

MOÇAMBIQUE

**MEDIÇÃO DE GASTOS EM SIDA (MEGAS)
PARA O PERÍODO: 2004-2006**

**NÍVEL E FLUXO DE RECURSOS E DESPESAS PARA A
RESPOSTA NACIONAL AO HIV E SIDA**

Janeiro de 2008

AGRADECIMENTOS

A MEDIÇÃO DE GASTOS EM SIDA (MEGAS) em Moçambique, para o período 2004 –2006, foi realizada pelo Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) com apoio financeiro e técnico da ONUSIDA, OMS, DFID, Irish Aid e UNICEF. A avaliação foi dirigida por Pascoa Temba (CNCS), Eva Kiwango (ONUSIDA) e Joaquim Durão (Consultor-Chefe). A recolha e lançamento de dados foi realizada por uma equipa de 6 consultores: Ivo Lourenço Júnior, Danisa Zavale, Teresinha Madonela, Miguel Cossa, Ema Pascoal e Elifal Moisés Magaia. O Dr. Felix Asante e Ama Pokua Fenny, do *Ghana Institute of Statistical and Social Economic Research (ISSER)* foram responsável pela elaboração do relatório, com apoio de Eva Kiwango. A Dra. Getrudes Machatine (MISAU), Diogo Milagre (CNCS), Gloria Fazenda (CNCS), Victor Muchanga (CNCS) e Sandia Abdul (CNCS), Jose-Antonio Izazola (ONUSIDA), Christian Aran (ONUSIDA), Daniel Aran (ONUSIDA) e Eva Pascoal (OMS) deram assistência técnica e logística valiosa. Os serviços de tradução do documento foram prestados por João Adelino. Por último, talvez mais importante, a implementação da avaliação foi feita com a colaboração, paciência, e apoios dos inúmeros Ministérios, parceiros bilaterais e multilaterais, ONGs, organizações de base religiosa e associações de PVHIV.

Índice

AGRADECIMENTOS	1
ABREVIATURAS	6
PREFÁCIO	8
DADOS BÁSICOS SOBRE AS DESPESAS DE MOÇAMBIQUE	10
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	11
ESTRUTURA DO RELATÓRIO	14
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Contexto.....	15
1.2 Objectivos	16
1.3 Âmbito.....	16
2 DESENHO E METODOLOGIA	17
2.1 Abordagem	17
2.2 Classificações MEGAS	18
2.3 Recolha e Processamento de Dados.....	18
2.3.1 Advocacia e Sensibilização dos intervenientes chave.....	18
2.3.2 A Equipa da MEGAS	18
2.3.3 Fontes de Dados	18
2.3.4 Recolha de Dados	19
2.3.5 Processamento de Dados	19
2.4 Assumpções e Estimação.....	20
2.5 Limitações da Avaliação	21
2.5.1 Disponibilidade dos dados sobre as despesas do HIV:.....	21
2.5.2 Qualidade de dados:	21
2.5.3 Incapacidade de efectuar uma comparação detalhada	21
2.6 Introdução da MEGAS nas Províncias.....	22
3 PANORAMA DO CONTEXTO NACIONAL.....	23
3.1 Contexto Regional	23
3.2 Contexto de Moçambique	23
3.3 Resposta nacional	25
3.3.1 Contexto de políticas	25
3.3.2 3.3.2 Quadro Institucional.....	26
3.3.2 3.3.2 Quadro Institucional.....	27
3.4 As fontes financeiras e as modalidades de financiamento.....	30
3.4.1 Fontes públicas de financiamento	30
3.4.2 Fontes internacionais de financiamento ao HIV e SIDA	31
3.4.3 Fundo Presidencial de Emergência para o SIDA (PEPFAR).....	31
3.4.4 Fundo Global para o SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM)	33
3.4.5 Programa MAP do Banco Mundial	34
3.4.6 Nações Unidas	35
3.5 Mecanismos de financiamento.....	36
3.5.1 Apoio ao Orçamento Geral e apoio ao Orçamento Sectorial.....	36
3.5.2 Fundos para o HIV e SIDA canalizados através do CNCS	37
3.5.3 Financiamento canalizado através do sector da saúde.....	37
3.5.4 Financiamentos canalizados através de outros ministérios.....	39
3.5.5 Mecanismo de financiamento de projectos	39
4 ESTIMATIVAS E AS PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE AS POLITICAS	41

