



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

LIDERANÇA E REDES DE SAÚDE INFANTIL EM MOÇAMBIQUE DESDE 2000 ATÉ À DATA: PERSPECTIVAS DO PAÍS

RELATÓRIO DO ESTUDO DE CASO
MARÇO DE 2020



AGRADECIMENTOS

A equipa do CIRCLE e a autora, Katia Taela, gostariam de agradecer àqueles que generosamente partilharam os seus conhecimentos, experiências e ideias sobre a saúde infantil em Moçambique durante entrevistas e outras consultas em profundidade para este estudo. Gostaríamos também de agradecer a Malia Boggs e Patricia Jodrey da USAID Washington e Dulce Nhassico e Denise Calado da Missão da USAID em Moçambique pela sua orientação no desenho e métodos de estudo, bem como pelo feedback sobre os resultados, conclusões e recomendações. Finalmente, gostaríamos de agradecer a Sozinho Ndimba e Marcos Benedetti, que apoiaram o arranque dos estudos e actividades de recolha de dados, bem como a Rebekah King, Margo Young e outro pessoal do projecto CIRCLE, que contribuíram com conhecimentos especializados e com o apoio editorial e logístico bastante necessário.

Número de Contrato:
AID-OAA-M-16-00006

Este relatório foi possível graças ao apoio do Povo Americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), nos termos do contrato AID-OAA-M-16-00006 “Coordinating Implementation Research to Communicate Learning and Evidence” (CIRCLE). O CIRCLE é implementado pela Social Solutions International, Inc. As opiniões expressas não são necessariamente da USAID ou de outras instituições filiadas.

ÍNDICE

Agradecimentos	2
Índice.....	4
Abreviaturas.....	5
Sumário Executivo.....	7
Introdução e Contextualização do Estudo	13
Saúde Infantil em Moçambique.....	15
Constatações: Evolução da Saúde Infantil.....	17
Constatações: Estratégias e Factores Determinantes e Restritivos do Progresso da Saúde Infantil	25
Constatações: Lideranças	36
Constatações: Compromisso Político	41
Constatações: Partes Interessadas, Governação e Coordenação	44
Conclusões.....	58
Recomendações	62

ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AKF	Fundação Agha Khan
ANSA	Associação de Nutrição e Segurança Alimentar
APE	Agente Polivalente Elementar
CCS	Consulta da Criança Sadia
CIDA	Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional
ENAP	Plano de Acção para Todos os Recém-Nascidos
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FHI 360	Family Health International
GAIN	Aliança Global para a Melhoria da Nutrição
GFF	Mecanismo de Financiamento Global
GICC	Gestão Integrada de Casos na Comunidade
AIDI	Atenção Integrada das Doenças da Infância
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDI	Entrevista em Profundidade
M5	Menores de Cinco Anos
MCHIP	Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil
MCSP	Programa de Sobrevivência Materno-Infantil
MISAU	Ministério da Saúde
MISAU-RSI	Ministério da Saúde, Repartição de Saúde Infantil
MISAU-RSMI	Ministério da Saúde, Repartição de Saúde Materno-Infantil
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Análise de Redes Organizacionais
ONG	Organização Não-Governamental
ONGI	Organização Não Governamental Internacional
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos E.U.A. para o Alívio do SIDA
PMI	Iniciativa do Presidente dos Estados Unidos da América Contra a Malária
PVT	Prevenção da Transmissão Vertical
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno-Infantil
SRMNIA	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente
SWAp	Processo de Abordagem Sectorial Ampla
TMM5	Taxa de Mortalidade de Crianças Menores de Cinco Anos
TMNN	Taxa de Mortalidade Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO EXECUTIVO

Moçambique ultrapassou a quarta meta dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) de reduzir a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos em dois terços, entre 1990 e 2015. Contudo, a diminuição da taxa de mortalidade neonatal e do rácio de mortalidade materna abrandou na última década e há, ainda, um longo caminho a percorrer para o alcance das metas dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. Este abrandamento demonstrou a necessidade de identificar barreiras, facilitadores e factores contextuais que exercem impacto sobre a continuação dos progressos na saúde infantil. Este estudo visava compreender a eficácia da liderança, das redes de partes interessadas e do compromisso político na melhoria da saúde infantil em Moçambique¹ desde 2000, assim como sugerir o que poderia ser feito para melhorar os resultados da saúde infantil no futuro.

A equipa do estudo usou uma abordagem de métodos mistos, incluindo a revisão de literatura, 17 entrevistas em profundidade (IDIs) e 15 inquéritos de análise de redes organizacionais (ONA) com especialistas nacionais em saúde infantil. Os informantes das IDIs forneceram informação histórica sobre os principais facilitadores e obstáculos ao progresso na saúde infantil, conhecimentos sobre o papel da liderança e do compromisso político em influenciar os resultados e as características da coordenação das partes interessadas. A ONA exploraram relações e interacção entre organizações dentro da rede de saúde infantil, no que diz respeito à comunicação, coordenação e colaboração. Os dados das IDIs foram analisados com base na questão de avaliação, usando Dedoose (um programa de análise de dados qualitativos baseada na Internet) e alinhados com um quadro sobre a eficácia das redes globais de saúde desenvolvido por Shiffman e outros². Os dados da ONA foram analisados usando UCINet e NetDraw. Todos os dados e conclusões do país foram revistos numa reunião conjunta de pesquisadores e representantes nacionais. As conclusões destinam-se a informar o investimento, as políticas e as decisões programáticas e a reforçar a colaboração das partes interessadas para melhorar os resultados da saúde infantil.

PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES E CONCLUSÕES

SUCESSOS E FRACASSOS NA SAÚDE INFANTIL

- Entre 1990 e 2016, Moçambique registou uma redução significativa na mortalidade de crianças menores de cinco anos. A taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos (TMM5) diminuiu de 248 para 71,5 por 1000 nados-vivos. A taxa de mortalidade neonatal (TMNN) também diminuiu, embora menos do que a TMM5, de 58 por 1000 nados-vivos em 1990 para 27,1 por 1000 nados-vivos em 2016.³

¹ Para efeitos do presente estudo, saúde infantil é definida como a saúde das crianças desde o nascimento até aos cinco anos. Assim, inclui recém-nascidos (com menos de um mês) e lactentes (com menos de um ano).

² Shiffman, Quissell, Schmitz, et al. (2015), “A framework on the emergence and effectiveness of global health networks”, *Health Policy Planning*, 1 (14).

³ Estes dados são provenientes de projecções nacionais feitas pelo Grupo Interagências das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil em 2017 (<http://data.unicef.org>). Os dados mais recentes disponíveis de Moçambique são o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) publicado em 2013, que registou uma queda no TMM5

- As principais causas de morte são factores e complicações maternas durante a gravidez, trabalho de parto e parto entre recém-nascidos; malária, septicemia bacteriana e HIV entre bebés; e malária, HIV, pneumonia e doenças diarreicas entre crianças menores de cinco anos.
- A redução da TMM5 foi associada à implementação de estratégias de sobrevivência infantil e ao reforço dos investimentos nos sistemas de saúde, nomeadamente aumento da mão-de-obra no sector público, em especial de enfermeiros de saúde materno-infantil.
- As intervenções de saúde infantil apontadas como tendo sido mais bem-sucedidas incluem a Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI); introdução de clorexidina para os cuidados do cordão umbilical; expansão da vacinação; Gestão Integrada de Casos nas Comunidades (GICC); e solução de reidratação oral e zinco para tratar a diarreia e proteger contra a pneumonia. Contudo, para além da GICC e da vacinação, estas estratégias têm sido implementadas de forma desigual em todo o país e não se tem dado prioridade às que têm maiores necessidades.

FACTORES QUE PERMITIRAM E CONDICIONARAM O PROGRESSO

O progresso na melhoria da saúde infantil é afectado por uma combinação de dinâmicas globais e locais. Estes factores determinantes e restritivos estão agrupados em quatro categorias: questões estruturais; prioridades nacionais e recursos; sistemas de saúde; e envolvimento comunitário.

Categoria	Factores determinantes	Factores restritivos
Questões estruturais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria do acesso a outros tipos de serviços públicos, como educação, água potável e saneamento básico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vulnerabilidade socioeconómica da população moçambicana ▪ Altas taxas de analfabetismo ▪ Desigualdades geográficas no acesso à água potável e ao saneamento adequado
Prioridades nacionais e recursos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quadro abrangente de políticas de saúde infantil ▪ Adesão aos compromissos e estratégias regionais e globais (por exemplo, ODM, <i>Every Woman Every Child</i>, Iniciativa do Presidente contra a Malária (PMI), Plano de Emergência do Presidente dos E.U.A. para o Alívio do SIDA (PEPFAR), <i>Scaling-up Nutrition</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiamento nacional inadequado e forte dependência do financiamento externo ▪ Promoção de apoio a doenças específicas e programas verticais promovidos por iniciativas globais (por exemplo, PEPFAR, PMI, Fundo Global), ▪ Prioridades e recursos de implementação desviados de questões mais amplas de saúde infantil para HIV ▪ Fragmentação das intervenções e má coordenação da implementação

de 226 por nados-vivos em 1990 para 97 por nados-vivos em 2011. Os dados do IDS indicam que as mortes neonatais enquanto proporção da mortalidade de crianças menores de cinco anos aumentou de 23% em 1990 (TMNN 53 por 1000 nados vivos) para 31% em 2011 (TMNN 30 por 1000 nados vivos). Estes são os dados oficiais que estão a ser usados actualmente. (<http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/inqueritos/inquerito-demografico-e-de-saude>).

Categoria	Factores determinantes	Factores restritivos
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribuição desigual dos recursos entre os níveis central e provincial
Sistemas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopção de iniciativas-chave de sobrevivência infantil (por exemplo, AIDI-GICC, vacinação) ▪ Melhoria da cobertura e do acesso à saúde (por exemplo, vacinas, parto institucional, redes mosquiteiras tratadas com insecticida) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevada rotatividade de pessoal e “fuga de cérebros” de organizações públicas para organizações internacionais e privadas ▪ Recursos humanos sobrecarregados e subqualificados ▪ Falta de formulações pediátricas de medicamentos, equipamentos e materiais ▪ Falta de supervisão e mentoria ao nível das unidades sanitárias
Envolvimento comunitário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revitalização do “Agente Polivalente Elementar”, o programa do agente comunitário de saúde (ACS) ▪ Campanhas para abordar normas socioculturais negativas relacionadas com a saúde infantil, planeamento familiar e uniões prematuras ▪ Crescente consciencialização sobre a importância da vacinação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de integração de ACS no sector da saúde pública

LIDERANÇA

- Os altos dirigentes do Estado promoveram a saúde infantil através da participação em iniciativas de grande visibilidade, como as Semanas de Saúde Infantil, a introdução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a criação do Departamento de Nutrição no Ministério da Saúde (MISAU). A liderança do pessoal técnico, através de grupos técnicos de trabalho, foi essencial para o progresso. Contudo, a nova liderança reflecte a natureza fragmentada do campo da saúde infantil: a maioria dos líderes estão focados nas áreas directamente relacionadas com o seu trabalho.
- A liderança da saúde infantil no Ministério da Saúde melhorou nos últimos anos, mas ainda há muito espaço para melhorar a visibilidade política, força institucional e proactividade da Repartição de Saúde Infantil, para além do desenvolvimento de políticas e orientação de grupos técnicos de trabalho.
- As agências multilaterais (UNICEF, OMS, Banco Mundial), bilaterais (CIDA, DFID e USAID) e iniciativas globais (PEPFAR, Fundo Global e Gavi, Aliança para a Vacinação [a seguir designada por Gavi]) têm prestado um apoio valioso às intervenções no domínio da saúde infantil. O Programa de Sobrevivência Materno-Infantil (MCSP) da USAID tem liderado a prestação de assistência técnica e advocacia no âmbito da saúde infantil.

COMPROMISSO POLÍTICO

- Moçambique tem constantemente dado prioridade a programas eficazes de saúde infantil desde o final dos anos 90. Embora a saúde infantil tenha sido desprivilegiada dentro donexo saúde materno-infantil, a visibilidade política e o compromisso com a saúde infantil aumentaram entre 2000 e 2015. Tem havido um forte enfoque no HIV, mas também uma atenção crescente à vacinação, nutrição e saúde do recém-nascido.
- O compromisso político na saúde infantil ao nível nacional tem sido reforçado por iniciativas e movimentos globais (AIDI, Iniciativa Hospital Amigo do Bebê/Criança, ODM, PEPFAR, Iniciativa do Presidente contra a Malária, Apelo à Acção para a Sobrevivência da Criança: Acabar com as Mortes Preveníveis de Crianças, *Every Woman Every Child*, Plano de Acção para Todos os Recém-Nascidos, Gavi, e *Scaling-up Nutrition*), directrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e evidências publicadas em revistas internacionais como a Lancet que mostram a gravidade da questão, todos contribuíram para o aumento da visibilidade e do financiamento na saúde infantil.
- **Partes Interessadas, Governança e Coordenação** O campo da saúde infantil em Moçambique é relativamente pequeno e constituído por algumas repartições/departamentos públicas (a maioria dentro do Ministério da Saúde), agências multilaterais/bilaterais, muitas organizações não-governamentais internacionais (ONGIs), e algumas instituições de formação e pesquisa na área da saúde. A participação da sociedade civil moçambicana limita-se principalmente aos domínios do HIV e da nutrição, e é uma organização profissional. A rede moçambicana de saúde infantil tem um nível moderado de ligações. A USAID tem o maior número de ligações, seguida pelo UNICEF e o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN). As repartições públicas têm menos da metade das ligações com outras agências. O UNICEF tem as relações de colaboração mais intensas.
- Muitas estruturas existentes servem de plataformas para a criação de sinergias para acelerar o progresso na saúde infantil, tais como fóruns e conselhos nacionais e mais de 10 grupos de técnicos de trabalho formados em torno de temas, questões, estratégias e programas específicos de saúde infantil (incluindo um grupo técnico de saúde infantil). A maior parte dos grupos técnicos está ao nível ministerial e reúne pessoal técnico de agências multilaterais e bilaterais, ONGIs e pontos focais dos departamentos do Ministério da Saúde.
- Existem grandes desafios de coordenação devido à forte dependência de fundos externos, ao financiamento vertical ao Ministério da Saúde que é canalizado através de ONGIs que tendem a operar isoladamente, à fraca colaboração na implementação e à falta de responsabilização mútua e de informação sobre quem faz o quê, onde e com quem.
- A dependência de recursos externos e a centralização dentro do Ministério da Saúde tem tido um efeito negativo na liderança, coordenação e capacidade de negociação (por exemplo, negociação com parceiros sobre a utilização dos recursos disponíveis ao nível central, provincial e distrital).

RECOMENDAÇÕES

As recomendações descritas abaixo centram-se em seis questões: 1) visibilidade da saúde infantil; 2) liderança e coordenação a vários níveis; 3) liderança, coordenação e capacidade de negociação; 4) financiamento nacional; 5) pesquisa e evidência; e 6) envolvimento da sociedade civil.

RECOMENDAÇÃO 1: Dar maior atenção e prioridade à saúde infantil para aumentar a sua visibilidade.

Isto pode ser alcançado através de duas abordagens complementares: convocação de fóruns de debate sobre saúde infantil com várias partes interessadas e realização de auditoria⁴ participativa da saúde infantil no MISAU. Estes exercícios poderiam promover o diálogo e a aprendizagem em torno da gravidade dos desafios de saúde infantil e das estruturas, instrumentos, orçamentos e projectos de saúde infantil específicos existentes a vários níveis, assim como ajudar a estabelecer uma base de referência, identificar lacunas e desafios críticos e recomendar possíveis soluções.

RECOMENDAÇÃO 2: Adotar uma abordagem a vários níveis e com várias partes interessadas na coordenação da saúde infantil.

- Deve ser fomentada a participação de outros actores, tais como ONGs moçambicanas e associações profissionais, na saúde infantil, particularmente em torno da concepção e implementação de iniciativas de sensibilização sobre questões identificadas pelo Grupo Técnico de Saúde Infantil.
- É necessário assegurar que as abordagens de coordenação, comunicação e colaboração “descem” aos níveis central, provincial e distrital para melhorar as interações entre os intervenientes que operam ao nível provincial e distrital e os que operam ao nível central, capitalizando a recente nomeação de pontos focais de saúde infantil dentro das Direcções Provinciais de Saúde.

RECOMENDAÇÃO 3: Desenvolver capacidade de liderança, coordenação e negociação.

- Os parceiros de desenvolvimento devem investir mais no fortalecimento da capacidade do Ministério da Saúde, sobretudo, entre outros, na Repartição de Saúde Infantil, para lidar com vários actores e gerir interesses e agendas concorrentes de forma a equipar o seu pessoal para ter mais proeminência na rede de saúde infantil.
- A assistência técnica ao Ministério da Saúde deve centrar-se no fortalecimento da capacidade de convocação e liderança através da intervenção directa ou de assessores técnicos. As interações dentro da rede de saúde infantil devem ir além da planificação e abordar a alocação de recursos e responsabilização pelos resultados.

⁴ A auditoria da saúde infantil é uma ferramenta que pode contribuir para melhorar a governação e a responsabilização em matéria de saúde infantil, avaliando a institucionalização da saúde infantil nas instituições, incluindo a estrutura de governação, as responsabilidades de gestão a diferentes níveis, políticas, programas, orçamentos, prestação de serviços. Por exemplo, em 2015, a Global Affairs Canada encomendou um tipo semelhante de auditoria dos compromissos em matéria de saúde materna, neonatal e infantil (fonte: <https://www.international.gc.ca/gac-amc/publications/audits-verification/2016/mnch-smne.aspx?lang=eng>). Este tipo de auditoria foi igualmente aplicado para avaliar a integração de outras questões transversais, tais como a igualdade entre homens e mulheres e HIV e SIDA. Consulte “Moser, Caroline. An Introduction to Gender Audit Methodology: Its design and implementation in DFID Malawi. Overseas Development Institute. London. May 2005”.

RECOMENDAÇÃO 4: Aumentar o financiamento doméstico para a saúde infantil.

- Apesar do optimismo de que a Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde irá fornecer uma referência para aumentar o financiamento interno do sector da saúde, as necessidades e prioridades concorrentes poderão resultar na negligência de áreas menos visíveis ou priorizadas.
- Os actores da saúde infantil devem elaborar uma estratégia clara para participar nos debates orçamentais em curso, destacando as implicações dos mecanismos de financiamento para o progresso da saúde infantil. Esta é uma área em que as organizações da sociedade civil podem desempenhar um papel, em especial as que estão envolvidas em acções de influência de políticas, lobbying e advocacia.

RECOMENDAÇÃO 5: Promover o envolvimento da sociedade civil na saúde infantil.

- É necessário um maior envolvimento da sociedade civil na saúde infantil. Isto deve incluir a identificação de defensores a vários níveis e a sua preparação para desempenharem um papel de vigilantes, assim como exigir responsabilização pelos resultados.
- Pode-se tirar lições dos domínios da nutrição e do HIV sobre a participação e advocacia da sociedade civil, especialmente sobre os mecanismos institucionais formais que incluem a representação da sociedade civil.

RECOMENDAÇÃO 6: Gerar evidências para informar os programas e apoiar a advocacia.

- É necessário melhorar a recolha rotineira de dados, por exemplo, através dos cartões de saúde da criança e dos livros de registo recentemente aprovados. Os profissionais de saúde devem receber capacitação e supervisão relativa ao uso destas ferramentas, de modo que os dados venham a informar, de forma sistemática, os programas.
- É igualmente fundamental colmatar as lacunas existentes no que respeita à eficácia das estratégias adoptadas para acelerar os progressos na saúde infantil. A geração de evidências que demonstrem o valor de investir sistematicamente na saúde infantil poderia também ser valiosa para os esforços de sensibilização da sociedade civil.

INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Em 2015, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) solicitou um mapeamento da liderança global em saúde infantil para compreender melhor a sua evolução desde 2000, a actual rede de partes interessadas e líderes mundiais e as potenciais implicações para os investimentos futuros da USAID na saúde infantil. Este exercício explorou a forma como a comunidade global de saúde infantil poderia reforçar a liderança e reposicionar a saúde infantil para melhorar os resultados.

Para alcançar a visão e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, foi fortemente recomendado que os países estivessem no centro da reformulação da futura agenda da saúde infantil e que as reflexões em profundidade dos países sobre o progresso da saúde infantil, a liderança e a eficácia das redes de partes interessadas fossem documentadas de forma mais sistemática. Este relatório apresenta os resultados de Moçambique, um dos três países africanos avaliados para a documentação da liderança, das redes e do compromisso político no que diz respeito à saúde infantil ao nível nacional. As conclusões destinam-se a contribuir para investimentos, políticas e decisões programáticas das partes interessadas e a reforçar a colaboração para ajudar as crianças a sobreviver e a prosperar.

OBJECTIVO DO ESTUDO E PERGUNTAS DE PESQUISA

Neste estudo, a saúde infantil é definida como a saúde de crianças desde o nascimento até aos cinco anos de idade. As medidas e tendências quantitativas foram retiradas de fontes já existentes. Para descrever as mudanças globais e de impacto na saúde infantil ao longo da última década, usou-se a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos (TMM5), taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade neonatal (TMNN). É provável que as mudanças no impacto sejam o resultado de melhorias nos vários sectores, incluindo saúde, economia e educação. As mudanças nas actividades e nos resultados relativos à saúde infantil em Moçambique foram revistas durante um período de aproximadamente 15 anos, com início em 2000.

O objectivo do estudo é **compreender a eficácia da liderança, do compromisso político e das redes de partes interessadas na melhoria da saúde infantil nos últimos 15 anos em Moçambique**. O estudo também procura aferir como estes e outros factores de mudança podem ser aproveitados para o progresso da saúde infantil, especialmente para a USAID. Mais especificamente:

- Que estratégias foram aplicadas para melhorar a saúde infantil ao longo do tempo? (As estratégias são definidas como políticas, planos de acção, implementação e seus resultados).
- Quais foram os principais facilitadores (factores determinantes) e barreiras (factores restritivos) ao progresso na saúde infantil desde 2000?
- Quem foram os líderes e organizações importantes na saúde infantil em Moçambique e que papel desempenharam para influenciar o progresso e os resultados?
 - Aplicando a teoria de análise de redes de organizações, qual foi a estrutura, características de relações e dinâmica das organizações e redes nacionais de saúde infantil?

- Que papel desempenharam as contribuições da USAID no progresso da saúde infantil, especificamente o Apelo à Acção para a Sobrevivência da Criança⁵, Uma Promessa Renovada (APR),⁶ Acabar com as Mortes Preveníveis⁷ de Crianças?
- Aplicando um quadro conceptual desenvolvido por Shiffman e outros,⁸ que factores moldaram o desenvolvimento das redes de saúde infantil? Qual foi a sua influência nas prioridades, nas políticas e nos resultados em Moçambique?
- O que poderia ser feito de forma diferente pela USAID e outros para melhorar os progressos na saúde infantil nos próximos cinco a dez anos em Moçambique?

Os métodos usados na análise incluíram revisão de literatura e entrevistas em profundidade (IDIs) com as partes interessadas na saúde infantil ao nível nacional, assim como uma análise da rede organizacional (ONA) e um inquérito. Para aprofundar a compreensão da mudança ao longo do tempo, algumas intervenções de saúde infantil foram examinadas de forma detalhada para explorar como a liderança, as redes e o compromisso afectaram o desempenho dos programas. Estas intervenções incluíram a Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDIs), vacinação, nutrição e saúde do recém-nascido.

