HIV/SIDA tem-se desenvolvido numa pandemia e num problema sério de saúde e desenvolvimento. O Instituto Nacional de Estatística estima que em 2000, 1.1 milhão de moçambicanos adultos e crianças viviam com o HIV (Grupo Técnico Multisectorial, 2002:17).

Em 2010, se não houver tratamento para cura e prevenção agressiva estima-se que 1.9 milhão de pessoas estará infectada e 167 000 morrerão, incluindo 19 000 crianças com idade inferior a 15 anos. Estima-se que no final da década a epidemia poderá reduzir a esperança de vida dos anteriores 50.3 anos para 36.5 (INE, 2002).

A esperança de vida que já é baixa (47.5 anos), poderá cair para níveis inferiores em 2010 para os 36 anos, devido ao HIV/SIDA. De acordo com a UNAIDS (2002), aproximadamente 30 a 40 por cento das crianças nascidas de mães seropositivas também serão infectadas com o HIV. Teme-se que as taxas de mortalidade infantil e materna aumentem em 20% em 2005, número mais elevado do que seria na ausência do HIV/SIDA. Do mesmo modo, 1.13 milhão de crianças moçambicanas terão perdido um ou ambos os pais devido ao SIDA, facto a que se acresce de instabilidade económica, social e política por volta de 2010.

Quadro 2.2

Sumário da epidemia do HIV/SIDA em Moçambique, Dezembro de 2001<sup>2</sup>

Número de pessoas vivendo com HIV/SIDA	Total	1129,2
	Adultos	1052,9
	Mulheres (58%) Crianças com menos de 15 anos (6.2%)	612,7 77,2
Novos infectados com HIV em 2001	Total	183,9
Mortes devido ao SIDA em 2001	Adultos	158,9
	Mulheres	24,9
	Crianças com menos de 15 anos (14%)	
	Total	67,9
	Adultos	48,3
	Mulheres	
	Crianças com menos de 15 anos (17%)	11,3

Estima-se que de mais 230.000 crianças perderam as suas mães ou ambos parentes em 2001 devido ao SIDA (Grupo Técnico Multisectorial, 2002). O aumento de doenças e mortes entre os jovens adultos, e por sua vez o decréscimo na produtividade está afectando famílias e comunidades e reduzindo o seu progresso na luta contra a pobreza. Além de mais, os efeitos combinados do HIV/SIDA e as calamidades naturais repetidas, incluindo a actual seca, aumentaram de forma significativa a vulnerabilidade de uma população já empobrecida (GM CR, 2002:5).

As relações heterossexuais são a principal forma de transmissão da do HIV/SIDA. O comportamento relacionado com factores sociais económicos e culturais (pobreza, herança de mulher e ritos de iniciação, ignorância ou falta de informação, tabús, etc.) têm sido determinantes na atitude das pessoas face à pandemia. As mulheres são as mais vulneráveis - aproximadamente 57% dos moçambicanos adultos (15-49 anos) vivendo com HIV/SIDA são mulheres (CNS, 2003). A disparidade do género é ainda mais gritante no grupo etário dos 20-24 anos, em que as

PROVÍNCIAS		PREVALÊNCIA		
Cidade de Maputo	17,3%	<b>Sul</b>	14,8%	
Província de Maputo	17,4%			
Gaza	16,4%			
Inhambane	8,6%			
Sofala	26,5%	<b>Centro</b>	16,7%	
Manica	19,0%			
Tete	14,2%			
Zambézia	12,5%	<b>Norte</b>	8,4%	
Niassa	11,1%			
Norte	8,4%			
Nampula	8,1%			
Cabo Delgado	7,5%			
			<b>País</b>	13.6%

Fonte: MISAU-PNC/DTS/HIV-SIDA, Grupo Técnico Multisectorial, 2003

os 0.3% e 1% mais baixo, como resultado de um crescimento reduzido da produtividade, crescimento reduzido da população, redução de capital humano acumulado e redução de capital físico acumulado, de acordo com o relatório do Banco Mundial. (Banco Mundial, 2002).

### 2.2.2 Distribuição geográfica e de género

O número de casos continua a subir, sendo maior a percentagem no Centro do país e a incidência mais rápida de novos casos no Sul. A maior parte das infecções ocorre ao longo das rotas de transporte (os

mulheres vivendo com HIV suplantam os homens na proporção de quatro para um (GoM CR, 2002:5).

O isolamento social e económico causado pela guerra civil protegeu de certo modo Moçambique da epidemia de HIV que surgia nos países vizinhos. Contudo o fim da guerra em 1992 aumentou a vulnerabilidade ao HIV/SIDA, alimentado pelo regresso de refugiados dos países vizinhos, a introdução de forças de paz oriundas de países de alta prevalência e um aumento significativo de comércio fronteiriço.

A pandemia tornou-se uma grande ameaça para o desenvolvimento económico. As projecções indicam que o número de pessoas economicamente activas em 2010 não será de 12.4 milhões como se previa antes, mas 10.8 de milhões, com uma elevada proporção de trabalhadores muito jovens e muito velhos. Calcula-se que esta mudança ponha em causa a ambição de Moçambique crescer economicamente e reduzir a pobreza (Banco Mundial, 2002).

Por volta de 2010 a economia de Moçambique estará 16% inferior ao que seria se não fosse afectada pela SIDA, e o crescimento do Produto Interno Bruto per capita estará entre

chamados corredores de desenvolvimento rodoviários e ferroviários ligando os países do interior aos portos de Moçambique no Oceano Índico) e desproporcionalmente afecta as populações em transição (i.e., mineiros, trabalhadores migrantes e membros dos serviços uniformizados) e seus parceiros.

Em 2000, a região Norte que compreende as províncias de Cabo Delgado, Niassa e Nampula tinha uma taxa de prevalência de 5.7%; a região Centro, com as províncias de Tete, Zambézia, Manica e Sofala, 16.5%; e finalmente o Sul, Inhambane, Gaza, Província de Maputo e Cidade de Maputo, 13.2%. A região Norte é a mais isolada no contexto regional, fazendo fronteira com a Tanzânia; a região Centro partilha as fronteiras com o Malawi, Zâmbia e Zimbabué e o Sul com o Zimbabué, África do Sul e Suazilândia.

Em termos de género, as mulheres em geral apresentam o índice mais elevado de prevalência. As mulheres com idades compreendidas entre os 20-24 anos têm uma taxa de prevalência quatro vezes superior a dos homens do mesmo grupo etário. De acordo com os funcionários do CNS, uma das razões é que cada vez mais os homens mais velhos tendem a fazer sexo com raparigas mais novas usando o



poder económico nas zonas urbanas, e a autoridade tradicional e cultural nas zonas rurais. É sobejamente sabido que as mulheres e raparigas têm relativamente pouco poder para negociar sexo seguro. Os preconceitos sobre preservativos e estereótipo sobre identidade masculina inibem o maior uso de preservativos.

## 2.3 Linhas de Resposta do Governo ao HIV/SIDA

### 2.3.1 História da resposta do governo

Até 1999, o HIV/SIDA era visto somente como um problema de saúde, pelo que todas intervenções estavam centradas na saúde. Em Setembro de 1999, o Plano Estratégico Nacional (PEN) que enfatizava uma abordagem multisectorial, foi finalizado e a sua implementação começou no ano seguinte.

Existe uma apreciação clara da seriedade da epidemia do HIV/SIDA pelo governo e pela Sociedade Civil. De acordo com o relatório de 2002 sobre a Declaração da UNGASS, o “Governo de Moçambique vê a resposta ao HIV/SIDA como parte integral dos seus esforços de desenvolvimento.” (GM CR, 2002:5).

A resposta ao HIV/SIDA encontra-se explícita no plano quinquenal do governo que apresenta linhas gerais de orientação e objectivos de desenvolvimento que constituem uma plataforma mais ampla para outras declarações de políticas. O HIV/SIDA encontra-se também articulado no Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta (PARPA).

O Plano visa mobilizar todos sectores de desenvolvimento a prosseguir os seguintes objectivos e prioridades: (1) Actividades de prevenção com enfoque nos jovens e populações registando grandes mobilidades e seus parceiros sexuais; (2) Melhoramento na qualidade de cobertura de cuidados e tratamento de pessoas vivendo com HIV/SIDA; (3) Redução do impacto através do apoio às actividades direccionadas a pessoas vivendo com SIDA e as crianças afectadas pelo SIDA; e (4) Enfoque nos

#### Quadro 2.4

#### Resposta do governo ao HIV/SIDA

##### 1988

Criação do Programa Nacional do Controlo do SIDA (PNCS) no MISAU  
Implementação de um plano a curto prazo e de três a médio prazo para combater o HIV/SIDA  
o HIV/SIDA visto como um problema de saúde pública

##### 1999

Início da formulação pelo Governo de Moçambique do Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA (PENCS), 2000-2002  
Estabelecimento do CNS  
O HIV/SIDA visto como um problema de desenvolvimento

corredores de desenvolvimento. Isso é feito considerando a prevalência do SIDA e desenvolvimento e colocando a luta contra a epidemia no foco central de todos esforços de desenvolvimento. O PARPA também incorpora várias componentes de políticas e programas sectoriais, incluindo a política nacional para população e o Plano de Acção de Beijing que visava melhorar as condições da Mulher. (Por favor veja anexo 4 para mais informação).

Recentemente o governo embarcou numa acção para distribuir gratuitamente ARVs a um número restrito de pessoas em todo país, como parte de um estudo piloto. O Nevirapine já está sendo distribuído gratuitamente a mães grávidas em algumas províncias. Estes passos são importantes e demonstram o cometimento do governo. Em termos de orçamento os ARVs são vistos como parte do MISAU, sendo coberto pelo seu orçamento, mas não existe nenhuma referência específica a este no orçamento. O apoio a estes programas provêm, principalmente dos parceiros externos.

### 2.3.2 Quadro legislativo e obrigações

Tal como em muitas sociedades africanas, em Moçambique funciona um sistema legal dicotómico de acordo com o grupo étnico. Este sistema é descrito como consequência do poder colonial em África, onde os estados reconhecem implícita ou explicitamente os vários sistemas legais nos quais a lei

consuetudinária e religiosa coexiste com a lei derivada dos ex-estados coloniais (OXFAM, 1997).

A lei consuetudinária que é explicitamente reconhecida em Moçambique foi definida como um “sistema estabelecido de regras imemoriais que foram evoluindo com o modo de vida e vontade natural das pessoas, o contexto geral no qual era uma questão de conhecimento comum, aliada aos precedentes aplicáveis a casos especiais, que foram retidos nas memórias dos chefes e seus conselheiros, seus filhos e os filhos dos seus filhos, até ao esquecimento, ou até elas se tornarem parte das leis imemoriais.” (Waterhouse: 2003).

As duas formas codificadas de lei e costumes orais ou lei consuetudinária podem desempenhar um papel importante na contenção ou exacerbação da epidemia do SIDA. Foram identificados vários exemplos sobre como as práticas consuetudinárias e crenças podem contribuir para a expansão do HIV/SIDA. Costumes e instituições culturais aumentam a vulnerabilidade ao HIV, tais como a poligamia, hábitos que visam a procriação, ritos de circuncisão e mutilações no corpo, herança da viúva pelo cunhado, “purificação” das virgens quando atingem a puberdade, forçando-as a ter relações sexuais com um homem mascarado, a condição inferior da mulher de acordo com as leis consuetudinárias, de vinculação da desigualdade de oportunidade à educação para as raparigas e atitudes de índole cultural e crenças pelas quais o patriarcado desempenha um papel dominante. (Waterhouse: 2003).

Em Novembro de 2001 foi aprovada uma lei sobre a discriminação no local de trabalho e em 2002 foi implementada a política para o tratamento com ARVs. A lei proíbe o teste de HIV para admissão ao emprego e garante o direito a confidencialidade no que concerne ao HIV no local de trabalho. No caso de se expor ao HIV durante o trabalho, ser-lhe-á “garantida assistência médica assim como medicação adequada” pelo empregador e por este será pago. A lei obriga os empregadores a providenciar educação, informação e serviços de aconselhamento sobre HIV/SIDA aos seus

empregados. A demissão derivada do HIV/SIDA é “vista como uma demissão sem justa causa.” (GoM, 2001a).

O governo, através do Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social, e apoiado pela UNICEF, está tomando medidas adicionais para rever toda legislação favorável ou relacionada com órfãos e crianças vulneráveis. A Lei da Família (156/2003),<sup>3</sup> visando reduzir o nível de diferenças relacionadas com assuntos do género, tais como herança, e incluindo assuntos indirectamente relacionados mas fortemente afectado pela situação e impacto do HIV/SIDA, foi discutida e aprovada pelo parlamento.

### 2.3.3 Política do governo para o SIDA

Os elementos chave do Programa Nacional de Controle do SIDA (PNCS) incluem:

- ♦ A implementação de actividades essenciais para prevenir a infecção do HIV, dirigida aos jovens, particularmente às raparigas, indivíduos registando grande mobilidade e trabalhadoras do sexo (incluindo o estabelecimento de clínicas ao longo das principais rotas e grandes cidades para tratar o chamado grupo vulnerável, como por exemplo os trabalhadores migrantes e trabalhadoras do sexo, e distribuição de materiais educativos nas escolas).
- ♦ A implementação de actividades essenciais para reduzir o impacto do HIV/SIDA, visando os órfãos e pessoas vivendo com HIV/SIDA (foram construídos orfanatos ao longo do país para cuidar de crianças que vivem com SIDA ou perderam os seus devido a epidemia, programas nutricionais e melhoramento da legislação para proteger as pessoas vivendo com HIV/SIDA da estigmatização).
- ♦ Melhoramento da qualidade e cobertura de programas de educação de jovem para jovem, diagnóstico e tratamento de DTSS, aconselhamento e testagem voluntária, e o tratamento de infecções oportunistas (varias organizações juvenis têm sido encorajadas a incluir nos seus programas educação sobre SIDA, a distribuição gratuita de ARVs entre os pobres e o aumento do número de facilidades para testagem e aconselhamento no país), e

- ♦ Implementação de actividades relacionadas com HIV/SIDA nos corredores nortenho, central e sulista (um projecto especial - Project Hope - está sendo implementado ao longo dos corredores ligando os portos moçambicanos à África do Sul e Suazilândia).

