



MECANISMO DE FINANCIAMENTO GLOBAL (GFF). NARRATIVAS DE ADESÃO E DINÂMICAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Overview

Este *Research Brief*¹ apresenta as narrativas contextuais de adesão de Moçambique ao Mecanismo de Financiamento à Saúde (GFF). A reflexão baseou-se numa triangulação dos métodos de pesquisa documental, trabalho de campo em 3 províncias do país (Nampula, Zambézia e Gaza), entrevistas aprofundadas e discussões de grupo focal. O trabalho sublinha que: (i) o processo de adesão ao GFF, tanto pelo MISAU assim como pelos parceiros de financiamento, foi relativamente precipitado por um contexto particular de crise financeira, agudizada pelas dívidas odiosas e pela falta de credibilidade dos mecanismos de coordenação multi-actores, com particular enfoque para o PROSAÚDE; (ii) quanto à implementação, o GFF baseia-se, fundamentalmente, em dois instrumentos, nomeadamente o Caso de Investimento (CI) e a Estratégia de Financiamento da Saúde (EFS). De facto, o primeiro desenha as linhas de acção em termos de modalidades de intervenção e o segundo funciona como instrumento de financiamento do CI que, para além da componente sectorial, carrega uma dimensão política não só eleitoralista, ou de

legitimação governamental, mas igualmente de interesses económicos da elite política. Conclui-se que o GFF precisa de uma articulação cada vez mais arrojada entre os diversos níveis da administração do sector, forçando uma maior descentralização, sob o risco de reproduzir o autoritarismo centralizado do sector, o que terá inviabilizado os outros mecanismos coordenados de financiamento anteriores. Esta reflexão está estruturada em duas partes: num primeiro momento apresentam-se as narrativas de adesão ao mecanismo e, num segundo, discutem-se as dinâmicas de implementação e, por último, as notas conclusivas.



1. GFF: um novo mecanismo de financiamento ao sector da saúde

O Mecanismo de Financiamento Global para apoiar todas as mulheres e todas as crianças é um novo modelo de financiamento baseado numa parceria multilateral de apoio, conjugando recursos dos governos, dos parceiros de desenvolvimento assim como do sector privado para a melhoria da saúde de mulheres e crianças. Ao nível de concepção internacional está alinhado com a visão de apoio à estratégia global do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)². Em termos de concretização aos níveis nacionais dos Estados, funciona como plataforma

1. Este *Research Brief* resulta do estudo sobre Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento no Sector da Saúde em Moçambique, Guambe, Muendane e Mabunda 2018, 115p. O estudo na sua forma mais desenvolvida fornece elementos mais detalhados.

2. Para a conceptualização deste tipo de abordagem vide: World Bank, *Making services work for poor people*, Oxford, Oxford Univ. Press, 2003, 271 p., (« World development report », [26.]2004). World Bank, *The World Bank Approach to Public Sector Management 2011-2020: Better Results from Public Sector Institutions*, Washington, D.C., World Bank, Public Sector and Governance Board, 2012. Cynthia Eldridge e Natasha Palmer, « Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions », *Health Policy and Planning*, vol. 24 / 3, 2009, p. 160-166.

de financiamento de planos para ampliar os serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente (SRMNIA). Tem fundamentalmente como objectivo não só ampliar a arquitectura de coordenação dos múltiplos actores interessados mas, igualmente, incitar a transição dos países assistencialistas a gestão doméstica e sustentável do sector. A sua perspectiva baseia-se na ideia de colmatar duplamente as limitações do financiamento interno assim como da ênfase no financiamento externo combinando quer com recursos internos bem como externos em uma agenda única de melhoria dos serviços de saúde.

Na base desta ideia de domesticação da gestão sustentável do sector, o GFF funciona alicerçado em dois instrumentos básicos: o Caso de Investimento (CI) e a Estratégia de Financiamento do Saúde (EFS). O pressuposto é de que uma vez reforçados os mecanismos de intervenção para a melhoria da saúde de mulheres e crianças, priorizados através do CI, e criadas as linhas de financiamento através da EFS, gradualmente os Governos nacionais vão se apropriando da gestão do sector de forma sustentável e autónoma. As projecções, portanto, revelam uma pretensão de alimentar um crescimento do financiamento vindo do orçamento do Estado bem como outros mecanismos alternativos domésticos que substituiriam a dependência do apoio externo. Através da EFS, estaria o sistema nacional em altura de inventariar mecanismos pelos quais poderá retroalimentar as despesas sectoriais de forma sustentável.

1.1. Adesão de Moçambique ao GFF: Entre entusiasmo e reserva

Até então o modelo de financiamento é aplicado a diferentes países seleccionados com base em diversas variáveis, considerando-se sobretudo os baixos índices de desempenho dos indicadores de saúde da mulher e criança, em países frágeis. Moçambique aderiu ao mecanismo na “segunda vaga” a partir de 2015, juntamente com países como Bangladesh, Camarões, Libéria, Nigéria, Senegal e Uganda. A experiência, em termos de historicidade, contexto, interesses para adesão, varia de país para país, assim como as bases de instauração não têm sido iguais nos diferentes países. Com efeito, os resultados poderão igualmente ser distintos dependendo do contexto de importação e implementação do modelo. Um elemento quase comum, nos países que o adoptaram, é o de terem experimentado modelos de financiamento baseados em apropriação, alinhamento e harmonização — do Sector Wider Approach (SWAp) enquadrados na Declaração de Paris de 2005.