A Análise de Redes Organizacionais (ONA) descreve padrões multi-organizacionais de interacção e relações, iluminando fluxos de informação e a forma como as pessoas trabalham em conjunto. Este estudo usou a ONA para obter uma compreensão mais profunda dos actores envolvidos na saúde infantil em Moçambique, explorando a forma como se relacionam uns com os outros, situando-os ao longo de um processo contínuo de comunicação, coordenação e colaboração. A ONA também foi usada para identificar as principais organizações envolvidas no desenvolvimento de estratégias, capacitação e implementação e para recolher as percepções dos inquiridos sobre 1) as organizações mais influentes na saúde infantil; 2) organizações que procuraram as mais recentes evidências na saúde infantil; e 3) coordenadores/líderes reconhecidos que podem reunir a comunidade de saúde infantil para definir objectivos e direcções comuns para o futuro. O questionário da ONA foi aplicado a 15 organizações e abrangeu a maioria dos actores organizacionais, excepto organizações não-governamentais internacionais (ONGIs), “Médicos com África” - CUAMM. A maior parte dos abrangidos está baseada no nível central, ao passo que alguns têm intervenções nas províncias. A análise não inclui organizações baseadas nas províncias nem organizações baseadas nos distritos e nas comunidades que operam a nível local, devido a limitações financeiras.

Os dados foram recolhidos em Maputo de Fevereiro a Abril de 2019. Foram realizados quinze inquéritos de ONA com representantes do governo (dois), multilaterais (dois), bilaterais (dois), ONGIs (seis), e ONGs nacionais (três). Foram realizadas dezassete IDIs com o governo (quatro), multilaterais (quatro), bilaterais (dois), ONGIs (cinco) e pessoal das ONG nacionais (duas). Vinte e uma das trinta organizações (incluindo os departamentos do Ministério da Saúde) e 25 das 35 pessoas identificadas participaram no estudo. Alguns dos entrevistados não estavam disponíveis, em parte devido ao foco nos esforços de recuperação e alívio no âmbito do Ciclone Idai e inundações na região centro de Moçambique em Março

⁵ https://www.unicef.org/childsurvival/index_62639 acedido em 06_04_2018

⁶ <https://www.apromiserenewed.org> accessed 06_04_2018

⁷ <https://www.usaid.gov/ActingOnTheCall> accessed 06_04_2018

⁸ Shiffman, Quissell, Schmitz, Pelletier, et al. A framework on the emergence and effectiveness of global health networks. Oxford University Press: Health Policy and Planning, August 29, 2015.

de 2019. Os indivíduos e organizações participantes foram inicialmente seleccionados em colaboração com a USAID, e a lista foi alargada com base na contribuição de outros entrevistados.

As entrevistas em profundidade foram codificadas e extraídas em Dedoose, uma plataforma de análise de dados qualitativos baseada na Internet.⁹ A codificação foi baseada nos questionários e no quadro de Shiffman. Os dados da ONA foram analisados usando o software UCINet e a visualização dos gráficos de rede usou NetDraw. Foi usado um processo de confirmação para medir as relações. As IDIs fornecem informação histórica sobre as partes interessadas, envolvimento e coordenação das mesmas. A ONA caracteriza explicitamente as conexões e interações ao longo do passado recente. O protocolo do estudo (ver Anexo A) foi submetido e recebeu aprovação ética dos conselhos de revisão institucional em Moçambique e nos Estados Unidos.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados deste estudo reflectem entrevistas com um número limitado de indivíduos e organizações focados na saúde infantil em Moçambique. Para aumentar a fiabilidade dos resultados e reduzir possíveis enviesamentos, os resultados de IDIs foram triangulados com os resultados da revisão de literatura. Os dados da ONA reflectem apenas as organizações para as quais houve respostas completas. Uma grande limitação deste estudo é que o Departamento de Nutrição e o Programa Alargado de Vacinação participaram nas IDIs mas não na ONA, porque o seu pessoal não teve tempo de dar as devidas contribuições. As entrevistas tiveram uma duração limitada, o que pode ter excluído uma reflexão mais profunda dos temas ligados à saúde em geral. Os recursos limitados também impediram a opção de realizar entrevistas ao nível provincial, distrital ou comunitário, que poderiam ter fornecido informações sobre os efeitos dos programas nacionais, as diferenças que poderiam resultar de desigualdades e a força da apropriação local e das redes locais. Apesar destas limitações, o estudo fornece informações sobre a eficácia da liderança e das redes de partes interessadas na melhoria da saúde infantil ao longo dos últimos 15 anos em Moçambique.

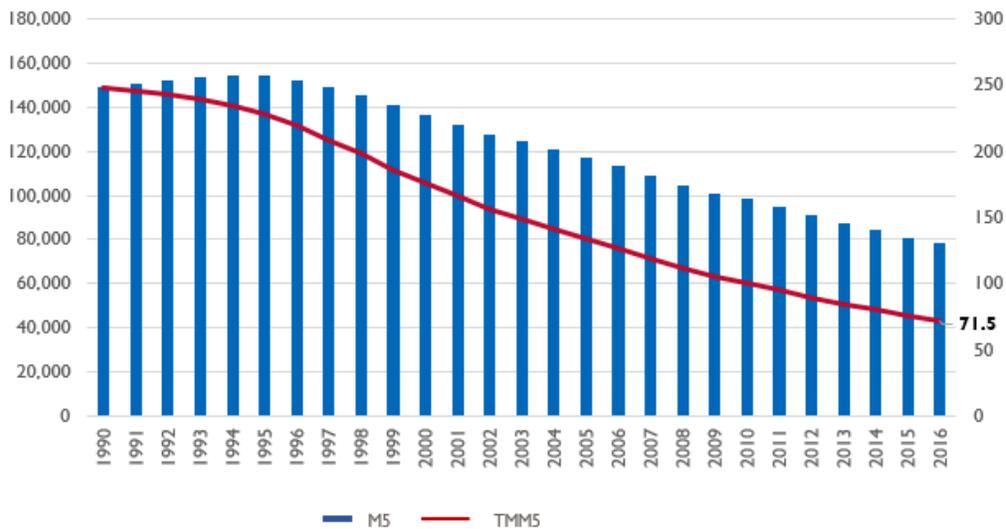
SAÚDE INFANTIL EM MOÇAMBIQUE

Moçambique ultrapassou em dois terços, entre 1990 e 2016, a meta dos quatro ODM de reduzir a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos. Em 1990, a TMM5 foi de 248 por 1000 nados-vivos em comparação com 71,5 por 1000 nados-vivos em 2016 (Figura 1).¹⁰

⁹ Dedoose Versão 8.0.35, aplicativo de gestão, análise e apresentação de dados de pesquisa qualitativa e de métodos mistos (2018). Los Angeles, CA: Socio Cultural Research Consultants, LLC www.dedoose.com.

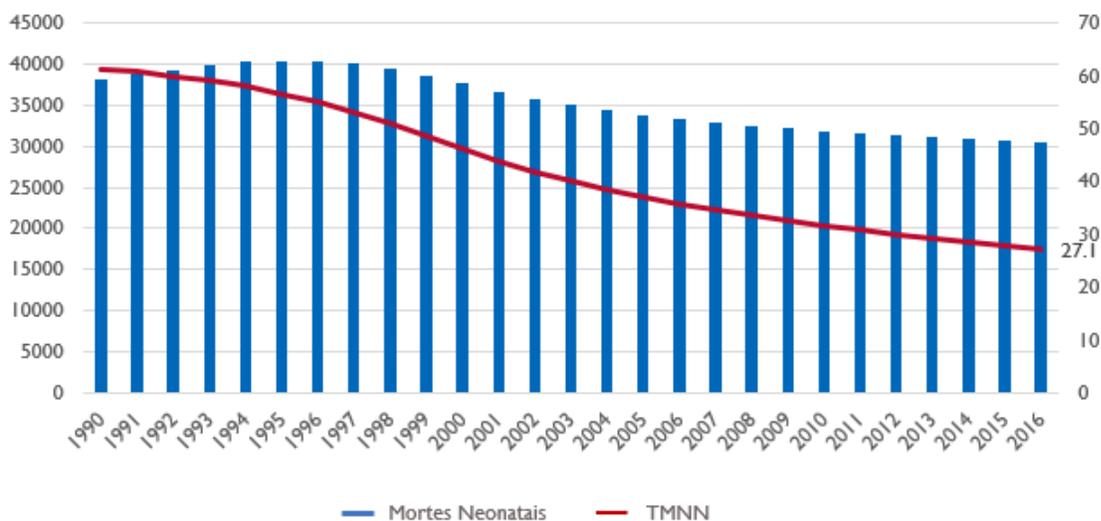
¹⁰ Estes dados são provenientes de projecções nacionais feitas pelo Grupo Interagências das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil em 2017 (<http://data.unicef.org>). Os dados mais recentes disponíveis de Moçambique são o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) publicado em 2013 que apontou uma queda de 226 por 1000 nados vivos em 1990 para 97 em 2011. Os dados do IDS indicam que a carga das mortes neonatais em crianças menores de cinco anos aumentou de 23% em 1990 (TMNN 53 por 1000 nados-vivos) para 31% em 2011 (TMNN 30 por 1000 nados-vivos). Estes são os dados oficiais que estão a ser usados actualmente. (<http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/inqueritos/inquerito-demografico-e-de-saude>).

Figura 1. Tendências de TMM5 e mortes de menores de cinco anos (M5), Moçambique, 1990-2016



As taxas de mortalidade neonatal e materna também diminuíram. Em 2016, a TMNN foi de 27,1 mortes por 1000 nados vivos (30.469), uma redução de 56% em relação a 1990 (Figura 2). Contudo, Moçambique tem ainda um longo caminho a percorrer para o alcance da meta de 12 mortes por cada 1000 nados-vivos. Apesar do declínio constante do número de mortes maternas, Moçambique ainda não alcançou a sua meta dos ODM de 325 mortes por cada 100.000 nados-vivos. O rácio de mortalidade materna era de 489 em 2015, longe da meta dos ODM de menos de 70 mortes por cada 100.000 nados-vivos.¹¹

Figura 2. Tendências de TMNN e mortes neonatais, Moçambique, 1990-2016



Fonte: Grupo Interagências das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil, 2017 (<http://data.unicef.org>)

¹¹ De acordo com o IDS de 2011, a taxa de mortalidade materna foi de 408 por 100.000 nados vivos.

Os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011 mostram diferenças na TMM5 entre províncias (por exemplo, 39 mortes por 1000 nados-vivos na província de Inhambane, no sul de Moçambique, e 95 mortes por 1000 nados-vivos na província da Zambézia, no centro de Moçambique), nas zonas urbanas (69 mortes por 1000 nados-vivos) e rurais (72 mortes por nados-vivos), e em relação à escolaridade das mães, com 56 mortes por nados-vivos nas mães com nível secundário ou superior e 70 mortes por nados-vivos nas mães analfabetas. As principais causas de morte são a septicemia bacteriana (35,0%), factores maternos (9,6%) e complicações durante a gravidez, trabalho de parto e parto (6,4%) entre os recém-nascidos; malária (35,2%), septicemia bacteriana (12,8%) e HIV (9,3%) entre os lactentes; e malária (42,3%), HIV (13,4%), pneumonia (6,4%) e doenças diarreicas (5,9%) e entre as crianças menores de cinco anos.

As constatações indicam que a redução da TMM5 foi associada à implementação de estratégias de sobrevivência infantil e ao reforço dos investimentos nos sistemas de saúde, nomeadamente aumento da mão-de-obra no sector público, em especial de enfermeiros de saúde materno-infantil. As intervenções de saúde infantil apontadas como tendo sido mais bem-sucedidas incluem a Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI); introdução de clorexidina para os cuidados do cordão umbilical; expansão da vacinação; Gestão Integrada de Casos na Comunidades (GICC); e solução de reidratação oral e zinco para tratar a diarreia e proteger contra a pneumonia. Contudo, para além da GICC e da vacinação, estas estratégias têm sido implementadas de forma desigual em todo o país e não se tem dado prioridade às que têm maiores necessidades.

CONSTATAÇÕES: EVOLUÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

A promoção da saúde infantil em Moçambique foi inspirada pela adopção de cuidados de saúde primários pelo país após a sua independência em 1975 e pela identificação da saúde materno-infantil como uma área de intervenção prioritária. A integração da saúde materno-infantil, desde 1978, levou a uma tendência para o desenvolvimento de instrumentos políticos homogéneos que não conseguiram definir prioridades e estratégias claras para a saúde infantil.

Esta questão começou a ser abordada a partir do final dos anos 90, através do desenvolvimento de estratégias, planos e normas específicas sobre a saúde neonatal e infantil, tal como ilustrado na cronologia abaixo indicada (Tabela I).¹² A introdução da AIDI em 1998, a avaliação das necessidades nacionais de saúde em 2000, a reafirmação da saúde materno-infantil como uma área prioritária no primeiro Plano Estratégico do Sector da Saúde, desenvolvido em 2000, e a Declaração do Milénio e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, em conjunto, criaram uma dinâmica para a aprovação da primeira estratégia de saúde materno-infantil, em 2001, e dos instrumentos subsequentes destinados a reduzir a mortalidade infantil.

¹² Foi no final do período de estudo (2000-2015) que a saúde materno-infantil foi definida como sendo uma área afim mas separada no Plano Estratégico do Sector da Saúde para 2014-2019 através da formulação de objectivos específicos, indicadores de impacto, estratégias e intervenções relacionadas com a saúde infantil. O principal objectivo para esta área é "reduzir a mortalidade de crianças <5" e as suas estratégias são desenvolvidas em torno de quatro objectivos estratégicos relacionados com o acesso, qualidade, equidade, eficácia e eficiência.

Tabela I. Quadro da Política de Saúde Infantil, 1998-2018

1998	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introdução da Gestão Integrada de Doenças Infantis
1999	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação das Prioridades Nacionais de Saúde
2000	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta 2001-2005 ▪ Elaboração do Primeiro Plano Estratégico do Sector da Saúde 2000-2005 ▪ Moçambique ratifica a Declaração do Milénio e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio ▪ Introdução da Abordagem Sectorial Ampla no sector da saúde na sequência da assinatura do Código de Conduta de Kaya-Kwanga ▪ Desenvolvimento da Estratégia Nacional para a Redução da Morbilidade Materna e Perinatal
2001	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta neonatal no período pós-parto: um guia para o pessoal da saúde ▪ Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2001-2005 (PARPA I) ▪ Introdução da vacina contra a hepatite B no Programa Alargado de Vacinação ▪ Estratégia Nacional para a Saúde Materno-Infantil
2002	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementação com vitamina A (SVA) integrada nos serviços de saúde infantil de rotina (entre 1999 e 2001, a SVA foi administrada apenas através de dias nacionais de vacinação) ▪ Integração de várias medidas relativas a cuidados dos recém-nascidos na Repartição de Saúde Infantil/Repartição de Saúde Familiar, tais como formação de pessoal que prestou assistência neonatal na sala de parto, unidades de admissão e consultas neonatais; revitalização das comissões para o estudo de mortes maternas e neonatais; avaliação dos cuidados prestados aos recém-nascidos em colaboração com a Divisão de Saúde Reprodutiva; definição de indicadores de saúde neonatal a integrar no Sistema Nacional de Informação; coordenação das intervenções com a Repartição de Saúde Reprodutiva e o Departamento de Nutrição; introdução da vacina contra o tétano; rastreio da sífilis nas mulheres grávidas; e introdução de um pacote nutricional básico.
2003	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memorando de Entendimento para o fundo comum PROSAÚDE I ▪ Introdução da PTV com nevirapina ▪ Introdução de um módulo sobre AIDI nas instituições de formação
2004	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento do Plano Estratégico Nacional de Luta contra Infecções de Transmissão Sexual e HIV/SIDA, 2004-2008 ▪ Desenvolvimento da Estratégia Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV ▪ Política da Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação ▪ Moçambique recebe o primeiro apoio do Fundo Global contra HIV, Tuberculose e Malária na 2ª Ronda para as três doenças ▪ O tratamento anti-retroviral altamente activo torna-se disponível para todos os pacientes, incluindo mulheres grávidas, em conformidade com as directrizes nacionais
2005	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II) ▪ Guia para Profissionais de Saúde sobre Suplementação com Micronutrientes em Moçambique ▪ Desenvolvimento da Estratégia de Envolvimento Comunitária na Saúde
2006	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007-2012 ▪ Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão das directrizes de AIDI para integrar a primeira semana de vida do recém-nascido e HIV ▪ Introdução de um tratamento intermitente e preventivo da malária para as mulheres grávidas ▪ Desenvolvimento da Estratégia de Prevenção da Malária em Lactentes
2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação das necessidades nacionais de saúde materna e neonatal ▪ Plano operacional para a saúde neonatal e infantil em Moçambique, 2008-2010 ▪ Pacote nutricional básico
2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégia para o Fortalecimento das Intervenções das Parceiras Tradicionais ▪ Estudo Nacional sobre Mortalidade Infantil ▪ Incorporação de uma componente neonatal na Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI) e na Gestão Comunitária Integrada de Doenças Infantis, que resultou na alteração dos acrónimos para Gestão Integrada de Doenças Neonatais e Infantis (GIDNI) e Gestão Comunitária Integrada de Doenças Neonatais e Infantis (GCIDNI) ▪ Introdução da implementação das Semanas Nacionais de Saúde Infantil bianuais ▪ Introdução da abordagem Alcance de Todos os Distritos (mais tarde Alcance de Todas as Crianças) no Programa Alargado de Vacinação ▪ Actualização do memorando PROSAÚDE e fusão de três fundos comuns em PROSAUDE II ▪ Lançamento da Iniciativa do Presidente Armando Guebuza para a Redução da Mortalidade Materno-Infantil ▪ Adopção do Código para a Comercialização de Substitutos do Leite Materno ▪ O Fundo Global de Luta contra HIV, Tuberculose e Malária interrompe o financiamento da 8ª Ronda
2009	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de Auditoria das mortes maternas, perinatais e neonatais ▪ Plano de comunicação e mobilização social para a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno, 2009-2013 (posteriormente prorrogado até 2015) ▪ Estratégia de casas mãe espera ▪ Programa Quinquenal do Governo ▪ Introdução da vacina contra o hib conjugado (<i>haemophilus influenzae</i> tipo b) no Programa Alargado de Vacinação ▪ Adopção do Plano Integrado para a Realização dos ODM 4 e 5, 2009-2012 (subsequentemente prorrogado até 2017) ▪ Plano Estratégico de Recursos Humanos para a Saúde, 2009-2018
2010	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégia Nacional de Planeamento Familiar ▪ Relatório de Progresso dos ODM ▪ Revitalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ▪ Lançamento da parceria nacional para a promoção da saúde materna, neonatal e infantil ▪ Revitalização da Iniciativa Hospital Amigo da Criança ▪ Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, 2010-2014
2011	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documento de Estratégia de Redução da Pobreza (PARP) ▪ Manual técnico sobre assistência neonatal durante o parto e principais complicações obstétricas e neonatais ▪ Adopção de normas clínicas para criança sadia e em risco ▪ Aprovação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica, 2011-2015 (posteriormente prorrogado até 2020) ▪ Desenvolvimento do Plano Plurianual Abrangente, 2012-2016, do Programa Nacional de Vacinação

2012	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopção O Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA 2013-2017 ▪ Plano Nacional de Acção para a Criança 2013-2019 ▪ Reintrodução da 8ª Ronda “Fortalecimento do Sistema da Saúde” do Fundo Global de Luta contra HIV, Tuberculose e Malária
2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introdução da vacina pneumocócica (PVC)
2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano Plurianual Abrangente do Programa Nacional de Vacinação, 2015-2019 ▪ Adopção do Plano Estratégico do Sector da Saúde, 2014-2019 (posteriormente prorrogado até 2023) ▪ Adopção das Directrizes para a Atenção Integrada das Doenças da Infância
2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introdução da vacina contra o rotavírus no Programa Alargado de Vacinação ▪ Desenvolvimento da proposta de Estratégia para a Implementação da Fortificação de Alimentos com Pós Micronutrientes Múltiplos em Moçambique ▪ Desenvolvimento de uma Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição em Moçambique ▪ Integração de Pós Micronutrientes Múltiplos nos Serviços de Saúde ▪ Estratégia Nacional de Promoção da Saúde 2015-2019 (subsequentemente alargada até 2020)
2017	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de Caso de Investimento para Acções Inteligentes, Sustentáveis e em Grande Escala na Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente (SRMNIA) em Moçambique ▪ Desenvolvimento da Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde
2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lançamento do Guia de Planificação das Actividades de Suplementação com Vitamina A e Desparasitação nos Serviços de Saúde de Rotina ▪ Elaboração do Plano de Acção para Todos os Recém-Nascidos ▪ Desenvolvimento e implementação de novos livros de registo de saúde infantil

A Tabela I mostra que existe um historial e coerência na priorização eficaz dos programas de saúde infantil ao nível de políticas. Contudo, esta também revela que alguns temas de saúde infantil têm recebido mais atenção do que outros (por exemplo, vacinação versus desnutrição crónica).

“A desnutrição crónica não é reconhecida como um problema grave para a nossa sociedade, numa altura em que mais de 40% das crianças menores de cinco anos sofrem de desnutrição crónica... Durante muito tempo, este problema não foi devidamente reconhecido. O Programa de Nutrição do Ministério da Saúde não foi bem financiado, em comparação com o programa de vacinação. Porquê? Porque... se não vacinarmos, a criança apanha sarampo. Mas com a desnutrição crónica, uma criança pode sobreviver às doenças da infância, mas, a longo prazo, não vai oferecer o seu máximo potencial à sociedade. Para mim, a falta de reconhecimento deste facto continua a ser um dos maiores problemas até à data”. [Agência Multilateral]

Apesar da necessidade de aumentar a sensibilização sobre a gravidade da desnutrição crónica, a visibilidade de políticas de nutrição infantil melhorou entre 2000 e 2015,¹³ impulsionado pela criação do Secretariado

¹² Apesar dos importantes desafios de coordenação, o enquadramento da nutrição como uma questão transversal e multisectorial tem contribuído para uma abordagem mais holística da saúde infantil. Embora nos primeiros anos a nutrição fosse considerada apenas uma questão do “sector da saúde”, existe actualmente uma maior sensibilização política sobre o papel de outros sectores, em especial o da água e saneamento, da agricultura, da educação e da acção social, na resolução dos problemas de nutrição. Um importante factor determinante foi a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSAN), em Dezembro de 2017.

Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) em 1998, sob a tutela do Ministério da Agricultura, pela,¹⁴ aprovação do ESAN II (2008-2015) e pelo seu plano de implementação - Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional (PASAN) – em 2007; e a aprovação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica 2011-2014 (alargado até 2020), vulgarmente conhecido como PAMRDC, em 2010.

Estes desenvolvimentos foram moldados pela participação do governo na Conferência Internacional de Alimentação de 1996 em Roma, e influenciados por um forte lobby e advocacia interna, ao longo dos anos, que foi reforçado por evidências publicadas numa série de documentos da Lancet sobre desnutrição materna e infantil em 2008 e pela participação de Moçambique no movimento Scaling-Up Nutrition, que se seguiu à publicação do documento de política Scaling-Up Nutrition: a Framework for Action, em 2010. Líderes conhecedores da matéria e empenhados dentro do Departamento de Nutrição também promoveram acções multisectoriais para o combate da desnutrição.