O PEN foi inicialmente desenhado para dois anos e desde então ocorreram mudanças importantes no cenário nacional e internacional que resultaram num melhor conhecimento e consequentes melhoramentos nas abordagens instrumentos e metodologias para lidar com HIV/SIDA. O CNS está no processo de rever o Plano Estratégico, mas ainda há muito que fazer para que se torne operacional e funcional. Os primeiros três anos de implementação foram na maior parte dispendidos no estabelecimento do CNS a nível nacional e provincial, estabelecimento de mecanismos de monitoria e avaliação e negociando novas formas de financiamento com os doadores.

A fragmentação de serviços e ineficiência no sistema também está reflectido nas inconsistências dos documentos, que apresentam objectivos, dados e indicadores diferentes, o que divide as políticas dos recursos de alocação. Os programas verticais tendiam a abarcar todas as funções desde a elaboração e planeamento do programa ao *procurement* e distribuição, assim como recolha de dados e formação de pessoal. Isto resultou numa variedade de sistemas paralelos dentro do sector e enfraqueceu a influencia institucional da Direcção de Administração e Gestão e Direcção de Planeamento e Cooperação (Waterhouse, 2003).

### 2.3.4 Estruturas e instituições para a implementação dos programas do governo sobre o SIDA

O CNCS foi estabelecido em 2000 através do decreto 10/2000 do Conselho de Ministros e é presidido pelo Primeiro Ministro. De acordo com o decreto, o papel do CNCS é “gestão técnica e dinamização” de todas actividades relacionadas com a Estratégia Nacional para combater o SIDA. (Boletim da República, 2000:1).

O quadro institucional do CNCS compreende, a nível nacional, o Conselho de

Administração e o Secretariado Executivo, incluindo os Ministérios de Saúde, Plano e Finanças, Negócios Estrangeiros, Educação, Acção Social e Juventude e Desportos, e representantes da Sociedade Civil.

A nível regional existem os Núcleos Provinciais, presididos por coordenadores provinciais, que incluem as direcções provinciais, representantes da sociedade civil e programas, e projectos de mobilização. Dos distritos para baixo, o CNCS é representado pela extensão de várias instituições do Estado, ONGs, OBCs, Famílias e líderes comunitários.

De acordo com a sua missão, o CNCS é o cerne no processo de feitura de políticas, visando:

- ♦ Mobilizar o cometimento das lideranças políticas e sociais do país;
- ♦ Coordenar a resposta multisectorial envolvendo todos membros da sociedade;
- ♦ Melhorar e expandir progressivamente a qualidade e cobertura dos serviços;
- ♦ Situar a epidemia no quadro de desenvolvimento social económico e de saúde; e
- ♦ Responder aos desafios colocados pelas pessoas vivendo com HIV/SIDA

As principais responsabilidades cabem a um grupo de alto nível que garante a liderança e apoio político para estratégia nacional, que supervisiona, avalia e orienta a administração dos programas multisectoriais através da advocacia e mobilização de recursos humanos e materiais para campanha contra o SIDA.

Isto é replicado a nível provincial onde um Grupo Técnico que engloba representantes dos parceiros tais como Governo provincial bem como ONGs operando na região e FBOs tem poder para seleccionar e aprovar projectos e actividades a serem financiadas com fundos do OGE e alocados pelo CNCS.

Programas e Projectos de Mobilização incluem essas actividades de âmbito nacional, tais como campanhas nos media, cuidados ao domicilio, grupos religiosos, distribuição de preservativos e educação interpessoal. As implicações previstas nesta abordagem são que as políticas e intervenções que elas formam são geradas nos dois sentidos (tanto da base para o topo como do topo para a base), enquanto que

a coordenação impede a duplicação, e garante que as comunidades remotas sejam abrangidas e que fundos do governo sejam disponibilizados onde os fundos do doador não chegam.

Entretanto o Programa Nacional de Combate ao SIDA (PNCS), instalado no MISAU é responsável pela resposta a nível nacional do HIV/SIDA no sector de saúde. O PNCS promove e fornece preservativos, aconselhamento voluntário sobre HIV/SIDA e serviços de testagem, e tratamento de doenças de transmissão sexual (DTSS).

O programa também orienta o desenvolvimento e formação nos novos protocolos relacionados com o HIV, Tuberculose e Malária; providencia formação e materiais para melhorar os cuidados ao domicílio; coordena recolha e análise de dados sobre a prevalência; e apoia a linha aberta de informação sobre HIV/SIDA, gerida pela MONASO.

### 2.3.5 Parcerias público-privadas para o HIV/SIDA

Existem parcerias substanciais entre as esferas privada e pública. O CNCS não nos pode fornecer informação a esse respeito.

## 2.4 Progressos Registados em Relação à Declaração da UNGASS

Todos os anos o governo produz um relatório sobre o desempenho do país que em princípio deveria detalhar os progressos alcançados em relação aos objectivos e metas estabelecidas na Declaração de UNGASS. No seu relatório de desempenho de 2002 intitulado *Keeping the Promise* (Mantendo a promessa), o governo cita a existência de um plano estratégico nacional e preparativos para intervenções significativas, nomeadamente a mobilização de fundos de fontes diferentes.

Foi registado algum progresso na área de prevenção e cuidados e tratamento. Em Dezembro de 2002 havia cerca de 40 serviços de saúde amigos dos jovens funcionando, mas somente 10% providenciavam serviços completos com Aconselhamento e Testagem Voluntária. Foram também estabelecidas “Cantos da Juventude” tanto dentro como fora dos ambientes escolares para fazer aconselhamento e educação interpessoal sobre

HIV/SIDA e saúde reprodutiva, no geral. O Ministério de Educação introduziu nalgumas escolas primárias e secundárias programas de informação sobre HIV e comportamento (GM CR, 2002:8).

As actividades de Prevenção e Transmissão de Mãe para Criança (PMTCT) tiveram início em cinco hospitais de províncias com alta prevalência e expandidos para três outros locais em Dezembro de 2002. Nos finais de 2002 de acordo com o Ministério de Saúde 1,220 mulheres grávidas infectadas pelo HIV tinham recebido um curso completo de profilaxia com ARVs para reduzir a transmissão. (GM CR, 2002:9).

Um total de 34 centros de Aconselhamento e Testagem Voluntária estavam funcionando em todo o país, com pelo menos um centro em cada província e mais de 36 000 pessoas com teste de SIDA efectuado em Dezembro de 2002. A prestação de serviços de ATV nos centros de saúde aumentou o sucesso das referências as clínicas do dia assim como aos serviços médicos para DTSS, TB e outras doenças.

Também foi alcançado algum progresso no Tratamento de infecções oportunistas e na previsão de terapias altamente activa com ARV. Nos finais de 2002 existiam oito hospitais dia (em Manica, Tete, Maputo e Sofala) oferecendo tratamento especializado para infecções oportunistas relacionadas com o SIDA, três das quais ofereciam serviços de terapia altamente activa com ARV (Hospital Central de Maputo e clínicas de dia). O Ministério de Saúde planeia expandir estes hospitais dia e reforçar a sua capacidade de administrar tratamento para infecções oportunistas comuns e melhorar o seu sistema de referência para hospitalização, e serviços de DTS e TB, conforme as necessidades, e iriam também servir de elo chave para os programas de cuidados ao domicílio.

Neste momento existem 13 postos fornecendo cuidados ao domicílio sistemáticos para pessoas vivendo com HIV/SIDA, apoiados por supervisores formados pelo MISAU, oito dos quais abriram em 2002. Foram planeados mais 38 postos para iniciar os seus cuidados ao domicílio em 2003.

A estratégia nacional para protecção e cuidado dos órfãos está sendo finalizada, e as

parcerias com organizações a nível de base foram forjadas para expandir o apoio a iniciativas da comunidade nessa área. Foi proporcionada ajuda alimentar a um número limitado de crianças afectadas e suas famílias como parte dessas iniciativas. Esta actividade foi expandida devido a crise humanitária prevalente. Por outro lado existem no país leis para melhorar o acesso aos serviços sociais básicos para os pobres e crianças órfãs (Atestado de Pobreza) que lhes permite beneficiar de educação e serviço de saúde gratuito; contudo a implementação está sendo implementada em muito poucas províncias. (Para mais informação veja anexo 3.).

## 2.5 Sistema de Cuidados de Saúde

### 2.5.1 Sistema geral de cuidados de saúde

Todos serviços de saúde foram nacionalizados na independência com objectivo de garantir uma distribuição equitativa dos recursos do sector de saúde. Embora os cuidados de saúde continuem sendo considerados como direito do cidadão de acordo com a Constituição vigente, a falta de capacidade do estado de garantir uma cobertura a nível nacional de cuidados de saúde primário, aliada as amplas reformas liberais introduzidas com a primeira constituição liberal em 1990, levaram a mudanças legais que permitiram a privatização de serviços de saúde (Waterhouse, 2003). O sector de saúde publica conta com uma rede de cerca de 1100 posto com 15.500 camas, assistidas por 17.000 trabalhadores de saúde (60% dos quais possuem formação profissional). (Pavignani, Sjolander & Aames, 2002).

Os serviços de saúde em Moçambique submetem-se ao sistema de saúde publica, que é composto por centros de saúde, postos de saúde e hospitais, complementados pelo sector de saúde não formal na forma de praticantes de medicina tradicional. A política encontra-se articulada em vários documentos, incluindo o plano quinquenal do governo (2000-2004), o plano social e económico, o programa trienal para investimentos a médio prazo, gastos e financiamentos, e o plano estratégico para o sector de saúde (Pavignani, Sjolander & Aarnes, 2002).

O Ministério de Saúde incorpora quatro direcções nacionais, nomeadamente:

Administração e Gestão; Plano e Cooperação; Recursos Humanos; e a Direcção Nacional de Saúde. A DNS inclui os departamentos de Assistência Médica, Saúde Comunitária, Epidemias e Endemias, Saneamento e Farmácias, assim como dois laboratórios médicos. Por sua vez o Departamento de Saúde na Comunidade inclui as repartições de Família e Saúde Reprodutiva, Nutrição e Educação de Saúde Publica.

A maior componente do Departamento de saúde na Comunidade é a Repartição de Saúde Familiar e Reprodutiva (PSFR). Esta é subdividida em vários programas, incluindo aqueles para saúde materna, planeamento familiar, saúde da criança e do adolescente, vacinações, higiene oral e saúde mental.

### 2.5.2 Estrutura e nível de descentralização

A estrutura a nível nacional é reproduzida a nível provincial. A principal função destas estruturas é o planeamento e gestão, enquanto - a parte os principais hospitais urbanos - a dimensão técnica da prestação de serviços opera a nível de distrito e abaixo deste.

A administração do sistema de saúde continua a reflectir o modelo pós-independência de planeamento centralizado e programação vertical. Os programas são definidos a nível central e implementados no modelo de topo para base a nível local com pouca interacção ou comunicação entre os departamentos em áreas como controle da malária, da TB, saúde reprodutiva e sexual e HIV/SIDA.

Os programas verticais foram estabelecidos e são responsáveis por todas funções desde a elaboração e planeamento até à aquisição e distribuição, assim como colecta de dados e formação de pessoal. Isso criou uma série de sistemas paralelos dentro do sector que enfraquece a influência institucional da Direcção de Administração e Gestão e da Direcção de Plano e Cooperação (Waterhouse, 2003). As fragmentações de serviços e ineficiência do sistema são também reflectidas nas inconsistências dentro e entre os documentos, que apresentam objectivos dados e indicadores diferentes, indicando a falta de alinhamento entre as políticas para alocação de recursos.



### 2.5.3 Financiamentos aos cuidados de saúde

O Sector de Saúde (incluindo as actividades de controle de HIV/SIDA) beneficia do maior bolo do financiamento dos doadores (11% do total dos financiamentos doados em 1999-2002). Um levantamento<sup>4</sup> sobre os financiamentos externos no período compreendido entre 1997 e 2000 (Inquérito sobre os Recursos dos Doadores) foi realizado em 2001 pelo DPC, que reuniu os dados relacionados com as 24 agências de cooperação e bancos de desenvolvimento. Com a falta de informação sobre quatro agências,<sup>5</sup> os maiores doadores, por ordem descendente foram USAID, Banco Mundial, o SDC (Agencia Suiça para o Desenvolvimento e Cooperação), Noruega, Holanda, Dinamarca e União Europeia. (Pavignani, Sjolander & Aarnes, 2002).