Para o caso de Moçambique, o processo de adesão foi relativamente precipitado por um contexto particular de crise financeira, ampliada por dívidas odiosas, e enfraquecimento da credibilidade dos mecanismos de coordenação multi-actores com particular enfoque para o PROSAÚDE. Com efeito, para as autoridades públicas do sector, a adesão ao novo modelo significou um alívio ao contexto de fortes restrições orçamentais e decréscimo do financiamento via PROSAÚDE.

No entanto, criou-se, ao nível do MISAU, alguma crepitação, mesmo se latente, entre uns que aderiram sem reserva e se engajam no apoio ao novo modelo e outros que resistem e advogam uma redefinição da Abordagem sectorial SWAp ou, de forma particular, do PROSAÚDE.

Existem fundamentalmente duas narrativas no que concerne à adesão de Moçambique ao GFF:

(i) A primeira é relativa a uma adesão sem conhecimento do processo e das suas implicações. Esta narrativa estrutura-se muito por conta da urgência em sair da crise financeira, seja do lado dos beneficiários, o MISAU - em resultado do declínio de financiamento via fundos comuns, seja do lado dos parceiros de cooperação preocupados em mudar de um modelo esgotado, em termos de credibilidade, para qualquer outro que se lhes pareça menos problemático. Esta narrativa caracteriza-se muito por um dinamismo com reservas. Do trabalho de terreno efectuado, foi possível constatar que os actores que constituem o MISAU estão entusiasmados em fortalecer as finanças do sector e garantir a continuidade de actividades que, por muito tempo, estão expostas a uma precariedade acentuada. Com efeito, um entrevistado do nível do topo do MISAU sublinhava que “em primeiro momento temos de garantir que haja algum recurso para suportar as actividades, o resto é preocupação política, a posterior”³. Portanto, existe um relativo investimento das autoridades públicas do MISAU sem que isso signifique uma visão geral sobre a matriz de funcionamento do novo modelo de financiamento, o que pode comprometer o alcance dos resultados.

Quanto aos parceiros de financiamento - um número não marginal está a investir no processo em resultado da desilusão com a gestão do PROSAÚDE⁴. Parte destes parceiros está movido por compromissos administrativos do novo modelo — de transparência de gestão, relatório de auditorias, etc. — não necessariamente com os resultados para o financiamento como propalado no discurso de adopção do GFF. O facto de este novo modelo estar chancelado pelo Banco



3. Entrevista com ML, Departamento de Planificação e Cooperação, MISAU, Maputo, 5 de Agosto de 2018.

4. Vide Guambe e Muendane, 2019, PROSAÚDE : o colapso de uma iniciativa condenada ao sucesso...op. Cit.

Mundial é para muitos doadores uma garantia de simplificação administrativa e de cumprimento de uma actividade complexa de apresentação de relatórios para as autoridades dos seus países de origem ou fontes de financiamento primárias. Muitas agências de desenvolvimento e embaixadas sofrem de transferências constantes de seus funcionários e cada vez que há uma mudança é quase um novo investimento para o entendimento da situação. A transferência de responsabilidade de controlo e de cumprimento administrativo, via adesão ao GFF, para o Banco Mundial é *per si* uma segurança de continuidade. No entanto, alguns mostram reservas quanto aos resultados.

“Não sei bem o que vai significar de facto o GFF, na prática, mas pelo menos temos uma outra visão de seguimento. O modelo em que estava o PROSAÚDE tinha só ficado como um mecanismo de *topping-ups* dos funcionários com cargos de chefia, não era para isso que financiávamos. Eu tenho confiança que a entrada do Banco Mundial na liderança do processo vai mudar muitas práticas. Estamos todos a estudar uma possibilidade de aproveitar a plataforma do PROSAÚDE para integrar o GFF, mas a forma como aquilo funcionava não pode ser. Uma auditoria de 2015 só recebemos em Janeiro deste ano [2018]...”⁵

Com efeito, muitos parceiros de cooperação baseiam-se nas dificuldades de funcionamento do PPROSAÚDE para sustentarem a sua adesão ao novo modelo e não, necessariamente, nas suas vantagens em termos de mudança de abordagem⁶. Confirma-se, assim, a tese da adesão baseada na frustração relativamente ao modelo anterior e não nas virtudes do emergente. Ademais, mesmo em relação a estes parceiros que aderiram ao GFF não existe uma unanimidade em termos de forma de canalização dos fundos nem em termos de matéria financiável. Exemplo ilustrativo tem a ver com a matéria concernente ao aborto que, aliás, faz parte das políticas de planeamento familiar e transições demográfica bem definida no DLI 3 — “número de casais protegidos por ano pelo Planeamento Familiar” — e que constitui

um assunto que gera tensão entre os doadores, existindo alguns, como a USAID, que declinam definitivamente financiar tal linha de acção⁷. Aliás, apesar deste último ter manifestado adesão ao mecanismo do GFF ainda está em discussão um pacote específico para a sua colaboração⁸. A sensibilidade de algumas matérias (seja o caso do aborto ou ainda o financiamento via autoridades públicas estatais) irá multiplicar as modalidades de implementação do GFF (entre doadores de fundo de multi-actores e doadores singulares).