“Os movimentos globais, tais como ‘Scaling-Up Nutrition’, trouxeram a nutrição um pouco mais para cima na agenda política. As duas séries de artigos da Lancet sobre a desnutrição materna e infantil, que mostraram como a desnutrição, especialmente a crónica, pode ter impacto no desenvolvimento humano e económico de um país,.. aumentaram a visibilidade política, o que levou ao desenvolvimento do Plano de Acção Multilateral para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique em 2010”. [Organização Não-Governamental]

Os marcos do Ministério da Saúde incluem a criação do Departamento de Nutrição; o desenvolvimento do Guia para Profissionais de Saúde sobre Suplementação com Micronutrientes em Moçambique, em 2005; o Pacote Nutricional Básico, em 2007; a adopção do Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, em 2008; a aprovação do Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno, 2009-2013 (posteriormente prorrogado até 2015), em 2009; e o estabelecimento do Programa de Reabilitação Nutricional I, em 2011.¹⁵

O quadro da política de nutrição no sector da saúde sublinha a melhoria do estado nutricional das crianças e das mulheres grávidas e lactantes. No que respeita às crianças, a tónica é colocada nos recém-nascidos e crianças até aos cinco anos de idade, embora haja cada vez mais atenção às raparigas adolescentes, devido às elevadas taxas de gravidezes precoces no país. O tema foi integrado nas directrizes e estratégias existentes voltadas para crianças saudáveis, doentes e em risco. Em paralelo, quase todos os indicadores do novo livro de registos de saúde infantil são sobre nutrição, especialmente os relacionados com a consulta de crianças saudáveis.

As principais estratégias na área da nutrição infantil incluíram a promoção da lactação precoce e da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses e a introdução de alimentos complementares aos seis meses; abordagem de mitos, crenças e normas negativas relacionadas com a amamentação; regulamentação da comercialização de substitutos do leite materno; tratamento de deficiências de

¹⁴ Em 2010 o SETSAN recebeu um estatuto semi-autónomo.

¹⁵ Seguiu-se o desenvolvimento da Estratégia Nacional de Prevenção da Desnutrição (2015-2019), em 2015; desenvolvimento do Programa de Reabilitação Nutricional II, respectivamente; produção de dois manuais sobre Tratamento e Reabilitação Nutricional de Lactentes e Adolescentes de 0-14 anos e Adolescentes e Adultos >15 anos, respectivamente; Política Nacional sobre Alimentação Infantil e Estratégia Nacional sobre Alimentação Infantil; e produção do Livro de Referência sobre Curvas de Crescimento em Crianças e Adolescentes de 0-18 anos. O desenvolvimento destes instrumentos baseou-se na estratégia global e nas directrizes da OMS sobre alimentação infantil (incluindo as específicas para o HIV).

micronutrientes através da suplementação com vitamina A e da fortificação caseira com pós micronutrientes múltiplos; fornecimento de suplementos de ácido fólico a mulheres grávidas; iodização do sal; tratamento nutricional e reabilitação nas unidades sanitárias e ao nível comunitário; controlo do crescimento através dos cartões de saúde; agentes comunitários de saúde (ACS) que fornecem um pacote nutricional baseado na comunidade que inclui palestras, aulas de culinária e rastreio da desnutrição; e desenvolvimento infantil.

A cronologia apresentada na Tabela I também revela que certas áreas evoluíram mais lentamente do que as outras, especialmente a saúde neonatal. Os ODM ajudaram a virar a atenção para a saúde neonatal, o que constituiu um impulso para melhorar o quadro de políticas existentes. Entre estes incluem-se o desenvolvimento da Estratégia para a Redução da Morbidade e Mortalidade Materna e Perinatal (em 2000), a Estratégia Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV) (em 2004), e a Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique (em 2006).

Além disso, desde 2002, foram adoptadas várias medidas para promover a saúde neonatal. Entre estas medidas incluem-se os cuidados essenciais ao recém-nascido e AIDI neonatal, assim como a definição de uma norma para o tratamento de crianças nas enfermarias neonatais para hospitais ao nível secundário e terciário; operacionalização de comissões para o estudo das mortes maternas e neonatais; definição de indicadores a integrar no sistema de informação de saúde; desenvolvimento de directrizes de conduta clínica; e colaboração entre o Departamento de Saúde Materno-Infantil, a Repartição de Saúde Reprodutiva e o Departamento de Nutrição na coordenação de intervenções relacionadas com a vacinação contra tétano, rastreio da sífilis nas mulheres grávidas e implementação de um pacote nutricional básico.

Moçambique só começou a desenvolver o seu Plano de Acção para Todos os Recém-Nascidos (ENAP) em 2018, quatro anos após o lançamento da iniciativa global que ratificou na 67^a Assembleia Mundial da Saúde. O ENAP inclui um conjunto de acções imediatas necessárias até 2020, tendo em vista os ODS e a estratégia global “*Every Woman Every Child Global Strategy for Women, Children and Adolescents Health*”, 2015-2030. O plano de acção visa reduzir tanto a TMNN como os nados-mortos para 12 ou menos por 1000 nados-vivos até 2030.

“Tivemos várias actividades que contribuíram para melhorar a saúde dos recém-nascidos, mas que foram concebidas e implementadas isoladamente; estavam de acordo com as recomendações [do Plano de Acção Global para Todos os Recém-Nascidos], mas não obedeciam nenhum plano calendarizado e orçamentado”.
[Governo]

“Infelizmente, começámos a elaborar o plano bastante tarde. A maioria dos países está bem avançada. Este atraso torna um pouco [desafiador] o seguimento...[O] governo está muito interessado. O Ministro foi uma das pessoas que chamou a atenção para a necessidade de dar seguimento deste plano”. [Organização Não-Governamental]

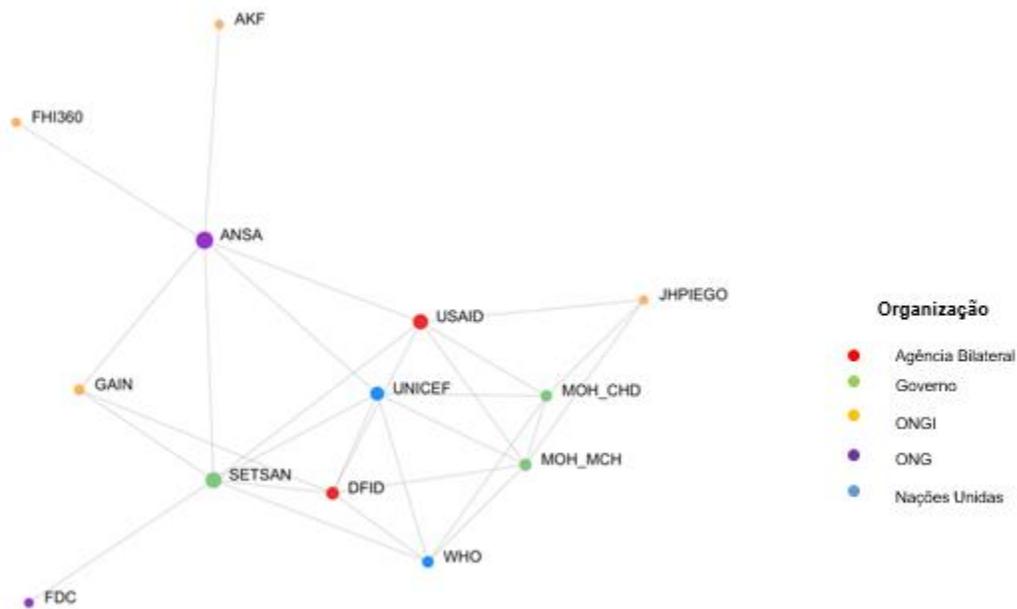
Por último, apesar de ter um quadro global de políticas, estratégias, planos e normas de saúde infantil, o país ainda não dispõe de uma estratégia global que abranja todas as questões relacionadas com a saúde infantil e proporcione uma visão a longo prazo.

“Embora existam estratégias específicas para determinadas áreas, é necessário que haja uma estratégia abrangente em que, por exemplo, o pessoal da saúde infantil saiba bem ‘okey, o objectivo que pretendo atingir é este e as actividades que tenho de implementar nos próximos cinco anos o seu alcance são estas’.”
[Organização Não-Governamental]

Assim, o Plano Integrado para a Realização dos ODM quatro e cinco é considerado um documento importante para a sua abordagem global da saúde infantil.

“Penso que o plano para alcançar os ODM... era um plano muito estratégico porque fala desta integralidade de serviços, da vacinação, das intervenções nutricionais, das próprias intervenções para a saúde infantil e saúde materna; portanto, promove a continuidade da saúde materna, neonatal e infantil de uma forma mais holística. O pacote de intervenção [aborda] diferentes níveis de acção dentro do sector - primário, secundário e terciário - e inclui o nível comunitário. Penso que este plano foi chave para esta abrangência das intervenções”.
[Governo]

Figura 3. Relações estratégicas globais confirmadas com nós dimensionados por intermediação



Os resultados da ONA (Figura 3) ilustram as principais organizações que trabalham em conjunto para desenvolver estratégias, políticas, planos e legislação. Esta rede tem a segunda maior densidade de relações possíveis após a rede global, reflectindo os investimentos do sector da saúde no reforço do quadro político e do plano estratégico, descritos abaixo. É também a menos centralizada de todas as redes.

O SETSAN tem o maior número de interligações na rede estratégica, mas não está ligado aos dois departamentos do Ministério da Saúde. O SETSAN é seguido por cinco organizações (com seis interligações cada): MISAU-DSMI, UNICEF, ANSA (Associação de Nutrição e Segurança Alimentar, uma

ONG nacional moçambicana), DFID, e USAID. O UNICEF está no centro da rede, sugerindo que é um actor chave no desenvolvimento de estratégias para a saúde infantil. Isto é feito em colaboração com o Departamento de Saúde Materno-Infantil (MISAU-SMI) e a Repartição de Saúde Infantil (MISAU-RSI) do Ministério da Saúde e através do Grupo Técnico de Saúde Infantil e outros grupos relacionados com a saúde infantil.

A ANSA, uma ONG moçambicana criada por especialistas em nutrição, tem, de longe, o maior nó ou intermediação,¹⁶ o que significa que tem capacidade de atrair para a rede outras organizações que podem não estar a trabalhar em conjunto nas estratégias. Esta forte posição é provavelmente atribuível às suas boas relações com MISAU e SETSAN e ao facto de acolher a plataforma nacional da sociedade civil do movimento *Scaling-Up Nutrition*, assim como ao seu trabalho de advocacia. A Fundação Agha Khan (AKF) e a FHI 360 são apenas uma parte desta rede devido à sua ligação à ANSA, que lhes proporciona uma ponte para o intercâmbio de informação com as outras organizações. O SETSAN segue a ANSA com a segunda maior pontuação de intermediação.

As citações que se seguem das IDIs ilustram a importância atribuída ao desenvolvimento de políticas e à planificação estratégica:

“O facto de termos objectivos, sabendo que estamos a trabalhar com prazos, que no ano ‘X’ temos de ir até aqui, leva-nos a fazer mais, a inovar, a fazer de forma diferente, o que ajuda muito. Estamos sempre a fazer planos estratégicos... mas estes documentos orientadores... onde temos as linhas, os pilares e sabemos para onde queremos ir, e assegurar que as prioridades do Ministério da Saúde sejam incorporadas nas diferentes áreas e tenham incluído a questão da saúde materno-infantil e nutrição durante, pelo menos, os últimos 10 anos... é claramente um factor facilitador”. [Governo]

“Ter o plano multisectorial sobre desnutrição crónica, apesar de ainda não estarmos a reduzir a desnutrição crónica - cada um, ao seu nível, pensa sempre na forma de reduzir a desnutrição crónica. Foi um compromisso que assumimos enquanto país. Se o conseguirmos ou não... pelo menos todos nós corremos para o conseguir, porque nos comprometemos a fazê-lo”. [Governo]

PERCEÇÃO DA GRAVIDADE DOS DESAFIOS DA SAÚDE INFANTIL

Os lentos avanços na redução da TMNN e TMM contribuíram para uma maior preocupação com a saúde infantil. No entanto, a percepção da gravidade do problema varia a diferentes níveis. Há uma tendência para culpar os trabalhadores da linha da frente pela falta de atenção aos recém-nascidos e aos lactentes, apesar da sensibilização sobre as limitações estruturais (inerentes ao Sistema Nacional de Saúde) com que se deparam, tais como a grande carga de trabalho, a falta de formação e de orientação, as deficientes infra-estruturas e a escassez de equipamento, medicamentos e materiais pediátricos.

O sentimento de urgência emana do quadro político desenvolvido para reduzir a mortalidade nos grupos etários até 28 dias, 12 meses e cinco anos. Há também uma grande consciência de que a saúde infantil exigirá uma abordagem integrada que tenha em conta vários temas de saúde infantil e que esteja orientada para a criação de melhores relações entre os diferentes intervenientes neste domínio. Contudo, este

¹⁶ A intermediação quantifica o número de vezes que um nó actua como ponte ao longo do caminho mais curto entre dois outros nós.

sentimento de urgência não se reflectiu na atribuição de recursos. Embora a diferença orçamental seja relativamente pequena, a saúde materna tem recebido mais atenção ao nível institucional, programático e de implementação do que a saúde infantil.

Além disso, apesar do investimento significativo no desenvolvimento de um quadro político global de saúde infantil e da sensibilização sobre a necessidade de ir além do sector da saúde para abordar os determinantes sociais da saúde infantil, esta questão permanece em grande medida invisível fora do sector da saúde. Os sectores da educação, da agricultura e da acção social constituem as principais excepções, e a maioria das actividades desenvolvidas nestas áreas centra-se apenas na nutrição. Tem sido difícil obter um compromisso político mais amplo em relação à saúde infantil fora do sector público, dado que muitos tendem a tratá-la como “uma questão de saúde”.

A falta de dados sólidos de monitoria de rotina sobre a disponibilidade, acessibilidade e uso dos serviços de saúde infantil e respectivos resultados de saúde, juntamente com a limitação de evidências sistematizadas sobre os recursos humanos, materiais e financeiros para a saúde infantil separados da saúde materna, tem dificultado os esforços para melhorar a visibilidade política e institucional da saúde infantil. Por exemplo, a falta de um sistema de vigilância nutricional no sector da saúde e de mecanismos de controlo dos substitutos do leite materno prejudicou a elaboração de políticas e de programas na área de nutrição.

“Sou de opinião que deve continuar a existir um sistema de monitoria do estado nutricional das crianças; infelizmente, o sistema morreu. Não compreendo porquê, porque sem isso como vamos saber se as políticas do nosso programa estão a ter impacto, porque não podemos garantir uma vigilância regular... Havia um sistema que funcionava muito bem, mas hoje em dia não existe. Ajudou a compreender o que se passava no país e a orientar as políticas”. [Organização não governamental]

CONSTATAÇÕES: ESTRATÉGIAS E FACTORES DETERMINANTES E RESTRITIVOS DO PROGRESSO DA SAÚDE INFANTIL

A saúde infantil em Moçambique tem sido afectada por uma combinação de dinâmicas locais e globais. Esta secção aborda os principais factores que permitiram (facilitadores) e condicionaram (barreiras) o progresso da saúde infantil entre 2000 e 2015. As realizações neste período basearam-se nas iniciativas introduzidas nos anos anteriores, algumas das quais relativas a doenças específicas, tais como a introdução da solução de reidratação oral como parte do Programa Global de Controlo de Doenças Diarreicas no início dos anos 80 e o Programa de Controlo de Infecções Respiratórias Agudas nas Crianças no início dos anos 90.

Os factores-chave que permitiram e condicionaram o progresso na saúde infantil são resumidos a seguir (Tabela 2). Os factores são categorizados por questões estruturais, prioridades e recursos nacionais, sistemas de saúde e envolvimento comunitário.

Tabela 2. Factores que Permitiram e Condicionaram o Progresso

Categoria	Factores de Determinantes	Factores Restritivos
Questões estruturais	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria do acesso a outros serviços públicos, como a educação, água potável e saneamento básico 	<ul style="list-style-type: none"> Vulnerabilidade socioeconómica da população moçambicana e desigualdades geográficas Crises económicas e escândalo das dívidas ocultas¹⁷ Altas taxas de analfabetismo Disparidades geográficas no acesso a água limpa e saneamento adequado Forte dependência do financiamento externo Corrupção profundamente enraizada a todos os níveis do sector da saúde Fraca cultura de responsabilização entre os actores do Estado e os cidadãos
Prioridades nacionais e recursos	<ul style="list-style-type: none"> Forte compromisso na saúde infantil e investimentos significativos para melhorar o quadro político que abrange uma vasta gama de questões relacionadas com a saúde infantil Adesão aos compromissos e estratégias regionais e globais (ODM, <i>Every Woman Every Child</i>, Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária, PEPFAR, <i>Scaling-Up Nutrition</i>) Estabelecimento de mecanismos de coordenação e grupos de trabalho técnicos Liderança do pessoal técnico em várias organizações Liderança de topo e abordagem multisectorial na rede nutricional Aumento do financiamento para a vacinação e nutrição 	<ul style="list-style-type: none"> Fraca liderança ao mais alto nível do Ministério da Saúde e do Departamento de Saúde Materno-Infantil Má aplicação do actual quadro político de saúde infantil Financiamento nacional inadequado e distribuição desigual dos recursos pelas províncias Falta de priorização da saúde infantil no âmbito da saúde materno-infantil Fraco envolvimento das organizações da sociedade civil na advocacia da saúde infantil

¹⁷ Entre 2012 e 2014, o Governo concedeu empréstimos de cerca de 2 milhões de dólares a três empresas privadas, sem a aprovação do Parlamento e de outros mecanismos de supervisão. As dívidas ocultas foram divulgadas em 2016, mas inicialmente o Ministro das Finanças negou a sua existência. Em Maio do mesmo ano, o grupo de doadores que concedia apoio orçamental suspendeu o seu financiamento. As organizações da sociedade civil, membros do Fórum de Monitoria do Orçamento (FMO), Grupo Moçambicano da Dívida (GMD) e a Coligação de Transparência e Justiça Fiscal (CTJF) opuseram-se ao pagamento das dívidas e fizeram campanha contra a transformação das dívidas em dívidas soberanas.

Categoria	Factores de Determinantes	Factores Restritivos
Sistemas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopção de iniciativas-chave de sobrevivência infantil (por exemplo, AIDI-GICC, vacinação) ▪ Melhoria da cobertura e do acesso à saúde (por exemplo, vacinas, parto institucional, redes mosquiteiras tratadas com insecticida) ▪ Expansão das unidades sanitárias ▪ Aumento da mão-de-obra na área da saúde, especialmente enfermeiras de saúde materno-infantil ▪ Aumento da cobertura de partos institucionais ▪ Melhor resposta à malária, incluindo maior acesso e uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura limitada e distribuição desigual de unidades sanitárias ▪ Elevada rotatividade de pessoal e “fuga de cérebros” de organizações públicas para organizações internacionais e privadas ▪ Recursos humanos sobrecarregados e subqualificados ▪ Falta de formulações pediátricas de medicamentos, equipamentos e materiais ▪ Falta de supervisão e mentoria ao nível das unidades sanitárias ▪ Foco demasiado estreito com apoio a doenças específicas e programas verticais promovidos por iniciativas globais (por exemplo, PEPFAR, PMI, Fundo Global) ▪ Prioridades e recursos de implementação desviados de questões mais amplas de saúde infantil para HIV ▪ Implementação vertical e coerente da estratégia do AIDI ▪ Baixo acesso às consultas pós-natais ▪ Fragmentação das intervenções e má coordenação da implementação
Envolvimento comunitário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revitalização do “Agente Polivalente Elementar”, o programa do agente comunitário de saúde (ACS) ▪ Campanhas para abordar normas socioculturais negativas relacionadas com a saúde infantil, planeamento familiar e uniões prematuras ▪ Crescente sensibilização sobre a importância da vacinação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas culturais negativas e mitos sobre gravidez e cuidados neonatais (incluindo a amamentação) ▪ Falta de integração de ACS no sector da saúde pública

Os determinantes sociais de saúde e o nível de força do sistema de saúde foram apontados como sendo simultaneamente facilitadores e obstáculos ao progresso. De acordo com os entrevistados, os principais determinantes do progresso da saúde infantil estavam relacionados com o AIDC-GICC e vacinação. Os cuidados e nutrição dos recém-nascidos foram considerados como sendo críticos, embora com poucos progressos em termos de melhoria dos resultados em termos de saúde. Os entrevistados elogiaram a abordagem multisectorial da nutrição e as melhorias na coordenação das partes interessadas.

ATENÇÃO INTEGRADA DE DOENÇAS NA INFÂNCIA - GESTÃO INTEGRADA DE CASOS NA COMUNIDADE (AIDI-GICC)

Vários entrevistados afirmaram que a introdução da AIDI em 1998 e a sua implantação nos anos seguintes contribuiu para reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade, transferindo a atenção para as crianças doentes. É vista por muitos como a base para o progresso da saúde infantil em Moçambique e amplamente aceite como uma estratégia nacional. A introdução da AIDI seguiu-se à

participação de um grupo de médicos e pediatras locais num curso da AIDI no Brasil. Este grupo foi responsável pela implementação da AIDI em 29 distritos, que incluiu formação de formadores, formação em serviço de enfermeiros de saúde materno-infantil, cursos curtos para pediatras e produção de directrizes sobre a prestação de serviços de saúde infantil ao nível dos cuidados de saúde primários.

“Fizemos um curso de AIDI de 11 dias. Quando voltei [e] tive de trabalhar na AIDI do zero, disse: vamos a isso, vamos a isso, quero mudar o panorama da mortalidade infantil. Era muito alto, era de 150 por 1000. A AIDI foi criada precisamente para países onde a taxa de mortalidade era superior a 40 por 1000...hoje estamos a 64 por 1000”. [Outra Organização]

A AIDI ganhou impulso no início da década de 2000 com os ODM e o apoio de um programa de assistência técnica e apoio à saúde materno-infantil da USAID (2000-2005). Em 2005, foram feitas várias actualizações técnicas às directrizes da AIDI sobre nutrição, tratamento da malária, diarreia e pneumonia, tendo a AIDI sido integrado no currículo dos institutos de saúde e das faculdades de medicina de três universidades do país. Em 2008, foi integrada uma componente neonatal centrada na primeira semana de vida e em questões relacionadas com HIV, tais como a alimentação do bebé, pesagem e método canguru. No mesmo ano, foi introduzida a gestão integrada de casos na comunidade (GICC) com vista a expandir os cuidados para o alcance de crianças nas zonas remotas como parte dos esforços de revitalização do programa de ACS.¹⁸ Este processo incluiu a elaboração de manuais de formação sobre cuidados neonatais na comunidade, com a realização de quatro visitas domiciliárias no primeiro mês de vida; tratamento da malária, diarreia e pneumonia; e formação de formadores e de profissionais de saúde nas três regiões do país.

A implementação da AIDI tem tido muitos altos e baixos. Contudo, de acordo com os entrevistados, foram alcançados progressos consideráveis durante os seus momentos de pico, quando a mesma foi revitalizada.¹⁹ Por exemplo, até cerca de meados de 2000, contou com a promoção levada a cabo por pediatras formados, provavelmente devido, em parte, à forte capacidade de liderança e coordenação do então chefe do Departamento de Saúde Materno-Infantil, que podia estabelecer ligações com diferentes províncias e profissionais. Os entrevistados observaram que, no final dos anos 2000, a AIDI tinha desaparecido da maioria das unidades sanitárias e permaneceu ausente até ser novamente revitalizado em 2012. Os entrevistados acreditaram que, embora por vezes tenha perdido força, a AIDI foi central para chamar a atenção para a saúde infantil nos anos anteriores ao HIV, contribuiu para a redução das doenças da infância onde foi devidamente implementado e conseguiu continuar a ser uma prioridade política. Salientaram a contribuição da GICC na administração de clorexidina para os cuidados do cordão umbilical e na melhoria do tratamento atempado e adequado da febre, da diarreia e da malária.