4.1	Panorama das despesas	41
4.2	Despesas por fonte de financiamento, agente ou provedor de serviços.....	42
4.2.1	Fontes financeiras	42
4.2.2	Fontes financeiras públicas	43
4.2.3	Agentes financeiros	46
4.2.4	Provedores de serviços de combate ao HIV	47
4.2.5	Provedores de serviços por principal área de intervenção	50
4.3	Composição das despesas em HIV e SIDA	52
4.3.1	Prevenção	55
4.3.2	Cuidados e tratamento	63
4.3.3	Cuidados e Apoio	82
4.3.4	Reforço da Gestão e Administração de Programas	83
4.3.5	Recursos humanos e incentivos para a sua retenção	84
4.3.6	Ambiente favorável e desenvolvimento comunitário.....	84
4.3.7	Pesquisas associadas ao HIV e SIDA.....	85
4.4	Beneficiários das despesas em HIV e SIDA	85
6.	Conclusões e recomendações.....	89
4.5	6.1 Recomendações chave.....	91
5	APÊNDICES	93
5.1	Apêndice 1: Referências	94
5.2	Apêndice 2: Definição dos termos	95
5.3	Apêndice 3: Populações Alvo / Beneficiárias (BP).....	98
5.4	Apêndice 4: Questionário Actores na Luta contra o HIV e SIDA.....	99
5.5	Apêndice 5: Questionário 2 - Detalhes da utilização dos recursos por fundo	101
5.6	Apêndice 6: Lista de instituições e informações sobre a situação das despesas no HIV e SIDA	105
5.7	Apêndice 7: Lista de organizações visitadas e pessoas de contacto.....	108
5.8	Apêndice 8: Fluxo de fundos das fontes financeiras e agentes financeiros	114
5.9	Apêndice 9: Fonte - Provedor de Serviços Moçambique, 2004	118
5.10	Apêndice 10: Fonte - Provedor de Serviços Moçambique, 2005.....	119
5.11	Apêndice 11: Fonte - Provedor de Serviços Moçambique, 2006.....	120
5.12	Apêndice 12: Agentes – Provedor de Serviços Moçambique, 2004	121
5.13	Apêndice 13: Agentes – Provedor de Serviços Moçambique, 2005	122
5.14	Apêndice 14: Agentes – Provedor de Serviços Moçambique, 2006	123
5.15	Apêndice 15: Beneficiário – Função Moçambique, 2004	124
5.16	Apêndice 16: Moçambique: Beneficiário - Função, 2005.....	125
5.17	Apêndice 17: Moçambique: Beneficiário - Função, 2006.....	127
5.18	Apêndice 18: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços, 2004.....	128
5.19	Apêndice 19: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços, 2005.....	129
5.20	Apêndice 20: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços, 2006.....	130
5.21	Apêndice 21: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços - Função, 2004 131	
5.22	Apêndice 22: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços - Função, 2005 133	
5.23	Apêndice 23: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços - Função, 2006 135	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Nº. e % de organizações que disponibilizaram dados sobre despesas	18
Tabela 2: Número de organizações com actividades durante o período em análise	19
Tabela 3: Número e percentagem de organizações que disponibilizaram dados por cada ano	19
Tabela 4: Taxas estimadas de seroprevalência entre as mulheres grávidas (15-49 anos)	24
Tabela 5: Custos totais e anuais por intervenção, Plano Estratégico Nacional	28
Tabela 6: Fundos globais disponíveis para o SIDA, TB e Malária através do Fundo Comum do Ministério da Saúde (PROSAUDE).....	33
Tabela 7: Planos financeiros da ONU para o HIV e SIDA para o período 2004-2006	36
Tabela 8: Desembolsos das fontes externas ao Fundo Comum do CNCS para o período: 2004-2006	37
Tabela 9: Resumo dos Desembolsos Externos aos Fundos Comuns da Saúde (US \$ '000)	38
Tabela 10: Fonte de fundos externos: Desembolsos aos fundos comuns da Saúde para o período 2004-2006 (US \$ '000).....	39
Tabela 11: Resumo das fontes financeiras	42
Tabela 12: Fontes financeiras públicas, internacionais e privadas	42
Tabela 13: Despesas por fonte de financiamento pública.....	43
Tabela 14: Sumário das fontes financeiras internacionais	44
Tabela 15: Despesas no HIV por fontes financeiras internacionais	45
Tabela 16: Fontes financeiras privadas	45
Tabela 17: Despesas totais no combate ao HIV e SIDA por agente financiador	46
Tabela 18: Despesas por provedor de serviços	48
Tabela 19: Percentagem das despesas por provedor de serviços	49
Tabela 20: Percentagem das despesas por provedor de serviços por área chave de intervenção	51
Tabela 21: Despesas no HIV e SIDA por principais áreas de intervenção	52
Tabela 22: Percentagem das despesas no HIV e SIDA por principal área de intervenção	54
Tabela 23: Fontes financeiras públicas, privadas e externas por principal área de intervenção ('000)	54
Tabela 24: Despesas totais na prevenção – Categorias alargadas	56
Tabela 25: Principais categorias de despesas na prevenção do HIV	57
Tabela 26: Despesas públicas, privadas e internacionais em programas de prevenção ..	59
Tabela 27: Despesas em preservativos por categoria	60
Tabela 28: Despesas totais nos cuidados e tratamento do HIV e SIDA	63
Tabela 29: Principais categorias de despesas no tratamento	64
Tabela 30: Despesas públicas, privadas e internacionais em programas de tratamento..	66
Tabela 31: Totais em HIV e SIDA em COV	82
Tabela 32: Percentagem de despesas do HIV e SIDA em COV.....	83
Tabela 33: Despesas do HIV e SIDA na protecção social e serviços sociais	83
Tabela 34: Despesas em actividades de reforço de gestão e administração de programas	84
Tabela 35: Despesas em incentivos para recursos humanos e retenção associados ao HIV e SIDA.....	84
Tabela 36: Despesas em actividades de desenvolvimento de um ambiente favorável e comunitário	85
Tabela 37: Despesas em pesquisas associadas ao HIV e SIDA	85
Tabela 38: Despesas associadas ao HIV e SIDA por população de beneficiários	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: PEN II 2005-2009 – Objectivos gerais, objectivos específicos e estratégias	26
Figura 2: Fluxos de Financiamento do PEPFAR.....	32
Figura 3: Fluxos de financiamento do Fundo Global em Moçambique	34
Figura 4: Fluxos de financiamento do MAP (Banco Mundial)	35
Figura 5: Vantagens e desvantagens comparativas do Apoio aos Programas	37
Figura 6: Despesas totais no combate ao HIV/SIDA.....	41
Figura 7: Proporção percentual do financiamento ao combate ao HIV e SIDA por fonte..	43
Figura 8: Despesas no combate ao HIV e SIDA, por fonte de financiamento internacional	44
Figura 9: Valor % das despesas por fonte de financiamento internacional.....	44
Figura 10: Percentagem dos vários agentes financeiros	46
Figura 11: Despesas por provedor de serviços de HIV (US \$)	48
Figura 12: Despesas por provedor de serviços.....	49
Figura 13: Tendências financeiras nas despesas pelos grandes provedores de serviços públicos.....	50
Figura 14: Percentagem das despesas no HIV e SIDA por principais áreas de intervenção	53
Figura 15: Despesas na prevenção	55
Figura 16: Despesas na prevenção de ITS.....	60
Figura 17: Despesas na PTV	61
Figura 18: Despesas em Aconselhamento e Testagem.....	61
Figura 19: Despesas em programas juvenis de prevenção do HIV	62
Figura 20: Despesas na comunicação para a mudança de comportamento social	63
Figura 21: Categorias de despesas no tratamento	64
Figura 22: Despesas no tratamento do HIV e SIDA.....	65
Figura 23: Número de doentes em TARV e despesas em TARV	80
Figura 24: Despesas totais em TARV, CD e apoio nutricional.....	81
Figura 25: Despesas no tratamento de Infecções Oportunistas	81
Figura 26: Projecção de órfãos (cumulativos 0-17 anos)	82
Figura 27. Despesas de HIV e SIDA em COV	83
Figura 28: Beneficiários das despesas totais no HIV e SIDA.....	86
Figura 29: Categorias de despesas no HIV e SIDA para os grupos de beneficiários em 2004 (US \$).....	87
Figura 30: Categorias de despesas no HIV e SIDA para os grupos de beneficiários em 2005 (US \$).....	88
Figura 31: Categorias de despesas no HIV e SIDA para os grupos de beneficiários em 2006 (US \$).....	88