“O compromisso dos doadores para financiar as actividades de saúde acercou-se dos USD 108 milhões em 2002. Durante o período de 1997-2000, o desembolso aumentou gradualmente, para atingir os USD 80 milhões em 2002. Cerca de três quartos deste valor foram atribuídos como financiamento. As ajudas colectivas diminuíram com o andar dos tempos até se

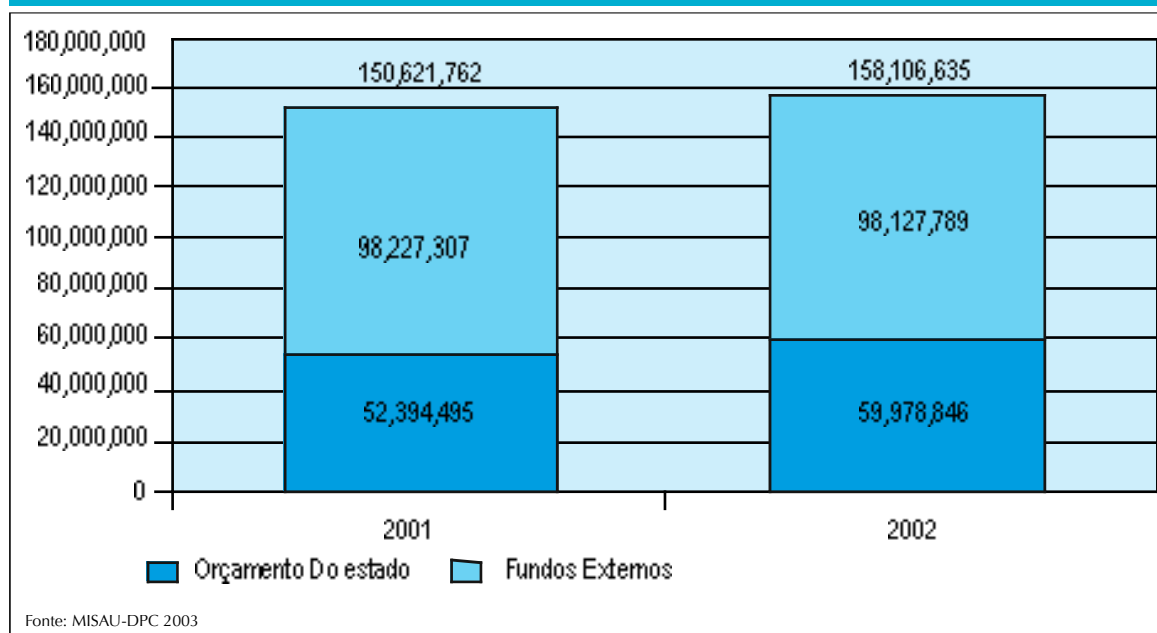
tornarem insignificantes. A gestão dos recursos externos tem de um modo crescente sido transferido para as instituições recipientes, que em 2001 eram responsáveis por 60% dos fundos disponíveis, até aos 37% em 1997” (Pavignani, Sjolander & Aarnes, 2002:16).

O DRS de 2001 concluiu mais adiante que a informação disponível limitada para 2002 e 2003 sugeria que as garantias dos doadores poderiam aumentar mais. Esta tendência poderia ser estimulada pela capacidade limitada de absorção, que foi usada para explicar o aumento lento dos gastos dos doadores, apesar das garantias desconhecidas mas bastante avultadas e as volumosas necessidades de serviço de saúde. Possíveis factores explanatórios para fraca absorção dos recursos externos inclui a capacidade reduzida de gestão das instituições beneficiárias, mecanismos administrativos pesados do doador, promessas não cumpridas, e ou atrasos e irregularidades nos desembolsos, assim como informação inadequada e fracos sistemas de programação e planeamento (Pavignani, Sjolander & Aarnes, 2002):16).

O DRS realizou em 2003 advertências que ao estimar os gastos totais na saúde poderia confrontar com problema de dados imprecisos

Gráfico 2.3

Total dos gastos na saúde, 2001-2002(USD)



ou incompletos. O que segue são estimativas baseadas nos (i) resultados do DRS (2003); e (ii) dados sobre execução do orçamento geral da Direcção de Administração E Gestão no Ministério de Saúde.<sup>6</sup> Os últimos dados incluem execução dos fundos de estado assim como dos rendimentos das consultas, venda de medicamentos, etc.

De acordo com o mencionado, a informação sobre os fundos externos obtidos através do DPC, embora extensivo, certamente não cobre toda ajuda encaminhada para o sector de saúde em Moçambique. Mais marcante é a falta de informação sobre algumas das maiores ONGs activas no país. Os níveis totais de gastos acima apresentados também não apresentam os gastos no sector privado de saúde. Embora não estejam disponíveis estimativas recentes sobre a importância de gastos em saúde no sector privado, um estudo realizado em 1997 rezava que era cerca de USD 50 milhões por ano, a que se chamou “um cálculo cauteloso” (Yates & Zorzi, 1997:15). Finalmente é preciso notar que nos dados acima apresentados, os gastos relacionados com actividade no sector de saúde fora do sector de saúde não são apresentados.

Isto acontece se tomarmos em conta que outras instituições públicas também oferecem serviços de saúde em Moçambique. Tal inclui os Ministérios da Justiça, Interior e Defesa (tratamento nas prisões e unidades policiais e militares); o Ministério de Trabalho (serviço de segurança social oferecido ao pessoal por empresas privadas); e o Ministério das Obras Públicas (programas de abastecimento de água e saneamento); e o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). Existem também registo de intervenções pelo Instituto de Desenvolvimento Rural (Ministério da Agricultura), que construiu postos e centros de saúde nas zonas rurais (MISAU-DPC, 2003:10).

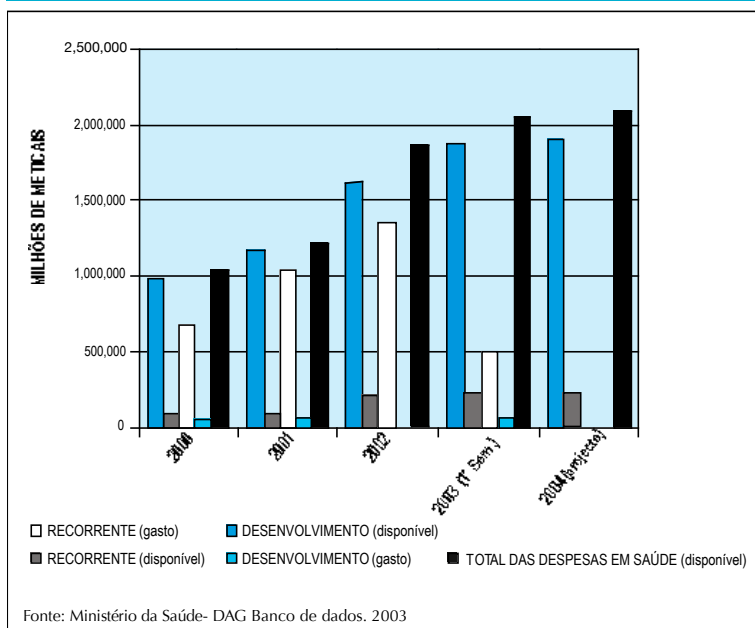
Note que os dados para os gastos orçamentais para o ano

de 2002 não se encontravam disponíveis a nível central quando este estudo foi realizado.

Falando de um modo geral, o financiamento aos cuidados de saúde tem aumentado ao longo dos anos em termos nominais, conforme reflectido no gráfico 2.4. Contudo uma variação mais realística requer um olhar por todo o cenário, ao invés de olhar apenas para o aumento anual. É evidente a partir do gráfico que o orçamento recorrente alocado é mais elevado que o orçamento em execução, e consome mais de metade do orçamento total para a saúde. Isto poderá ser devido ao facto dos fundos externos não terem sido adicionados ao orçamento em execução com excepção para anos 2002-2003. Poder-se-ia argumentar que mesmo para esses anos, onde os fundos externos foram adicionados, o aumento não foi significativo.

Considerando as tendências nos gastos, as variações não são consideráveis. O orçamento recorrente de gastos manteve-se quase constante. O orçamento de gastos em execução também tendeu a diminuir no ano de 2003. Note-se que o orçamento de gastos em execução para o ano 2002 não se encontrava disponível ao nível central quando este estudo foi realizado.

Gráfico 2.4 Alocação do Orçamento do Estado ao MISAU



É importante notar que a contribuição proporcional do governo ao total de gastos na saúde tem aumentado todos os anos. Atingiu cerca de 35% em 2001 e aumentou para 38% em 2002.<sup>7</sup> (MISAU-DPC, 2003:11).

### 3. PROCESSO ORÇAMENTAL

O processo orçamental em Moçambique é da base para o topo<sup>8</sup> e é regulado por legislação específica. O orçamento toma forma de pacotes de facturas consideradas e aprovadas pelo Parlamento antes de serem promulgadas pelo Presidente da República. A lei descreve como é que rendimentos colectados pelo governo, (interna e externamente) serão distribuídos no governo a nível nacional (Ministérios), provincial (Direcções), e distrital, assim como quanto é que cada província e distrito, e ministérios irão receber do governo nos anos seguintes.

Em Moçambique o governador provincial representa o chefe do governo na província e a nível distrital existem os administradores locais que representam a província. Cada direcção provincial representa o ministério numa região geográfica específica (província). Moçambique tem orçamentos para o investimento e execução separados.<sup>9</sup> A distinção entre os gastos correntes e investimento não está muito clara em Moçambique, mas no agregado os rendimentos de impostos dificilmente se igualam aos gastos recorrentes. O orçamento Moçambicano não inclui os indicadores de desempenho e aplicam o ciclo orçamental a médio prazo. Depois da sua aprovação o orçamento geral de estado é tornado público.

Embora todo o processo orçamental seja da base para o topo, o Conselho de Ministros e o parlamento têm a última palavra. O processo começa no distrito (com propostas das estruturas locais do estado, tais como da Localidade e Posto

Administrativo), e depois vai para as Províncias seguindo depois para Direcção de Plano e Orçamento que funciona sob tutela do Ministério de Plano e Finanças. Uma vez aprovado pelo Conselho de Ministros, é submetido a Comissão Parlamentar do Plano e Orçamento antes de ser levado a sessão plenária do parlamento para ser votado.

Contudo deve-se notar que nem todos os distritos participam neste exercício orçamental, e de facto muito poucos distritos são capazes de produzir um orçamento realista. Embora o processo tenha sido concebido da base para o topo, na prática é do topo para a base, com o Tesouro determinando os envelopes.

O processo orçamental começa aproximadamente no início do ano fiscal. Por exemplo, o processo de orçamento para 2004 deveria iniciar em Fevereiro de 2003. Nessa altura todas as províncias e os vários departamentos do governo são informados sobre os métodos a serem seguidos na preparação das propostas de orçamento. De Fevereiro a Maio aproximadamente, são elaborados planos e orçamentos detalhados a nível departamental nos governos distrital e provincial.

Quadro 3.1 Cronologia para elaboração do orçamento

<b>Fevereiro</b>	O Ministério de Plano e Finanças emite orientações para as Direcções Nacionais e Governos Provinciais para orientá-los na preparação da proposta de orçamento
<b>Abril-Maio</b>	As direcções e províncias preparam as propostas
<b>Junho</b>	As direcções submetem a suas propostas de orçamento ao Ministério de Plano e Finanças
<b>Julho-Agosto</b>	O Ministério de Plano e Finanças analisa e ajusta as propostas de orçamento
<b>Setembro</b>	As propostas são enviadas ao Governo
<b>Setembro-Outubro</b>	O Governo faz os ajustes finais e apresenta o orçamento ao parlamento
<b>Dezembro</b>	O parlamento debate a proposta final do orçamento

Fonte: Entrevista com o pessoal da Direcção de Plano e Orçamento do Ministério de Plano e Finanças, 2003.



Nos finais de Junho, as Direcções Nacionais e Governos Provinciais devem submeter as suas propostas de orçamento ao Ministério de Plano e Finanças de acordo com as prioridades identificadas. Basicamente o trabalho consiste na compilação de orçamentos departamentais e determinação de alocações aos programas e itens definidos. As direcções provinciais também elaboram propostas sobre como o seu dinheiro será despendido e decidem entre os programas e itens definidos.

De Julho a Agosto, o Ministério de Plano e Finanças analisa as propostas de orçamento e faz ajustes onde acha necessário, antes de enviar as propostas ao Conselho de Ministros (Governo). Entre Setembro e Outubro o governo discute as propostas e toma decisões chave sobre o crescimento dos gastos globais, custos do serviço da dívida, projecções da inflação e divisão dos rendimentos entre o governo central, provincial e local. O governo também analisa os esboços e apresenta ao parlamento as alocações finais para os governos provinciais e locais. Normalmente o esboço final é debatido e aprovado pelo parlamento em Dezembro.

As emendas no orçamento são reguladas por lei e consistem na mudança das dotações orçamentais, dentro de certos limites autorizados pela Lei de Orçamento de Estado. Em Moçambique o parlamento detém poder para aprovar as alterações ao orçamento proposto pelo governo quando devidamente explicadas em detalhe. Contudo essas emendas não podem ultrapassar certos limites determinados pela Lei Orçamental. A Comissão Parlamentar do Plano e Orçamento tem o poder de auscultar sobre as lies fiscal e das contas de Estado, mas não pode recomendar sobre mudanças específicas.

Todo o processo de preparação do orçamento é essencialmente baseado no PARPA e nas políticas de sectores chave, nomeadamente educação, saúde e infra-estrutura. O objectivo geral do PARPA é de desenvolver acções que visem reduzir a pobreza a médio prazo e erradicá-la a longo prazo, para garantir o monitoramento efectivo e coordenado dessas acções.