Pode-se afirmar que as narrativas favoráveis à adesão ao GFF são pouco informadas em relação às potencialidades deste novo modelo. No entanto, elas resultam das condições precárias em que se desenrolava a arquitectura de assistência e coordenação entre os múltiplos actores na base dos Fundos Comuns. Porém, o facto de o GFF ter-se instaurado como um mecanismo novo e até certa medida em exclusão dos outros mecanismos pré-existentes pode gerar resistência e inviabilização da sua implementação bem como duplicar mecanismos de financiamento e de coordenação. A revisão do mecanismo de coordenação SWAP não só deve garantir correcções em relação aos elementos críticos que levaram à crise e ao declínio de financiamento via Fundos Comuns, mas deve ser redesenhado de forma inteligente para evitar rupturas e descontinuidade de modelos, assim como conflitos entre actores e descoordenação do sector.

(ii) O outro tipo de narrativas é relativo à conflitualidade e a resistência à adesão ao GFF. Se a instauração do GFF em Moçambique é incontestável, existem em paralelo discursos que de forma manifesta e latente revelam receio à adesão. As narrativas de reserva a adesão subdividem-se por actores, seja ao nível do MISAU seja do lado dos parceiros de financiamento⁹.

Ao nível do MISAU, a resistência e questionamento do novo mecanismo é muito ligada ao receio de uma nova fragmentação do financiamento. Com efeito, o declínio dos Fundos Comuns é

acompanhado de um relativo crescimento da tendência de financiamento vertical via projectos. Novamente, a base que fundamentou a adopção de abordagem de fundos comuns parece retornar às lógicas de financiamento e, por consequência, na multiplicação de plataformas de articulação entre os financiadores e o MISAU. Como referiu um interveniente numa reunião de revisão do SWAp:

“O MISAU está a perder controlo, há muito financiamento do qual não tem informação, no final somos cobrados os resultados [...]. A coordenação novamente está dispersa. Estamos todo o momento ocupados em reuniões de concertação com diversos parceiros. De repente são bilhetes para viajarmos porque o parceiro pagou e temos de participar em um encontro de agenda urgente algures [...]. Que se corrija isso, afinal o que é que está errado nos mecanismos de coordenação do MdE de Kaya Kwanga? [...] não podemos continuar assim. Há uma bicefalia do MISAU, temos duas cabeças, dentro do ministério e fora dele [...]. Temos parceiros competitivos na implementação de actividades do Ministério de Saúde [...] não seria melhor nos alinharmos corrigindo o que está errado. Os parceiros a quem prestam conta?”¹⁰.

Esta intervenção demonstra o nível de tensão instalada com a aparição do novo modelo de financiamento. Revela, sobretudo, o entendimento de que este marginaliza o aprendizado anterior. Ademais, esta linha de interpretação vem igualmente dos actores-chave na gestão de PROSAÚDE que perderam alguma centralidade nas dinâmicas dos processos de financiamento com o declínio deste mecanismo. Existe uma percepção generalizada de que o GFF pode ser o fim dos fundos comuns e perda de protagonismo do MISAU no processo de alocação de recursos. Existe, igualmente, um grupo de doadores que está alinhado com esta perspectiva.

A dúvida ou desconhecimento sobre GFF e as lógicas de poder de influência para a sua operacionalidade levantam receios por parte de alguns doadores.

5. Entrevista com AD, Embaixada do Canadá, Maputo, 20 de Julho de 2018.

6. Para as diversas abordagens de financiamento em Moçambique vide Lies Steurs, European aid and health system strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund, Centre for EU Studies Ghent University, 2018.

7. Entrevista com MO, Embaixada de Holanda, Maputo, 23 de Julho de 2018.

8. Entrevista com HC, Banco Mundial, Maputo, 21 de Julho de 2018. Missão de apoio à implementação e pré-avaliação para financiamento adicional, Moçambique. Maputo, 2018.

9. Pela sensibilidade da matéria muitos dos parceiros preferiram não manifestar nem os motivos nem as possibilidades de passarem ao novo mecanismo.

10. MD, Interveniente na reunião sobre a revisão do mecanismo de coordenação SWAp, Maputo, 2 de Outubro de 2018.

Efectivamente, o declínio do financiamento via PROSAÚDE, como se mostrou em parágrafos anteriores, não significou o fim total das alocações de recursos por esta via de fundos comuns. Apesar de as projecções dos protagonistas do GFF indicarem uma decadência progressiva do mecanismo PROSAÚDE (vide tabela abaixo), existem ainda alguns doadores que acreditam e defendem a melhoria da estrutura de procedimentos, sem necessariamente eliminar o mecanismo. O foco sobre o *procurement* e a auditoria seria na visão destes um elemento de reforço da articulação entre o MISAU e os parceiros.

Tabela 1. Projecções de evolução de financiamento do GFF

Program Componets/Annual expenditures	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Enhancing coverage, access, and quality of primary health care services	179.0	177.1	177.0	177.0	173.0	883.0
Strengthening the health system	47.0	45.0	44.0	44.0	44.0	21.9
Enabling MISAU to effectively manage the implementation of the IC	7.4	7.6	8.2	8.7	7.0	39.1
Total Costs	233.4	229.7	229.2	229.7	220.0	1,142.0
Governancy	186.0	187.0	192.0	196.0	202.0	963
IDA/GFF	32.2	25	21.5	20	6.3	105.0
Multi-Donor Trust Fund (Netherlands)	7.2	7.2	7.7	6.7	6.7	35.5
PROSAUDE	5.5	7.5	3	2	0	16.0
Single-Donor Trust Fund (USAID)	2.5	2.5	5	5	5	22.5
Total Available Funding	233.4	229.7	229.2	229.7	220.0	1,142.0

Fonte: World Bank, Program appraisal document to Republic of Mozambique, 2017, p. 16.