ABREVIATURAS

ANEMO	Associação Nacional de Enfermeiros de Moçambique
ARV	Anti-Retroviral
ASC	Categoria de Despesas do SIDA (AIDS Spending Category)
ASDI	Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional
BP	População Beneficiária
CCM	Country Coordinating Mechanism (Mecanismo de Coordenação Nacional)
CCS	Comité de Coordenação Sectorial
CDC	Centre for Disease Control (Centro para Controlo de Doenças)
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA
COV	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CPD	Country Programme Document (Documento do Programa Nacional)
CT	Counselling and Testing (Aconselhamento e Teste)
DBS	Apoio Directo ao Orçamento
DH	Day Hospital (Hospital Dia)
EGPAF Pediátrico)	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (Fundação Elizabeth Glaser para o SIDA Pediátrico)
ETSDS	Expenditure Tracking and Service Delivery Survey (Sistema de Monitoria de Despesas e Prestação de Serviços)
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
GdM	Governo de Moçambique
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Fundo Global de Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária)
GMS	Grant Management System (Sistema de Gestão de Fundos)
HAI	Health Alliance International
HER	Avaliação das Despesas na Saúde
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HIV+	Vírus de Imunodeficiência Humana Positivo (Seropositivo)
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
LFA	Local Fund Agent (Agente Financeiro Local)
M&A	Monitoria e Avaliação
MADER	Ministério da Agricultura
MAP	Multi-Country AIDS Programme (Programa MAP do Banco Mundial)
MDG	Millennium Development Goals (Objectivos de Desenvolvimento do Milénio)
MEGAS	Medição dos Gastos em SIDA (ver NASA)
MINEC	Ministério da Educação e Cultura
MISAU	Ministério da Saúde
MONASO	Rede Moçambicana de Organizações contra o SIDA
MOU	Memorandum of Understanding (Memorando de Entendimento)
MSF	Medicins San Frontières
MTEF	Medium Term Expenditure Framework (Cenário de Despesas de Médio Prazo)
MTFF	Medium Term Fiscal Framework (Cenário Fiscal de Médio Prazo)
NAA	National AIDS Accounts (Contas Nacionais de SIDA)
NACP	National AIDS Control Programme (Programa Nacional de Controlo do SIDA)
NAIMA	Rede de Organizações Não Governamentais trabalhando na Saúde e HIV e SIDA
NASA	National AIDS Spending Assessment (ver MEGAS)
NEC	Não Classificado Noutra Categoria
NHA	National Health Accounts (Contabilidade Nacional da Saúde)
OBC	Organização de Base Comunitária
OBF	Organização de Base Religiosa
OE	Orçamento do Estado
OI	Organização Internacional
OMM	Organização da Mulher Moçambicana
ONG	Organização Não Governamental
ONG	Organização Não Governamental
OR	Organização Recipiente

OSC	Organização da Sociedade Civil
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PEN	Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POA	Programa de Actividades
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RENSIDA	Rede Moçambicana de Associações de Pessoas vivendo com o HIV
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SAT	Southern Africa Aids Trust
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
SNP	Sindicato Nacional de Professores
SRO	Sub Recipient Organisation (Organização Sub-Recipiente)
SWAp	Sector Wide Approach (Abordagem Ampla Sectorial)
TARV	Terapia Anti-Retroviral
TB	Tuberculose
UN/NU	Nações Unidas
UNDAF	Quadro das Nações Unidas para Assistência ao Desenvolvimento
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	United States Agency for International Development (Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional)
USG	United States Government (Governo dos Estados Unidos da América)
UTOMI	Associação Moçambicana de Combate ao SIDA
WB/BM	World Bank/Banco Mundial
WHO/OMS	World Health Organisation/Organização Mundial da Saúde

PREFÁCIO

A África Subsaariana é terra de cerca de 11% da população global e quase 2/3 de todas as pessoas vivendo com HIV. Apesar de perdas de vida sem precedentes, milhões de órfãos e impactos económicos nesta região, o aumento do nível de financiamento à resposta ao HIV e SIDA não satisfaz as necessidades para se fazer face a esta epidemia. De acordo com estimativas recém-divulgadas pela ONUSIDA, dos recursos financeiros necessários para o Acesso Universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio, houve um défice global de financiamento na ordem dos US \$8.1 mil milhões em 2007

Em Moçambique, o financiamento para a resposta nacional ao HIV e SIDA aumentou de cerca de US \$48.5 milhões em 2004 para US \$96.6 milhões em 2006. Registaram-se progressos substanciais “para fazer com que este dinheiro produza resultados” e nos esforços de levar os serviços essenciais de resposta ao HIV às pessoas que deles necessitam. O governo e seus parceiros de desenvolvimento trabalharam para expandir programas críticos de combate ao HIV e SIDA, tais como a provisão de anti-retrovirais, que cresceu dez vezes entre 2004 e 2007. Todavia, continuamos a sentir dificuldades para traduzir o aumento do financiamento em programas abrangentes de prevenção e mitigação do HIV e SIDA. Por exemplo, o actual nível de expansão de fortes medidas de prevenção do HIV não acompanhou a expansão da epidemia do HIV. Como resultado, não se afigura provável que Moçambique alcance a meta de acesso universal até 2010; ou que trave e vire o curso da epidemia do HIV até 2015, como estabelecem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs).

Para alcançar o acesso universal sustentável aos serviços de resposta ao HIV e SIDA em Moçambique, precisamos de financiamento previsível de longo termo à resposta nacional ao HIV e SIDA. Todavia, o alcance do acesso universal em Moçambique precisará não só da mobilização de recursos mas também de uma alocação disciplinada de recursos e processo de monitoria, para assegurar a provisão de serviços cruciais.