Vários estudos, tais como Análise de Gastos Públicos (2001), constataram que as funções do tesouro estão ultrapassadas e ineficazes na alocação de liquidez de acordo com as necessidades. Os constrangimentos de liquidez aliados ao atraso na cobertura e imprevisibilidade do financiamento externo embaraçam severamente a implementação do orçamento em Moçambique.<sup>10</sup> A presente alocação de recursos de tesouro é influenciada mais pela crise diária de gestão do que pelo prescrito nas alocações de orçamento. Considerando o primeiro semestre de 2002, os gastos recorrentes eram de 37% do valor orçamentado para todo o sector público, e 29% para o Ministério de Saúde (MPF, 2002). Os constrangimentos de liquidez não são os únicos problemas que afectam a execução orçamental, mas são os mais evocados para justificar as crises recorrentes (Pavignani, Sjolander & Aarnes, 2002:9).

#### **4. TRANSFERÊNCIAS FISCAIS INTERGOVERNAMENTAIS PARA O HIV/SIDA**

O CNS foi criado em 2000 e desde 2001 beneficia de fundos específicos alocados pelo orçamento geral do estado. O CNS encontra-se num processo de avaliar o melhor mecanismo para transferência de fundos entre os vários departamentos do governo. Isso porque no passado a maior parte dos departamentos do governo não incluíam nos seus orçamentos nem executavam programas virados para o HIV/SIDA. Até o momento os recursos para os Ministérios têm sido principalmente alocados para a criação de pontos focais.

A nível central, cada Ministério tem um ponto focal que assegura que o HIV/SIDA é parte dos planos do ministério e que algumas actividades tais como prevenção, consciencialização e advocacia se realizem nesta área de jurisdição. Os pontos focais nos ministérios também podem desenvolver projectos específicos e submete-los directamente ao escritório central do CNCNS para financiamento, mais ou menos do modo como fazem as províncias.

Teoricamente as condições e processo para aceder aos fundos são replicadas a nível de

distrito, onde na ausência de um núcleo do CNCS, os agentes estatais, ONGs e OBCs são os parceiros principais. Uma vez que os fundos do CNCS não foram desembolsados para as instituições governamentais, devido aos atrasos acima mencionados, não foi possível obter tais dados.

Em teoria, os fundos para os programas de HIV/SIDA em Moçambique são canalizados através do Fundo Comum para o SIDA, criado em Novembro de 2001 pelo Conselho Nacional de Combate ao SIDA. Os procedimentos e mecanismos para a gestão dos fundos foram estabelecidos e o fundo tornou-se operacional na segunda metade de 2002.

Existem certos regulamentos ou condições fixadas nas transferências. O primeiro passo é ter o projecto aprovado pelo Conselho Técnico Provincial. Depois disso uma série de projectos seleccionados são submetidos ao CNCS através do seu núcleo provincial. Uma vez seleccionados os projectos dão entrada no ciclo de planificação do CNCS, dependendo da disponibilidade de fundos, é assinado um contrato específico para o programa de implementação e prestação de contas. (Por favor veja anexo 5).

O Secretariado do Conselho Nacional de Combate ao SIDA desenvolveu através de processos consultivos um quadro compreensivo para monitorar a resposta nacional ao HIV/SIDA. Este quadro destaca os principais objectivos do programa, indicadores, meios e frequência de avaliação. Os indicadores da UNGASS encontram-se entre os principais. O quadro neste momento está sendo analisado pelos ministérios do pelouro para assegurar a sua fiabilidade.

Recentemente foi criada uma Unidade de Monitoria e Avaliação junto ao Secretariado do Conselho Nacional de Combate ao SIDA para apoiar a implementação do plano da Unidade. A UNAIDS seleccionou Moçambique como um dos países prioritários para o estabelecimento de um Sistema de Informação de Resposta Nacional (CRIS). O sistema vai facilitar a capacidade do país monitorar e reportar sobre os objectivos nacionais e globais comparado com os indicadores estipulados no quadro

compreensivo da Unidade do CNCS (GM CR 2002:13).

Conforme acima mencionado o CNCS encontra-se num processo de desenvolver uma base de dados dinâmica que acelerará o processo de informação das actividades e organizações relacionadas com o HIV/SIDA e assim como para gerir os fundos do Governo e internacionais para essas actividades. Entretanto, formas simples de prestação financeira de contas, em conformidade com as normas do estado estão sendo aplicadas. O recipiente de tais fundos deverá produzir um relatório financeiro completo, incluindo recibos e outras provas dos gastos realizados.

Existem três fontes principais de financiamento para luta contra o HIV/SIDA em Moçambique: (1) o orçamento de estado (OGE), (2) o Fundo Comum e (3) outros, tais como o Fundo Global e fundos alocados. Os fundos do governo para o HIV/SIDA destinam-se principalmente a garantir o financiamento operacional do CNCS, que obedece aos procedimentos financeiros e de orçamento do governo. Eles também contribuem para o Fundo Comum. A contribuição do Governo também visa financiar as instituições governamentais (Ministérios) na implementação de actividades de prevenção do HIV. Nunca esteve claro se isso inclui ou não o Ministério de Saúde. A ideia era canalizar os fundos do Governo para o CNCS e deste para os Ministérios com as linhas e programas relacionados com HIV/SIDA, de modo a garantir que haja retorno em termos de relatórios de progresso.

Desde 2001, que o CNCS vem beneficiando de fundos do Orçamento Geral do Estado. Anualmente, o Governo aloca cinco milhões de dólares para o CNCS através do OGE. Essa pelo menos essa é a informação prestada pelo governo em 2000. Mas o valor real alocado em cada ano varia consideravelmente. (Por favor verifique junto ao Departamento Financeiro do CNCS o orçamento anual desde 2001).

O Fundo Comum visa mobilizar recursos para as actividades do HIV/SIDA das ONGs, OBCs e “projectos dinâmicos” (agentes que implementam o plano estratégico nacional). O Fundo Comum é a opção de financiamento



recomendada pelo CNCS e é usado por este para financiar programas de HIV e suprir algumas carências nas instituições do governo a nível provincial e distrital. Basicamente, o CNCS financia programas para o HIV/SIDA através deste fundo. É importante notar que cerca de 75% dos 1.5 milhão de dólares das contribuições iniciais para o Fundo Comum, em 2002, vieram do governo de Moçambique. Mais de 7 acordos bilaterais produziram promessas, mas até a data somente o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido e da Irlanda fizeram as suas contribuições que totalizaram aproximadamente 500.000 USD. Espera-se que mais doadores desembolsem em 2003 (GM CR, 2002:6).

O problema com o Fundo Comum é que, na prática o CNCS nunca finalizou os procedimentos comuns aceitáveis para os diferentes doadores e parceiros e, embora tenham sido dados passos concretos por poucos doadores que alocaram dinheiro ao Fundo Comum, o CNCS ainda tem que produzir relatórios precisos mostrando os critérios adoptados para o desembolso e alocação dos fundos.

Os mecanismos de financiamento do Fundo Comum incluem alguns procedimentos a serem cumpridos por todos os parceiros que se comprometem a dar apoio financeiro aos programas de HIV/SIDA. A partir do momento em que o dinheiro é canalizado através do Fundo Comum, as prioridades para a sua aplicação são definidas por um comité de avaliação e o comité técnico formados para esse propósito específico. Os outros parceiros que não financiam programas de HIV/SIDA através do Fundo Comum fazem as suas contribuições financeiras usando um mecanismo diferente designado Fundo Dirigido. O Comité de Avaliação do Fundo Comum ainda não está desempenhando as tarefas que lhe cabe, uma vez que ainda é necessário clarificar questões relacionadas com a tomada de decisão para aprovação do projecto e desembolso dos fundos.

Os Fundos Dirigidos são usados para actividades a nível nacional provincial ou local e são administrados pelo CNCS através de

contas bancária consagradas e estruturas de prestação de contas. Sendo a instituição governamental timoneira na luta contra o HIV/SIDA, o CNCS assume responsabilidade central na gestão financeira de todos os fundos. Isto inclui os seguintes passos:

- ◆ Propor, na base dos planos existentes o orçamento anual para ser administrado através do CNCS;
- ◆ Gerir os fundos atribuídos na luta contra o HIV/SIDA;
- ◆ Autorizar gastos aprovados; e
- ◆ Reportar sobre todos os parceiros relevantes na utilização desses fundos.

Contudo os fundos dirigidos podem não responder as prioridades nacionais, uma vez que ao doador ou agencia financiadora que define como e que esse dinheiro devera ser usado e administrado. Por exemplo o doador pode anunciar uma contribuição de 1 milhão de dólares americanos para o sector de educação e indicar que este devera ser exclusivamente alocado a reforma curricular afim de incorporar temas relacionados com saúde reprodutiva e HIV/SIDA. Isso pode não representar uma prioridade no momento, e o sector de educação pode ter ao seu dispor outros fundos para implementar a mesma actividade, mas nesta situação não há opções porque é assim que o doador acha que deve ajudar.

Embora os documentos sugiram que o CNCS desempenhe um papel central, a agencia não assume a gestão desses fundos por inteiro. Muito poucos doadores desejam encaminhar dinheiro para o CNCS através do Fundo Comum para SIDA, porque eles podem ter procedimentos diferentes para canalizar os fundos ou duvidas sobre a capacidade do CNCS gerir com eficácia os fundos. Muitos doadores optam por dar o dinheiro directamente aos seus parceiros para implementação, tais como ONGs nacionais e internacionais e algumas instituições do governo. O CNCS aceita esta abordagem e deseja simplesmente ser informado sobre quem está financiar o quê, onde e em que dimensão, de modo a evitar a duplicação de esforços ou concentração de recursos numa determinada área de intervenção ou região.



De acordo com oficiais do CNCS, esta abordagem está experimentando algumas dificuldades, devido a constrangimentos organizativos e relutância de alguns parceiros (beneficiários) em fornecer informação sobre questões financeiras, com receio de perder novas oportunidades para obter recursos adicionais.

Outro mecanismo mais usado no financiamento de programas de HIV/SIDA e dos acordos bilaterais. Estes arranjos contratuais são vistos como flexíveis, porque são baseados numa análise detalhada das prioridades das necessidades nacionais. A tabela no anexo 6 apresenta as principais agências nacionais e internacionais envolvidas na resposta nacional ao HIV/SIDA.

## **5. FUNDOS DOS DOADORES PARA O HIV/SIDA**

### **5.1 Estrutura e Processos de Alocação e Desembolso dos Fundos dos Doadores para o HIV/SIDA**

Os altos níveis de pobreza mantiveram o OGE anual de Moçambique dependente da ajuda externa. Por exemplo, em 2003 o governo estimava colectar cerca de 15 359.4 biliões de meticais (cerca de USD 645 milhões). Os gastos para o ano estavam calculados em 30 515.6 biliões de meticais (aproximadamente o dobro dos rendimentos), o que demonstra que metade do orçamento deveria ser coberto pela ajuda externa. Dados do orçamento de 2003 apresentados ao parlamento em Dezembro último demonstram que os rendimentos previstos não cobrem o orçamento recorrente de 16 568.2 biliões<sup>11</sup> de meticais, e que o capital orçamental de 13 913.2 biliões de meticais terá que ser totalmente financiado com ajuda estrangeira e empréstimos.

O CNCS é a instituição oficial que orienta e coordena todas iniciativas relacionadas com angariação de fundo para os programas que visam combater o HIV/SIDA em Moçambique. O CNCS dirigido pelo Primeiro Ministro e composto por representantes do governo e Sociedade Civil foi estabelecido para angariar fundos adicionais para os programas de HIV/SIDA uma vez que a contribuição do governo está longe de cobrir as necessidades reais.

### **5.2 Alocações e Prioridades dos Doadores**

O orçamento para 2003 planeado pelas Nações Unidas deveria ser distribuído em três principais áreas de actividade: prevenção; cuidados, tratamento e protecção; e liderança, advocacia, pesquisa e informação. Foi dada prioridade ao cuidado, tratamento e protecção, com uma alocação de 60% do valor total, enquanto as outras duas áreas recebem 20% cada (Plano de Trabalho Anual Integrado para a Resposta das Nações Unidas ao HIV/SIDA 1 de Janeiro-31 de Dezembro de 2003).

Por outro lado, como parte do quadro de assistência ao desenvolvimento das Nações Unidas para 2002-2006, as agências das Nações Unidas prometeram contribuir com pelo menos 25% dos seus recursos próprios para apoiar a resposta nacional ao HIV/SIDA. Se totalmente financiado isso poderia ser traduzido em aproximadamente 20 milhões de dólares ano. Em 2002 o sistema das Nações Unidas tinha direccionado 13 milhões de dólares para apoiar actividades ligadas ao HIV/SIDA.

Outras duas fontes principais de financiamento para o HIV/SIDA e para o sector de saúde em geral são o programa MAP do Banco Mundial e a Fundação Clinton. As parcerias a serem criadas entre o governo e essas instituições vão incrementar as alocações de orçamento para a saúde e HIV/SIDA nos próximos anos, e irão também permitir a implementação de programas que envolvem mais do que a prevenção.

Como parte da parceria, espera-se que seja assinado um memorando de entendimento entre a Fundação Clinton e o Ministério de Saúde para expandir os programas de tratamento. O plano de negócios desenvolvido na base do memorando de entendimento pretende garantir acesso ao cuidado e tratamento para mais de 100 mil moçambicanos no período que vai de 2003 a 2007. Estima-se que este plano quinquenal irá custar mais de 350 milhões de dólares americanos. A capacitação institucional também está integrada nesta parceria. Somente com o apoio da Fundação Clinton, espera-se que sejam formados um total de 1275 novos trabalhadores de saúde num custo de aproximadamente 5.4 milhões de dólares (GM CR,2002).