Entre dúvidas sobre o GFF e os jogos de notoriedade, bem como a capacidade financeira, um conjunto de parceiros de cooperação, encabeçados neste momento pela Suíça (Flanders virá em seguida), prefere manter-se no PROSAÚDE, enquanto resiste à adesão ao novo mecanismo ou espera por sua institucionalização para se posicionar. Das entrevistas efectuadas, foi possível, portanto, constatar que existem fundamentalmente dois tipos de narrativas de justificação à não adesão (ou de receio de adesão) ao GFF por parte de alguns doadores do sector:

O primeiro tipo está ligado à questão da incerteza do processo de funcionamento de GFF. Neste aspecto um grupo de parceiros¹¹ revelou desconhecer as diferenças mais profundas entre o novo modelo de financiamento e o PROSAÚDE, tal como está patente no extracto, mais abaixo, de um dos informantes :

"[...] temos ainda que pensar o que pode aumentar a eficiência do financiamento, há ainda doadores que investem em áreas similares e me parece que o GFF não está claro sobre o que vai ser feito para coordenar o financiamento como tal. O GFF pode ser a mesma coisa que o PROSAÚDE [...], se calhar podemos juntar esforços para melhorar os mecanismos de *procurement* que é o grande ponto de contenda e não necessariamente eliminarmos ou mudarmos por completo. Podemos estar a descontinuar um mecanismo que já foi referência internacional. Não está claro o que o GFF fará de diferente [...]. O Governo de Moçambique deve comprometer-se em responsabilizar os infractores porque mesmo o GFF pode vir a ter o mesmo problema [...]"¹².

Entre uma clara ausência de conhecimento sobre o GFF, existe um entendimento de concorrência dos mecanismos e não necessariamente uma complementaridade. Ao contrário do PROSAÚDE, o GFF tem a particularidade de, *a priori*, parecer um modelo transferido e em circulação transnacional e adoptado

em Moçambique sem um exercício sistemático de domesticação. Se as causas das reformas que ditaram a origem do PROSAÚDE, por exemplo, pareceram legítimas na altura, as razões da adesão ao GFF continuam pouco consensuais, inclusive para o próprio MISAU. Por razões de urgência, como referido acima, o modelo parece instaurar-se *ex nihilo*, sem nenhuma fundamentação, quer seja para as autoridades públicas, quer seja para os parceiros de financiamento, bem como para a sociedade civil local. A narrativa de incitação à adopção baseia-se apenas na ideia de mudança para uma gestão por resultados. No entanto, esta deixa reservas por parte de alguns doadores, sobretudo os de recursos modestos que olham para este mecanismo como uma forma de suplantar a sua visibilidade.

Com efeito, o segundo tipo de narrativa está relacionado com a visibilidade dos parceiros de contribuição modesta. A presença do Banco Mundial como actor-chave do GFF retrai alguns doadores com poucos recursos que olham a gestão daquele organismo como forte, estrutural e sem possibilidade de contra-argumentação. Ademais, o enfoque em assistência técnica, consultorias, assim como a mobilização de recursos diversos, incluindo os do sector privado, é uma evidência do dispositivo típico da intervenção do Banco Mundial.

A abordagem do Banco Mundial para o GFF, fortemente focada para a dimensão de relação com o MISAU, faz com que uma grande parte de actores se sinta relativamente menos envolvida no processo. Trata-se, evidentemente, de uma abordagem que tem o potencial de reproduzir as limitações do sistema administrativo do sector que se estende até ao nível micro dos procedimentos. Por força de uma cultura política centralizadora, o MISAU é um actor-rei que impõe verticalmente as opções do topo sob toda a estrutura do sistema nacional de saúde. Para este aspecto é importante sublinhar o facto de nos níveis provinciais o processo de adesão ao GFF ser entendido mais como uma "ordem superior", reproduzindo-se naquele nível sem nenhum espaço para reversibilidade. Aliás, existe um receio ao nível local de manutenção de aspectos como o centralismo que caracteriza o PROSAÚDE, a falta de transparência, a irregularidade das transferências para os níveis locais, as incongruências sobre o objectivo. Ou seja, é tudo concebido no centro da estrutura do sector e os níveis locais não têm acesso às dinâmicas da formulação da agenda. O forte centralismo da concepção das políticas do sector apresenta-se como um dos principais factores de risco para uma plena implementação do Caso de Investimento do GFF.

11. Alguns parceiros de cooperação que resistem à adesão ao GFF preferem não ser identificados porque tal posição, às vezes, não é a posição oficialmente dos seus países de origem.

12. Entrevista com AT, Embaixada de Itália, Maputo, 30 de Julho de 2018.

A centralização do GFF no MISAU inclui uma certa marginalização das Organizações Não-Governamentais e/ou Organizações da Sociedade Civil, sobretudo as nacionais. De forma geral, a agenda do GFF, apesar de focar-se nos resultados, tende muito a ser centro-estatal, parecendo estar a contribuir para a recomposição de uma linguagem autoritária e excludente das autoridades do sector. A isso, acresce-se o facto de o processo de auscultação e consulta ter sido apenas parcial¹³ no que se refere à elaboração do CI, sendo que a elaboração da EFS não beneficiou de qualquer auscultação. As OSC, nacionais, estão pouco informadas sobre o mecanismo, como escrevia um membro da rede das ONG de saúde:

“Esta iniciativa do GFF, Caso de Investimento, não é estruturada da mesma forma que o Mecanismo de Coordenação do País, inclusiva. Precisamos questionar e reclamar porque as metas não vão ser cumpridas sem o apoio das Organizações Comunitárias de Base que vão receber o apoio só a partir do MISAU e não das OSC (Sociedade Civil) ou OBC (Baseadas na Comunidade) [...]”¹⁴.