A análise das fontes e usos dos fundos é importante, especialmente em situações de escassez de recursos, devido à grande importância duma alocação eficaz. A identificação de fontes financeiras e provedores de serviços de HIV; os défices financeiros e a sobreposição funcional; bem como o montante/quantidade total de recursos destinados ao HIV e SIDA, criarão oportunidades para melhorar os resultados dos investimentos que estamos a fazer. Por outro lado, é também importante monitorizar os recursos com vista a reforçar as capacidades locais de uso do financiamento adicional aos programas de combate ao HIV e SIDA.

Embora a necessidade de monitorar as tendências públicas e internacionais nas despesas em programas de combate ao HIV e SIDA seja clara, reconhecemos que, de facto, o processo apresenta alguns desafios. Estes desafios incluem a falta de rubricas orçamentais claras para HIV e SIDA no orçamento nacional; integração do trabalho na área do HIV e SIDA em áreas programáticas mais amplas tais como a saúde, educação, e redução da pobreza; e a mudança positiva de um sistema de financiamento mais fácil baseado nos projectos para um apoio ao orçamento geral e apoio de dimensão sectorial.

Apesar destes desafios na prestação de contas sobre despesas, cabe-nos a nós reforçar os nossos sistemas de prestação de contas para que possamos quantificar os montantes gastos no combate ao HIV e SIDA em Moçambique e nos cuidados de saúde primária em geral. Há necessidade de maior clareza do governo e todos os parceiros na prestação de contas sobre estes cometimentos e despesas. Os apelos para o aumento de financiamento para apoiar a integração, projectos integrados e intervenções focalizadas, devem ser acompanhados por uma capacidade de demonstrar claramente como estão sendo usados os recursos.

Grandes esforços estão sendo feitos com vista a reforçar os sistemas públicos de gestão financeira em Moçambique, incluindo a implementação do SISTAFE. Temos o desafio de garantir que o SISTAFE possa ser ajustado para fornecer dados desagregados sobre as despesas.

O Governo e seus parceiros de desenvolvimento continuam na vanguarda dos esforços em prol do acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio à resposta ao HIV em Moçambique. É necessária a expansão de uma resposta abrangente de prevenção do HIV para evitar que ocorram novas infecções. Se não prevenirmos a ocorrência de novas infecções, os custos futuros de tratamento continuarão a crescer. De igual modo, o acesso ao tratamento é essencial aos esforços com vista a preservar a produtividade dos adultos e suas famílias, reduzir a onerosa hospitalização e aliviar o impacto da epidemia sobre a economia

e desenvolvimento humano. Se os programas de tratamento não acompanharem as necessidades, a mortalidade associada ao HIV tenderá a crescer, intensificando ainda mais o impacto da epidemia.

Dados os inúmeros desafios que devem ser ultrapassados para fornecer serviços de resposta ao HIV, serão necessários altos níveis de financiamento em prol do acesso universal nos próximos anos. É essencial que tenhamos um conhecimento claro sobre os valores que estão a ser gastos no combate ao HIV e SIDA para que saibamos se estas despesas estão a ser adequadamente dirigidas às intervenções mais eficazes. Ademais, permitir-nos-á também melhor compreender até que ponto os actuais esforços poderão não ser suficientes para alterar o curso da epidemia em Moçambique. A importância da monitoria financeira para estimar o montante total dos gastos no combate ao HIV e SIDA não pode ser ignorada. Ela permite, também, uma maior transparência e prestação de contas aos órgãos de supervisão locais (ex. Parlamento), ao público e aos doadores.

Em 2006, o Governo de Moçambique comprometeu-se a realizar uma Avaliação Nacional das Despesas em SIDA abrangente das despesas públicas, internacionais e privadas no combate ao HIV e SIDA em Moçambique. O presente relatório, que detalha as despesas no combate ao HIV e SIDA para o período 2004-2006, é a materialização desse compromisso.

A avaliação demonstra que Moçambique gastou cerca de US \$204.120.637 no combate ao HIV e SIDA entre 2004 e 2006. A proporção das despesas públicas domésticas no combate ao HIV e SIDA duplicou durante este período em estudo, de US \$7.326.297 para US\$14.301.520. Em conformidade com os compromissos do PARPA, a maior proporção dos gastos durante o período em referência foi destinada à prevenção (40%) e cuidados e tratamento (29%). A análise demonstra que a população em geral é a principal beneficiária destas despesas. A maior parte destes recursos estão a ser gastos pelos provedores públicos de serviços de HIV (e através de parcerias público - privadas com ONGs).

As despesas no combate ao HIV e SIDA também apoiaram os investimentos no reforço dos sistemas de saúde, que, por sua vez, contribuirão substancialmente para os esforços com vista a realizar outros ODMs relacionados com a saúde. Todavia, apesar dos constrangimentos em recursos humanos no sector da saúde, o relatório indica que somente 6% dos recursos foram gastos no reforço de recursos humanos.

O relatório propõe um conjunto de recomendações. Entre estas, as seguintes são dignas de realce: a necessidade de alocar mais recursos para reforçar o nosso capital humano para fornecer cuidados de saúde incluindo os serviços relacionados com HIV e SIDA; e a necessidade de aumentar o financiamento às crianças órfãs e vulneráveis. A importância do reforço dos sistemas governamentais com vista a recolher dados desagregados sobre despesas; e a necessidade de obter um melhor conhecimento dos recursos necessários para assegurar que Moçambique seja capaz de expandir os programas essenciais de combate ao HIV. É necessário que se priorize uma determinação abrangente dos custos da Estratégia Multisectorial Nacional de Combate ao HIV e SIDA que tome em consideração as estimativas mais recentes da seroprevalência, o número de pessoas vivendo com o HIV.