“Penso que o principal impacto foi a introdução de clorexidina para o tratamento do cordão umbilical e a prevenção da mortalidade materna e neonatal. Nos casos em que, por alguma razão, a mãe acaba por dar à luz na comunidade, eles [agentes de saúde comunitários e parteiras tradicionais] administram clorexidina e misoprostol. Durante as visitas domiciliárias, os agentes de saúde comunitários identificam um recém-nascido

¹⁸ Os especialistas em participação comunitária consideraram que a introdução da GICC era o ponto de entrada para a revitalização do programa de ACSs, que tinha sido praticamente interrompido após a guerra civil.

¹⁹ A revitalização refere-se à reactivação de programas inactivos através de uma combinação de abordagens que incluem formação e supervisão em serviço, introdução de novas componentes, desenvolvimento e/ou actualização de directrizes, melhor integração no quadro político e mobilização de recursos para a implementação.

e aconselham a mãe a ir à unidade sanitária, mas também facilitam o acesso imediato à clorexidina”.
[Organização Não-Governamental]

VACINAÇÃO

A primeira intervenção de vacinação em Moçambique, após a independência, foi realizada entre 1976 e 1979. Foi uma campanha nacional de vacinação em massa contra a varíola, sarampo e tuberculose. Em 1979, Moçambique estabeleceu o Programa Alargado de Vacinação (PAE). Em 1980, a vacinação foi integrada nos serviços de saúde infantil de rotina em todos os pontos de parto. Em 2008, o PAV tinha como alvo sete doenças: tuberculose, poliomielite, difteria, tosse convulsa, tétano, hepatite B e sarampo. Estas foram complementadas pela vacina contra o Hib conjugado (*Haemophilus influenzae* tipo b) a partir de 2009, a vacina pneumocócica (que começou com o PVC10 em 2013),²⁰ e a vacina contra o rotavírus em 2015.²¹ Os serviços de vacinação tem-se concentrado tradicionalmente nas crianças menores de um ano de idade e mulheres grávidas.²²

A introdução de novas vacinas foi acompanhada pela revisão do calendário de vacinação e de acções de sensibilização fora das unidades sanitárias. O PAV promoveu campanhas nacionais para aumentar a cobertura da vacinação. Por exemplo, em 2005, Moçambique realizou uma campanha nacional contra o sarampo dirigida a crianças dos nove meses aos 14 anos de idade, que levou a uma redução significativa. As Semanas Nacionais de Saúde Infantil e o recurso a ACSs também têm sido fundamentais na sensibilização sobre a importância da vacinação e na referência das crianças para as unidades sanitárias. Em 2008, o PAV introduziu a abordagem ‘Alcance de Todos os Distritos’ (mais tarde Alcance de Todas as Crianças) para resolver as desigualdades de cobertura através do fortalecimento das capacidades dos profissionais de saúde e das comunidades para melhorar a vacinação e o uso de brigadas móveis. Esta abordagem foi usada como plataforma para a realização dos ODM quatro e cinco (UNICEF 2010).

A introdução de novas vacinas no sector público, especialmente as já disponíveis nas clínicas privadas, foi o resultado de advocacia dos profissionais de saúde, em particular dos pediatras.

“Depois continuámos a introduzir, porque nesta altura o sector privado tinha outras vacinas que o público não tinha. Depois, como pediatras, dissemos: tínhamos de ter, há muitas crianças a morrer. Por isso, pressionámos o Ministério da Saúde a introduzir as vacinas para doenças que estavam a matar as nossas crianças. Conseguimos”. [Outra Organização]

O PAV é considerado um sucesso por muitos devido à sua disponibilidade e aceitabilidade. De acordo com os entrevistados, a vacinação continua a ser uma prioridade desde 2015. Um entrevistado apontou a resposta a um surto de poliomielite em Janeiro de 2019 como uma ilustração da "grande prioridade que a saúde infantil tem". Contudo, o surto refutou também a convicção de que Moçambique estava prestes a erradicar a poliomielite. Depois de ter sido declarado livre de poliomielite em 2016, Moçambique identificou três casos entre 2017 e 2019 na província da Zambézia, onde é menos provável que as crianças

²⁰ Em 2018 foi também introduzida a vacina contra PVC13.

²¹ Mais recentemente, foi introduzida uma segunda dose de sarampo e rubéola para fazer face aos surtos recorrentes; actualmente as crianças recebem a primeira dose aos nove meses e a segunda aos 18 meses.

²² Mais recentemente (pós-2015), outros grupos, como os menores de cinco anos, menores de 15 anos e mulheres em idade fértil, estão também a ser alvo da vacinação. Por exemplo, existem planos para introduzir a vacina contra HPV para prevenir o cancro do colo do útero em 2021; será administrada a raparigas dos 9 aos 13 anos de idade.

tenham sido vacinadas.⁷ Este facto, combinado com surtos de outras doenças como o sarampo, levantou questões tanto sobre a sustentabilidade dos ganhos como sobre a fiabilidade dos dados existentes.

A maioria dos entrevistados atribuiu a redução da TMM5 a um aumento do financiamento interno e externo, este último da Gavi, a Vaccine Alliance (a seguir referida como Gavi), aumentando o optimismo sobre o futuro da vacinação.

“A ideia de que a vacina é muito importante para as crianças é generalizada e aceite neste país...as pessoas começaram a perceber que uma criança que não recebe as vacinas corre o risco de apanhar sarampo, de ter complicações e até de perder a vida. Por isso, penso que existe uma grande sensibilidade nas comunidades para levar a criança à unidade sanitária regularmente para completar o seu calendário de vacinas, pelo que isto deve ser reconhecido como um grande ganho em Moçambique”. [Agência Multilateral]

“Pensamos que a vacinação pode ter tido um efeito [na redução da mortalidade infantil], há mais vacinas e a cobertura de vacinação é melhor”. [Agência Multilateral]

“Sabemos que a vacinação é o método de prevenção das doenças com melhor relação custo-eficácia disponível. Felizmente, o nosso programa de vacinação tem chegado a muitas crianças em todo o país...fizemos progressos para chegar às crianças. Temos cada vez mais crianças totalmente vacinadas”. [Governo]

Os entrevistados ficaram satisfeitos com os ganhos, mas reconheceram também que continuam a existir lacunas, nomeadamente a melhoria do número de crianças que estão totalmente vacinadas.

“Sabemos que aquilo a que chamamos as crianças completamente vacinadas não atinge o nível desejado; penso que nos situamos nos 63 ou 64 por cento. Por isso, ainda temos de fazer muito”. [Agência Multilateral]

BARREIRAS AO PROGRESSO DA SAÚDE INFANTIL

Os principais obstáculos identificados pelos entrevistados foram a implementação inadequada das estratégias e orientações existentes sobre saúde infantil e a cobertura inadequada dos serviços de saúde infantil. As razões citadas incluíam questões estruturais, deficiências do sistema de saúde, factores ligados à demanda, e prioridades e recursos nacionais indevidamente alocados.

A aplicação do quadro político de saúde infantil tem sido negativamente afectada pela privação da componente infantil no âmbito donexo saúde materno-infantil, pela sobrecarga e baixas qualificações dos profissionais de saúde, pela falta de supervisão e de orientação ao nível das unidades sanitárias, pela escassez de formulações pediátricas de medicamentos, equipamentos e materiais, pelo apoio específico a doenças específicas e por programas verticais promovidos por iniciativas globais (por exemplo, PEPFAR, PMI, Fundo Global) e pela fraca integração das intervenções ao nível das estruturas de apoio e das comunidades.

Os entrevistados afirmaram que a lenta redução das mortes dos recém-nascidos ilustra uma combinação da negligência da saúde infantil ao nível da prestação de serviços e de questões estruturais e socioculturais. Por exemplo, salientaram que, embora tenham sido adoptadas algumas medidas para promover a saúde dos recém-nascidos, esta área tem sido muito negligenciada em comparação com a saúde materna ao nível da prestação de serviços.

“No passado, há cerca de uma década, quando a mãe dava à luz no hospital, a enfermeira só olhava para a mãe. Nem sequer olhava para o bebé, antes de dar alta à mãe. Assim, os bebés nasciam bem, mas voltavam doentes; voltavam doentes com icterícia, asfixia e outros problemas. Muitas crianças morreram, porque a enfermeira olhava só para a mãe e não para o bebé”. [Outra Organização]

De facto, algumas medidas adoptadas para melhorar a saúde infantil pareciam estar ligadas ao período neonatal; estas abrangiam os cuidados pré-natal/pós-parto, incluindo o rastreio da sífilis, a introdução da PTV e a consulta pós-parto e a prevenção e tratamento da prematuridade (AIDI neonatal, cuidados materno canguru para bebés de baixo peso à nascença, administração de clorexidina para cuidados do cordão umbilical, ressuscitação neonatal). Contudo, estas medidas por si só não abordaram as complexidades específicas do contexto, tais como o acesso a cuidados de alta qualidade, normas sociais, etc., de garantir uma boa saúde pré-natal e pós-parto.

“O tema do recém-nascido tem vários aspectos: [incluindo] o acesso aos serviços de saúde, quantidade de recursos humanos, qualidade dos serviços prestados e disponibilidade de recursos materiais, equipamento e medicamentos. Todos estes são, sem dúvida, factores determinantes para uma prestação bem-sucedida. Se o parto foi feito numa unidade sanitária com iluminação para a enfermeira ver o que estava a acontecer, se a mãe estava a sangrar ou não; se a enfermeira e a mãe tinham água para lavar as mãos antes e depois do parto; se havia um local limpo para receber o bebé, o que pode contribuir para o início de uma infecção. Mas existem também outros factores: a família e a sociedade em que a criança nasceu. Todos estes factores interferem directamente com a mortalidade neonatal, tornando-a complexa de abordar”. [Agência Multilateral].

A falta de recursos humanos qualificados e a escassez de formulações pediátricas de medicamentos, equipamentos e materiais limitaram a eficácia de medidas como a reanimação neonatal.

“É preciso ter pessoas que saibam reanimar um bebé que não respire imediatamente após o nascimento. É preciso identificar a causa e dar um tratamento adequado; para isso é necessário mais enfermeiros especializados em neonatologia. Deve haver muito investimento na formação de pessoal para saber exactamente o que fazer e para tomar os cuidados necessários para melhorar a sobrevivência neonatal”. [Agência Multilateral]

A fraca formação e as deficientes infra-estruturas e equipamentos para fazer face às complicações impediram a acreditação de muitas unidades sanitárias em AIDI.

“A implementação de AIDI tem várias vertentes; tem uma componente de formação, fornecimento de materiais para consulta, disponibilidade de medicamentos. Há vários factores que têm de ser considerados para avaliar se... uma unidade sanitária está ou não a implementá-la. Na teoria, se faltar um destes elementos, não é possível implementar AIDI”. [Agência Multilateral]

Do mesmo modo, a falta de capacidade para diagnosticar doenças da infância, apesar da sua introdução na formação pré-serviço dos enfermeiros de saúde materna, bem como a supervisão insuficiente e ligação inadequada entre o pessoal clínico e as equipas comunitárias de saúde, resultaram na implementação parcial do pacote de serviços.

“Já deveria ser prática institucionalizada com a sua incorporação na formação pré-serviço, porém os profissionais de saúde comportam-se como se nunca tivessem aprendido na escola e estão sempre a solicitar formação adicional, que sabemos estar ligada aos incentivos [per diems] dados durante as formações”. [Agência Multilateral].

“Pusemos em prática várias estratégias ao nível da unidade sanitária, mas não há ninguém para supervisionar a sua aplicação... Assim, tanto a nível central como provincial, existe uma gestão e supervisão deficientes de todas as estratégias que estão a ser aplicadas ao nível da unidade sanitária”. [Organização Não-Governamental].

“Nós capacitamos os APÊs [ASCs], mas falta-lhes supervisão. Temos APÊs na comunidade onde prestam assistência a crianças, tratam pneumonia, malária e diarreia, mas... não sabemos muito bem quais são as fragilidades dos APÊs e, conseqüentemente, o que precisa de ser melhorado”. [Organização Não-Governamental].

A combinação de uma grande carga de trabalho dos profissionais de saúde, serviços verticais de saúde infantil, formação específica e falta de supervisão e orientação a nível da unidade sanitária significa oportunidades perdidas de cuidados integrados.

“Temos contactos com crianças em vários pontos, mas muitas vezes não verificamos se a criança que vem à unidade sanitária tem ou não o calendário de vacinas. Isto acontece não porque os profissionais de saúde não são instruídos a verificar, [mas] simplesmente por causa da sua carga de trabalho... os novos livros de saúde infantil [registro] têm potencial para melhorar as coisas; contudo, devido à quantidade de trabalho, não há garantias de que os profissionais de saúde o analisam para ver se falta ou é necessário mais alguma coisa”. [Organização Não-Governamental]

Além disso, a falta de campeões de AIDI ao nível da implementação, associada à elevada rotatividade do pessoal e à mudança de atenção para HIV e SIDA, contribuiu para que crianças sadias e doentes fossem negligenciadas, uma vez que a resposta ao HIV está mais orientada para as crianças em risco.

“Há uma grande rotatividade de gestores. As iniciativas são interrompidas e há uma grande fragmentação que faz parecer que todos os meses e todos os anos temos de começar as coisas do zero, a todos os níveis”. [Organização Não-Governamental].

“A epidemia do HIV pode ter influenciado o país a concentrar-se noutros aspectos, como a criança em risco e não necessariamente na implementação de AIDI”. [Agência Multilateral]

Os condicionalismos ligados à procura incluem a acessibilidade da comunidade e a aceitabilidade das intervenções de saúde em geral,²³ a baixa ou falta de escolaridade das mães e os partos domiciliares.^{24, 25}

²³Tem havido relatos de agentes de saúde a serem atacados por pessoas que acreditavam estar a propagar doenças..

²⁴Jani JV, De Schacht C, Jani IV & Bjune G. (2008). Risk factors for incomplete vaccination and missed opportunity for immunization in rural Mozambique. *BMC Public Health*, 8(161), doi:10.1186/1471-2458-8-161

²⁵Démolis et al. (2018). A rapid qualitative assessment of oral cholera vaccine anticipated acceptability in a context of resistance towards cholera intervention in Nampula, Mozambique. *Vaccine*, 36(44):6497-6505. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.10.087.

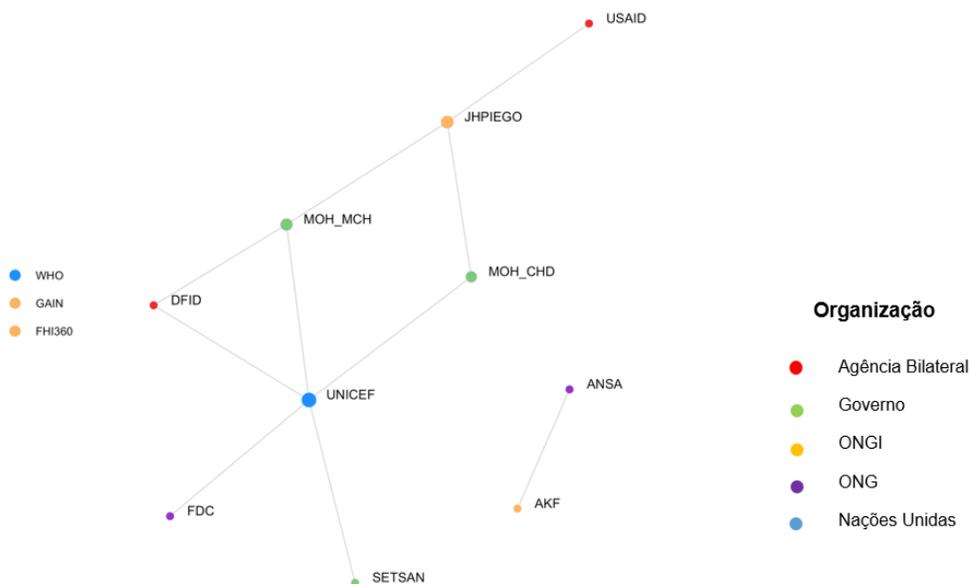
Outros obstáculos importantes incluem cuidados pós-parto incompletos, mau uso dos serviços de saúde infantil e normas socioculturais negativas relativas aos hábitos alimentares das mulheres grávidas e lactantes e a morte de recém-nascidos. Por exemplo, muitos entrevistados disseram que para alguns moçambicanos, a morte de um recém-nascido “não conta”.

“Em algumas comunidades as coisas são um pouco diferentes do que em Maputo. A morte de um recém-nascido muitas vezes não pode ser mencionada; tem de ser esquecida como se nunca tivesse existido. Isto é importante para as estatísticas, porque algumas mortes não são declaradas e é difícil identificar estas mortes ao nível comunitário... precisamos de trabalhar com pessoas que sejam especialistas na área [de normas socioculturais] que possam compreender bem estas atitudes”. [Organização Não-Governamental]

REDE DE IMPLEMENTAÇÃO

Os diferentes cenários de implementação do programa que os inquiridos apresentaram foram avaliados para compreender a dinâmica e as relações organizacionais que reflectiram os últimos cinco anos de trabalho nesta área. A rede de implementação é a rede mais fragmentada da série (com a menor densidade e a segunda menor centralização). Isto pode indicar que as estratégias não se estão a traduzir plenamente em implementação (Figura 4).

Figura 4. Relações de implementação confirmadas com nós dimensionados por intermediação



A distribuição desigual dos recursos pelas províncias e programas, a fraca cultura de responsabilização dentro das instituições públicas e entre os actores do Estado e os cidadãos, e o fraco envolvimento das organizações da sociedade civil na advocacia da saúde infantil (também tratado na secção sobre as partes interessadas) podem ser algumas das razões para a fragilidade da rede de implementação. Quando questionados sobre a responsabilização pela implementação, os inquiridos indicaram que a sociedade civil é mais adequada e apta para exigir a responsabilização do que as organizações internacionais; as ONGIs,

em particular, não são adequadas para o efeito, uma vez que dependem de boas relações com o Ministério da Saúde para operar no país. A maioria das relações funciona com base numa estrutura de tipo cadeia.

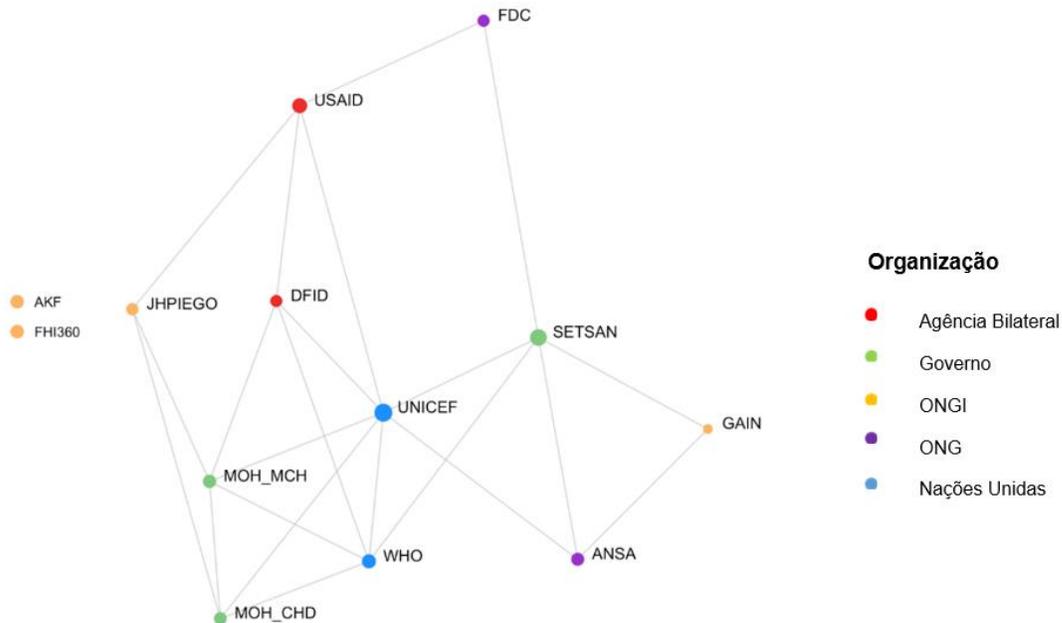
A ANSA e a AKF estão separadas do maior cluster, mas estão directamente ligadas à Repartição de Nutrição, que não se encontra representado na rede. A ligação entre as duas ONGs pode estar relacionada com o seu envolvimento na plataforma da sociedade civil do 'Expandindo a Nutrição'. O isolamento da AKF pode estar relacionado com o facto de esta ONG trabalhar principalmente ao nível provincial, especificamente na província de Cabo Delgado, no norte de Moçambique. A Organização Mundial de Saúde (OMS), a Family Health International (FHI 360) e a Aliança Global para a Melhoria da Nutrição (GAIN) estão isoladas. A OMS não implementa actividades, enquanto o trabalho da FHI 360 e da GAIN está principalmente ligado à Repartição de Nutrição e não à Repartição de SMI e Repartição de Saúde Infantil.

O UNICEF está no centro do maior cluster e tem a maior intermediação, uma vez que serve como canal de ligação a outras organizações que não estão conectadas. A Jhpiego implementou o programa emblemático da USAID, o "Programa de Sobrevivência Materno-Infantil (MCSP)", em colaboração directa com MISAU-RSI e MISAU-RSMI. O DFID financiou o programa de ACSs através do UNICEF. Estes resultados apontam para uma falta de ligações eficazes para a implementação de programas de saúde infantil.

REDE DE DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES

Conforme indicado anteriormente, os desafios de implementação estão ligados a questões de capacidade. O inquérito da ONA avaliou a rede de desenvolvimento de capacidades no domínio da saúde infantil. A densidade da rede de desenvolvimento de capacidades é de 26,9%, o que significa que menos de um terço das potenciais relações materializaram-se. É também a segunda mais centralizada (34%), em comparação com as outras três redes que foram avaliadas (no geral, implementação e redes estratégicas). O gráfico (Figura 5) assemelha-se a uma estrutura do tipo losango interior definida pelo MISAU-DSMI, OMS, UNICEF e DFID.

Figura 5. Relações de desenvolvimento de capacidades confirmadas com nós dimensionados por intermediação



Embora existam alguns actores fortes na área do desenvolvimento de capacidades, a rede não está a envolver activamente as organizações no esforço colectivo de desenvolvimento de capacidades. O UNICEF está no centro da rede com mais ligações, ou seja, tem mais influência no que diz respeito ao desenvolvimento de capacidades. O UNICEF trabalha com todas as instituições governamentais e com a OMS. O DFID aparece nesta rede porque financia o programa de agentes comunitários de saúde. A USAID, para além de financiar o MCSP, financiou um assessor de saúde infantil que estava baseado na Repartição de Saúde Infantil. Jhpiego trabalhou com os dois departamentos do Ministério da Saúde através do Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil (MCHIP) e dos programas MCSP, financiados pela USAID.

A AKF e o FHI 360 abandonam completamente esta rede e estão “isolados” no lado esquerdo da parcela. Se o Departamento de Nutrição tivesse sido coberto (ou seja, participado na ONA), o FHI 360 estaria mais centralizado, uma vez que o programa de Assistência Técnica Alimentar e Nutricional (FANTA) tem trabalhado no desenvolvimento de capacidades. O mesmo é válido para a AKF, que tem realizado formação para reforçar as capacidades do pessoal da saúde e tem vindo a implementar uma intervenção comunitária financiada pelo Banco Mundial em Cabo Delgado desde 2012, em parceria com o Departamento de Nutrição que inclui o fortalecimento das capacidades dos agentes comunitários de saúde. Além disso, a fundação colabora com a Direcção Provincial de Educação na área do desenvolvimento da primeira infância.