O facto de o GFF tender a centrar-se no MISAU pode comprometer os mecanismos de articulação. A ausência de clareza no envolvimento das OSC no GFF pode reforçar as desavenças e descoordenação sobretudo no processo de implementação.

De forma geral pode afirmar-se, sem reserva, que houve uma estrutura de oportunidade de adopção do GFF, em Moçambique, que precipitou a possibilidade de construção de mecanismos de articulação entre múltiplos actores e nos diferentes níveis. A adopção do GFF, sob o discurso de financiamento com base em resultados, foi assim precipitada tanto pelo próprio MISAU, em asfíxia profunda como resultado da drástica redução de financiamento via fundos comuns, assim como pelos parceiros desiludidos com os procedimentos e baixos níveis de confiança, agravados pela crise das dívidas odiosas. O contexto criou, no entanto, um baixo nível de aproveitamento das abordagens antecedentes. O GFF foi se estruturando em Moçambique sob regime de tábula rasa, sendo que a recuperação do aprendizado das anteriores abordagens ocorre de forma sazonal e sob desconfiança entre os actores. Esta situação ditou uma certa crepitação, até uma radicalização num certo sentido, de posições de actores defensores do *status quo* dos mecanismos supostamente em declínio e outros ligados à profecia de sucesso do novo modelo em gestação.

13. Segundo os entrevistados houve cerca de uma dezena de consultas a pessoas selecionadas sob critérios pouco claros para a apresentação do ponto de situação que informou o desenho do CI.

14. Helena Škember, NAIMA+, email trocado com membros da plataforma NAIMA+, 21 de Junho de 2018.

2. Dinâmicas de implementação do GFF. Estruturas de oportunidades e indicadores de desembolso baseado no desempenho

A implementação do GFF baseia-se, fundamentalmente, em dois instrumentos, supracitados, o Caso de Investimento e a Estratégia de Financiamento da Saúde. De facto, o primeiro é que constitui verdadeiramente o ponto de actuação, ou seja, que desenha as linhas de acção em termos de modalidades de intervenção. O segundo, o instrumento de financiamento de CI, trata-se ainda numa perspectiva que para além da componente sectorial, carece igualmente de vontade política na dimensão macro. Com efeito, muitos dos elementos levantados pela EFS carregam interesses políticos não só eleitoralista ou de legitimação governamental, mas igualmente económicos da elite política¹⁵. É preciso recordar que o sistema governamental moçambicano é caracterizado por uma forte porosidade entre interesses políticos e económicos, o que concorre grandemente para as dinâmicas de implementação de políticas públicas de quase todos os sectores relevantes¹⁶. Dado o desenho da EFS constituir uma das condições indispensáveis para o acesso aos fundos do GFF, pode levantar-se a hipótese de tratar-se de um documento de mero cumprimento tecnocrático (*check-list*) para aceder aos fundos que, no entanto, em termos concretos, a sua implementação não se revela verdadeiramente um desafio que interesse aos múltiplos-actores do sector, incluindo o Banco Mundial¹⁷. Uma grande parte das propostas de financiamento do sector no âmbito da EFS toca aspectos político-económicos de grande interesse das elites políticas do regime do dia¹⁸. Pode ser embrionário construir ilações profundas em volta da EFS, porém, em caso de implementação imediata, poderá registar-se um grande hiato entre os discursos do desenho da estratégia e a implementação *de facto*, muito por conta das dinâmicas político-económicas imbricadas.

De modo geral o CI define as prioridades para reforçar o serviço nacional de saúde, peculiarmente para SRMNIA-N. Foca-se sobre a cobertura, qualidade e acesso essencial aos cuidados de saúde primários, bem como no reforço de um sistema de intervenção a partir da melhoria de recolha e monitoria dos registos civis e de estatísticas vitais para a planificação e acção informada do sector. Os indicadores do domínio de SRMNIA-N identificam os problemas, os obstáculos e as estratégias de intervenção a serem melhorados¹⁹. De facto, a operacionalização do CI materializa-se a partir de um Programa baseado em Resultados (PforR) alinhado com o Plano Económico e Social dos programas *on-budget*, assim como no financiamento vertical *off-budget* (e fora da CUT). Este PforR, por sua vez, concretiza-se observando uma matriz de Indicadores de Desembolso baseados no Desempenho (DLI). Ao nível mais baixo de implementação, as actividades são protocoladas, monitoradas e controladas pelos *score cards* (*balanced score card* e *community score card*). Estes não apenas orientam em termos de resultados esperados e actividades mas definem igualmente a possibilidade de financiamento, daí o nome de caso

15. MISAU, Sector da Saúde. Estratégia de Financiamento, Maputo, MISAU, 2018.

16. Carlos Nuno Castel-Branco, « Growth, capital accumulation and economic porosity in Mozambique: social losses, private gains », *Review of African Political Economy*, vol. 41 / 1, 2014, p. 26-48; Jason Beste e James Pfeiffer, « Mozambique's Debt and the International Monetary Fund's Influence on Poverty, Education, and Health », *International Journal of Health Services*, vol. 46 / 2, 2016, p. 366-381. Nesta linha de pensamento seria importante questionar, por exemplo, o interesse que a comunidade empresarial tem para apostar em contribuições para o sector de saúde a partir de impostos acrescidos aos seus produtos. Num contexto de “empresariado de penúria” e baixo nível de institucionalização das instituições do Estado, é muita a força de barganha dos interesses políticos que jogam no campo económico e que pode influenciar as dinâmicas de implementação de qualquer programa. A perspectiva eleitoralista geralmente pouco importa em resultado da dose elevada do autoritarismo do regime do dia. Vide sobre a promiscuidade do empresariado: Domingos M. do Rosário, « “Empresários de penúria”. A problemática da emergência e envolvimento do sector privado local na prestação de serviços públicos: O caso do distrito de Nacala », Maputo, Instituto de Estudos Sociais e Económicos, 2014.