DADOS BÁSICOS SOBRE AS DESPESAS DE MOÇAMBIQUE

Despesas no HIV e SIDA por fonte financeira:

Despesas Totais: US\$ 204.120.637
Públicas: US\$ 33.161.251 (16 %)
Internacionais: US\$ 166.792.556 (82%)
Privadas: US\$ 4.166.830 (2%)

Despesas no HIV e SIDA por agente financeiro:

Públicos: US\$ 65.893.356 (32%)
Internacionais: US\$ 125.305.799 (62%)
Privados: US\$ 12.921.482 (6%)

Despesas no HIV e SIDA por provedor de serviços:

Provedores públicos: US\$ 93.993.442 (46%)
Privados sem fins lucrativos: US\$ 77.468.243 (38%)
Privados com fins lucrativos: US\$ 2.438.562 (1%)
Bilaterais e multilaterais: US\$ 19.905.542 (10%)
Outros: US\$ 10.314.848 (5%)

Despesas no HIV e SIDA por área programática:

PREVENÇÃO (40% das despesas totais)

- o Despesas Totais: US\$ 82.099.340
- o Principal Item: Outras actividades de prevenção: \$ 13.586.269 (17%)
Comunicação para mudança de comportamento US\$10.639.706 (17%)

CUIDADOS e TRATAMENTO (29% das despesas totais)

- o Despesas Totais US\$ 58.982.953
- o Principal Item ARV US\$32.953.411 (56%)
Cuidados Domiciliários: US\$14.985.227 (25%)

ACTIVIDADES COV (7% das despesas totais)

- o Despesas Totais US\$ 15.164.408
- o Principal Item: Apoio comunitário US\$4.860.159 (33%)
Outros serviços para COV US\$4.607.792 (30%)

ACTIVIDADES DE GESTÃO DE PROGRAMAS (15% das Despesas totais)

- o Despesas Totais US\$31.584.163
- o Principal Item: Administração de Programas US\$13.065.037 (41%)
Planificação e Coordenação US\$11.671.730 (37%)

HIV e despesas por beneficiário:

População geral: US\$ 93.086.523 (46%)
Pessoas vivendo com HIV: US\$ 58.177.430 (29%)
MARPS: US\$ 331.000 (0.4%)

SUMÁRIO EXECUTIVO

O financiamento dos programas de resposta ao HIV e SIDA em Moçambique provém de três fontes principais: fontes públicas, externas (internacionais) e privadas. À semelhança de muitos países em desenvolvimento, a resposta de Moçambique ao HIV e SIDA depende, em grande medida, da assistência externa obtida das organizações internacionais, multilaterais e bilaterais bem como das fundações e ONGs que apoiam a resposta ao HIV e SIDA. Estas fontes canalizam os fundos para o combate ao HIV e SIDA através de três principais mecanismos de financiamento: através do Orçamento Geral do Estado, através do financiamento à abordagem de dimensão sectorial (*Sector-Wide Approach - SWAp*) para o sector da saúde; e/ou através do financiamento vertical aos projectos.

Em 2006, o governo assumiu o compromisso de levar a cabo uma Medição Nacional das Despesas em SIDA (*National AIDS Spending Assessment - MEGAS*) completa para monitorizar exaustivamente as despesas reais na resposta ao HIV e SIDA a partir de fontes públicas, internacionais e privadas (UNGASS, 2005). A avaliação centrou-se na monitoria das despesas de nível nacional no combate ao HIV para o período 2004, 2005 e 2006. A recolha de dados abrangeu as despesas domésticas, externas e privadas no HIV e SIDA, incluindo os fundos canalizados através do governo. A avaliação não cobriu despesas totais com fundos próprios da família em HIV e SIDA, somente os pagamentos com fundos próprios para serviços e medicamentos.

A maior parte das principais fontes de dados (registos detalhados sobre as despesas) foi obtida da maioria das fontes primárias para o período em referência. As fontes secundárias foram apenas usadas quando não houvesse disponibilidade de fontes primárias. Nos outros casos, foram usadas técnicas de determinação de custos para estimar algumas das despesas nas actividades relacionadas com o HIV e SIDA, usando os melhores dados disponíveis e as suposições mais apropriadas. Houve várias limitantes a este estudo. Entre as principais, enfrentou-se o problema relativo à falta de informações sobre despesas no HIV, especialmente nos ministérios sectoriais. Portanto, é difícil apresentar conclusões firmes sobre os fluxos financeiros de HIV e SIDA de certos sectores. Todavia, na base das informações obtidas por fontes financeiras e provedores de serviços, o estudo procura reconstruir algumas despesas sectoriais nos programas de resposta ao HIV e SIDA. Foi também difícil fazer uma comparação detalhada das despesas por área de intervenção de HIV e SIDA devido à falta de um Quadro Estratégico Nacional (NSF) com os respectivos custos e diferenças nas categorias de NSF e categorias da MEGAS.

Principais Constatações

As estimativas da MEGAS demonstram que, em geral: entre 2004 e 2006, Moçambique gastou um total de US \$204.120.637 no HIV e SIDA. Embora as despesas no HIV tenham aumentado apenas em 5% de 2004 a 2005, as despesas totais aumentaram em 18% entre 2005 e 2006. As despesas no HIV e SIDA em 2006 corresponderam a quase metade das despesas totais durante o período em estudo. As fontes financeiras externas representam 82% de todas as despesas no HIV durante 2004-2006. Os fundos públicos constituíram 16% das despesas totais no HIV e SIDA, enquanto as fontes privadas representaram apenas 2% das despesas totais.

As estimativas MEGAS relativas aos provedores dos serviços de HIV demonstram que as organizações públicas fornecem a maior parte destes serviços em Moçambique. Estima-se que US \$93.993.442 (46% das despesas totais) tenham sido usados pelos provedores de serviços públicos ao longo dos três anos. Os provedores privados de serviços de HIV são principalmente constituídos por organizações com fins lucrativos e não lucrativos. Os resultados da MEGAS confirmam a tendência geral de que a provisão de serviços de HIV dependeu muito dos provedores privados de cuidados sem fins lucrativos (ONGs). A parceria público-privada com o MISAU, na sua capacidade de “contratante” dos serviços, permite que os serviços de HIV sejam prestados às pessoas que deles precisam e também integra actividades e funcionários das ONGs nas unidades do governo. Entre 2004 e 2006, as ONGs despenderam US \$77.468.243 (38%) nas actividades relacionadas com o HIV e SIDA. Algumas organizações bilaterais e multilaterais também estão envolvidas na provisão de vários serviços de HIV e SIDA. Entre 2004 e 2006, o valor das despesas de provisão de serviços de HIV das organizações bilaterais e multilaterais baixou de 13% das despesas totais no HIV em 2004 para 7% em 2006.