CONSTATAÇÕES: LIDERANÇAS

ACÇÃO OU INFLUÊNCIA DE LIDERANÇA ORGANIZACIONAL

Nas discussões qualitativas relacionadas com a liderança na saúde infantil, os inquiridos disseram que, a certa altura, Moçambique tinha líderes fortes, conhecedores e audazes que tinham poder e que tinham formado e inspirado muitos a promover a saúde infantil. Contudo, a maioria destes líderes já partiu. Os novos líderes reflectem a natureza fragmentada do campo da saúde infantil, sendo que a maioria deste está geralmente ficada nas áreas directamente ligadas ao seu trabalho. Muitos destes novos líderes (indivíduos e organizações) concentram-se nas áreas de nutrição e HIV que não foram abrangidas pela ONA.

Os entrevistados identificaram vários factores que podem ter moldado o aparecimento e a acção de líderes individuais, tais como formação, conhecimentos técnicos que podem influenciar a sensibilidade de uma pessoa para com a saúde infantil e financiamento da mesma, e fortes linhas de autoridade e hierarquia dentro do Ministério da Saúde. Alguns informantes mostraram-se relutantes em destacar líderes individuais e preferiram falar de esforços colectivos e/ou líderes menos visíveis, tais como líderes comunitários (na promoção do envolvimento comunitário na saúde infantil) e enfermeiros pediátricos ou de saúde materno-infantil localizados nos vários níveis do Sistema Nacional de Saúde em todo o país.

“... todos os gestores do programa de saúde infantil, directores provinciais, médicos provinciais, gestores provinciais de saúde infantil, todos eles implementaram o principal programa, fizeram o seu trabalho!” [Outra Organização].

“Um dos grandes heróis deste país é a enfermeira de saúde materno-infantil, porque trabalha frequentemente em condições extremamente deploráveis. São estas as pessoas que estão na linha da frente e garantem os cuidados destas crianças. Não se fala muito delas, mas o sistema, o Serviço Nacional de Saúde em Moçambique, depende em grande medida da enfermeira de saúde materno-infantil. Cada novo programa que surge, seja de HIV ou malária, trabalha com a enfermeira de saúde materno-infantil. Esta é a heroína de que poucas pessoas falam, mas que realmente se preocupa... [a maioria] com as crianças deste país”. [Agência Multilateral]

LÍDERES INDIVIDUAIS NO PAÍS

Os líderes nacionais incluem profissionais de várias áreas, particularmente saúde materno-infantil, nutrição, SIDA pediátrica e vacinação. Alguns informantes identificaram indivíduos e organizações com quem trabalham como líderes, mas raramente foram capazes de explicar porquê. Os informantes mencionaram um total de 46 indivíduos de organizações governamentais e não-governamentais (particularmente internacionais), academias e agências multilaterais, assim como um artista (um cantor). Mais de metade tem experiência de trabalho no Sistema Nacional de Saúde, quer como actual quer como antigo membro do pessoal do MISAU, incluindo um consultor técnico destacado no Repartição de Saúde Materna e Repartição de Saúde Infantil que partiu enquanto o trabalho de campo para este estudo de caso estava em curso.

Muitos dos líderes citados pelos informantes têm anos de experiência no Ministério da Saúde, mas trabalham actualmente para ONGI (como John Hopkins, Fundação Elizabeth Glazer) e agências bilaterais (como UNICEF, OMS e PMA). Muitos foram identificados devido ao seu papel no Ministério da Saúde, embora alguns tenham sido destacados pela sua contribuição depois de o terem abandonado, como Maria da Luz Vaz e Lurdes Fidalgo. Entre os dirigentes que deixaram o Ministério está um grupo de médicos que foram obrigados a reformar-se na sequência da sua participação numa greve dos profissionais de saúde em 2013.

A maioria (29) dos indivíduos mencionados só foi identificada uma vez, oito foram identificados duas vezes e quatro três vezes. Cinco indivíduos foram identificados quatro ou mais vezes: Hélder Martins, antigo Ministro da Saúde (cinco vezes); a actual ministra da Saúde, Nazira Abdula (seis vezes); a pediatra e antiga directora da Repartição de Saúde Infantil, Benedita Silva (sete vezes); a activista social Graça Machel (oito vezes); e o professor Ivo Garrido, antigo Ministro da Saúde (nove vezes). Contudo, os participantes só puderam dar exemplos específicos do papel desempenhado por alguns indivíduos na promoção da saúde infantil, como Benedita Silva.

“Dra. Benedita Silva - que foi chefe da Repartição de Saúde Infantil durante quase 20 anos ou mais no Ministério da Saúde - foi com ela que foram feitos os cartões de saúde da criança, as várias adaptações da AIDI até chegarmos a este produto no ano passado, que abrange desde o parto até aos primeiros sete dias, ou seja, o período mais crítico da mortalidade. Ela foi decisiva, muitas coisas foram feitas com ela”. [Agência Multilateral]

“A estratégia da AIDI, penso que ela [Dra. Benedita] foi uma das mentoras, a catalisadora, a força motriz por detrás da estratégia, penso que fez muita diferença para a saúde infantil”. [Agência Multilateral]

As outras foram nomeadas ou porque falaram publicamente da importância da saúde materno-infantil, como a antiga primeira dama, Maria da Luz Guebuza, e a actual, Isaura Nyusi; o antigo Presidente Guebuza por ter lançado a Iniciativa Presidencial para a Redução da Mortalidade Materno-Infantil; Maria da Luz Vaz, pelo seu papel técnico no MCHIP e MCSP, e pela sua participação activa em grupos técnicos de trabalho ao nível do Ministério; e o académico Baltazar Chilundo, pela sua contribuição para a produção de evidências que sustentaram a revitalização do programa de agentes comunitários de saúde.

Os antigos Ministros da Saúde Hélder Martins, Francisco Songane, Ivo Garrido e Alexandre Manguel foram mencionados como líderes. Ivo Garrido foi destacado pelo seu empenho na saúde infantil e pelo seu papel na introdução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, assim como pela criação do Departamento de Nutrição. Obstetra-ginecologista e antigo Ministro da Saúde (2002-2004) Francisco Songane foi membro da Força Tarefa Quatro do Projecto Millennium da ONU e é o director fundador da Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil. Embora a actual ministra, pediatra e nutricionista por formação, também tenha sido identificada como líder, os informantes não deram exemplos concretos da sua liderança na área da saúde infantil para além da sua formação. Pelo contrário, parecia haver uma expectativa não satisfeita de que ela faria mais pela saúde da criança, em virtude da sua formação.

Armando Guebuza, antigo Presidente de Moçambique, e a sua esposa, a primeira-dama Maria da Luz Guebuza, foram destacados pelo seu apoio às iniciativas e campanhas de saúde materno-infantil. Por exemplo, Maria da Luz Guebuza participou em vários encontros nacionais e internacionais relacionados

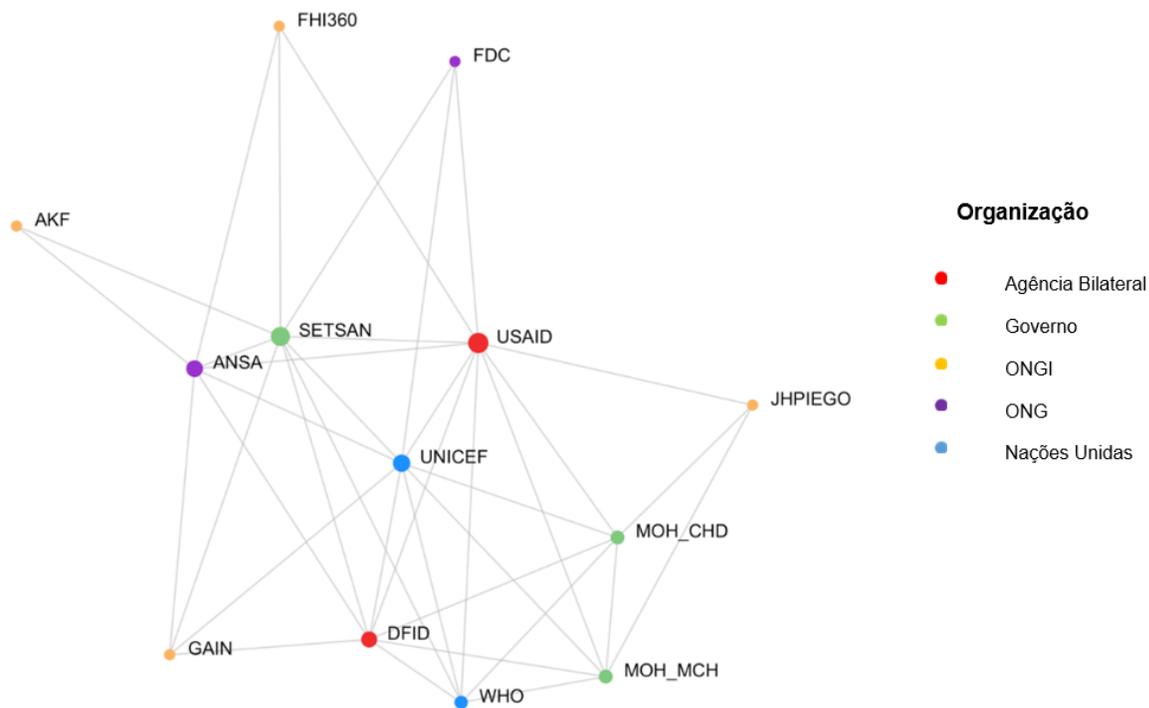
com a saúde infantil, tais como “Apelo à Acção para a Sobrevivência da Criança” em Washington, D.C. (em 2012) e as Semanas Nacionais de Saúde Infantil. Também em Maio de 2010 a Primeira-dama e o Ministério da Saúde lançaram a Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil.

Entre os Ministros de outros sectores que foram citados como líderes contam-se o antigo Ministro da Agricultura (Pacheco), o antigo Ministro da Educação (Ferrão), e o actual Primeiro-Ministro (Agostinho do Rosário) devido ao seu envolvimento na área da nutrição. O Primeiro-Ministro foi considerado líder nesta área devido ao seu papel como presidente do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSAN),²⁶ e pela aprovação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição 2011-2015 (prorrogado até 2020), Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC).

ORGANIZAÇÕES NO PAÍS

A análise que se segue reflecte uma combinação de dados da ONA e das IDI. Toda a rede de saúde infantil tem um nível moderado de ligações. A Figura 6 mostra a rede de organizações com relações e confirmadas com nós dimensionados por intermediação.

Figura 6. Todas as relações confirmadas dimensionadas por intermediação



²⁶ Criado sob a presidência do Primeiro-Ministro, o CONSAN reúne oito ministros, quadros superiores do Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN), conselhos e institutos competentes e representantes da sociedade civil, do meio académico e das empresas.

A USAID tem o maior número de ligações, seguida do UNICEF e do SETSAN. A USAID tem também a maior centralidade entre si; controla o fluxo de informação e recursos entre outras organizações e pode ligar outras organizações que não estão directamente ligadas entre si. A USAID é a principal financiadora de saúde infantil no país e tem apoiado o MCHIP e o seu seguimento, o MCSP, ambos programas conhecidos e robustos de saúde infantil em Moçambique. A USAID financia directamente organizações multilaterais, tais como o UNICEF (por exemplo, o programa de agentes comunitários de saúde) e ONGs. Iniciativas como PEPFAR, Gavi, Fundo Global, e Mecanismo de Financiamento Global (GFF), CIDA, DFID, e o Banco Mundial também foram mencionadas em relação ao financiamento que forneceram. Contudo, os participantes sublinharam também que, embora algumas organizações, como a USAID, liderem em termos de apoio financeiro, não se empenham suficientemente no diálogo político ou na definição de agendas relacionadas com a saúde infantil. Isto significa que, embora a USAID tenha o maior número de ligações dentro da rede de saúde infantil – devido ao financiamento que fornece através de agências multilaterais e ONGs – não participa directamente nos fóruns de saúde infantil. Esta questão é debatida em profundidade na secção relativa aos mecanismos de coordenação.

Os inquiridos citaram a forte posição do UNICEF na rede de saúde infantil, confirmando o papel de liderança das agências das Nações Unidas – UNICEF e OMS – em todos os temas relacionados com a saúde infantil. O UNICEF trabalha directamente com a Repartição de Saúde Infantil e outros actores e é considerada a “guardiã da saúde infantil” no país. O UNICEF tem fornecido financiamento e assistência técnica e investido na produção de evidências e na advocacia da saúde infantil.

“A OMS e o UNICEF são transversais, estão presentes em quase todas as necessidades que temos para a área da criança”. [ONG]

A forte posição do SETSAN na rede de saúde infantil deve-se à sua missão multisectorial e à sua contribuição para a sensibilização de outros sectores para a importância da nutrição. O Ministério de Género, Criança e Acção Social e o Ministério da Educação foram também mencionados pela sua liderança no desenvolvimento da primeira infância, na alimentação escolar e nos programas de saúde escolar.

A ONA mostra que os departamentos/repartições ministeriais (MISAU-DSMI e MISAU-RSI) têm menos de metade das ligações com outras agências e tendem a estar ligados a agências da ONU, bilaterais e apenas a uma ONGI (Jhpiego). É de salientar que os resultados visuais e quantitativos de toda a rede de organizações de saúde infantil são limitados por quem participou no inquérito. O SETSAN, ANSA, e FHI 360 colaboram com o Departamento de Nutrição; entre 2012 e 2018, a FHI 360 implementou o Programa de Assistência Técnica Alimentar e Nutricional III (FANTA), através do qual reforçou a capacidade do Programa Nacional de Nutrição, liderado pelo Departamento de Nutrição. A Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), uma ONG local focada na nutrição e desenvolvimento da criança, tem uma ligação com o Programa Alargado de Vacinação, uma vez que o seu Director de Programas é membro do grupo de peritos em vacinação (Grupo Técnico Consultivo Nacional sobre Vacinação, acima referido).

Os departamentos ministeriais tendem a ser técnicos e ligados através do apoio de recursos a doadores/agências técnicas para apoio específico. O Ministério da Saúde tem diferentes níveis de mecanismos de coordenação e os departamentos e as repartições de forma diferente, dependendo do seu mandato/posição burocrática, o que afecta o seu nível de conectividade dentro da rede mais ampla de

organizações que operam em Moçambique. As constatações da ONA alinham geralmente com as percepções dos entrevistados sobre o Ministério da Saúde, que não parece ser um líder central na rede de saúde infantil. A maioria dos entrevistados apontou que o pessoal do Ministério da Saúde deveria liderar as políticas, intervenções e grupos de trabalho em matéria de saúde infantil, mas tinha opiniões contrárias sobre a liderança do Ministério no que diz respeito à saúde infantil, em geral.

Embora para alguns o ministério não esteja a liderar, o pessoal do MISAU considera que a sua liderança tem melhorado ao longo do tempo. Os entrevistados foram igualmente ambivalentes quanto ao Departamento de Saúde Materno-Infantil e à Repartição de Saúde Infantil, em ralação aos quais muitos sentiram falta de visibilidade política, de força institucional e de liderança. Além disso, muitos notaram que a saúde infantil foi ensombrada pela saúde materna e pelo planeamento familiar, que tem mais visibilidade e financiamento. O atraso no desenho e aprovação do ENAP implica uma prioridade relativamente baixa atribuída à melhoria dos resultados em relação à saúde neonatal. Do mesmo modo, as conclusões da ONA revelam que o MISAU não é o líder central da rede de saúde infantil.

“A chefe do Departamento de Saúde Materno-Infantil parecia ser mais responsável pela saúde materna e pelo planeamento familiar. Faço parte do grupo de saúde infantil, tivemos várias reuniões, ela [a chefe do departamento] não tinha participado em nenhuma reunião sobre saúde infantil, nunca esteve em discussões relacionadas com a saúde infantil. Mas em relação à saúde materna e ao planeamento familiar, ela estava lá para liderar. A saúde infantil é uma área esquecida, infelizmente”. [Agência Bilateral]

Fora do governo, as ONGIs e uma ONG local (FDC) são as que têm menos ligações e estão localizadas na periferia da rede, com excepção da ANSA, uma ONG nacional. A rede global está centralizada em três polos principais: a USAID, o UNICEF e o SETSAN. Várias outras organizações estão na rede, mas não fazem parte do núcleo interno mais estreitamente integrado, incluindo as ONGIs AKF, FHI 360, Jhpiego, GAIN, e FDC. A Jhpiego tem colaborado com o MISAU-RSI e MISAU-RSMI, através do MCSP, considerado pelos entrevistados como sendo um programa único e inovador, com uma forte componente de saúde infantil.

Outras ONGIs mencionadas pela sua proeminência e liderança incluem Save the Children (mencionada seis vezes), Fundação Elizabeth Glaser Pediatric (mencionada seis vezes), John Snow International (mencionada duas vezes), Jhpiego, FHI 360, Path, Gain, ADPP, Pathfinder, e a Comunidade de Santo Egídio. Houve pouca referência à liderança de ONG nacionais para além da ANSA (nutrição) Fundação Ariel (HIV pediátrico, mencionado seis vezes), Consulta da Criança Sadia (CCS), Parlamento Infantil (Direitos da Criança), FDC (nutrição e desenvolvimento infantil) e N'weti (diálogos comunitários sobre saúde infantil e monitoria dos serviços de saúde infantil (com scorecards). Associações profissionais como a Associação Moçambicana de Obstetras (mencionada uma vez) e a Associação Moçambicana de Pediatras (mencionada três vezes) têm liderado a prestação de assistência técnica ao Ministério da Saúde.

ORGANIZAÇÕES EXTERNAS

A maioria dos entrevistados não conseguiu identificar um indivíduo ou líder da organização fora de Moçambique. Aqueles que o fizeram, mencionaram Nelson Mandela por ser defensor dos direitos da criança e mobilizar recursos ao nível regional e internacional. Jeffrey Sachs foi mencionado pelo seu papel como conselheiro da Campanha Um Milhão de Agentes Comunitários de Saúde (Campanha 1mCHW), que inspirou a revitalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Moçambique. Bill Gates e a Fundação Bill e Melinda Gates foram citados pelo apoio a programas de saúde infantil em Moçambique. Ban Ki-Moon, o antigo Secretário-Geral das Nações Unidas, foi identificado pelo seu apoio ao desenvolvimento da Estratégia Global da ONU para a Saúde Materno-Infantil e ao movimento *Every Woman Every Child*.

Também foram mencionados líderes moçambicanos com influência regional e global, como Graça Machel, que foi chamada de “campeã de grandes batalhas”. Graça Machel foi Presidente do Conselho da Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil. Em Janeiro de 2016, o Secretário-Geral das Nações Unidas, Ban Ki-Moon, nomeou-a para o Grupo Consultivo de Alto Nível para *Every Woman Every Child*.

“Graça Machel é uma líder nacional, mas também alguém importante [ao nível regional]”. [ONG]

CONSTATAÇÕES: COMPROMISSO POLÍTICO

Há uma percepção generalizada entre os entrevistados de que o compromisso político do governo e dos doadores em relação à saúde infantil tem melhorado nos últimos anos. Vários entrevistados afirmaram que é muito pouco provável que se verifique uma redução no compromisso político em relação à saúde infantil.

“O compromisso está aí. Qualquer programa quinquenal, plano estratégico ou plano anual destaca a saúde infantil. Não estou a ver alguém neste país mudá-lo ou a dizer que não é prioritário. É muito improvável que isso aconteça, independentemente dos problemas que o país enfrenta. Penso que haverá sempre um programa de vacinação contra as doenças da infância e que haverá cada vez mais empenho em garantir que as crianças tenham uma alimentação adequada. Vejo cada vez mais coisas novas a surgir em nome da criança, o desenvolvimento da primeira infância, ao nível comunitário, ensinando os homens a falar com os seus filhos, mesmo que a criança não responda, o que é muito positivo. Mas é preciso mais investimentos. A única coisa que pode causar perturbações, como já disse, é o financiamento; francamente, não vejo que isso vá mudar”. [Agência Multilateral]

De acordo com os entrevistados, o compromisso é expresso “no papel” através da aprovação do quadro político global descrito anteriormente e da existência de programas-chave de saúde infantil (por exemplo, o Programa Alargado de Vacinação) e serviços (por exemplo, a consulta neonatal, consulta de crianças saudáveis e consulta de crianças em risco). Contudo, a saúde infantil ainda não recebeu um financiamento adequado para o devido tratamento. Os entrevistados observaram a escassez de recursos humanos e materiais, tais como enfermeiras de saúde infantil e medicamentos específicos para crianças.

“O compromisso aumentou naturalmente, mas não é suficiente... É igualmente necessário que nós, enquanto governo, demos o nosso contributo para mostrar que existe um compromisso político. Infelizmente, não há muito financiamento do governo para mostrar que existe de facto esse compromisso político. Penso que o

governo está um pouco relaxado porque existem esses fundos, talvez as pessoas pensem que é suficiente para fazer avançar as intervenções de saúde infantil. Mas, idealmente, deveríamos mostrar compromisso político, através do aumento do financiamento do governo, porque temos de ter em conta que existem questões de sustentabilidade... Penso que o compromisso político tem de ser mais do que palavras, tem de ser mais em termos de acção”. [Governo]

A vacinação parece ser uma área em que o governo está a corresponder ao seu compromisso verbal e financeiro. Em 2015, o governo gastou 7,8 milhões de dólares nesta área (1,8 milhões de dólares em vacinas), o que representa 2,5% do orçamento da saúde. Isto representou 21% dos custos totais da vacinação, a maior parte dos quais (78%) são cobertos pelos doadores.²⁷

“Existe compromisso no sentido de garantir a disponibilidade de vacinas nas unidades sanitárias. As vacinas são muito caras, por isso existe grande compromisso político, pois não se pode obtê-las sem que o país contribua com 20% do custo de cada vacina. Nunca tivemos problemas com isso, pois existe compromisso ao mais alto nível de garantir que tudo esteja em conformidade”. [ONG]

O compromisso político na saúde infantil foi reforçado como resultado de provas concretas apresentadas sobre a gravidade da questão e é visível na definição da agenda dos vários intervenientes e no apoio ao desenvolvimento de estratégias de saúde infantil. Este compromisso é ainda reforçado por iniciativas globais como o Apelo à Acção para Sobrevivência da Criança ou a iniciativa Every Woman Every Child. O compromisso político de reduzir a mortalidade infantil é expresso através de iniciativas públicas de grande visibilidade, como as Semanas de Saúde Infantil, lançadas em 2008, ou a Iniciativa do Presidente Armando Guebuza para a Redução da Mortalidade Materno-Infantil, também lançada em 2008 e directamente relacionada com as metas quatro e cinco dos ODM.

“A contagem decrescente em relação aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio foi, sem dúvida, uma força motriz que fez com que todos os países se concentrassem na realização dos seus objectivos. Houve um esforço para que o país pudesse alcançá-los e houve melhorias... certamente graças a este movimento global”. [Agência Multilateral]

As Semanas de Saúde Infantil, uma campanha para melhorar o acesso através da prestação de um pacote integrado de serviços de saúde num único momento e num único local, tem sido fundamental para expandir o alcance e criar procura de serviços de saúde e tem sido usada para demonstrar o compromisso político e mobilizar a participação através do envolvimento de altos funcionários do Governo, decisores políticos e líderes de opinião.²⁸

Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) não são tão visíveis nos documentos do sector da saúde como os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. No entanto, o pessoal das agências multilaterais percebeu que contribuiu para “manter o [foco] do Norte” porque estão ligados a iniciativas existentes que chamaram a atenção de técnicos e políticos.