17. ND, entrevista, representante de uma OSC, Maputo, 22 de Novembro de 2018. Não se está a considerar que todos os actores envolvidos no GFF não tenham interesse positivo na EFS, mas a abordagem na qual se desenhou o instrumento é fortemente caracterizada por modalidades burocratizadas e politizadas.

18. Cristina Manzanares, Opções de política sobre forma e financiamento do sector de saúde em Moçambique, Maputo, Social Health protection network, 2018.

19. World Bank/Global Funding Mechanism in Support of all Women and all Children, Text of the Investment Case Proposal – Version IV, Maputo, Abril, 2017.

de investimento. Trata-se de um investimento duplo, de um lado para o financiador que cobra os resultados da prestação para desembolsar a assistência assim como do beneficiário que recebe a recompensa em resultado do seu esforço para alcançar as metas pré-definidas.

Assim, foram desenhados doze Indicadores baseados no Desempenho que servem como guia de implementação do CI. E a partir da distinção destes DLI está em processo (até à data de finalização da pesquisa) o desenho e aperfeiçoamento dos cartões de pontuação. Fundamentalmente são dois tipos de cartões: o primeiro do lado da oferta ou do provedor (*balanced score card*), ou seja, que avalia as US, Hospitais Distritais e Rurais que implementam os PforR em termos específicos e técnico-médicos de cumprimento das metas. O segundo funciona do lado da procura (*community score card*), portanto, trata-se de um instrumento centrado no utente que é auscultado e avalia a prestação de serviço da US. Em concreto, nesta perspectiva, a *performance* das US e dos Hospitais Distritais e Rurais que implementam PforR não apenas seria vista em termos de interpretações biomédicas exclusivas às perspectivas técnicas, como seria igualmente avaliada em termos de relação quotidiana com as comunidades. O desenho das duas perspectivas explorou com algum sucesso as experiências longas de diferentes ONGs/OSC que utilizam estas ferramentas na implementação das suas actividades, às vezes como condição para o desembolso de alguma ajuda financeira. Exemplos ilustrativos são os casos da experiência da Fundação Elizabeth Glaser Pediatric AID, JHPIEGO, do lado da oferta dos serviços, portanto, avaliação do desempenho dos indicadores de prestação de serviço. Outra experiência, desta feita do lado da procura de serviços, resalta do trabalho da N'weti, da Concern Universal (actualmente denominado United Purposes), da Save the Children e do Centro de Aprendizagem e de Capacitação da Sociedade Civil (CESC), em particular a experiência dos cartões de pontuação comunitária, uma ferramenta muito aprofundada pelas OSC.

Pode-se, portanto, extrair dois desafios deste processo: por um lado, pese embora a exploração da experiência das OSC, o processo é fortemente centralizado no MISAU, o que pode dificultar a apropriação dos instrumentos ao nível das unidades de implementação. Por exemplo, o desenho dos cartões de pontuação comunitária poderia ter sido descentralizado, sobretudo para as DPS e mesmo para SDSMAS, obviamente com forte apoio das OSC que já desenvolvem e implementam este tipo de ferramenta, como forma de antecipar e preparar o espaço de implementação da nova metodologia. Aliás, essa seria uma estratégia de dinamizar a socialização dos instrumentos de avaliação bem como dos serviços de saúde, permitindo ainda mais uma colaboração entre as unidades sanitárias e as comunidades (utentes) desde o período de concepção dos indicadores de avaliação. O MISAU ficaria com o papel de coordenação nacional das propostas construídas ao nível local. A generalização da construção dos cartões de cima-para-baixo pode incitar a burocratização e mecanização dos resultados pelo *deficit* de apropriação local, para além de atribuir um protagonismo desnecessário às direcções centrais. Por outro lado, há uma relativa partida em falso no sentido em que o protagonista principal, o MISAU, desenha os seus próprios instrumentos de avaliação, o que pode concorrer para a construção de referências tendenciosas com simples objectivos de vincular os resultados ao consequente desembolso.

Se é indiscutível o seu papel fundamental, a gestão para a elaboração dos instrumentos de avaliação de desempenho podia ser delegada a ONG/OSC que desenvolvem este tipo de iniciativa com longa experiência. Estas últimas, com o apoio de diversos parceiros, incluindo o MISAU, estariam em posição legítima de estabelecer uma relação independente entre os doadores e os beneficiários. Relacionado com isso, foi possível observar-se um certo desconforto da parte do MISAU em confiar a responsabilidade de administração do processo de avaliações a organizações independentes. Tanto nos cartões de pontuação do lado do provedor assim como do lado da procura (CPC), há uma forte dose de presença de estruturas estatais. Pelo lado do provedor, os Comitês de Supervisão Integrados são quase

que exclusivamente formados pela estrutura do sector: (i) um funcionário do governo (distrito ou posto administrativo), um representante da DPS, e/ou um representante da Inspeção Geral da Saúde; (ii) um representante de uma unidade sanitária (centro de saúde ou hospital); e (iii) um membro vindo da parte da Sociedade Civil/ONGs. Do lado do utente, existe uma forte recuperação dos Conselhos Consultivos Distritais, cujas limitações já foram fortemente estudadas como estando cooptados e neutralizados pelas autoridades públicas e partidárias²⁰. O grande valor do CPC é o de permitir ao utente-cidadão exigir *accountability* aos gestores e provedores e dessa forma influenciar e pressionar para a melhoria endógena da provisão dos serviços. Ter o MISAU a gerir este processo retira o valor da participação e engajamento do cidadão/utente na melhoria da provisão dos serviços e retira a dimensão e poder de exigir responsabilização e prestação de contas aos gestores pelo cidadão, o que pode em grande medida impedir a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