Uma desagregação adicional dos dados pelas Categorias da MEGAS sobre Despesas no SIDA demonstra que as principais prioridades de despesas entre 2004 e 2006 foram na prevenção (40%); cuidados e tratamento (30%); e gestão e reforço administrativo de programas (15%). As despesas totais nos programas de prevenção baixaram de 48% do financiamento total em 2004 para 34% em 2006; todavia, as despesas no tratamento e cuidados aumentaram de 21% das despesas totais em 2004 para 37% em 2006.

Outra importante área de intervenção chave que tem estado a reduzir ao longo dos anos é o recrutamento de recursos humanos e incentivos de retenção. As despesas baixaram de 9% das despesas totais em 2004 para 5% em 2006. Os gastos totais em Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV) e em pesquisas sobre o HIV e SIDA continuam baixos, em 7% e 8% das despesas totais, respectivamente, entre 2004 e 2006.

A redução geral dos gastos em programas de prevenção como percentagem das despesas totais ao longo do período em estudo deve ser monitorada dada a importância da intensificação da prevenção com vista a alterar o rumo da epidemia em Moçambique. Os resultados demonstram que entre 2004-2006, 96% do orçamento na prevenção do HIV foi gasto nas seguintes dez actividades: comunicação para mudança social e de comportamento (13%), prevenção, diagnóstico e tratamento de ITS (10%), marketing social de preservativos (10%), PTV (11%), aconselhamento e teste (8%), prevenção para jovens fora da escola (9%), prevenção para jovens na escola (8%), mobilização comunitária (7%), intervenções programáticas para populações vulneráveis (3%) e outras actividades de prevenção (17%).

Houve uma alteração na tendência das despesas nos cuidados e tratamento. As despesas totais nos cuidados e tratamento subiram de US \$10.336.214 em 2004 para US \$13.020.739 em 2005, e para US \$35.626.000 em 2006, o que representa um aumento de 173% desde 2005. Em 2004, cerca de 64% das despesas totais nos cuidados e tratamento foram destinadas ao TARV e 17% para o tratamento de infecções oportunistas (IO). Até 2006, esta configuração das despesas havia mudado. Embora o TARV tenha continuado a ser a principal categoria de despesas do tratamento, a proporção das despesas em Cuidados Domiciliares (CD) aumentou quase dez vezes de US \$1.068.880 em 2004 para US \$9.681.318 em 2006. As outras categorias de despesas, tais como o apoio nutricional associado à terapia ARV, também constituíram uma grande proporção das despesas totais em 2006.

Um resumo das despesas em COV demonstra que as despesas totais em COV aumentaram ligeiramente de US \$3 milhões em 2004 para US \$4.1 milhões em 2005 e voltaram a subir para US \$7.4 milhões em 2006. Em geral, houve despesas mais dirigidas em COV em 2006 do que em 2004 e 2005. Em 2006, cerca de 32% das despesas totais em COV foram para o apoio às famílias/cuidados domiciliares de COV; 32% foram para o apoio comunitário às COV em 2006; 13% em custos administrativos; 11% em serviços não especificados; 9% na educação e 3% em cuidados básicos de saúde.

Os recursos para a resposta nacional ao HIV e SIDA contribuíram para a melhoria de infra-estruturas, *procurement* e distribuição, actualização das infra-estruturas laboratoriais e bancos de sangue, nutrição, e gestão de logística. As despesas totais na gestão de programas e actividades de reforço administrativo cresceram de 2004 para 2006. Em média, para todos os anos em estudo, mais de 85% das despesas totais para esta categoria foram para as actividades administrativas, de planificação e coordenação.

Um número insuficiente de pessoal formado e retido para o sector da saúde pública constitui um grande constrangimento para expandir os cuidados e tratamento do HIV e SIDA em Moçambique. As despesas em recursos humanos e incentivos de retenção mantiveram-se os mesmos de 2004 a 2006. Ao longo dos três anos, a maior parte das despesas foi para a formação e o remanescente foi destinado aos incentivos monetários para outros funcionários em actividades relacionadas com o HIV e SIDA. Os constrangimentos de capacidade humana não podem ser ignorados. Actualmente, há um número limitado de funcionários para planificar, gerir e implementar as várias iniciativas de resposta nacional definidas no PEN II.

A falta de dados sobre as despesas no HIV e SIDA desagregados por género tornou difícil avaliar se as actividades dirigidas às mulheres e raparigas e aos homens e rapazes têm recursos suficientes. Isto também origina questões relativas à implementação de programas para lidar com as questões relativas ao género que levam à feminização da epidemia do HIV em Moçambique.

Entre 2004 e 2006, 98% das despesas totais no HIV e SIDA durante o período em referência beneficiaram as seguintes populações: populações vivendo com HIV (PVHIV), COV, crianças nascidas ou por nascer de mães seropositivas, clientes das clínicas de ITS, crianças e jovens fora da escola, jovens na escola, operários e crianças na escola e outras populações. Em 2004, 22% das despesas totais beneficiaram as Pessoas vivendo com HIV (PVHIV), cerca de 9% as COV e o remanescente foi igualmente distribuído aos outros grupos. Em 2005, 61% das despesas totais foram gastas na população em geral, 16% em PVHIV e 6% em COV. Em 2006, as despesas em PVHIV cresceram para 40% das despesas totais como resultado do aumento nas despesas em TARV.

Conclusões e Recomendações

Quantidades substanciais de recursos foram investidas na resposta nacional ao HIV e SIDA. O crescimento do financiamento à prevenção e cuidados do HIV e SIDA ultrapassou a maior parte dos outros programas de saúde pública. Todavia, um número insuficiente de quadros formados e retidos de saúde pública

constitui um grande constrangimento para a expansão dos cuidados e tratamento do HIV e SIDA em Moçambique. Neste âmbito, é difícil avaliar se a implementação destes programas relacionados com o HIV e SIDA irão alcançar os grupos planificados em todas as províncias no país.