Em Março de 2003, a direcção executiva do Banco Mundial aprovou um empréstimo de 55 milhões de dólares para combater o HIV/SIDA em Moçambique num período de 5 anos. Foram realizadas várias missões do Banco Mundial em 2002 e princípios de 2003 para identificar prioridades em consulta com um amplo leque de parceiros. Durante esta fase preparatória, o Banco Mundial também apoiou a avaliação institucional do CNCS e o desenvolvimento de manuais operacionais para facilitar as várias funções do conselho, incluindo procedimentos para avaliar e aprovar as propostas da Sociedade Civil. Os resultados dessa avaliação conduziram a um reforço da estrutura do pessoal do secretariado do conselho. O empréstimo do Banco Mundial vai apoiar as cinco áreas que se seguem: (a) 28 milhões de dólares americanos para apoiar as iniciativas da sociedade civil e da comunidade - incluindo 5 milhões de dólares para as ONGs que trabalham no sector de saúde e 2 milhões de dólares para as iniciativas do sector privado; (b) 5.5 milhões de dólares para capacitação institucional e técnica das organizações da sociedade civil; (c) 17.5 milhões de dólares para o Ministério de Saúde reforçar e melhorar os serviços de saúde pública para o HIV/SIDA; (d) 7 milhões de dólares para apoiar a resposta multisectorial do governo (apoiar os ministérios fora do sector de saúde); e 6 milhões de dólares para reforçar a resposta à gestão (apoiar o secretariado) (ibid:7).

Moçambique é também um dos países seleccionados para receber apoio no âmbito da iniciativa contra o HIV/SIDA recentemente anunciado pela iniciativa Bush. A natureza e âmbito dessa assistência ainda estão por ser definidas.

Uma outra fonte para aumentar alocação de fundo é a iniciativa HIPC,<sup>12</sup> da qual Moçambique beneficia. Graças a HIPC, a dívida externa de Moçambique foi reduzida em pelos menos 73%, e o serviço de

pagamento da dívida que situa-se numa media de 56 milhões de dólares por ano para o período de 2002-2010, são ligeiramente mais de metade do que seria sem o alívio da dívida. Os doadores internacionais apelaram para um apoio adicional de 722 milhões de dólares para o Programa de Redução à Pobreza em Moçambique.

A tabela que se segue mostra o valor total das dívidas canceladas por ano e a percentagem alocada para os serviços sociais incluindo o HIV/SIDA. Isto significa que tem havido um alívio da dívida e os vários sectores (de acordo com a tabela) beneficiaram deste. Por exemplo no ano 2000 houve um alívio total da dívida de 178 915 000 dólares americanos, o que significa que 0.2% desse valor foi alocado para o HIV/SIDA.

Quadro 5.1 Alívio da dívida concedido através do HIPC

Valor do alívio da dívida	2000	2001	2002 (Estimativas)
Total <sup>13</sup> (US\$)	178,915,000	200,106,000	161,624,000
% of PIB	4.8	5.7	4.4
% Saúde	11.0	2.3	21.1
% HIV/SIDA	0.2	3.3	5.2
% Educação	38.1	56.2	35.6
% Segurança Social	3.5	1.4	1.9

Fonte: Ministério do Plano e Finanças, 2002a.

### 5.3 Valores Atribuídos e o Processo de Absorção Financeira do Fundo Global

O Fundo Global é outro mecanismo de financiamento para apoiar os programas de HIV/SIDA em Moçambique. É um fundo adicional que complementa os esforços que estão sendo feitos por agências nacionais e internacionais, assim como pelo governo. Para aceder ao Fundo Global existem certos procedimentos e requisitos que devem ser cumpridos, nomeadamente uma indicação clara dos parceiros através do Mecanismo de Coordenação Nacional para o usufruto desses fundos, suas competências e prioridades (CNCs, 2003).

A proposta de Moçambique para o Fundo Global sobre o SIDA, Tuberculose e Malária foi aprovada em Janeiro de 2003, estando

pendente a revisão de certos componentes da proposta (Categoria 2). A proposta compreende os três componentes- HIV/SIDA, Tuberculose e Malária - e tem um valor total de 155 milhões de dólares dos quais 109 milhões são para HIV/SIDA (GM CR, 2002).

O CNCS vai administrar os fundos para o HIV/SIDA, enquanto que o MISAU vai gerir as alocações para TB e Malária. Uma firma de consultoria internacional está ajudando o CNCS a elaborar mecanismos para aceder e utilizar os financiamentos do Fundo Global.

## 6. ALOCAÇÕES ORÇAMENTAIS PARA INTERVENÇÕES TRAÇADAS NA ÁREA DO HIV/SIDA

### 6.1 Orçamento Total para o HIV/SIDA

Embora os dados sobre alocações sejam escassos, não existem nenhuns dados sobre como é que os fundos estão sendo dispendidos. Portanto, para fins de análise nós tivemos que apreciar os gastos em HIV/SIDA no sector de saúde, principalmente através de registos de Ministério de Saúde. Olhando para o sector de saúde estima-se que 7,858,388 dólares americanos e 10,623,410 dólares americanos (ou 9.43% dos gastos totais do MISAU - sobre os 2 anos estudados) foram gastos em actividades relacionadas com HIV/SIDA, em 2001 e 2002 respectivamente. Os principais doadores foram a USAID, seguida do Departamento Internacional do Reino Unido (DfID) e da União Europeia. A maior parte dos fundos (75%), foram gastos em projectos de âmbito nacional, e a composição dos gastos teve as seguintes características (MISAU - DPC, 2003).

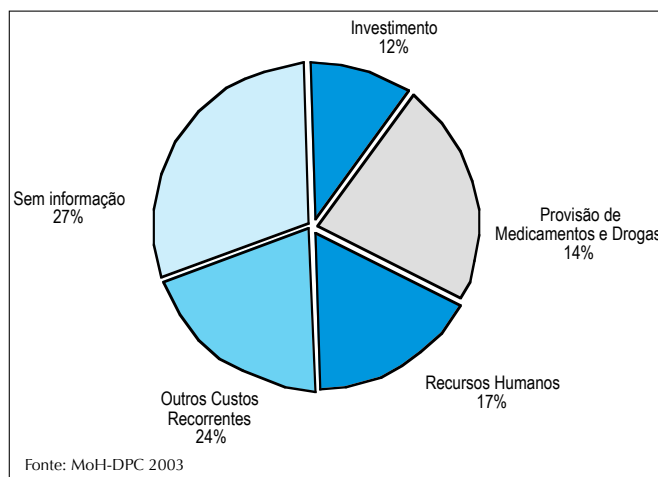
É preciso notar que os dados referentes aos gastos totais aqui mencionados também não nos apresentam contribuições significantes para o HIV/SIDA feitas por várias ONG's. Contudo, espera-se que os gastos totais em HIV/SIDA

umentem significativamente nos próximos anos, com a chegada de novos fundos do Banco Mundial (Projecto Multisectorial do SIDA), do Fundo Global e da Fundação Clinton.

Para 2003, os fundos solicitados são de USD 38,638,394 (aproximadamente 30% dos fundos prometidos para o mesmo ano) (MISAU-DPC, 2003).

De um modo geral, a maior parte dos financiamentos para o HIV/SIDA vem de doadores externos bilaterais e multilaterais. Por exemplo, de todo o dinheiro investido na luta contra o HIV/SIDA em 2001, somente 10% provieram de recursos internos. Contudo, para o mesmo período, o financiamento para o CNCS para o mesmo período, foi inteiramente de fontes internas. (Lei Orçamental de Revisão de Orçamento de Estado de 2001-AR-

Gráfico 6.1 Despesas relacionadas com o HIV/SIDA (Fundos dos doadores) por tipo,<sup>14</sup> 2001-2002



Quadro 6.1 Tendências das alocações orçamentais para o HIV/SIDA em 2000/01 para 2003/04

Bilhões de Meticais	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Alocação Orçamental (nominal)*	109.70	194.90	70.80	134.200
Alocação Orçamental (real) <sup>15</sup>	109.70	102.04	63.89	70.6
Índice de crescimento real anual <sup>16</sup>		13.4%	- 37.4%	10.5%

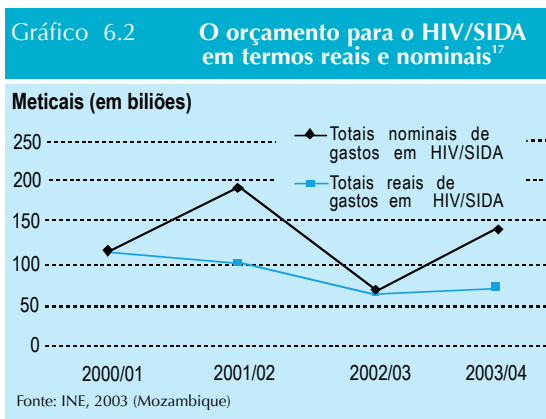
\* Fonte: Base de dados do INE, 2003

V/Parecer/216/ 14.12.2001). No ano seguinte, registaram-se algumas contribuições externas que influenciaram para mais de 60% das contribuições totais para o orçamento do HIV/SIDA. Desse modo, o aumento no orçamento deve-se essencialmente aos investimentos externos. (Proposta de Revisão da Lei do Orçamento de Estado de 2002 - Orçamento rectificativo para o ano 2002-AR-V/Prop.Lei/256/23.08. 2002).

Contudo, devemos ter em mente que parte do valor alocado ao CNCS foi destinado para fins administrativos, tais como a criação do quadro institucional do CNCS.

## 6.2 Tendências ao Longo do Tempo

Moçambique tem aumentado o seu financiamento para o HIV/SIDA conforme reflectido nos dados do OGE. Contudo, a tabela 6.1 indica algumas distorções, especificamente em 2002/2003. A alta alocação para o ano financeiro 2001/02 poderia ser explicada pelo influxo extra de fundos de emergência logo após as cheias que atingiram o país em 2000 e 2001. Todavia, se compararmos as alocações nominais e reais, verificamos que existem grandes discrepâncias (conforme o reflectido no gráfico 6.1). A projecção é que a taxa de crescimento real anual de alocações para o HIV/SIDA aumentarão de 37.4% em 2002/03 para 10,5% em 2003/04 (nossos cálculos com base nos dados do INE). É crucial notar que isso só reflecte as alocações obtidas do OGE, e isso exclui uma significativa proporção de contribuições dos doadores externos.



Com mais recursos disponibilizados pelo BM, Fundo Global e Fundação Clinton, as tendências podem mudar significativamente a partir de 2004. Por outro lado, as actuais reformas no sistema de prestação de contas, incluindo a base de dados do CNCS e mecanismos para monitorar e avaliar, permitirão a obtenção de dados mais fiáveis e precisos que influenciarão tais tendências.

## 7. PRIORIDADE PRESTADA AO HIV/SIDA E À SAÚDE

A tabela que segue apresenta-nos um resumo real e nominal das alocações feitas para a saúde e HIV/SIDA em Moçambique entre 2000/01 a 2003/04, dando-nos também os gastos per capita.

É importante notar que a informação não está completa, uma vez que a maior parte dos financiadores dos programas do HIV/SIDA são ONG's internacionais e a informação sobre quem são esses doadores não se encontra disponível. É preciso também ter consciência, ao analisar a presente informação, que uma grande proporção de recursos não está orçamentada e portanto está fora do controle do governo.

Na tabela 7.1 está claro que tanto os orçamentos para a saúde como para o HIV/SIDA experimentaram mudanças constantes. No orçamento para o HIV/SIDA (em termos nominais), verificamos um aumento de 109.7 biliões de meticais em 2000/01 para 194.9 biliões em 2001/02, e depois um decréscimo para 70.8 biliões em 2002/03 seguidos de outro aumento no ano fiscal seguinte.

A tabela 7.1 ilustra um orçamento relativamente baixo para o HIV/SIDA como percentagem do orçamento para a saúde. Contudo isto não representa todo o cenário se considerarmos que parte dos fundos canalizados do HIV/SIDA para o CNCS também são drenados para o Ministério da Saúde.

A mesma vertente tende a aplicar-se no orçamento para a saúde. Os gastos para os cuidados de saúde como uma percentagem do PIB poderão aumentar de 2.9% para 4.3% entre 2000/01 e 2004/05, e depois declinarem



Quadro 7.1

## Prioridade prestada ao HIV/SIDA e à saúde na distribuição orçamental 2000/01 e 2003/04

Biliões de meticais	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Total orçamento HIV/AIDS (nominal)	109.700	194.900	70.800	134.200
Total orçamento HIV/AIDS (real)*	109.700	102.042	63.899	70.632
Total orçamento saúde (nominal)	3694.800	3046.800	4360.900	5109.200
Total orçamento saúde (real)*	3694.800	1595.183	3935.830	2689.053

Fonte: Dados do INE, 2003 \* Nossos cálculos

para 4.2% em 2005/06. (O modelo deles para o PIB é suspeito). Como mencionamos, o orçamento para o HIV/SIDA ainda é marginal e isso também é reflectido quando comparado com o PIB. De acordo com a tabela 7.1 os gastos em HIV/SIDA como percentagem do PIB são de zero (projectados para descer de 0.2% em 2000/01 para 0.1% em 2005/06). Esta é uma indicação clara de que os gastos para o HIV/SIDA em Moçambique continuam muito baixos uma vez que estão longe de constituir uma percentagem significativa do PIB. Contudo, à medida que as taxas de prevalência aumentam

e dá-se maior ênfase a componente tratamento, esperamos que as alocações do governo para o HIV/SIDA aumentem.