²⁷ Ministry of Health of Mozambique & Abt Associates (2018), “Improving Immunization Programming in Mozambique: Insights from Health Expenditure Analysis,” em <https://www.abtassociates.com/insights/publications/report/improving-immunization-programming-in-mozambique>

²⁸ UNICEF (2010). Child Poverty and Disparities in Mozambique. Maputo.

“Penso que os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável reforçaram o que já era a agenda dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e o que é a agenda do Plano Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica, porque estão alinhados. Actua mais como [um] quadro, [e] apoia o que estamos a fazer”. [ONG]

Estas campanhas internacionais são muito importantes, sobretudo porque são fóruns de partilha e, muitas vezes, ouvimos boas práticas de outros países. Funciona como uma chamada de atenção para o início de novas intervenções”. [Agência Multilateral]

Os entrevistados acreditam que uma melhor liderança, produção e uso de evidências e advocacia a vários níveis, desde o nível central ao local, dentro e fora do Ministério da Saúde, poderiam aumentar o actual nível de compromisso político em relação à saúde infantil. Sublinharam a necessidade de apoio aos departamentos competentes do Ministério da Saúde para aumentar a visibilidade da saúde infantil, incluindo a capacidade de usar as provas existentes para informar a definição de prioridades.

“... há outra mortalidade [para além da materna] que também podemos mostrar às pessoas, mostrar que podemos realmente fazer alguma coisa a esse respeito, que podemos fazer a diferença. Mas se o indicador está lá e a pessoa não o traz à mesa ... é o ministério que tem de trazer. Penso que a liderança e a estrutura do ministério tem de avançar um pouco para mostrar que a saúde infantil é uma prioridade. [ONG]

A questão da advocacia foi principalmente levantada por especialistas em nutrição, alguns dos quais já estão envolvidos neste tipo de trabalho, em particular o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional no contexto do Plano Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica.

“Penso que estamos a falhar na componente da advocacia, especialmente na minha área que é a nutrição, estamos a concentrar muitos esforços na comunicação para a mudança de comportamento e de normas sociais ao nível do indivíduo e do ambiente que a influencia, mas não estamos a comunicar adequadamente com aqueles [decisores políticos] que estruturam e permitem que sejam feitas mudanças”. [ONG]

“No contexto moçambicano, precisamos de ter mais evidências da relação custo-eficácia das intervenções, a fim de advogar uma maior afectação dos recursos internos. Falta-nos, portanto, a componente de advocacia e a maioria de nós não dispõe de provas”. [ONG]

É também necessária uma maior visibilidade da saúde infantil nonexo saúde materno-infantil. Neste sentido, alguns entrevistados argumentaram que a falta de distinção entre saúde materna e saúde infantil representa outra falha no reconhecimento da gravidade dos problemas de saúde infantil e a ausência de vontade política para a sua melhoria. Consideram que, embora algumas questões afectem legitimamente tanto a saúde materna como a saúde infantil, o parto, a falta de separação política e institucional entre as duas contribui para a invisibilidade das prioridades e necessidades da saúde infantil.

“Penso que temos realmente de nos sentar e desagregar, o que é para a criança pôr na criança, o que é para a mãe pôr na mãe. Para que possamos realmente saber que tipo de apoio o governo está a dar às crianças e às mulheres, porque, neste momento, não somos capazes de discriminar”. [ONG]

CONSTATAÇÕES: PARTES INTERESSADAS, GOVERNAÇÃO E COORDENAÇÃO

PANORAMA, GOVERNAÇÃO E MECANISMOS DE COORDENAÇÃO

Desde a sua criação em 1975, o Serviço Nacional de Saúde expandiu rapidamente os cuidados de saúde primários, tornando-se no principal prestador de serviços de saúde formais. Existem prestadores privados de cuidados de saúde sem fins lucrativos (PNFP) e privados com fins lucrativos exclusivamente nas zonas urbanas, ambos com fortes laços com o sector público. Cerca de 250 clínicas médicas estão registadas na cidade e província de Maputo. Os PNFP são dominados por ONGs e entidades religiosas.

O Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento de políticas e estratégias sectoriais, pela mobilização e alocação de fundos e pela implementação e monitoria de planos. É composto por direcções e departamentos nacionais e por instituições supervisionadas e subordinadas. O Sistema Nacional de Saúde funciona ao nível central, provincial e distrital. Inclui 11 Direcções Provinciais da Saúde (DPS's), e 148 Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS's).

As DPS's fazem parte do governo provincial e respondem perante o Governador da Província. Coordenam a implementação dos planos sectoriais provinciais, acompanham os progressos, distribuem recursos, prestam serviços logísticos e técnicos ao nível distrital e supervisionam os serviços de cuidados de saúde primários. Uma equipa de gestão distrital é responsável pelo apoio e gestão das unidades sanitárias. Contudo, os SDSMAS's têm pouco financiamento e a sua fraca capacidade técnica, de gestão e de mão-de-obra dificulta a sua capacidade de assumir responsabilidades crescentes no contexto da descentralização em curso.

As unidades sanitárias de nível I e II representam o sistema de cuidados de saúde primários, enquanto as de níveis III e IV prestam serviços de saúde secundários e terciários. O nível primário tem centros de saúde e postos de saúde que fornecem programas de saúde prioritários. Os centros de saúde fornecem um pacote abrangente de serviços de saúde materno-infantil (SMI), incluindo cuidados pré-natais, trabalho de parto e parto, cuidados pós-parto, aconselhamento em planeamento familiar, prevenção e tratamento do HIV, cuidados contra a tuberculose e a malária, consultas sobre saúde infantil e crianças em risco, vacinas e tratamento de lesões e doenças. A política do Ministério da Saúde exige dois enfermeiros do SMI em cada centro de saúde, e um técnico de medicina e clínico geral nos centros maiores. O nível secundário é constituído pelos hospitais distritais, gerais e rurais, servindo geralmente mais de um distrito e constituindo o primeiro nível de referência. Tanto o nível primário como o secundário prestam serviços de cuidados de saúde primários. O nível terciário é constituído por hospitais provinciais, centrais e especializados que oferecem cuidados diferenciados. A rede inclui 1.859 unidades sanitárias; 1.500 pequenos centros de saúde rurais (tipo II); 150 centros de saúde rurais maiores (tipo I); 150 centros de saúde urbanos; 43 hospitais distritais nas zonas rurais e 5 hospitais gerais nas zonas urbanas; e 11 hospitais nas capitais (7 ao nível provincial e 4 ao nível central, ou seja, na capital).²⁹

²⁹ Government of the Republic of Mozambique (2017). *Investment Case of the Republic of Mozambique*. Global Financing Facility. Retrieved from <https://www.globalfinancingfacility.org/investment-case-republic-mozambique>

ACTORES DA SAÚDE INFANTIL

O domínio da saúde infantil é constituído por algumas instituições/departamentos (a maioria no Ministério da Saúde), agências multilaterais/bilaterais (USAID, UNICEF, OMS, Gavi, Banco Mundial, CIDA, DFID e, anteriormente, Danida), ONGs (Save the Children, John Snow International, Path, GAIN), Jhpiego, Fundação Elizabeth Glaser, Agha Khan) e instituições de formação e investigação em saúde (Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, Universidade Unilurio, Universidade Católica, Instituto Nacional de Saúde dentro do Ministério da Saúde e Instituto de Ciências de Saúde). Há pouca participação de ONG moçambicanas para além das que trabalham com HIV (Fundação Ariel, N'weti) e nutrição (ANSA, FDC), embora organizações profissionais como a Associação de Pediatras sejam influentes, particularmente ao nível central. As principais partes interessadas estão agrupadas em torno de determinados temas (por exemplo, saúde infantil e do recém-nascido, HIV, malária, tuberculose, nutrição, saúde materna). Embora tendam a operar individualmente, foi forjada uma rede de relações informais através da mobilidade profissional e da circulação entre temas e instituições (governo, organizações não governamentais nacionais e internacionais, agências multilaterais e bilaterais e instituições académicas). Estas redes informais funcionam como uma ponte entre elas, mas não eliminam os problemas de coordenação. A maioria está baseada ao nível central com intervenções em províncias seleccionadas, embora algumas, como a Save the Children, trabalhem em todas as províncias.

*“Há poucas agências ou ONGs que apoiam a saúde infantil. Temos a UNICEF e, depois, pequenas ONGs como a [Médicos com África] CUAMM têm um projecto de saúde infantil e neonatal em Cabo Delgado e Sofala. O projecto de Cabo Delgado está centrado na saúde neonatal. Depois tivemos o projecto MCSP da USAID que foi encerrado [em 2018]; tiveram intervenções em Nampula e Sofala também com uma componente de saúde neonatal e infantil... Há poucas intervenções ao nível nacional... as províncias não recebem nenhum apoio directo porque o Ministério [da Saúde] não tem capacidade para financiar essas intervenções. Depois temos a OMS que apoia mais [trabalho técnico]... mas... por exemplo, se precisarmos de dinheiro para pagar as visitas de monitoria às províncias ou formações, ela tem menos flexibilidade do que a UNICEF que tem um orçamento muito maior. Existem algumas associações de base comunitária que apoiam iniciativas comunitárias, mas nenhuma fornece apoio institucional”.*³⁰

VISÃO GERAL DO FINANCIAMENTO

“Infelizmente, quando se está desesperado, tenta-se um pouco de tudo. Nós sabemos... o que queremos é reduzir a mortalidade materna, reduzir a mortalidade infantil. Há várias directrizes e muitas iniciativas em todo o mundo, algumas das quais não são replicáveis. O facto de não dispormos de fundos próprios do orçamento do Estado para [apoiar] actividades sustentáveis é um grande desafio e torna-nos vulneráveis. Consequentemente, mesmo quando não acreditamos em alguns projectos, temos de os aceitar. Entre não fazer nada e fazer alguma coisa, que pode produzir alguns resultados – mesmo que apenas durante 3, 4, 5, 6 meses porque não é replicável, sustentável ou susceptível de expansão – é melhor seguir em frente e fazer algo. [Governo]

Desde a sua independência, o Sistema Nacional de Saúde depende muito do financiamento externo e da assistência técnica dos intervenientes do Norte e do Sul. Durante muitos anos considerado o “querido

³⁰ Notas da aplicação do inquérito Análise da Rede Organizacional com um prestador de assistência técnica - 27 de Fevereiro de 2019.

dos doadores”, Moçambique assistiu a uma proliferação de actores de cooperação de desenvolvimento que operam no sector da saúde. A proporção do orçamento do Estado em relação à saúde é inferior ao objectivo de Abuja de, pelo menos, 15%. Entre 2006 e 2010 verificou-se uma diminuição de 13,4% para 8,4%. As agências bilaterais e multilaterais prestaram apoio dentro e fora do orçamento. A Prosaúde, a abordagem sectorial da saúde (SWAP) introduzida no início da década de 2000, foi uma fonte consistente e previsível de financiamento da Conta Única do Tesouro durante muitos anos, mas desde 2014 as contribuições dos parceiros de desenvolvimento têm vindo a diminuir. Esta situação está relacionada com os desafios colocados pela supervisão fiduciária, que associa as despesas aos resultados, a centralização dos recursos (no Ministério da Saúde) e o escândalo das dívidas ocultas.

O escândalo das dívidas ocultas prejudicou as relações entre o Governo e os parceiros de desenvolvimento e levou a uma forte redução do financiamento externo à Prosaúde (de cerca de 91 milhões de dólares em 2008 para cerca de 52 milhões em 2015)³¹ e à suspensão do apoio orçamental geral em 2016. Esta situação obrigou o Governo a aumentar parte do financiamento com recursos internos. Parte dos recursos internos aumentou de uma quota de 48% em 2008 para 73% em 2016. Os recursos externos representaram 52% do total dos recursos de saúde em 2008, 44% em 2010, 55% em 2013, 20% em 2014 e 27% em 2016. A Tabela 3 apresenta a evolução do orçamento total do sector da saúde e do financiamento da Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente (SRMNIA) como subcomponente do financiamento total.

Tabela 3. Evolução do financiamento do sector da saúde - 2013, 2015, 2016

	2013	2015	2016
Financiamento externo (USD)	519,237,010	244,033,970	178,984,432
<i>Projectos: implementados por parceiros + medicamentos “em espécie”</i>	438,637,809	171,253,954	149,787,608
<i>ProSaúde: despesas com pessoal + medicamentos</i>	80,563,201	52,780,016	29,196,824
Orçamento do Estado (OD)	182,488,000	371,481,037	235,601,161
<i>Despesas correntes: incluindo despesas com medicamentos (OE + ProSaúde)</i>	143,970,459	295,501,289	220,663,084
<i>Investimento: aos níveis central e provincial</i>	38,517,541	75,979,748	14,938,077
Total de Financiamento	701,725,010	615,515,007	414,585,593
Financiamento da SRMNIA	2013	2015	2016
<i>Despesas da Ajuda ao Desenvolvimento Ultramarino (APD)+ despesas do orçamento do Estado (OE): inclui</i>		117,356,390	92,897,639

³¹ As contribuições dos parceiros de desenvolvimento para a Prosaúde continuaram a diminuir para 28.851 milhões de dólares em 2016 e 25.253 milhões de dólares em 2017. Em 2018, não foram efectuados quaisquer desembolsos apesar das autorizações de afectação de 21.258 milhões de dólares. Fonte: N’weti (2019), Prosaúde: O colapso numa arquitectura de financiamento condenada ao sucesso, Research Brief, Maputo.

	2013	2015	2016
<i>despesas com ITSs mas não com o HIV (com base nos dados do período de nove meses)</i>			
<i>Infra-estrutura: dados do período de nove meses</i>		2,120,400	5,751,559
<i>Recursos Humanos: inclui formação; dados incompletos da SB</i>		16,434,079	2,505,996

Fonte: Caso de Investimento de Moçambique 2017

Uma proporção significativa dos fundos externos (13%) e das despesas correntes totais (7%) é alocada à saúde materno-infantil, que é o segundo maior programa depois do de resposta ao HIV/SIDA. Conforme ilustrado abaixo (Tabela 4) 65%, 83% e 77% do financiamento externo (não ProSaúde) à saúde foram atribuídos à SRMNIA (incluindo HIV), em 2013, 2014 e 2015, respectivamente, mas o sector público geriu apenas 37-40. Contudo, verificaram-se enormes disparidades em termos de áreas apoiadas, sendo a nutrição, a malária e a saúde infantil as áreas que menos financiamento receberam. Não se sabe como o financiamento para a saúde infantil foi dividido entre as áreas/programas entre 2000 e 2015.

Tabela 4. Percentagem do financiamento externo (não ProSaúde) às áreas relacionadas com SRMNIA

	2013	2014	2015
Saúde reproductiva e materna	14%	9%	11%
Saúde infantil (incluindo PAV)	6%	7%	8%
ITSs e HIV/AIDS	40%	47%	42%
Malária	4%	15%	8%
Nutrição	1%	5%	8%
Sub-total	65%	83%	77%
Formação e colocação do pessoal	2%	4%	6%
Planificação, SIS, M&A	4%	5%	10%

Fonte: Caso de Investimento de Moçambique 2017

MECANISMOS INSTITUCIONAIS DE SAÚDE INFANTIL

A saúde infantil é coordenada pela Repartição de Saúde Materno-Infantil da Direcção Nacional de Saúde Pública, que inclui o Programa Alargado de Vacinação. O Departamento de Saúde Materno-Infantil tem duas divisões: a Repartição de Saúde Reprodutiva e Materna; e a Repartição de Saúde Infantil. Inclui a saúde neonatal e a PTV, uma área que passou recentemente para o Programa Nacional Combate ao HIV, mas esta divisão continua a apoiar os desenvolvimentos nesta área. O Departamento de Saúde Materno-Infantil inclui também componentes de apoio como a monitoria e avaliação e a gestão de bens e produtos, que abrangem equipamentos e materiais médico-cirúrgicos. Na altura deste estudo, o departamento tinha 10 funcionários, incluindo 3 consultores técnicos a tempo inteiro pagos por parceiros de saúde; era dirigido por um especialista de saúde internacional com alguma formação em pediatria. O chefe do departamento e um dos consultores técnicos deixaram entretanto o sector público e o departamento no

seu conjunto foi afectado por uma elevada rotatividade do pessoal. Desde 2016, todas as Direcções Provinciais de Saúde têm um ponto focal de saúde infantil.

Cerca de metade do Departamento de Saúde Materno-Infantil trabalha na área da saúde infantil e abrange as seguintes áreas: cuidados básicos neonatais; prevenção e tratamento de doenças da infância ao nível primário, desde a comunidade até ao centro de saúde (embora os cuidados hospitalares estejam sob a responsabilidade do Programa Nacional de Pediatria da Direcção de Assistência Médica); cuidados pré-natal e pós-parto; prevenção de complicações no parto; sistemas de informação e relatórios de rotina sobre saúde infantil; inquéritos e vigilância da saúde infantil (em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde); e desenvolvimento da primeira infância (em colaboração com outros departamentos). O departamento concentra a maior parte dos seus esforços na AIDI, cuidados básicos neonatais, saúde infantil, relatórios de rotina e sistemas de informação. O Departamento de Nutrição é responsável pela amamentação, alimentação complementar, prevenção e controlo das deficiências de micronutrientes, tratamento da desnutrição aguda e crónica (este último em coordenação com o Programa Nacional de Pediatria), segurança alimentar e monitoria do crescimento. O Programa Alargado de Vacinação é responsável pelas vacinas, e o Departamento de Saúde Ambiental é responsável pela água, saneamento e higiene.

PRINCIPAIS PARCEIROS DA REPARTIÇÃO DE SAÚDE INFANTIL

A Repartição de Saúde Infantil tem relações directas com o UNICEF, OMS, USAID, Save the Children, Jphiego, EPI e o Departamento de Nutrição³² e mantém uma boa relação de colaboração com o UNICEF, OMS e Jphiego. A relação com a OMS melhorou significativamente com a nomeação de um ponto focal de saúde infantil (em 2018) que estabelece a ligação com o departamento. O pessoal do departamento considera principalmente o DFID, o Banco Mundial e a USAID como agências de financiamento. O departamento tem acesso ao financiamento destas agências através do UNICEF e da OMS ou de ONGs como a Jphiego e Fundação Elizabeth Glaser (EGPAF), que actuam como intermediárias. Por exemplo, a USAID pagou o salário de um assessor técnico em saúde infantil através da EGPAF. As interacções com a Save the Children são sobretudo ao nível provincial, com uma interacção esporádica com o departamento para troca de informações. O Departamento de Saúde Materno-Infantil tem interacções informais com o PAV e o Departamento de Nutrição numa base diária, facilitada pela proximidade física dos seus escritórios, e colabora com os mesmos no desenvolvimento de estratégias e formação.

ESPAÇOS DE ACÇÃO COLECTIVA

Os dados das entrevistas sugerem que as estratégias, fóruns e conselhos (Fórum de Parceiros de Saúde, Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional e Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional), grupos técnicos (abaixo) e plataformas da sociedade civil (como Scaling-Up Nutrition Moçambique) são as principais estruturas de acção colectiva. Por exemplo, as estratégias ajudam a orientar as intervenções e obrigam os diferentes intervenientes a assumirem compromissos, pelo menos verbalmente. Espaços como o CONSAN, liderado pelo Primeiro-Ministro, proporcionam liderança e fomentam a responsabilização, uma vez que as pessoas sentem que há alguém a quem têm de prestar

³² O desenvolvimento de *Investment Case* para GFF em 2017 criou oportunidades de interacção entre o Departamento de Saúde Materno-Infantil e o Banco Mundial, algo que não existia no passado; até agora, o seu foco tem sido o desenvolvimento de estratégias.

contas. A ANSA coordena a plataforma da sociedade civil do movimento Scaling-Up Nutrition (SUN); congrega ONGs nacionais e internacionais, a maioria das quais trabalha nas áreas da saúde materno-infantil. Trata-se de uma plataforma de advocacia de nutrição que realiza acções de alto nível, tanto ao nível nacional como provincial, e forma as ONGs na implementação de iniciativas de advocacia de saúde materno-infantil.

GRUPOS TÉCNICOS DE TRABALHO

Existem vários grupos técnicos formados em torno de temas, questões, estratégias e programas específicos de saúde infantil (Tabela 5). Alguns grupos técnicos, particularmente na área de nutrição, têm subgrupos. A maioria dos grupos técnicos situa-se ao nível ministerial³³ e reúne pessoal técnico de agências multilaterais e bilaterais, ONGs e pontos focais dos departamentos do Ministério. A maioria dos intervenientes participa em mais do que um grupo, o que é considerado crucial para o alinhamento, criação de sinergias e objectivos de trabalho conjunto. Para alguns, como as agências multilaterais e bilaterais e ONGs, a participação nestes grupos técnicos é uma forma de fornecer orientações técnicas e de orientar o Governo numa determinada direcção. Para o Governo, os grupos têm de ser participativos e receber contribuições (técnicas e financeiras) de outros. A participação nos grupos técnicos constitui igualmente uma oportunidade de ter acesso à informação e de ser informado sobre os desenvolvimentos, em especial nos quadros políticos, no sector da saúde.

O UNICEF, a OMS e os parceiros clínicos participam na maioria destes grupos técnicos. O DFID nunca participou no Grupo de Saúde Infantil, enquanto a USAID participa ocasionalmente. Alguns grupos reúnem-se duas vezes por mês, outros mensal ou trimestralmente. Em geral, há pouca participação da sociedade civil moçambicana para além da Associação de Pediatras e algumas ONGs em grupos relacionados com a nutrição. As instituições governamentais reúnem a maioria dos grupos técnicos.

“Normalmente trabalhamos de uma forma que nos permite estarmos em sintonia, partilhar o que fazemos, criar os guiões, directrizes, regras, estratégias, políticas. Temos de nos organizar. Não posso sentar-me sozinho com os meus colegas do departamento. Poderia até fazê-lo, mas não seria abrangente. Seria algo criado por nós e provavelmente com uma visão bastante curta. Por isso, com base neste pensamento, criámos os Grupos Técnicos”. [Governo].

“Todas as organizações que intervêm nestas áreas são convidadas a participar nestes grupos, porque é onde recebem orientações, onde coordenam as intervenções, onde têm conhecimento das políticas e estratégias do Ministério da Saúde. Insistem em fazer parte do grupo, mas este é coordenado pelo Ministério da Saúde”. [ONG]

³³ Embora a nível provincial existam estruturas de coordenação, a maioria dos doadores de saúde está baseada na capital, não existindo escritórios nas províncias. Os mecanismos de coordenação provincial envolvem principalmente a Direcção Provincial de Saúde e as ONGs que executam projectos nas províncias. Por exemplo, um membro do pessoal do MCSP foi co-presidente do Grupo Técnico de Trabalho sobre água, higiene e saneamento nas duas províncias onde este programa foi implementado.

Tabela 5. Grupos técnicos relacionados com Saúde Infantil

Temas relacionados com a saúde infantil
Grupo de Nutrição (tem um subgrupo de nutrição infantil)
Grupo Técnico da Tuberculose Infantil
Grupo Técnico de Anti-retrovirais Pediátricos
Grupo Técnico de Saúde Materna
Grupo Técnico de Vacinação
Intervenções de saúde infantil
Grupo Técnico de Micronutrientes
Grupo Técnico de Fortificação de Alimentos
Subgrupo de Suplementos Nutricionais
Grupo Técnico
Programas ou estratégias de saúde infantil
Grupo Técnico Consultivo Nacional sobre Vacinação
Grupo do Programa de Reabilitação Nutricional
Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica e seus subgrupos (no âmbito do SETSAN)
Outros
Monitoria e Avaliação (orientado para a nutrição)
Grupo de Logística e Aprovisionamento
Grupo Técnico de Medicamentos e Material Médico
Grupo de Implementação
Grupo Técnico de Comunicação

O excerto da entrevista abaixo ilustra o funcionamento do Grupo Técnico de Trabalho de Nutrição.