Os dados sobre as despesas no HIV e SIDA e fluxo de recursos das agências financiadoras para os implementadores e grupos-alvo é vital para uma planificação efectiva dos programas de HIV e SIDA e para o uso eficiente de recursos. É necessário institucionalizar o processo da MEGAS em Moçambique para facilitar a recolha de dados e elaboração de relatórios sobre as despesas no combate ao HIV e SIDA.

A forte dependência em fundos externos traz à tona as questões de sustentabilidade dos programas de HIV e SIDA em Moçambique. A alocação do orçamento interno ao CNCS reduziu drasticamente nos últimos três anos e este défice foi coberto pelas fontes externas de financiamento. É importante notar que a harmonização e alinhamento do apoio dos doadores através da canalização de fundos via um fundo comum reduz a duplicação dos programas e garante que haja uma alocação mais eficiente de recursos.

Um grande constrangimento do estudo foi a incapacidade de realizar uma avaliação exaustiva dos pagamentos individuais (OOP) às actividades relacionadas com o HIV e SIDA. Recomenda-se que algumas questões associadas às despesas no HIV sejam incorporadas nos inquéritos dos agregados familiares existentes para permitir ao governo determinar a proporção de famílias com despesas catastróficas no HIV e SIDA em Moçambique.

As principais recomendações do presente estudo baseiam-se na necessidade de se ter um Plano Estratégico Nacional com orçamento para garantir um mecanismo de alocação de recursos baseado nas necessidades. As vantagens de tal processo são duplas: primeiro, ele ajuda na mobilização de recursos, quer a nível interno, quer ao nível externo, para garantir a provisão adequada de recursos em áreas onde são mais necessários. Em segundo, ele fornece-nos uma base para uma avaliação imediata dos défices de financiamento; o que justificaria a necessidade de alocações orçamentais mais adequadas à resposta nacional.

ESTRUTURA DO RELATÓRIO

O relatório encontra-se organizado em seis secções. Para além do que foi discutido acima, o relatório encontra-se estruturado da seguinte forma. A Secção 2 realça a metodologia e o processo adoptado pela equipa de avaliação da MEGAS. Ela cobre os métodos de recolha de dados, as fontes dos dados, processamento de dados, análise, assumpções, e estimativas, desafios e acções mitigadoras.

A terceira secção apresenta uma descrição da situação do país. Ela discute a resposta nacional à epidemia do SIDA e fornece uma descrição adicional das actuais modalidades de financiamento, cobrindo processos actuais de planificação, definição de orçamentos e financiamento da resposta ao HIV em Moçambique.

Os resultados das estimativas da MEGAS são apresentados na Secção 4. Esta secção examina de forma rigorosa o volume de financiamento por fonte financeira e por área temática. Também discute a alocação dos orçamentos do SIDA em Moçambique relativamente aos objectivos e metas contidos no Plano Estratégico Nacional e em relação aos outros países da região. O sumário e recomendações do estudo são apresentados na Secção 5.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

A necessidade de uma avaliação para analisar como e para onde é canalizado o financiamento às actividades de combate ao HIV e SIDA e até que ponto foi também uma das principais recomendações da Avaliação Conjunta Governo-Parceiros de Desenvolvimento de Março de 2006 (GdM/PAP 2006). A Avaliação Conjunta constatou que as actuais classificações do orçamento do Estado não fornecem uma imagem abrangente das fontes financeiras do governo e demais fontes financeiras da resposta nacional ao HIV e SIDA, para além dos recursos alocados ao Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). À semelhança de outros países da África Austral, os sistemas de despesas de Moçambique actualmente não fornecem uma fonte precisa e única de despesas detalhadas no HIV e SIDA em termos de fontes e agentes financeiros, provedores de serviços, beneficiários e programas de HIV. Para assegurar uma resposta coordenada e com recursos adequados, é essencial que se institucionalize um sistema sustentável de dimensão governamental para monitoria dos recursos e despesas orçamentadas e não orçamentadas para o SIDA em vários sectores.

Nos últimos nove anos, Moçambique levou a cabo duas importantes avaliações das despesas nacionais do sector da saúde. O primeiro inquérito foi realizado em 1999, como parte da iniciativa do Ministério da Saúde de formular uma Estratégia de Financiamento à Saúde de Moçambique. O Ministério da Saúde (MISAU), com apoio da USAID, encomendou uma Avaliação das Despesas da Saúde (HER) que incluía uma rubrica de Contas Nacionais da Saúde (NHA). O objectivo de HER era avaliar todos os fluxos financeiros nos sectores de saúde, privados e públicos, desde as fontes financeiras para onde os recursos são transformados em resultados de cuidados de saúde. A análise também procurava definir que recursos relativos à saúde (dinheiro e pagamentos em bens), donde vêm e para que intervenientes são canalizados e, finalmente, como estes recursos são usados. Em 2001, o Governo e o Banco Mundial realizaram outro inquérito ao sector da saúde, a Monitoria das Despesas e Inquérito sobre a Prestação de Serviços (ETSDS), como parte da Reforma das Despesas Públicas. O objectivo de ETSDS era produzir evidências quantitativas e qualitativas sobre como os sistemas e procedimentos de saúde actuais afectam a eficiência, equidade e qualidade na prestação de cuidados primários de saúde. Os dois estudos, o da USAID e o do Banco Mundial, realçam a presença de dados relativamente correctos e completos sobre as despesas na saúde em algumas áreas. por exemplo, do MISAU e doadores e défices notáveis na qualidade de informação em outras áreas.

Embora a NHA seja um instrumento importante para ilustrar o financiamento do sector da saúde e como os fundos fluem das fontes financeiras, através dos agentes financiadores para destinos onde os serviços de saúde são fornecidos por diferentes tipos de provedores de cuidados de saúde, as suas classificações não monitorizam os fluxos financeiros do HIV e SIDA para além do sector da saúde. Outros estudos de avaliação também realçaram fluxos financeiros significativos para as províncias através de organizações não governamentais nacionais e internacionais, mas estes fundos não são adequadamente monitorados pelo sistema de estatísticas e informações do MISAU (Costa, J. et al, 2006).