A melhor forma de obter o senso de priorização do governo para um sector, é comparar o orçamento desse sector como uma percentagem do orçamento global. A quota da saúde sobre o orçamento total aumentou significativamente de 9.9% em 2000/01 para 15.4% em 2003/04. As alocações de orçamento para a saúde em 2002/03 ajustam-se aos 15% prometidos na Declaração de Abuja. Contudo, vemos um decréscimo na alocação para o HIV/SIDA como uma quota

Quadro 7.2

## Prioridade prestada ao HIV/SIDA e à saúde na distribuição orçamental 2000/01 a 2005/06

Bilioses de meticias	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
Orçamento total saúde (em% ao total do PIB)	2.9%	3.6%	4.2%	4.2%	4.3%	4.2%
Orçamento total saúde (em% ao orçamento total)	9.9%	12.6%	15.4%	15.4%	15.9%	15.9%
Orçamento total HIV/SIDA (em% ao total PIB)	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Orçamento total HIV/SIDA (em% ao orçamento total)	0.5%	0.8%	0.3%	0.4%	0.4%	0.4%
Orçamento total HIV/SIDA (em% orçamento da saúde)	5.2%	6.4%	1.6%	2.6%	2.6%	2.6%
Despesas per capita na saúde (Meticais) <sup>18</sup>	114,502	**	**	**	**	**
Orçamento per capita HIV/AIDS (Meticais)	**	**	**	**	**	**
Despesas de saúde per capita (US\$) <sup>19</sup>	7.50	7.60	7.80	**	**	**
Orçamento per capita HIV/SIDA (US\$)	**	**	**	**	**	**

Fonte: Dados do INE, 2003.

Nota: Estas cifras foram fornecidas pelo INE, e não são baseadas nos calculos dos autores.

\*\*Informação não disponível.



do orçamento total, de 0.5% em 2000/01 para 0.4% em 2005/06.

Uma tendência geral digna de mencionar são as alocações relativamente altas para o sector de saúde para o período de 2000/01 para 2001/02. Isso tem a ver com o facto das cheias terem criado uma situação de emergência e mais dinheiro foi alocado aos diferentes sectores como resposta ao apelo de emergência lançado pelo governo. O acréscimo geral no sector de saúde pode estar associado ao HIV/SIDA, se tivermos em conta que o MISAU é responsável pela componente tratamento.

No que concerne aos gastos per capita na saúde, não foi possível obter dados anteriores a 2000. Os gastos per capita na saúde para o ano 2000 em termos nominais e reais (com base no ano 2000), atingem a soma de 114,502 meticais, equivalente a 7.5 dólares americanos (MISAU-DPC, 2003:11). Também, os gastos na saúde per capita mantêm-se significativamente abaixo dos 34 dólares que o relatório da comissão de macro economia na saúde estimava serem necessários para financiar o pacote básico de intervenções essenciais na saúde nos países de baixa renda. Veja anexo 7 para mais comentários sobre os gastos per capita na em saúde.

## **8. COMPOSIÇÃO DAS DESPESAS PARA HIV/SIDA**

### **8.1 Distribuição por Áreas do Programa**

O programa do CNCS está dividido em duas componentes, sendo uma para a prevenção e outra para cuidados e tratamentos. A componente cuidados e tratamentos é implementada sob os auspícios do Ministério da Saúde. Se olharmos em termos de percentagens, a componente tratamento recebe cerca de 60%, enquanto que a prevenção recebe 40%.<sup>20</sup> Até à data não existe informação disponível sobre a separação entre os vários programas ou sub-componentes da resposta do governo ao HIV/SIDA. Também, o INE ainda está no processo de compilar informação mais precisa no que refere a quota percentual atribuída às diferentes áreas tais como: cuidado e tratamento, prevenção, mitigação do impacto e pesquisa.

Contudo, um dos nossos entrevistados afirmou que é necessário ter cuidado porque não existe uma linha clara entre a prevenção e cuidado, no sentido de que mesmo aqueles responsáveis pelo tratamento e cuidado também lidam com a prevenção, pelo que nem sempre é correcto assumir que o dinheiro alocado para cuidados e tratamento é somente usado nessa área. Neste momento não existe informação disponível sobre os montantes desembolsados para cada componente, o que poderia indicar onde reside a prioridade.

### **8.2 Partilha dos Totais de Fundos para HIV/SIDA para ONG's e OBC's**

De acordo com o pessoal do CNCS, não houve alocações para as OBC's até ao momento. Foram realizados projectos piloto nas províncias centrais de Manica, Sofala e Tete, mas não existe um relatório conclusivo. A intenção é permitir que os agentes facilitadores trabalhem com as OBC's, uma vez que a maior parte destas não possui apoio administrativo. Os agentes facilitadores são ONG's com capacidade de trabalhar em conjunto com as OBC's. A percentagem de fundos alocados irá depender da sua capacidade de administrar os fundos e/ou programas. Muito recentemente o CNCS recebeu fundos do Banco Mundial que permitirão maior envolvimento das OBC's/ONG's. Estas organizações terão oportunidade de apresentar projectos aos núcleos provinciais que têm agora uma grande oportunidade de serem financiados.

## **9. EFICIÊNCIA DAS GASTOS**

### **9.1 Sistema de Gestão Financeira**

Analisar a eficiência dos gastos não foi tarefa fácil. Isso porque os dados sobre os gastos actualizados para o HIV/SIDA não se encontram disponíveis. Contudo, no relatório nacional de progresso nos termos da Declaração de UNGASS, o governo reconhece que o principal desafio para a implementação das suas políticas e estratégias é a falta de capacidade financeira, humana, técnica e institucional adequados a todos os níveis (GM CR, 2002:11).



Um novo sistema de gestão financeira - SISTAFE - está sendo criado pelo governo. O modelo escolhido tem o seu principal foco na estrutura orçamental e no seu processo de execução (em vez do modelo de prestação de contas). A principal parte de informação direccionada para fins de gestão deve ser proveniente do orçamento, uma vez que não existe um sistema independente de prestação de contas (como estrutura de acompanhamento orçamental). A classificação do orçamento é unidimensional. Todas as estruturas de informação - tais como programa sectorial - podem por sua vez ser obtidos através deste sistema se o orçamento preliminar for estruturado do mesmo modo, de uma maneira altamente detalhada.

O sistema de pagamento neste modelo é, de acordo com a lei, designado de Conta Única. Sendo totalmente implementado terá que haver uma conta bancária única neste sistema. Todas as transacções nos Ministérios e instituições terão lugar através de contas bancárias virtuais. O modelo é totalmente baseado em dinheiro vivo. Toda a apropriação neste orçamento será codificada com uma fonte de financiamento. Se esta fonte estiver sem fundos, não haverá execução do correspondente orçamento. As decisões políticas orientarão as prioridades de execução das apropriações financiadas através de fundos não dirigidos. (Pavignani, Sjolander & Aarnes, 2002:12)

De facto, o modelo está estruturado somente para captar recursos orçamentados (na execução do orçamento), mas pode ser ajustado para incluir também o dinheiro extra orçamentado se mantiver a disciplina de prestação de contas. Este modelo visa ser implementado ao longo de 2003 e totalmente realizado em 2004, através de um engajamento massivo de consultores externos (estrangeiros e nacionais). (70-90 funcionários mas não em simultâneo, onde também deverá ser considerado o sector público, que contribuirá para uma maior liquidez para o estado). Em paralelo, uma nova abordagem para a alocação de recursos - designado Apoio Financeiro - será implementando. Isto permitirá que o estado aloque fundos para os diferentes sectores, tendo em conta as

prioridades do governo. (Pavignani, Sjolander & Aarnes, 2002:12)

## 9.2 Padrões de Subaplicação ou Sobreaplicação das Despesas

Além demais, uma série de programas são afectados pelos altos níveis de burocracia que criam problemas no acesso atempado aos fundos e desse modo em gastos eficientes. A burocracia no processo de desembolso é agravada pela natureza centralizada do orçamento. Recursos recorrentes de bens e serviços compreendem somente uma pequena proporção do orçamento distrital. Apesar de tudo esta componente de gastos é importante para prestação de serviços, e existe evidência tanto anedótica como documentada, das fraquezas na execução do sistema orçamental e especificamente dos atrasos no fluxo de recursos do nível central para o distrito. A forma com que esses atrasos afectam os distritos depende de uma série de factores, mas a carência de recursos financeiros pode no final ser reflectida nas carências dos recursos físicos, com os problemas de prestação de serviços. Independentemente de onde exactamente residem os problemas os atrasos resultaram num baixo nível de execução orçamental (Lindelov & Dehn, 2001:4).

## 10. EQUIDADE NOS SUBSÍDIOS ORÇAMENTAIS PARA HIV/SIDA

### 10.1 Critérios para Alocação dos Fundos entre Regiões Geográficas

Antes do estabelecimento do CNCS, os fundos do Ministério de Saúde eram canalizados para as províncias através das direcções provinciais (DPS) e não havia uma especificação dos montantes a serem gastos especificamente para o HIV/SIDA. Com a criação do CNCS, as províncias começaram a receber fundos específicos para o HIV/SIDA. Contudo, todas as províncias receberam um valor igual e a maior parte foi gasta em questões administrativas. Pode-se portanto dizer que as alocações foram desiguais, se considerarmos que não se tomou em conta as variáveis tais como índice de infecção de HIV, número da população e níveis de pobreza em cada província.



Os procedimentos de alocação estão sendo revistos, e a ideia é alocar o dinheiro não somente de acordo com as necessidades de cada província, mas também de acordo com a sua capacidade de administrar esses fundos. Critérios adicionais (tais como a taxa de prevalência) serão considerados para alocação de fundos por província. Além disso, a maior parte das várias fontes de financiamento têm critérios e procedimentos muito específicos para o desembolso, e o CNCS e MISAU estão sendo convidados a trabalhar com os doadores para tentar harmonizar os procedimentos e mecanismos de prestação de contas (CNCs, 2003).

Com o estabelecimento de novas regras para a alocação do orçamento para HIV/SIDA de acordo com uma série de critérios (abordagem baseada nas necessidades), as províncias terão mais flexibilidade na distribuição desses fundos e portanto pode-se esperar que despendam de uma forma diferente. O que não está ainda claro é se as províncias farão uso desta nova flexibilidade para aumentar os gastos em categorias que sempre foram consideradas importantes, ou se aumentarão os gastos em categorias relativamente sub-financiadas, se comparadas com outras categorias.

### 10.2 Gastos em tratamento e cuidado de HIV/SIDA por pessoas seropositiva

A informação sobre os gastos no tratamento e cuidados de pessoas seropositivas ainda não se encontra disponível.

## 11. SUMÁRIO E RECOMENDAÇÕES-CHAVE

Pode se dizer que Moçambique está realizando esforços para considerar o HIV/SIDA como um problema de pobreza conforme evidenciado pelo facto do PARPA considerar o HIV/SIDA um assunto prioritário e também por se encontrar reflectido no acréscimo ao orçamento para a saúde. Também programas específicos visando grupos vulneráveis tais como mulheres e órfãos. Contudo, uma análise mais detalhada das alocações do orçamento (valores reais ao invés de nominais) para o HIV/SIDA,

permite-nos concluir que na realidade não existe um crescimento significativo em termos de alocações de fundos.

A nível teórico, o HIV/SIDA está associado ao CNCs, mas na prática as acções concretas também estão sendo levadas a cabo fora deste, facto que se deverá ter em conta, o que deve ser tomado em conta.

Portanto, pode-se dizer que existe um cometimento político do governo, que é complementado por outras iniciativas práticas a todos os níveis da sociedade, assim como por iniciativas de angariação de fundos. Mas, a implementação é fraca e embora as contribuições do governo para o HIV/SIDA tenham aumentado ao longo dos anos, estas são quase insignificantes, especialmente se comparadas com as contribuições para outros sectores e também com as contribuições dos doadores. Finalmente, é importante lembrar que o país tem enfrentado uma série de adversidades nos últimos 20 anos (guerra civil, calamidades naturais, etc.), que lhe colocou numa posição vulnerável e desse modo criou outros problemas de desenvolvimento que podem ser as prioridades do governo neste momento. Concluindo, gostaríamos de dizer que se o cometimento é analisado sob uma perspectiva de alocação de orçamento do governo, então esse cometimento continua fraco. Contudo se o cometimento à causa é visto numa perspectiva de engajamento do governo (político assim como na angariação de fundos), então estamos correctos ao concluir que há um cometimento assumido.

Aparentemente a ênfase do CNCs é maior na identificação das necessidades do que na operacionalização da resposta nacional. Por isso, as alocações orçamentais continuam longe de responder às necessidades actuais. Os fundos para o CNCs são também usados para o desenvolvimento institucional e portanto quando analisado o orçamento é necessário tomar isso em conta.

Moçambique adoptou políticas sobre HIV/SIDA consideradas internacionalmente como as mais apropriadas. Contudo algumas dessas políticas não estão de acordo com as realidades locais, o que por seu lado mina o processo de implementação. Um exemplo poderia ser o caso de fornecimento de ARVs.



O governo introduziu a legislação sobre a distribuição de ARVs, embora não tenha capacidade para a implementar sozinho.

O governo está a negociar medicamentos genéricos a ser produzidos em Moçambique e a ideia é de que eles vão ser mais baratos, mas não está claro para quem (para aqueles que neste momento estão pagando os ARVs ou para aqueles que os obtêm gratuitamente).