“Existe normalmente uma agenda e cada membro do grupo pode também propor pontos para a agenda. Por exemplo, a primeira reunião do ano [2019] foi para fazer um balanço das actividades do ano passado e identificar o que [está] previsto no Plano Económico e Social do Ministério para este ano, especialmente no que diz respeito à alimentação infantil. Se temos uma actividade planificada, mas não temos orçamento para a mesma, perguntamos se alguém está interessado em apoiar, mesmo que seja numa determinada província. É um fórum onde fazemos a avaliação técnica de vários documentos, onde por vezes fazemos a validação de um documento; por exemplo, hoje revimos vídeos sobre a amamentação e um spot sobre o código de comercialização de substitutos do leite materno – fizemos comentários técnicos e aconselhamos que se faça um pré-teste do material para garantir que as pessoas se possam relacionar com as imagens e mensagens. É basicamente assim que o grupo funciona, é bastante colaborativo. Também discutimos o que cada um está a fazer ou pretende fazer para ver se alguém está a fazer algo semelhante ou [para] discutir a viabilidade e a relação custo-eficácia da iniciativa”. [ONG]

GRUPO TÉCNICO DE SAÚDE INFANTIL

Trata-se de um pequeno grupo de sete a oito pessoas (uma do UNICEF, uma da OMS, duas do MCSP, uma da Fundação Ariel, um consultor técnico em saúde infantil financiado pela USAID e o chefe da Repartição de Saúde Infantil, que é o presidente do grupo; e ocasionalmente da USAID),³⁴ todos baseados na capital. Quando necessário, os membros de outras áreas/grupos (por exemplo, nutrição, malária, HIV) são convidados a participar em reuniões específicas.

O grupo centra-se principalmente no desenvolvimento e/ou actualização de directrizes e na identificação de questões a integrar nos documentos políticos sectoriais, tais como os Planos Sociais e Económicos anuais do Ministério da Saúde. O grupo propõe igualmente estratégias para melhorar a saúde infantil (por exemplo, a introdução do zinco na dieta) e organiza eventos públicos, como as Semanas Nacionais de Saúde Infantil ou o Dia Mundial da Prematuridade. O grupo tem um plano anual e um plano de supervisão que contém um calendário com visitas de monitoria conjunta.

Embora o Ministério da Saúde presida ao grupo, todos os membros podem representa-lo em questões que tenham sido discutidas. A visibilidade e a força do grupo tem aumentado nos últimos anos. Embora o grupo seja considerado importante para aumentar a visibilidade política da saúde infantil e os conselhos técnicos dos seus membros sejam respeitados, o grupo não se como uma plataforma de advocacia porque é composto por pessoal técnico com pouca influência política. Os membros do grupo acreditam que as OSCs devem liderar os esforços de sensibilização; no entanto, como já foi referido, poucas OSCs moçambicanas estão envolvidas na saúde infantil.

As questões discutidas nas reuniões são canalizadas para outros níveis através dos mecanismos de coordenação interna do Ministério (ou seja, reuniões ministeriais) em que os parceiros de saúde não participam a não ser que sejam convidados, assim como por doadores que fazem parte de grupos de nível superior, como o Fórum de Parceiros da Saúde, actualmente em fase de dormência. O grupo reúne uma ou mais vezes por mês, se necessário, e tem um grupo WhatsApp onde a comunicação é mais frequente.

“Gostaria de ver fóruns de discussão sobre saúde infantil onde o ministério abraçasse a saúde infantil como uma prioridade, porque penso que se o grupo técnico [saúde infantil] deixar de existir, cairá novamente”. [Agência bilateral].

“Com documentos técnicos, o grupo técnico faz propostas e os decisores raramente sugerem correcções. O conteúdo técnico não é alterado; mas se a questão envolver dinheiro, [os decisores] fazem uma ou outra correcção”. [Agência Multilateral].

“O grupo técnico faz tudo o que está relacionado com as necessidades neonatais e de saúde infantil do Ministério da Saúde. Tudo deve passar pelo grupo técnico... só depois é que avança. Por exemplo, com a discussão sobre se devemos ou não implementar a clorexidina, nós [o grupo técnico] sentámo-nos e analisámos a forma de implementar. Na altura, tinha sido feita uma recomendação para usa-la uma vez por dia, mas o grupo técnico decidiu que deveria ser duas vezes por dia, tendo em conta o contexto nacional. O grupo debate sempre, o que é muito importante. Agora sentimo-nos mais capacitados, não como no passado. Agora a visão é muito boa, porque cada um vem com as suas experiências. Temos seis pediatras de diferentes organizações

³⁴ Devido à falta de pessoal, a USAID tem um membro do pessoal responsável por todas as áreas de saúde infantil.

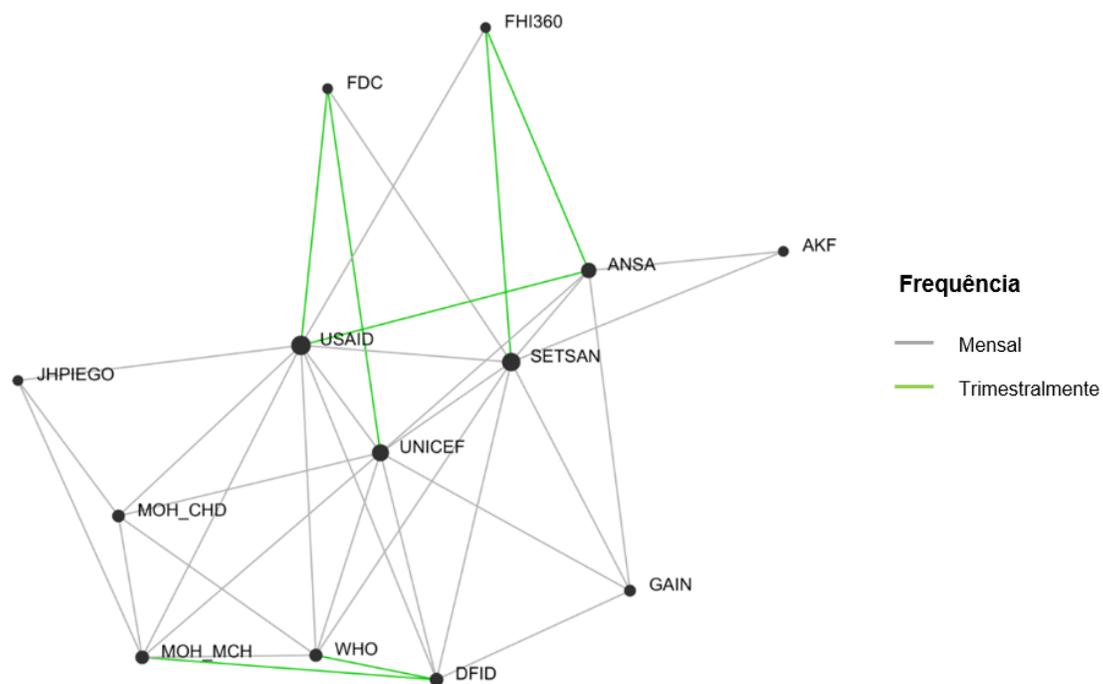
que vêm não só com a experiência técnica, mas também com a experiência da organização. Por isso, para nós o grupo técnico é a base para definir o que precisamos para podermos promover a saúde infantil”. [ONG]

FREQUÊNCIA E QUALIDADE DAS INTERACÇÕES

Tal como referido pelos entrevistados, existem muitas estruturas que funcionam como plataformas de interacção e vias de criação de sinergias para acelerar o progresso da saúde infantil. O envolvimento baseado em princípios é um processo contínuo que requer tempo de reunião para partilhar e trocar experiências e conhecimentos, a fim de criar confiança que se possa traduzir em metas e objectivos partilhados. Para avaliar esta componente de criação de redes, a ONA mediu o nível de interacção entre organizações e a qualidade das relações (Figura 7).

A maioria das organizações do estudo interagem entre si mensalmente, mas algumas interagem uma ou duas vezes por mês, normalmente em grupos técnicos, seminários e eventos que dominam o sector da saúde em Moçambique. Há muito potencial para um maior desenvolvimento da rede, uma vez que a comunicação entre organizações tem sido confirmada e proporciona um caminho para a formação de laços mais fortes.

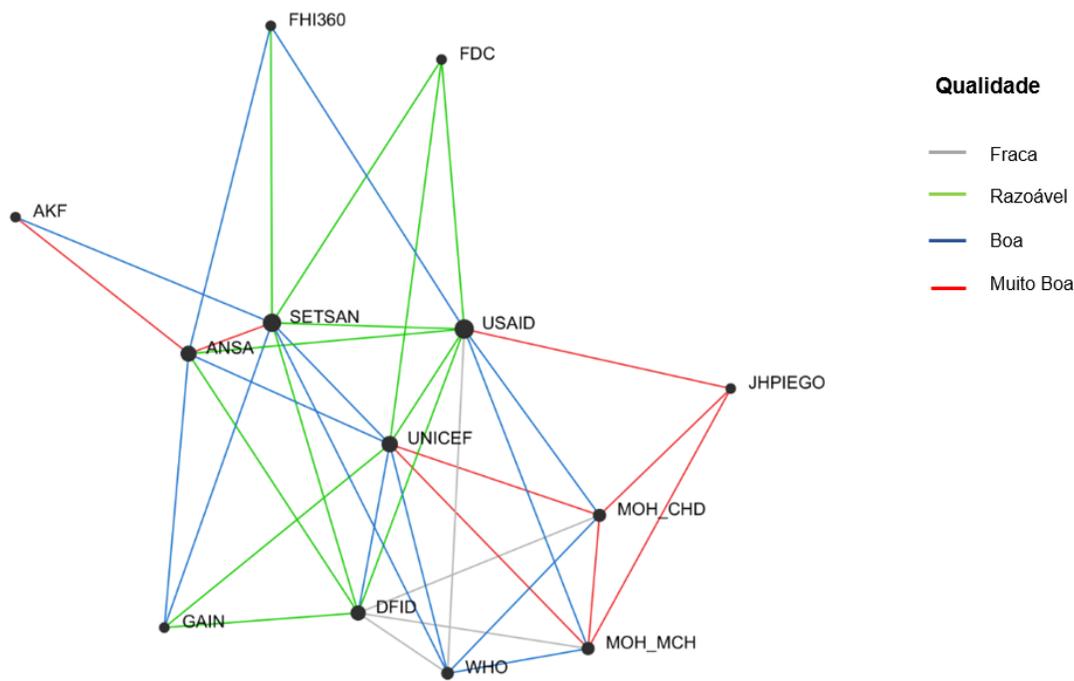
Figura 7. Frequência global confirmada com nós dimensionados por intermediação



Como medida de substituição da confiança mútua entre organizações, o inquérito de ONA mediu a qualidade das relações (Figura 8). “Razoável” foi usado para denotar familiaridade com uma organização e interações ocasionais e/ou uma relação próxima no passado; enquanto as relações presentes e contínuas com interacção regular foram classificadas como “boas”. Onde há ausência de interacção suficiente para devida avaliação da qualidade as relações foram classificadas como sendo “fracas”. A maioria das relações

insere-se nas categorias “razoáveis” e “boas”, embora mais inclinado a “razoáveis”. As organizações raramente indicam ter um mau relacionamento com alguém. Por exemplo, o DFID não tem uma relação directa com o Departamento de Saúde Materno-Infantil, uma vez que interage principalmente com a Direcção Nacional de Saúde Pública. As relações da USAID são na sua maioria “razoáveis” com apenas uma relação “muito boa” com Jhpiego (o implementador principal dos projectos MCHIP e MCSP da USAID). O UNICEF tem uma relação muito boa com os dois departamentos do Ministério da Saúde porque fornece financiamento e assistência técnica e participa activamente no Grupo de Saúde Infantil. Estas dinâmicas apontam para uma razão mais funcional para desenvolver melhores relações que incluam o interesse próprio da organização, embora isso possa não estar necessariamente alinhado com os objectivos e prioridades nacionais da saúde infantil.

Figura 8. Qualidade global das relações confirmada com nós dimensionados por intermediação



EFICÁCIA PERCEBIDA DA GOVERNAÇÃO

As fracas estruturas de governação interna do Ministério, em especial o facto de a saúde infantil ser da competência de vários departamentos que não comunicam eficazmente entre si, levou a uma resposta fragmentada aos problemas de saúde infantil. Apesar de alguns esforços de colaboração multissetorial, como na área da nutrição, estes não foram plenamente integrados no trabalho mais vasto de saúde infantil. A saúde infantil continua a ser entendida como uma questão do Departamento de Saúde Materno-Infantil. O vasto leque de políticas, estratégias, planos e directrizes é raramente avaliado em termos de custos ou totalmente financiado.

Uma série de problemas estruturais tem tido efeito negativo sobre a governação da saúde infantil. Estes incluem sistemas de informação deficientes, distância entre os decisores, pessoal técnico e operacional, assim como entre actores localizados a diferentes níveis (nacional, provincial e distrital), alocação desigual de recursos entre diferentes níveis de governação e áreas da saúde, corrupção, falta de liderança do Ministério da Saúde e do Departamento de Saúde Materno-Infantil e tensão entre o governo e os parceiros de desenvolvimento. Outro desafio inclui o desalinhamento entre os ciclos de planificação do governo e dos parceiros de saúde nas várias intervenções, embora alguns parceiros, como o UNICEF e a OMS, tenham sido considerados mais alinhados pelos planos do governo do que os parceiros bilaterais, como os parceiros da USAID.

“Um dos factores que impede a complementaridade é que os ciclos de planificação do Governo e dos doadores não são os mesmos. No momento da elaboração dos seus planos estratégicos, dos seus planos financeiros, os doadores ou parceiros não fazem a devida consulta, não procuram desenvolvê-los em conjunto com o Governo local. Quando os parceiros consultam, os funcionários públicos não estão frequentemente preparados para dizer o que é necessário ou identificar áreas de complementaridade, porque o sistema de informação que poderia facilitar a tomada de decisões ainda não é suficientemente robusto ou não permite o uso de informação para a tomada de decisões”. [Governo].

“Assim, o UNICEF e a OMS procuram sempre alinhar o seu plano de trabalho com o plano do Ministério, pois é um pouco difícil, como parceiro, implementar algo de que o Ministério está um pouco desligado. Assim, a coordenação tem sido sempre boa em termos de partilha e implementação de planos”. [ONG]

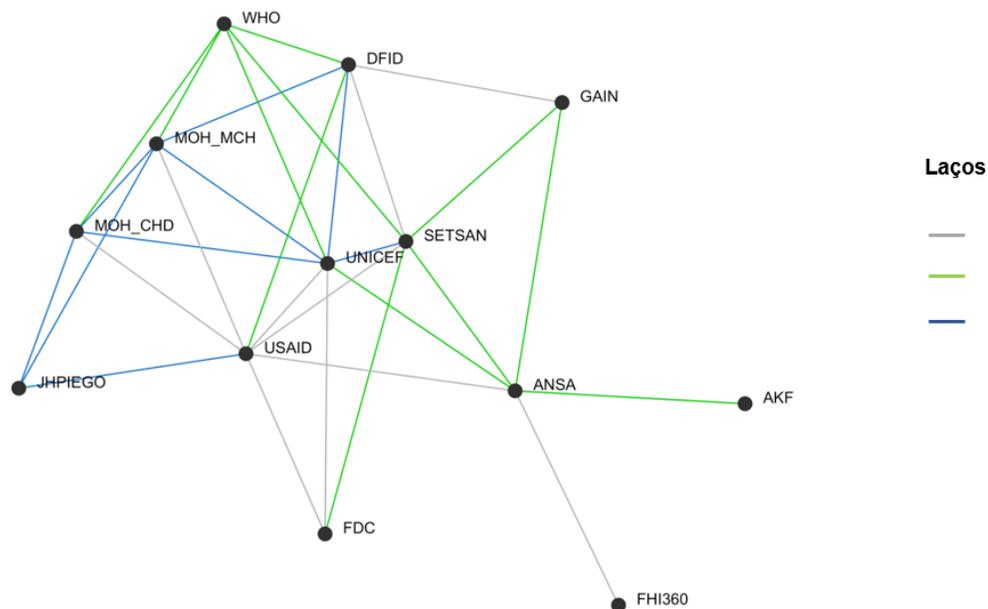
O que agrava a fraca governação é a falta de mecanismos de responsabilização para além dos relatórios periódicos e das revisões anuais conjuntas entre o Governo e os doadores de saúde, com uma participação limitada da sociedade civil (embora existam algumas iniciativas de responsabilização social que se centram na monitoria da prestação de serviços de saúde materno-infantil, em especial ao nível dos cuidados primários). Embora os documentos políticos do Ministério da Saúde sublinhem a importância de melhorar o envolvimento comunitário no sector da saúde e criem formalmente espaços para este fim (por exemplo, os comités de co-gestão criados em 2012 ao nível da unidade sanitária e os comités de qualidade e humanização reúnem prestadores e utentes da saúde), o seu papel está aquém da expectativa. Os comités de co-gestão funcionam mais como espaços de consulta, comunicação sobre actividades governamentais e mobilização de recursos comunitários (por exemplo, para a construção de unidades sanitárias), do que como mecanismos de responsabilização. É difícil para os membros destes mecanismos identificar os actores com quem podem colaborar e/ou para quem podem canalizar os problemas que identificam.

EFICÁCIA PERCEBIDA DE TRABALHAR EM CONJUNTO

Alguns actores e grupos são vistos como mais colaborativos do que outros, e isto é altamente influenciado pelos indivíduos que lideram os processos. As interacções dentro e fora dos Grupos Técnicos de Trabalho têm sido particularmente eficazes no desenvolvimento de estratégias, na organização de eventos como as Semanas Nacionais de Saúde Infantil, ou na implementação de programas específicos. Contudo, os esforços de colaboração ainda não se traduziram numa melhor prestação de serviços. Muitos consideraram que o processo de abordagem sectorial (SWAP) e os seus mecanismos de governação eram eficazes, uma vez que reuniam a maioria dos doadores no âmbito do Pro-Saúde e do seu mecanismo de coordenação, o Grupo de Parceiros da Saúde.

capacidades em conjunto, mas continuarem a trabalhar nas estratégias uma com a outra, então a relação entre as duas organizações continuará. Em Moçambique, o tipo mais frequente de relações é baseado em dois tipos de ligações (Figura 10). O UNICEF tem as relações multiplex mais fortes, seguido pelo MISAU-DSMI.

Figura 10. Relações de multiplexidade confirmadas com nós dimensionados por intermediação



Nos debates posteriores que visavam analisar a dinâmica de trabalho, os inquiridos afirmaram que a coordenação tem sido afectada pela falta de liderança, mandatos e agendas organizacionais individuais, falta de intervenções complementares e sobreposição ineficiente de actividades, localizações e grupos-alvo entre diferentes projectos/programas.

“Às vezes sentimos alguma frustração por causa da liderança do Ministério. Nem tudo depende do parceiro. Podemos dar todo o apoio necessário, mas tem que haver liderança em relação às normas que desenhamos. Nós fornecemos financiamento, mas se a liderança não garante que as leis sejam implementadas ao nível provincial, distrital e da unidade sanitária, nós, como parceiros, não podemos fazer nada. Temos um grave problema com a liderança na de saúde infantil”. [Agência Bilateral]

Exemplos de programas e intervenções que coordenam eficazmente entre as diferentes partes interessadas incluem o MCSP e o trabalho no sector da nutrição que vai para além da saúde.

“Penso que [a coordenação] entre o MCSP e o Ministério da Saúde foi boa porque as [actividades] do MCSP estavam centradas nos planos do Ministério. A coordenação é transparente e objectiva, sempre de acordo com o Plano Económico Social do Ministério. Tínhamos mais ou menos o mesmo objectivo em termos de

implementação das actividades. Infelizmente, [o MCSP] concentrou-se apenas em duas províncias, Sofala e Nampula”. [ONG]

“Existe uma maior interligação entre os sectores. O sector agrícola, o sector da água e saneamento e o sector da saúde já têm programas em conjunto e intervenções integradas. Por exemplo, o investimento em culturas mais nutritivas, como a produção e o consumo de batata-doce de polpa alaranjada, é um exemplo concreto”. [ONG]

Exemplos de oportunidades perdidas incluem situações em que as sinergias foram ignoradas ou acordos violados, tais como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o fornecimento de clorexidina. De acordo com alguns dos nossos entrevistados, uma das razões pelas quais a Iniciativa Hospital Amigo da Criança falhou foi a falta de coordenação interdepartamental dentro da Direcção Nacional de Saúde Pública, especificamente entre o Departamento de Nutrição responsável pela sua liderança e o Departamento de Saúde Materno-Infantil.

“A Iniciativa Hospital Amigo da Criança é uma intervenção que em Moçambique não está a ganhar força... O mandato para certificar como hospital amigo da criança ainda se encontra no departamento de nutrição, mas mais uma vez é uma daquelas coisas que deve andar a par com o departamento de saúde materno-infantil, seja com a iniciativa de maternidade modelo, seja com parte da supervisão de rotina da Repartição de Saúde Infantil. No entanto, este casamento não está a acontecer. Tem havido algum investimento, penso que por parte do UNICEF, em algumas unidades sanitárias que estiveram muito perto de serem reconhecidas como hospitais amigos da criança, mas depois, com a elevada rotatividade do pessoal e a redução do investimento, perdeu-se”. [ONG]

“Penso que a Repartição de Saúde Infantil não esteve envolvida na Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Não sei se a Repartição foi convidada a participar e não respondeu ou se a Nutrição não os convidou de todo; não sei qual foi a razão. O que eu sei é que em Moçambique a iniciativa não está a funcionar como noutros países que [têm] mais unidades sanitárias certificadas como amigas da criança.”³⁶

O exemplo da clorexidina que se segue mostra como a falta de coordenação dos parceiros de saúde entre si e com os programas no terreno pode resultar em confusão, oportunidades perdidas e graves consequências para a saúde. Neste caso, o uso inadequado da clorexidina nos olhos dos bebés, confundida com a tetraciclina, pode levar à cegueira.³⁷

“... quando Moçambique adoptou o uso de clorexidina para os cuidados do cordão umbilical foi decidido que precisávamos de clorexidina com um tamanho específico – tubos maiores para administrar durante sete dias. A questão é que recebemos diferentes lotes de clorhexidina, comprados por diferentes parceiros, com diferentes gramas, o que criou várias restrições de implementação. A clorexidina devia ser administrada por agentes comunitários de saúde, parteiras tradicionais e enfermeiros. Contudo, como alguns parceiros compraram tubos menores, já não a podíamos usar ao nível comunitário, uma vez que seria necessária outra formação sobre o seu uso. Na unidade sanitária, os enfermeiros também tiveram problemas porque as bisnagas menores eram muito semelhantes à tetraciclina oftálmica, ou seja, aplicado nos olhos imediatamente após o nascimento. O problema é que a clorexidina quando aplicada nos olhos produz queimaduras; por isso

³⁶ Notas da aplicação do inquérito Análise da Rede Organizacional com um prestador de assistência técnica - 27.02.2019.

³⁷ Não foi possível confirmar se houve casos de cegueira em bebés causada pelo uso inadequado de clorexidina nos olhos.