Ademais, até à data da finalização da pesquisa ainda era incerta a responsabilidade de administração dos cartões de pontuação — quem os fará, como os fará, a quem responde no final, etc. Provavelmente irão contar com barganhas internas no MISAU na determinação dos actores responsáveis, mesmo se a actividade for atribuída a OSC. Uma das formas mais objectivas e de credibilização na monitoria e avaliação dos resultados do cumprimento dos DLIs seria incluir cada vez mais ONG, OSC, possivelmente as universidades (ou centros de pesquisa) nas actividades ou mesmo passá-las a responsabilidade de gestão e geração de estatísticas sobre resultados de implementação dos PforR. Ou seja, todo o processo podia ser gerido por algum tipo de actor independente que garanta a maior transparência e isenção, o que forçaria as US implementadoras a imprimirem maior esforço para o alcance dos resultados.

Diversas ONG têm experiência deste mecanismo de financiamento baseado em desempenho e monitoria de actividades de forma mais descentralizada para os locais de concretização dos serviços e desenvolveram cartões de desempenho incorporando melhorias baseadas

20. Salvador Forquilha & Alask Orre, "Conselhos Locais e Institucionalização Democrática em Moçambique", in Bernhard Weimer (ed.), Moçambique: Descentralizar o Centralismo - Economia Política, Recursos e Resultados, Maputo: IESE, 2012.

no terreno. O desenho dos *score card* (para o provedor e para o utente) podia ter sido uma oportunidade para fortalecer a relação destes actores que beneficiam de financiamento vertical e com pouca relação com as autoridades centrais. Muitas experiências aplicadas pelas ONGs na articulação com as comunidades que seriam uma mais-valia na construção legítima dos cartões de desempenho no âmbito dos DLIs.

2.1. Expectativas e resultados do GFF

Pode ser ainda demasiado prematura uma análise profunda sobre os resultados do GFF, entanto que mecanismo de financiamento do sector da saúde, e a sua relação com a gestão do sistema, bem como os serviços públicos prestados. Trata-se de um mecanismo ainda em gestação cujos foruns de discussão ainda estão a nível central, causando, nos níveis abaixo, um entendimento ainda difuso. Os desembolsos ainda são relativos a investimentos e à preparação para a instauração do novo mecanismo. Foram seleccionados, para a primeira fase de implementação do CI, 42 distritos considerados vulneráveis. Um dos grandes esforços do GFF é a selecção de espaços com grandes dificuldades e aí lançar o desafio de produzirem altos resultados.

O plano de expansão da implementação é pensado de forma incremental, sendo que no primeiro ano apenas seis hospitais, como indica a tabela abaixo, estão agendados como beneficiários (vide a tabela abaixo sobre locais escolhidos para a primeira fase).

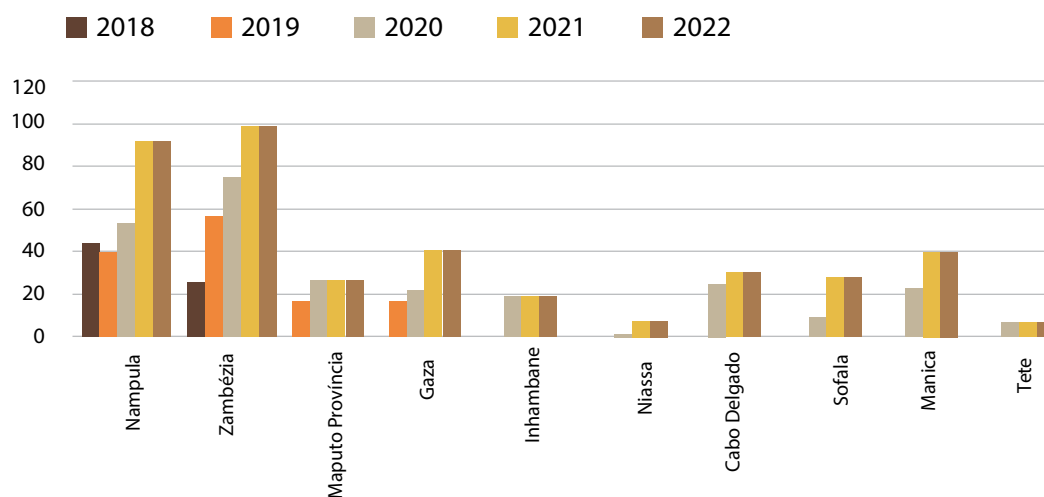
Tabela 2. Plano de implementação de Caso de Investimento

Região	Província	Hospital
Sul	Gaza	Hospital Rural de Chokwé
	Inhambane	Hospital Distrital de Quissico
Centro	Sofala	Hospital Distrital de Nhamathanda
	Zambézia	Hospital Distrital de Mocuba
Norte	Nampula	Hospital Distrital de Nacala Porto
	Niassa	Hospital Distrital de Cuamba

Fonte: MISAU, 2018

De acordo com o plano gradual de expansão, a perspectiva é de que até 2022 se atinjam os 42 distritos seleccionados como de alto potencial de impacto. Um detalhe particular, pode observar-se, no gráfico abaixo, que os locais tradicionalmente menos beneficiados pelo financiamento são os de baixos índices de saúde, como Zambézia e Nampula, representando no mecanismo os maiores beneficiários da expansão da implementação.