Por outro lado, as vezes devido a dependência externa, o governo tende a adoptar políticas para ser elegível para assistência internacional, sem olhar a praticabilidade da implementação. É o caso do PARPA que na realidade parece ser um bom plano ou política, mas com poucas possibilidades para implementação prática.

Existe também o risco de alguns projectos (principalmente financiados por doadores externos) serem realizados e algumas políticas em termos de objectivos e duração não coincidirem com a política traçada. Um exemplo é o projecto Kulhuvuka (ao longo do corredor Sul) de uma ONG nacional, que pode parar a qualquer momento, estando não claro se depois do seu término o governo terá capacidade para continuá-lo.

Um dos desafios é verificar o valor total dos fundos disponíveis para as actividades relacionadas com o HIV/SIDA no país e tentar separá-los por componentes. Em 2002 e 2003 o país teve a oportunidade de organizar os procedimentos e sistemas financeiros, dinamizados pela necessidade de cumprir todos os requisitos e obrigações para concorrer para o Fundo Global. Projecto do financiamento MAP do Banco Mundial, fundos da Fundação Clinton, Fundo Comum e outros fundos bilaterais e multilaterais.

O governo está a criar um novo sistema de gestão financeira -SISTAFE. O modelo escolhido dá principalmente ênfase na estrutura do orçamento e no processo de execução (ao invés do sistema de prestação de contas). A maior parte de informação destinada a fins de gestão deve basear-se no orçamento, uma vez que não existe nenhum sistema independente de prestação de contas, mas somente uma estrutura de acompanhamento orçamental. A classificação

funcional do orçamento é unidimensional. Todas as estruturas únicas de informação - tais como programa sectorial - podem desse modo somente obtidas através deste sistema se o orçamento apresentado for estruturado do mesmo modo, num nível altamente detalhado.

Espera-se que o SISTAFE tenha um enorme impacto na política orçamental, pois que desse modo permitirá uma maior sistematização de informação, alocações e priorização de diferentes áreas, assim como a redução da burocracia, criando assim condições para um desembolso acelerado. Isso permitirá que o orçamento seja uma tradução mais eficaz da política.

Para além deste facto, o SITAFE vai melhorar a transparência do orçamento, usando informação mais detalhada nas alocações e gastos.

A falta de capacidade do governo (em recursos humanos e financeiros) para operacionalizar as suas políticas torna o país vulnerável aos programas que não reflectem as políticas nacionais. Existem casos em que os programas competem ou sobrepõem-se.

A burocracia excessiva na alocação de recursos atrasa a implementação dos programas. Desde o nível provincial para baixo, de um modo geral, não existe capacidade para uma prestação de contas apropriada o que resulta nos atrasos ou até a não alocação de fundos.

Embora a pesquisa esteja desenvolvida (conduzida por entidades nacionais e internacionais) encontra-se dispersa e na maior parte dos casos é realizada para suportar intervenções específicas.

As recomendações chave a tirar deste estudo serão divididas em dois sub-grupos distintos, nomeadamente a nível de política e nível de programa/administrativo.

### 11.1 Política

O Governo deve capacitar-se para implementar as suas próprias políticas. Este é um grande desafio e vai requerer reforço e esforço contínuo para reduzir a sua dependência na ajuda externa e edificar a sua própria capacidade humana e técnica.

Devem-se realizar esforços para assegurar a implementação do Plano Estratégico Nacional e



todos os programas do sector devem reflectir a abordagem preconizada no PEN: que o HIV/SIDA é um problema de desenvolvimento.

A legislação desempenha um papel importante no processo de orçamentação. Contudo, este papel pode ser valorizado e melhorado. A sua compreensão sobre questões relacionadas com o processo podem produzir um impacto considerável, não só por analisar criticamente a forma como o orçamento é produzido, mas também na composição, prioridade e alocações. O reconhecimento da fraca capacidade do órgão legislativo que tem impacto quando os orçamentos são discutidos e aprovados (prioridades e alocações), recomendamos que se preste maior atenção à capacitação institucional dos fazedores de política, com ênfase especificamente na análise do orçamento.

Embora o CNCS tenha recebido apoio político muito forte do governo, continua a carecer de capacidades técnicas em quase todos os ramos, incluindo o orçamental. Portanto recomendamos veementemente a formação em análise de orçamento para o pessoal do CNCS.

### 11.2 Nível de Programa/Administrativo

Uma solução a curto prazo para a falta de dados no que concerne aos fundos doados pode ser o registo completo dos financiamentos externos no orçamento de

investimento (que por lei é obrigatório, compulsivo), assim como a criação de mecanismos para a recolha de dados na execução desses fundos no final do ano fiscal.<sup>21</sup> Isto não iria resolver o problema, mas uma vez que o orçamento (com maior frequência) obedece à alocação de recursos, e não vice-versa.

Há uma necessidade de desagregar o orçamento para saúde e HIV/SIDA de forma a permitir um melhor controlo no tipo de actividades financiadas, assim como a dimensão desse financiamento. Por outro lado, há uma necessidade de produzir um estudo sobre os diferentes critérios e procedimentos de desembolso adoptados por diferentes financiamentos e doadores.

Um estudo posterior deveria tomar em conta o sector privado, de forma a contabilizar a soma de financiamentos destinados ao HIV/SIDA pelo sector privado.

Também é importante notar que os dados para este estudo poderiam ser enriquecidos se os dados sobre o HIV/SIDA estivessem desagregados não só em termos do que foi alocado para cada componente, mas também em termos do que foi despendido.

Finalmente recomendamos que este tipo de estudo seja realizado numa base mais regular, para servir de termómetro para os diferentes parceiros (incluindo o governo) que desempenham um papel na luta contra o HIV/SIDA.

## NOTAS DE REFERÊNCIAS

1. Consulte o anexo 2 para taxas de câmbio
2. Relatório de Moçambique/UNGASS
3. Levantou muita polémica, embora tenha sido aprovado pelo parlamento. Consequentemente, espera-se que seja revista antes de ser publicada no Boletim da República.
4. Inquérito sobre Recursos dos Doadores (DRS)
5. Estes são: China, Cuba, UNAIDS, UNICEF
6. MISAU-DAG (2001)
7. Todavia não se deve esquecer que uma considerável fatia destes fundos provém do apoio orçamental directo ao Orçamento do Estado.
8. Intervenções provenientes das bases do que dos planeadores do governo ou agências de desenvolvimento.
9. Para o presente estudo utilizaremos o termo orçamento "recorrente."
10. O atraso na cobertura é muitas vezes utilizado para se referir ao facto de que o financiamento não chegar de forma constante durante o ano orçamental

11. Bilhões: Utilizando 9 zeros
12. Iniciativa para Países Pobres Altamente Endividados (HIPIC)
13. Em milhões de dólares
14. Os dados referem-se apenas ao MISAU
15. Ano base 2000/1. Os deflatores foram fornecidos pelo INE. O deflator para 2001/2 (1.910), 2002/3 (1.108), 2003/4 (1.900)
16. Cálculos da SARDC
17. Bilhões de meticais
18. Milhares de meticais, MISAU-DPC, 2003
19. MISAU - DPC 2003
20. Estimativas provisórias obtidas das entrevistas
21. Deve-se notar que a Direcção de Administração e Gestão começou a produzir, sob pressão do Ministério de Plano e Finanças, informação mensal sobre a execução dos fundos externos registados no orçamento de investimento.



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Anexo 2, 2001. Lei orçamental de revisão do orçamento do estado de 2001. AR-V/Parecer/216/14.12.2001.
- CCM, 2002. Mozambican national initiative to accelerate access to prevention, care, support, and treatment for persons affected by HIV/AIDS, tuberculosis and malaria. Country Co-ordinating Mechanism. September.
- DPC-MISAU/SDC, 2001. Analysis of external funding for the health sector, with estimates for 2001-2003.
- GoM, 2001a. Legislation against Discrimination in the Workplace. Govt. printers.
- GoM, 2001b. Public Expenditure Review. National Treasury. Govt. printers
- GoM CR, 2002. Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS): Keeping the Promise. Mozambique country report, reporting period: January-December 2002. Government of Mozambique. Available: [http://www.unaids.org/html/pub/topics/ungass2003/sub-saharan-africa/mozambique\\_ungassreport\\_2003\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/topics/ungass2003/sub-saharan-africa/mozambique_ungassreport_2003_en_pdf.pdf) [15 July 2004]
- HSER, 2002. Health sector expenditure review. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, October.
- IMF, 2002. Public Information Notice 02/70: IMF concludes 2002 article IV consultation with Mozambique. July 9. Available: <http://www.imf.org/external/np/sec/pn/2002/pn0270.htm> [15 July 2004]
- IMF, 2003. Public Information Notice 03/148: IMF concludes 2003 article IV consultation with the Republic of Mozambique. December 22. Available: <http://www.imf.org/external/np/sec/pn/2003/pn03148.htm> [15 July 2004]
- INE, 1997. Population Census. Govt. printers.
- INE, 2001. Questionnaire on basic well-being indicators (QUIBB). Maputo: National Institute of Statistics.
- INE, 2002 Database. Instituto Nacional de Estatística.
- INE, 2003. Database. Instituto Nacional de Estatística.
- Lindelow , M. & Dehn J. 2001. Public expenditure tracking survey: The health sector in Mozambique. Motivation, approach and methodology. Available: <http://www.sti.ch/pdfs/swap286.pdf> [15 July 2003]
- MISAU-DAG, 2001. Database. Directorate of Information and Management, Ministry of Health.
- MISAU-DAG, 2003. Database. Directorate of Information and Management, Ministry of Health.
- MISAU-DPC, 2003: Donor Resource Survey 2001-2003. Directorate of Planning and Cooperation, Ministry of Health.
- MoH, 2000: The Kaya Kwanga Commitment: A code of conduct to guide the partnership for health development in Mozambique. Ministry of Health.
- MoH, 2001a. National Strategic Plan (PEN) to combat STIs/HIV/AIDS. Ministry of Health.
- MoH, 2001b. Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2001-2003 XXVI. Ministry of Health.
- MoH, 2001c. National Survey on Youth Reproductive and Sexual Behaviour, 2001. Govt. printers.
- MoH, 2002: Fundo comum no contexto de SWAP, July. Maputo, MoH Archives Reg N° 0522.14.
- MoH, 2002. HIV Sentinel Surveillance Survey Report, 2001. MoH, Mozambique.
- MPF, 2002a. Ministry of Planning and Finance Report on HIPC Status. Govt. printers.
- MPF, 2003. Interview with two officials (anonymous at their request) from the National Directorate of Planning and Budgeting, Ministry of Planning and Finance. September.
- Multisectorial Technical Group, 2002. Demographic Impact of HIV/AIDS in Mozambique. National Institute of Statistics, Ministry of Health, Ministry of Planning and Finances, Center for Population Studies (UEM), National AIDS Council, Medicine Faculty (UEM), Ministry of Education.
- Multisectorial Technical Group, 2003. Official launch of new HIV prevalence rates. MISAU-PNC/DTS/HIV-SIDA. November.
- NAC, 2000. Mozambique's National AIDS Strategic Plan (2000-2003). National AIDS Council.
- NAC, 2003a. Interview with Dr. Diogo Milagre. National AIDS Council.
- NAC, 2003b: Interview with Loiro Machava, Manager of Common Fund. National AIDS Council.



- NHDR, 1998. National Human Development Report 1998. Maputo: UNDP/UEM/SARDC.
- NHDR, 2001. National Human Development Report 2001. Maputo: UNDP/UEM/SARDC.
- OAU, 2001. Abuja declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Available: <http://www.uneca.org/adf2000/Abuja%20Declaration.htm> [15 July 2004]
- OGE, 2001. Execução do Orçamento Geral do Estado Jan-Dec. de 2001. AR-V/Relat./353/29.03.2002.
- OGE, 2002. Proposta de revisão da lei do orçamento do estado de 2002 - Orçamento rectificativo para o ano 2002. AR-V/Prop.Lei/256/23.08.2002.
- Oxfam, 1997. Debt relief for Mozambique: Investing in peace. Position paper. Washington, DC: Oxfam International. August.
- PARPA, 2003. Implementação do PARPA. Relatório de avaliação. 2001-2002. Abril.
- Pavignani, E., Sjölander S. and Aarnes D., 2002. Moving on-budget in the health sector of Mozambique: Requirements, features and implications of future aid management and financing mechanisms. Report undertaken for SDC. Available: <http://www.sti.ch/pdfs/swap282.pdf> [15 July 2004]
- PMoM, 2001.
- UNAIDS, 2002. Global AIDS estimates Report, 2002. Geneva: UNAIDS. [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- UNAIDS, 2003a: Integrated annual workplan for the UN response to HIV/AIDS 1 January - 31 December 2003
- UNAIDS, 2003b. Mozambique: National response brief. UNAIDS.
- UNDP, 2002. Human development report. Deepening democracy in a fragmented world. New York, NY: Oxford University Press.
- UNFPA, 2003. A situação da população mundial. United Nations Population Fund.
- USAID & GoM. 2002. Progress Report: Technical support to the NAC. USAID/GoM.
- Waterhouse, R. 2003. Initiative for sexual and reproductive rights in health reforms.
- World Bank, 2002. HIV/AIDS: Impact on education intensifies downfall. World Bank.
- World Bank. 2003. Human Development Report, 2003. World Bank.
- Yates, R. & Zorzi, N., 1997. Health expenditure review in Mozambique. Volume 3. Ministry of Health and Management Sciences for Health.