[tivemos] de explicar que não deve ser colocada perto da tetraciclina na sala de parto, pois na pressa as pessoas podem facilmente confundir uma com a outra. O parceiro que adquiriu os tubos menores de clorexidina não contactou a Repartição [de Saúde Infantil] para informar que não consegui encontrar o tamanho que precisávamos; compraram-no e só nos apercebemos do que tinha acontecido quando já estava nas unidades sanitárias.”³⁸

CONCLUSÕES

GRAVIDADE DA SAÚDE INFANTIL

Moçambique ultrapassou em dois terços, entre 1990 e 2015, o objectivo de reduzir a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos. Contudo, a diminuição da taxa de mortalidade neonatal e do rácio de mortalidade materna abrandou na última década e há, ainda, um longo caminho a percorrer para o alcance das metas dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. Este abrandamento demonstrou a necessidade de identificar barreiras, facilitadores e factores contextuais que exercem impacto sobre a continuação dos progressos na saúde infantil.

AMBIENTE POLÍTICO

Houve investimento significativo na melhoria do quadro político que abrange uma vasta gama de questões relacionadas com a saúde infantil, incluindo estratégias a nível nacional e o desenvolvimento de directrizes e normas para os prestadores de cuidados de saúde ao nível das unidades sanitárias, tais como A Consulta Neonatal no Guia do Período Pós-Parto (em 2001), o Manual Técnico de Assistência Neonatal durante o Parto e Principais Complicações Obstétricas e Neonatais ou as Normas Clínicas para Crianças Sadias e Crianças em Risco (ambos em 2011). Isto foi acompanhado por revitalizações de várias intervenções (por exemplo, AIDI, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Hospital Amigo da Criança em 2010) e mecanismos (por exemplo, comissões de auditoria de mortes maternas e neonatais, em 2002 e 2009), assim como pela introdução de novas componentes nas estratégias existentes (por exemplo, componente neonatal na AIDI e AIDI na comunidade, ambos em 2008).

No que diz respeito à vacinação, registaram-se progressos significativos com a introdução de suplementos de vitaminas (por exemplo, vitamina A em 2002) e vacinas (por exemplo, hepatite B em 2002, tétano em 2003, gripe hemofílica tipo b em 2009, pneumococo em 2013, rotavírus em 2015). Na área da nutrição, as iniciativas incluem a introdução de um pacote de nutrição básica (em 2003), a adopção do Código para a Comercialização de Substitutos do Leite Materno (por exemplo, em 2008) e a integração dos pós de micronutrientes múltiplos nos serviços de saúde em 2015. Registaram-se igualmente desenvolvimentos na área do HIV (por exemplo, introdução da PTV com nevirapina em 2003 e da terapia anti-retroviral pediátrica em 2004) e da malária (por exemplo, desenvolvimento da Estratégia de Prevenção da Malária em Lactentes e distribuição de redes mosquiteiras).

³⁸ Notas da aplicação do inquérito Análise da Rede Organizacional com um prestador de assistência técnica - 27.02.2019.

IMPLEMENTAÇÃO

Existem desafios recorrentes na implementação de políticas e directrizes existentes relacionados com questões contextuais e estruturais dentro e fora do sector da saúde. Os factores contextuais incluem a crise económica e o escândalo da dívida pública, relações tensas entre os doadores e o Governo, instabilidade política e ataques de insurgentes.

Os factores estruturais incluem a vulnerabilidade socioeconómica da população moçambicana, as elevadas taxas de analfabetismo e a falta de acesso à água potável e saneamento adequado. Existem também factores internos ao sector da saúde, tais como a escassez de recursos humanos e alta rotatividade de pessoal do distrito para o nível central, incluindo no Departamento de Saúde Materno-Infantil, associados a más condições de emprego; desigualdades na disponibilidade de serviços de saúde; corrupção enraizada a todos os níveis, e centralização da autoridade e das responsabilidades. Além disso, a saúde infantil tem sido afectada negativamente por mitos e normas culturais, por exemplo, em torno da gravidez e dos cuidados neonatais (incluindo a amamentação).

A implementação é também afectada pela fragmentação das intervenções e pela fraca coordenação, pela formação com pouco acompanhamento e monitoria, pela sobrecarga de enfermeiros de saúde materno-infantil, pelo desenvolvimento desigual das áreas de saúde infantil, pela falta de dados de rotina para avaliar os progressos, pela falta de formulações pediátricas de medicamentos, pela má gestão da cadeia de abastecimento de medicamentos, pela falta de equipamento e materiais adequados (por exemplo, para AIDI) e por iniciativas verticais no domínio do HIV que ofuscaram outros temas de saúde infantil.

COMPROMISSO POLÍTICO

O compromisso político na saúde infantil ao nível nacional tem sido reforçado por iniciativas e movimentos globais (AIDI, ODMs, PEPFAR, Iniciativa do Presidente contra a Malária, Every Woman Every Child, e Scaling-up Nutrition), directrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e evidências publicadas em revistas internacionais como a Lancet que mostram a gravidade da questão, todos contribuíram para o aumento da visibilidade e do financiamento na saúde infantil. Paradoxalmente, a saúde infantil continua excessivamente ligada à saúde materna até ao ponto de se tornar invisível. Esta situação é ainda agravada pela fraca liderança do Ministério da Saúde em geral e da Repartição de Saúde Infantil em particular, assim como pela falta de dados de rotina e de evidências sistematizadas sobre o acesso aos serviços de saúde e resultados sobre saúde infantil.

O panorama do financiamento também mudou nos últimos 18 anos, de um financiamento mais integrado para a saúde infantil, para um financiamento mais verticalizado em resposta às três doenças (HIV, malária e tuberculose), para um financiamento mais específico para a saúde infantil nos últimos 10 anos, incluindo para a vacinação e nutrição, particularmente com o financiamento da USAID. Contudo, o compromisso político ainda não se traduziu num financiamento doméstico para a saúde infantil. O sistema nacional de saúde continua fortemente dependente do financiamento externo e a saúde infantil (incluindo a vacinação) e a nutrição são recebem pouco financiamento em comparação com ITSs e HIV. Em 2015, o financiamento de saúde e nutrição infantil fora do apoio orçamental (ProSaúde) correspondeu a 8% do total, em comparação com 42% para ITSs e HIV. A lacuna entre saúde reprodutiva, saúde materna, saúde infantil diminuiu de 8%, em 2013, para 3%, em 2015.

LIDERANÇA

Moçambique tinha líderes fortes, conhecedores e audazes que tinham poder e que tinham formado e inspirado muitos a promover a saúde infantil. Contudo, a maioria destes líderes já partiu. Os novos líderes reflectem a natureza fragmentada do campo da saúde infantil, sendo que a maioria deste está geralmente ficada nas áreas directamente ligadas ao seu trabalho. Muitos destes novos líderes (indivíduos e organizações) concentram-se nas áreas de nutrição e HIV. O surgimento e acção dos líderes individuais tem sido moldada pela formação, conhecimentos técnicos para influenciar a sensibilidade de uma pessoa em relação à saúde infantil, financiamento para a saúde infantil e fortes linhas de autoridade e hierarquia dentro do Ministério da Saúde. Os líderes individuais no país incluem profissionais da saúde materno-infantil, nutrição, HIV pediátrico e vacinação.

A liderança da saúde infantil no Ministério da Saúde melhorou nos últimos anos, mas ainda há muito espaço para melhorar a visibilidade política, força institucional e proactividade da Repartição de Saúde Infantil, para além do desenvolvimento de políticas e orientação de grupos técnicos de trabalho. Instituições como o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional, o Ministério de Género, da Criança e Acção Social e o Ministério da Educação estão igualmente activos na área da saúde infantil. Os inquiridos da IDI mencionaram CIDA, DFID, USAID e Banco Mundial em relação ao financiamento concedido. A USAID lidera em termos de prestação de apoio financeiro, mas não participa suficientemente no diálogo político e/ou na definição de agendas. Os inquiridos identificaram igualmente iniciativas como PEPFAR, Gavi, Fundo Global e GFF como tendo desempenhado um papel fundamental na orientação da acção global. Consideram o MCSP como líder na prestação de assistência técnica e na advocacia da saúde infantil. Em geral, destacaram a proeminência e a liderança das ONGs, mas consideraram que a liderança das OSCs locais era mínima, para além da ANSA e da Associação de Pediatras.

ACTORES DA SAÚDE INFANTIL E COORDENAÇÃO

O domínio da saúde infantil é constituído por algumas instituições/departamentos (a maioria no Ministério da Saúde), agências multilaterais/bilaterais (USAID, UNICEF, OMS, Gavi, Banco Mundial, CIDA, DFID e, anteriormente, Danida), ONGs (Save the Children, John Snow International, Path, GAIN), Jhpiego, Fundação Elizabeth Glaser, Agha Khan) e instituições de formação e investigação em saúde (Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, Universidade Unilurio, Universidade Católica, Instituto Nacional de Saúde dentro do Ministério da Saúde e Instituto de Ciências de Saúde). Há pouca participação de ONG moçambicanas para além das que trabalham com HIV (Fundação Ariel, N'weti) e nutrição (ANSA, FDC), embora organizações profissionais como a Associação de Pediatras sejam influentes, particularmente ao nível central. As principais partes interessadas estão agrupadas em torno de determinados temas (por exemplo, saúde infantil e do recém-nascido, HIV, malária, tuberculose, nutrição, saúde materna). Embora tendam a operar individualmente, foi forjada uma rede de relações informais através da mobilidade profissional e da circulação entre temas e instituições (governo, organizações não governamentais nacionais e internacionais, agências multilaterais e bilaterais e instituições académicas). Estas redes informais funcionam como uma ponte entre elas, mas não eliminam os problemas de coordenação. A maioria está baseada ao nível central com intervenções em províncias seleccionadas, embora algumas, como a Save the Children, trabalhem em todas as províncias.

As principais estruturas de acção colectiva são as estratégias, fóruns e conselhos (Fórum de Parceiros de Saúde, Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional e Conselho Nacional de Segurança

Alimentar e Nutricional), grupos organizados em torno de temas, questões, estratégias e programas de saúde infantil (por exemplo, Saúde Infantil, Nutrição, Micronutrientes, Fortificação Alimentar, Vacinação, Reabilitação Nutricional, Medicamentos e Suprimentos Médicos), e plataforma local da sociedade civil ‘*Scaling-Up Nutrition*’ coordenada pela ANSA.

As interações dentro e fora dos grupos de trabalho técnicos têm sido particularmente eficazes em termos de desenvolvimento de estratégias, organização de eventos como as Semanas Nacionais de Saúde Infantil, ou implementação de programas específicos. Contudo, estes ainda não se traduziram numa melhoria da prestação de serviços e dos resultados na saúde. A coordenação tem sido afectada pela falta de liderança, por mandatos e agendas organizacionais individuais e descoordenadas e pela falta de intervenções complementares, assim como pela sobreposição de actividades, localizações e grupos-alvo entre diferentes projectos/programas. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança não tem sido tão eficaz quanto poderia devido a uma coordenação intra-sectorial inadequada dentro do Ministério da Saúde; e a incapacidade dos parceiros de saúde em coordenar as suas ordens de clorexidina teve consequências potencialmente graves para os recém-nascidos.

ANÁLISE DE REDES ORGANIZACIONAIS

A rede de saúde infantil dispõe de um nível moderado de ligações. A USAID tem o maior número, seguida do UNICEF e do SETSAN. Como principal financiadora da saúde infantil no país, a USAID, controla o fluxo de informação e recursos entre outras organizações. Estas duas são seguidas pelo SETSAN, uma instituição pública mandatada para coordenar a resposta multisectorial à segurança alimentar e nutricional. O UNICEF trabalha directamente com a Repartição de Saúde Infantil e outros intervenientes e é considerada a “guardiã da saúde infantil” no país.

Os departamentos ministeriais têm menos da metade das ligações com outras agências e tendem a estar ligados a agências da ONU, bilaterais e apenas a uma ONGs (Jhpiego). Os departamentos ministeriais tendem a ser técnicos e ligados através do apoio de recursos a doadores/agências técnicas para coisas específicas. As ONGs e uma ONG local (FDC) são as que têm menos ligações e estão localizadas na periferia da rede, com excepção da ANSA.

A rede global está centralizada em 37.5%, com três polos principais: a USAID, o UNICEF e o SETSAN. Várias outras organizações estão na rede, mas não fazem parte do núcleo interno mais estreitamente integrado, incluindo as ONGs AKF, FHI 360, Jhpiego, GAIN, e FDC. A maioria das organizações do estudo interagem entre si mensalmente, mas algumas interagem uma ou duas vezes por mês, normalmente em grupos técnicos, seminários e eventos que dominam o sector da saúde em Moçambique. A maioria das relações insere-se nas categorias “razoáveis” e “boas”, embora mais inclinado a “razoáveis”.

A rede estratégica tem a segunda maior densidade de relações possíveis após a rede global, reflectindo os investimentos do sector da saúde no reforço do quadro político. É também a menos centralizada de todas as redes. O SETSAN tem o maior número de ligações na rede estratégica, mas não está ligada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil ou à Repartição de Saúde Infantil. O SETSAN é seguido por cinco organizações (com seis interligações cada): MISAU-DSMI, UNICEF, ANSA, DFID, e USAID. O UNICEF está no centro da rede, sugerindo que é um actor chave no desenvolvimento de estratégias para a saúde infantil.

A densidade da rede de desenvolvimento de capacidades é a terceira mais baixa das quatro redes avaliadas. É também a segunda mais centralizada. Existem muitos intervenientes fortes na área do desenvolvimento de capacidades. O UNICEF está no centro da rede de desenvolvimento de capacidades com a maior parte de ligações, o que significa que têm mais influência no que diz respeito ao desenvolvimento de capacidades.

A rede de implementação é a mais fraca da série (menor conectividade, menor densidade); isto significa que as estratégias não se estão a traduzir em implementação. A ANSA e a AKF estão separadas do maior cluster; isto pode estar relacionado com o seu envolvimento na plataforma da sociedade civil do movimento Scaling-Up Nutrition. A OMS, FHI 360 e GAIN estão isolados; o UNICEF está no centro do maior cluster e serve como um canal de ligação com as outras organizações que não estão ligadas entre si.

Existe uma mistura de relações de coordenação e colaboração, que está ligada ao número de grupos técnicos em que as pessoas participam e aos projectos implementados em conjunto. O UNICEF tem as relações mais profundas que foram confirmadas como colaboração. A profundidade das relações não se traduz em fortes redes de trabalho relativamente à estratégia, desenvolvimento de capacidades e responsabilização. As relações mais comuns assentam em dois laços. O UNICEF tem as relações multiplex mais fortes, seguida pelo MISAU-DSMI.

Os participantes salientaram a necessidade de uma melhor coordenação, uma liderança mais forte, um maior financiamento, o reforço dos recursos humanos e uma maior visibilidade da saúde infantil nonexo saúde materno-infantil.

RECOMENDAÇÕES

Moçambique registou progressos significativos na saúde infantil entre 2000 e 2015, impulsionados pelos ODMs. Desde então, desenvolvimentos importantes no sector da saúde infantil ao nível político e operacional irão provavelmente moldar as prioridades, os investimentos e as intervenções. Estes incluem o desenvolvimento e os custos do Plano de Acção para Todo o Recém-Nascido; Caso de Investimento para Acções Inteligentes, Sustentáveis e em Grande Escala na Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente, apresentado ao Mecanismo de Financiamento Global em apoio à iniciativa *Every Woman Every Child*; desenvolvimento da Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde; legado de programas de saúde e nutrição infantil como MCHIP, MCSP e FANTA III; e implementação de novos Cartões de Saúde da Criança e Livros de Registo que reúnem várias questões de saúde infantil. Quando questionados sobre recomendações para acelerar os progressos na saúde infantil, os inquiridos da IDIs destacaram seis questões: 1) visibilidade da saúde infantil; 2) liderança e coordenação a vários níveis; 3) liderança, coordenação e capacidade de negociação; 4) financiamento nacional; 5) pesquisa e evidência; e 6) envolvimento da sociedade civil.

RECOMENDAÇÃO 1: Dar maior atenção e prioridade à saúde infantil para aumentar a sua visibilidade.

A ligação entre a saúde infantil e a saúde materna, combinada com o enfoque histórico do sector da saúde pública na saúde materna, levou a uma ofuscação da saúde infantil. No futuro, a saúde infantil deve ser mais visível ao nível organizacional e programático. Isto poderia ser feito de duas formas. A primeira consiste em convocar fóruns de discussão sobre saúde infantil que reúnam as partes interessadas dos sectores público, privado, não lucrativo e académico, incluindo os envolvidos nos vários grupos de trabalho técnicos relacionados com a saúde infantil. A centralidade do UNICEF e da USAID na rede moçambicana de saúde infantil, o apreço dos intervenientes pelo poder de convocação do UNICEF e as suas excelentes relações com a Repartição de Saúde Infantil, e a posição de liderança da USAID em termos de prestação de apoio financeiro significam que estão bem posicionados para fomentar tais espaços de diálogo. A segunda é a realização de uma auditoria social participativa sobre saúde infantil no Ministério da Saúde. A auditoria participativa promoveria a aprendizagem organizacional em torno das estruturas, instrumentos, orçamentos e projectos existentes ligados à saúde infantil ao nível central, provincial e distrital, a fim de estabelecer uma base de referência, ajudar a identificar lacunas e desafios críticos e recomendar formas de os abordar. Esta informação é necessária para proporcionar uma compreensão distinta do panorama de saúde infantil, que actualmente não é claro porque a saúde infantil é apresentada juntamente com a saúde materna.

RECOMENDAÇÃO 2: Adotar uma abordagem de vários níveis e com múltiplos intervenientes na coordenação da saúde infantil.

É necessária uma melhor coordenação entre os vários actores da rede de saúde infantil, devendo a rede ser alargada para incluir outros, como as ONGs moçambicanas, que devem participar nos mecanismos de coordenação existentes, como o Grupo Técnico de Saúde Infantil. São igualmente necessárias melhorias na coordenação, comunicação e colaboração ao nível central, provincial e distrital. Embora este estudo de caso se tenha centrado no nível central, constatou que existem vários agentes de saúde infantil que operam ao nível provincial e distrital, mas que têm pouca interacção com os que operam ao nível central. Do mesmo modo, ao nível central faltam informações sobre intervenções e mecanismos de coordenação nos níveis inferiores. A recente nomeação de pontos focais de saúde infantil na Direcção Provincial de Saúde é uma oportunidade para o desenvolvimento de uma abordagem que ligue os actores e intervenções do nível central com os do distrital, para melhorar a colaboração entre departamentos e programas do Ministério da Saúde, entre outros. Esta abordagem exigirá o reforço da capacidade do Ministério da Saúde, especialmente, da Repartição de Saúde Infantil, de lidar com vários actores de forma a equipar o seu pessoal para maior proeminência na rede de saúde infantil.

RECOMENDAÇÃO 3: Desenvolver a capacidade de liderança, coordenação e capacidade de negociação.

As comunicações regulares entre a maioria das organizações da rede de saúde infantil proporcionam um caminho para a formação de laços mais fortes e para o fortalecimento da liderança do Ministério da Saúde. Contudo, um esforço intencional de comunicação regular exigirá um esforço e tempo significativos num contexto de dependência de agentes externos, elevada rotatividade de pessoal e sobrecarga de

trabalhadores do sector público da saúde que não estão preparados para gerir interesses e agendas concorrentes. Os entrevistados das IDIs pareciam assumir que a liderança emana naturalmente do mandato do Ministério da Saúde sem considerar o papel das relações de poder desiguais e as competências necessárias para uma liderança eficaz. A assistência técnica ao Ministério da Saúde deveria ter como objectivo melhorar a sua capacidade de reunir e liderar, em vez de procurar preencher lacunas de liderança, através da intervenção directa ou de assessores técnicos. As interacções dentro da rede de saúde infantil devem ir além da planificação e abordar a alocação de recursos e responsabilização pelos resultados.

RECOMENDAÇÃO 4: Aumentar o financiamento doméstico para a saúde infantil.

A participação limitada do Orçamento do Estado na saúde e a subsequente dependência do financiamento externo ameaça a sustentabilidade dos êxitos alcançados, reduz a autonomia e o poder de negociação do Governo e prejudica a apropriação das intervenções. Outra consequência da dependência do financiamento externo é que os funcionários públicos tendem a gastar mais tempo a informar os parceiros do que a coordená-los e/ou a responsabilizá-los. Apesar do optimismo de que a Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde irá fornecer uma referência para aumentar o financiamento interno do sector da saúde, as necessidades e prioridades concorrentes poderão resultar na negligência de áreas menos visíveis ou priorizadas. Antecipando esta situação, os actores da saúde infantil devem elaborar uma estratégia clara para participar nos debates orçamentais em curso, destacando as implicações dos mecanismos de financiamento para o progresso da saúde infantil. Esta é uma área em que as organizações da sociedade civil podem desempenhar um papel, em especial as que estão envolvidas em acções de influência de políticas, lobbying e advocacia.

RECOMENDAÇÃO 5: Promover o envolvimento da sociedade civil na saúde infantil.

Embora vários grupos da sociedade civil moçambicana trabalhem na área do HIV e SIDA e dos direitos da criança, poucos trabalham na área da saúde infantil. A maioria dos actores da sociedade civil envolvidos na saúde infantil operam ao nível local, principalmente na prestação de serviços através de programas geridos por ONGs. É necessário um maior envolvimento da sociedade civil para gerir as iniciativas de saúde infantil e mecanismos de coordenação. Isto deve incluir a identificação de defensores a vários níveis e a sua preparação para desempenharem um papel de vigilantes, assim como exigir responsabilização pelos resultados. Isto deve estender-se às associações profissionais, como a Associação de Pediatria, que presta actualmente uma assistência técnica valiosa ao Ministério da Saúde. Pode-se tirar lições dos domínios da nutrição e do HIV sobre a participação e advocacia da sociedade civil, especialmente sobre os mecanismos institucionais formais que incluem a representação da sociedade civil.

RECOMENDAÇÃO 6: Gerar provas para informar a programação e apoiar a advocacia.

A elaboração de relatórios sobre os progressos na realização dos ODMs fomentou a produção de dados e evidências ao nível mundial e nacional, aumentando a visibilidade da saúde infantil e a necessidade de mais investimento. Em Moçambique, os dados sobre a falta de progressos na redução da TMNN aumentaram a preocupação com a saúde neonatal, dando forma à orientação política. Contudo, subsistem

lacunas substanciais nos sistemas de informação sobre saúde. É necessário melhorar a recolha de dados de rotina, por exemplo, através dos cartões de saúde da criança e dos livros de registo recentemente aprovados. Os profissionais de saúde devem receber formação e supervisão relativa ao uso destas ferramentas, de modo que os dados venham a informar, de forma sistemática, os programas. Os entrevistados sublinharam igualmente a falta de evidências sobre a eficácia das estratégias adoptadas para acelerar os progressos na saúde infantil. A geração de evidências que demonstrem o valor de investir sistematicamente na saúde infantil poderia também ser valiosa para os esforços de sensibilização da sociedade civil.



Coordinating Implementation Research to
Communicate Learning and Evidence Project (CIRCLE)
Social Solutions International, Inc.
www.socialsolutions.biz

Este relatório foi possível graças ao apoio do Povo Americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), nos termos do contrato AID-OAA-M-16-00006 “Coordinating Implementation Research to Communicate Learning and Evidence” (CIRCLE). O CIRCLE é implementado pela Social Solutions International, Inc. As opiniões expressas não são necessariamente da USAID ou de outras instituições filiadas.