Gráfico 1. Plano de expansão do Caso de Investimento



Fonte: MISAU, 2018

Uma recente missão do Banco Mundial e do GFF que visitou Moçambique para avaliar o nível de implementação do processo reconheceu um atraso em quase todos os Indicadores de Desembolso baseados no Desempenho²¹. Dos doze DLI apenas três é que estavam em condições de serem cumpridos até os meados do presente ano, nomeadamente: o DLI 1, correspondente à taxa de cobertura de partos institucionais nos 42 distritos seleccionados; o DLI 3, referente ao número de casais protegidos por ano pelo planeamento familiar e o DLI 7, concernente ao número de técnicos de regime especial de saúde afectos à rede primária. Os restantes DLI estão em risco de não serem atingidos.

Entretanto, como referimos acima, poderá ainda ser cedo para tecerem-se conclusões aprofundadas sobre os resultados do GFF. Ademais trata-se sobretudo de contribuições pois ao nível dos locais de implementação seria muito complexo extrair objectivamente resultados de forma isolada de cada mecanismo de financiamento. No entanto, uma nota a reter: a implementação ao nível local ainda carece de reflexão para garantir resultados tangíveis. Um novo modelo baseado em resultados precisaria de uma abordagem contextualizada para cada caso, só isso permitiria uma avaliação concisa dos resultados esperados.

21. Missão de apoio à implementação e pré-avaliação para financiamento adicional, Moçambique : programa de fortalecimento de cidade? Saúde Primários, [Ajuda Memória], Maputo, 2018.

Nota Conclusiva

O presente texto apresenta de forma sintética os principais achados da segunda parte do estudo *Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector da Saúde em Moçambique*. Portanto, não explora nem esgota de forma exaustiva as lógicas de adesão ao novo mecanismo de financiamento do sector de saúde, o GFF. A discussão neste documento centrou-se em volta de três questões básicas de reflexão: (i) primeiro em torno da janela de oportunidade para adesão a um novo mecanismo global de financiamento, discursivamente baseado em resultados. Evidenciou-se o facto de que o elemento central que ditou uma rápida implicação com o novo mecanismo foi a crise financeira do sector, agravada pelos baixos níveis de credibilidade dos outros mecanismos de financiamento, em particular o PROSAÚDE. As narrativas dos actores-chave indicam que não houve uma profunda reflexão nem consciência clara da viabilidade para a adesão ao novo mecanismo e que os actores foram movidos pela necessidade de mudar de situação (não favorável) em que se encontravam e que ditou o entusiasmo para o alinhamento em

torno do GFF. Este facto criou alguma crepitação e estruturou as dinâmicas da sua implementação; (ii) dado o avanço sem convicção dos actores envolvidos, os instrumentos de implementação (Estratégia de Financiamento de Saúde e Caso de Investimento) apenas se apresentam como dispositivos burocráticos de financiamento sem necessariamente comprometerem as lógicas de acção do sector. As mudanças poderão observar-se, muito provavelmente, de forma incremental demasiadamente lenta e dependente de interesses políticos governamentais (não apenas do sector); E, por fim, (iii) a terceira reflexão, procurou analisar as primeiras impressões dos resultados do novo mecanismo. Estes apontam para um forte atraso, relativamente ao previsto, em quase todos os indicadores de desembolso baseado no desempenho (DLI) e investimento. Para a sua concretização ainda são necessários a preparação tanto do pessoal assim como o provimento de recursos para os locais de implementação. Em todo o caso, a vontade de mudar o cenário do sector de saúde apresenta-se como a ferramenta mais fértil para o acolhimento do novo mecanismo

de financiamento, precisando-se, no entanto, de mais reflexões públicas profundas para garantir reais compromissos entre os diferentes actores interessados e criar espaços de inclusão. Conclui-se que, apesar de ser ainda embrionária, entanto que novo mecanismo de financiamento, o GFF precisa de uma articulação cada vez mais arrojada entre os diversos níveis da administração do sector, forçando uma maior descentralização sob o risco de reproduzir o autoritarismo centralizado do sector, o que pode inviabilizar os anteriores mecanismos coordenados de financiamento. O contexto de adesão assim como as dinâmicas de implementação devem articular-se com a possibilidade de desenvolver espaços horizontais de concertação e colaboração e de ajustamentos que reformulem verdadeiramente as lógicas de interesses na economia política de financiamento do sector saúde. As complexidades do sector necessitam de um mapeamento minucioso dos interesses dos actores para evitar um retorno à fragmentação e sobreposição tanto de financiamento assim como de actividades.



Ficha Técnica

Propriedade: N'weti

Autores: Egídio Guambe e Elísio Muendane

Equipa técnica: Denise Namburete, Andes Chivangue, Sansão Dumangane e Gildo Nhapuala

Design gráfico: Maurício Matapisse

Direcção executiva: Denise Namburete

Ano: Outubro de 2019