Anexo 1		Produto Interno Bruto, variação (%)				
PROVÍNCIAS/REGIÕES	1996	1997	1998	1999	2000	Média
Norte	100	19.0	10.5	3.5	0.9	8.5
Niassa	100	18.7	3.9	11.5	6.9	10.3
Cabo Delgado	100	1.5	23.4	3.9	-1.3	6.9
Nampula	100	25.9	7.6	1.9	0.5	9.0
Centro	100	10.0	7.1	10.2	-3.4	6.0
Zambézia	100	7.7	-3.4	8.1	0.8	3.3
Tete	100	19.8	1.1	12.5	16.6	12.5
Manica	100	21..9	28.1	11.9	-11.1	12.7
Sofala	100	4.3	10.3	10.2	-10.5	3.6
Sul	100	8.3	17.2	7.8	4.8	9.5
Inhambane	100	8.3	8.4	10.0	-1.3	6.3
Gaza	100	19.1	14.1	9.5	-17.1	6.4
Maputo Província	100	45.3	5.6	12.2	26.5	22.4
Maputo Cidade	100	3.5	20.5	6.8	5.9	9.2
Nacional	100	11.1	12.6	7.5	1.6	8.2

Fonte: NHDR, 2001

Anexo 2		Taxas de câmbio anuais: meticais por USD
Ano	Taxa de Câmbio	
2000	15,689.5	
2001	20,707.0	
2002	23,666.0	
2003	24,282.0	
2004	26,053.8	

Fonte: INE, 2003

<b>O impacto do alívio num relance</b>	
Rácio de menores órfãos e não-órfãos entre 10-14 anos de idade actualmente a estudar	<b>dados não disponíveis</b>
<b>Comportamento nacional num relance</b>	
% de inquiridos entre 15-24 anos que identificam correctamente as formas de prevenir a transmissão sexual do HIV como rejeitam misconcepções sobre a transmissão e prevenção do HIV	<b>36.4%</b>
% de pessoas entre 15-24 anos que reportaram o uso da camisinha durante uma relação sexual com um parceiro sexual não-regular	<b>22.6%</b>
% de drogados que se injectam que adoptaram comportamentos que reduzem a transmissão do HIV	<b>(não é aplicável)</b>
<b>Programas nacionais num relance</b>	
<b>Prevenção</b>	
% de escolas com professores treinados em educação baseada em habilidades de vida e que as ensinaram durante o ultimo ano académico	<b>1.5%</b>
% de grandes empreendimentos/companhias que têm políticas e programas sobre o HIV/AIDS no local do trabalho	<b>36.67%</b>
% de mulheres seropositivas recebendo uma dose completa de profilácticos ARV para reduzir o risco de transmissão vertical (mãe para filho)	<b>1.09%</b>
<b>Cuidados/Tratamento</b>	
% de pacientes com infecções de transmissão sexual em centro de cuidados de saúde, que estão adequadamente diagnosticados, tratados e aconselhados	<b>dados não disponíveis</b>



O Ministério de Saúde e o Conselho Nacional de Combate ao SIDA são as duas instituições timoneiras no desenho e implementação da resposta nacional (PEN) a pandemia do HIV/SIDA no país, com a responsabilidade pelos elementos curativo e preventivo, respectivamente.

A sub componente do PEN Prevenção e Mitigação, compreende cinco objectivos e cobre uma serie de actividades desenhadas para lidar com as necessidades múltiplas relacionadas com a prevenção entre os jovens, mobilização social e cuidados nas comunidades afectadas, particularmente órfãos e outras crianças que ficaram vulneráveis devido ao h/s. A sub componente esforça-se por atingir estes objectivos trabalhando directamente com esse grupos sociais mais vulneráveis ao h/s e através do empoderamento das comunidades locais para lidarem com os desafios apresentados pelo h/s. Espera-se que no final de 2007:

- ♦ 50% dos adolescentes e jovens com idades compreendidas entre os 10 e 24 anos (aproximadamente três milhões de indivíduos) terão beneficiado do conhecimentos, habilidades e serviços que melhoraram a sua capacidade de se protegerem contra as infeccoes de HIV;
- ♦ 82 milhões de preservativos terão sido adquiridos, o que aliado às contribuições de outros doadores cobrira pelo menos 80% das necessidades em preservativos da população adulta (aqueles com idades compreendidas entre os 15 e 49 anos);
- ♦ mais de quatro milhões de pessoas terão sido cobertas por programas massivos de comunicação bem estruturados sobre prevenção, cuidados e tratamento de h/s; e
- ♦ a capacidade terá sido reforçada e os parceiros forjados a todos os níveis com vista a garantir cuidado e protecção a mais de 150,000 órfãos de SIDA e outras crianças afectadas por h/s.

A componente relacionada com cuidado, tratamento e apoio a pessoas com h/s visa introduzir uma rede integrada nacional para prevenção e cuidado de h/s. A rede nacional integrada irá alicerçar-nos nos serviços de

saúde existentes para providenciar pacotes compreensivos sobre prevenção e cuidados de h/s que inclui a distribuição de preservativos, acções de consciencialização e cuidados com as DTS, tratamento de infecções oportunistas e cuidados ao domicilio. Cerca de 5º locais com a rede de saúde integrada, cada um deles servindo uma população de aproximadamente 100,000 serão criados ou melhorados. A selecção dos locais alvo foi baseada na consequência estimativa dos efeitos do h/s por província. Espera-se que no final de 2007:

- ♦ pelo menos 90% de adultos em todos os distritos alvo estarão conscientes da existência e localização dos Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária;
- ♦ pelo menos 75 GATVs (50 acrescentados aos actuais 25) estarão funcionais;
- ♦ o numero de pessoas recebendo aconselhamento e testagem atingira os 80,000;
- ♦ pelo 50 hospitais dia estarão operacionais e terão tratado pelo menos 56,000 com infecções oportunistas;
- ♦ 22 clínicas terão desenvolvido a capacidade de administrar tratamento com ARVs e estarão tratando 20,000 (ou 4% daqueles necessitando de tratamento com ARVs);
- ♦ a percentagem de mulheres aceitando VCT nas maternidades, onde os serviços são oferecidos terá aumentado para 70%;
- ♦ pelo menos 20,000 crianças geradas por mães HIV positivas terão recebido Neverapine de acordo com a politica nacional;
- ♦ 20,000 pessoas com SIDA terão recebido cuidados no domicilio, com 80% recebendo pelo menos três visitas ao domicilio por mes; e
- ♦ o conhecimento sobre os serviços da rede integrada de saúde entre o pessoal de saúde terá aumentado em 90%.

Os sistemas de gestão estarão reforçados a todos os níveis para garantir uma resposta eficiente e efectiva. Em todas estas componentes, os diferentes ministérios trabalharão em parceria com as varias ONGs.



Período	Actividade	Responsabilidade
Trimestre 1	Preparação dos planos	ONGs, OCBs, províncias
Trimestre 2	Consolidação e análise	CNCS(central), parceiros
Trimestre 3	Análise para aprovação	CNCS(central), GM
Trimestre 4	Aprovação Formal	(Fundo Comum do SIDA), parlamento

Fonte: USAID & GoM. 2002. Relatório de Avaliação



## Anexo 6

## Proposta do Fundo Global - Agências nacionais e internacionais trabalhando em programas do HIV/SIDA

Nome da Agência	Tipo de agência	Principais programas	Orçamento US\$ milhões (período de tempo)
MISAU	governo	Actividades do HIV	Fundos integrados para a Direcção Nacional de Saúde
Bélgica	bilateral	Medicamentos para infecções oportunistas Saúde reprodutiva, género e educação familiar, pesquisa de malária; cuidados de saúde primária e formação.	2.4 (2002-2004)
Dinamarca	bilateral		11.0 (2002-2004)
Commissar Europeia	bilateral	Prevenção para os grupos vulneráveis (mineiros, refugiados, motoristas de camião, etc); política/advocacia; produção de materiais educativos, emissão em rádio/TV	40.81 (2002-2006)
Finlandia	bilateral	Coordenação de distribuição de preservativos, materiais descartáveis, antibióticos e pacotes para testagem de HIV	3.709 (2002-2005)
Franca	bilateral	Apoio ao Programa Nacional de DTS/SIDA; computadorização dos bancos de sangue	1.09 (2002-2004)
Alemanha	bilateral	Apoio ao Programa Nacional do SIDA; capacitação institucional em administração, prevenção e controlo de DTS/HIV/SIDA na região Centro; apoio na implementação Plano Estratégico Nacional	7.13 (2002-2004)
Irlanda	bilateral	Capacitação institucional do CNCS, Fundo Comum; apoio a ser incorporado nas actividades em curso (saúde, educação e agricultura)	17.75 (2002-2004)
Itália	bilateral	Apoio ao programa epidemiológico e microbiológico para doenças transmissíveis	18.763 (2002-2004)
Países Baixos	bilateral	Marketing social de preservativos; apoio sectorial através do fornecimento de medicamentos	0.917 (2002-2004)
Portugal	bilateral	Apoio sanitário; programas de formação e educação interpessoal; formação profissional em terapia com ARVs	1.12 (2002-2004)
Espanha	bilateral	Implementação do VCT; capacitação institucional ao nível de distrito	4.3 (2002-2004)
Reino Unido	bilateral	Aquisição de preservativos; 4 projectos multisectoriais baseados na comunidade visando apoiar o diagnóstico, tratamento e prevenção de malária e HIV/SIDA	63.5 (2002-2006)
PNUD	multilateral	Apoio ao Programa de HIV em curso no país	9 (2002-2006)
UNESCO	multilateral	Apoio ao Programa de HIV em curso no país	3.5 (2002-2006)
FNUAP	multilateral	Apoio ao Programa de HIV em curso no país	2.6 (2002-2006)
UNICEF	multilateral	Apoio ao Programa de HIV em curso no país	25 (2002-2006)
UNIDO	multilateral	Apoio ao Programa de HIV em curso no país	0.1 (2002-2006)
USAID	bilateral	Aquisição de preservativos; apoio às ONGs	9.45 (2002-2003)
PMA	multilateral	Apoio ao Programa de HIV em curso no país	8.5 (2002-2006)
OMS	multilateral	Controlo do sector e peritagem; protecção, epidemias; educação em saúde, gestão de caso, finanças	0.840 (2002-2003)
Banco Mundial	Empréstimo MAP II	Iniciativas comunitárias; capacitação institucional; desenvolvimento do sector privado; apoio ao CNCS e MISAU	50 (2003-2007)

Fonte: CCM, 2002



Fonte	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Comentários
DRC 2001- 2003	-	-	-	-	8.53	8.74	Inclui a maior parte dos financiamentos das agencias de desenvolvimento bilaterais e multilaterais, mas que não arrecada contribuições significativas das ONGs. Inclui gastos do governo (de rendimentos colectáveis e não-colectáveis) e apoio do orçamento geral, mas não incorpora os gastos nas actividades relacionada com a saúde, fora do sector . Não incorpora também os gastos no mercado do sector privado de saúde .
HSER (2002)	5.00	5.90	6.90	7.50	7.60*	7.80*	Inclui contribuições de rendimentos colectáveis e não colectáveis e apoio do orçamento geral, ajuda bilateral e multilateral e contribuições domesticas. Não toma em conta os gastos significativos das ONGs, assim como as contribuições de/para o sector privado.
Sector de Saúde em Moçambique	-	-	-	-	-	7.15*	Inclui gastos públicos (de rendimentos colectáveis e não colectáveis), assim como financiamentos externos.
Perfil (1998) (1997)	7.58**	-	-	-	-	-	Inclui gastos feitos pelo MISAU e HSER trabalhadores doutros ministérios, ONGs e gastos domésticos.
Gastos na saúde em Moçambique: Uma análise das grandes questões politicas (Yates & Zorzi, 1997)	8.84	-	-	-	-	-	Inclui "todos os gastos nos cuidados de saúde de todas as fontes do Governo, agencias internacionais (incluindo ONGs, trabalhadores e domésticos)".

Estimativas. \*\* O HSER dá-nos somente o total dos gastos em cuidados de saúde para 1997. O numero actual e calculado usando este valor total e dividindo-o pelo da população em 1997 (de acordo com as estimativas do INE, Censo Populacional de 1997).

Os gastos na saúde per capita em 2002, conforme o calculado pelo Inquérito de Pesquisa dos Doadores (MISAU- DPC, 2003) esta significativamente acima das estimativas feitas em dois documentos anteriores (o HSER 2002 e o Perfil do Sector de Saúde em Moçambique, 1998), mas quase iguala-se aos gastos per capita em 1997, conforme calculado no "Health Expenditure in Mozambique: an analyses of major policy issues". Estimativas feitas para 2001 e 2002 pelo HSER 2002 são muito conservadoras, e falham por tomar em conta um aumento considerável de financiamento externo que o presente estudo tentou absorver. Contudo, as estimativas do HSER estão baseadas nas conclusões do DRC

2001, que não cobriu tantas organizações como o presente estudo. Por outro lado, as estimativas de 1997 incluem gastos sobre os gastos privados, assim como alguns gastos na saúde noutros sectores públicos. Isto poderia sugerir que a nossa estimativa de USD 8.74 per capita é provavelmente uma subavaliação considerável sobre o que é gasto actualmente na saúde em Moçambique. Além disso, os gastos na saúde per capita mantêm-se significativamente abaixo dos USD 34, que o recente relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde da OMS estimava que seria necessário financiar um pacote básico de intervenções essenciais na saúde nos países de baixa renda (MISAU-DPC, 2003:11).