Em 2005, foi usada a metodologia de Medição de gastos em SIDA (MEGAS) para recolher informações sobre as despesas do Governo na resposta ao HIV e SIDA para o relatório do UNGASS. O objectivo geral da avaliação era de monitorar as transacções sobre as despesas domésticas públicas totais no HIV e SIDA nos sectores da educação, desenvolvimento social, acção social, bem como para outros sectores que estiveram claramente aquém de qualquer conceptualização do sistema de prestação de serviços e cuidados de saúde. A avaliação cobriu as despesas de oito áreas programáticas, a saber: prevenção, tratamento e cuidados, Crianças Órfãs e Vulneráveis, desenvolvimento de programas de combate ao SIDA, recursos humanos, mitigação social, desenvolvimento comunitário e melhoria do meio ambiente e pesquisas sobre o HIV e SIDA. Devido à limitação do tempo em que a avaliação foi realizada, foi difícil recolher informações para todas as áreas da MEGAS e monitorar exaustivamente as despesas no HIV das fontes financeiras para os provedores e beneficiários.

Em 2006, o governo comprometeu-se a realizar uma MEGAS para monitorar de forma exaustiva as actuais despesas no HIV e SIDA a partir das fontes públicas, internacionais e privadas (GdM, 2005). Para tal, o CNCS foi mandatado para trabalhar com outros ministérios estratégicos, organizações multilaterais e bilaterais para melhorar os cálculos das despesas do HIV e SIDA em Moçambique, como parte da sua função chave de M&A.

1.2 Objectivos

O objectivo geral desta actividade da MEGAS é contribuir para o reforço da Avaliação Nacional das Despesas em SIDA em Moçambique com vista a apoiar a coordenação, harmonização e alinhamento do uso de recursos de HIV e SIDA. Os objectivos específicos do estudo foram os seguintes:

- Catalisar e facilitar as acções de reforço de capacidades com vista a monitorar as despesas no HIV e SIDA com eficácia e sintetizar estes dados em informações estratégicas para a tomada de decisões.
- Fazer o uso eficiente do apoio técnico e financeiro para desenvolver um mecanismo para a institucionalização das Medições das Despesas no HIV.
- Monitorizar a alocação de fundos do HIV e SIDA, desde a sua origem até ao ponto último de prestação de serviços, entre as diferentes fontes financeiras, sejam públicas, privadas ou externas, e entre os diferentes provedores e beneficiários (grupos-alvo).

As questões-chave que são cobertas pelo presente estudo da MEGAS são as seguintes:

- Que valores são de facto desembolsados e usados em cada componente da resposta multisectorial ao HIV? Os aumentos das alocações no orçamento vão para intervenções prioritárias de HIV?
- Qual é a alocação das despesas no SIDA em relação aos objectivos e metas traçados no Plano Estratégico Nacional?
- Para onde vão os fundos de combate ao HIV e SIDA – Quem são os principais provedores de serviços e beneficiários destes serviços?
- São investidos recursos suficientes com vista a melhorar a capacidade de expansão dos recursos humanos?
- A assistência dos doadores internacionais substitui ou induz à redução da alocação governamental aos programas e actividades de resposta ao HIV e SIDA?

1.3 Âmbito

A avaliação teve como enfoque a monitoria das despesas nacionais na resposta ao HIV disponíveis ao nível central para o período 2004, 2005 e 2006. A recolha de dados cobriu as despesas domésticas, externas e privadas na resposta ao HIV e SIDA, incluindo os fundos canalizados através do governo. A avaliação não cobriu despesas totais no HIV e SIDA através de fundos próprios da família, somente os pagamentos individuais aos serviços e medicamentos. Em 2008, o CNCS espera realizar MEGAS provincial em províncias seleccionadas para fornecer informação suplementar aos dados obtidos ao nível nacional e construir a capacidade para realizar MEGAS provincial.

2 DESENHO E METODOLOGIA

2.1 Abordagem

A Medição de Gastos em HIV e SIDA (MEGAS) para a monitoria de recursos é uma metodologia abrangente e sistemática usada para determinar o fluxo de recursos destinados à luta contra o HIV e SIDA. Este instrumento monitora a despesa real (pública, privada e internacional) quer no sector da saúde, quer nos outros sectores (mitigação social, educação, trabalho e justiça) que constituem a Resposta Nacional ao HIV e SIDA¹.

A necessidade de monitorar as despesas do HIV deriva do facto de as decisões relativas às alocações para as actividades relacionadas com o HIV e SIDA deverem ser baseadas num efeito verdadeiro dos padrões anteriores de despesas sobre o perfil da epidemia nas várias regiões do país. Espera-se que a MEGAS forneça informações que contribuam para um melhor conhecimento da capacidade de absorção financeira do país, bem como sobre as questões sobre equidade, eficiência e eficácia do processo de alocação de recursos.

Além do estabelecimento de um sistema contínuo de informações do financiamento ao HIV e SIDA, a MEGAS promove a elaboração de relatórios padronizados de indicadores de monitoria do progresso para o alcance da meta da *Declaração de Compromisso* adoptada pela Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA (UNGASS)².

A MEGAS obedece a um sistema de monitoria das despesas que envolve a recolha sistemática do fluxo de recursos por diferentes fontes financeiras para os provedores de serviços, através de diversos mecanismos de transacção. A transacção envolve todos os elementos do fluxo financeiro, a transferência de recursos de uma fonte financeira para um provedor de serviços, que usa o dinheiro em itens orçamentais para produzir funções (ou intervenções) em resposta ao combate ao HIV e SIDA em benefício de grupos específicos ou dirigidas a populações não específicas (ou à população em geral). A MEGAS usa técnicas verticais descendentes (de cima para baixo) e ascendentes (de baixo para cima) para obter e consolidar informações. A abordagem vertical descendente monitora as fontes de fundos a partir dos relatórios dos doadores, relatórios de compromisso, orçamentos do Estado e a abordagem ascendente monitora as despesas a partir dos registos das despesas dos provedores de serviços, registos do nível das unidades e contas de despesas dos departamentos do governo.

Nos casos onde haja dados em falta, são usadas técnicas de determinação de custos para estimar as despesas reais com base em métodos de determinação de custos internacionalmente aceites e padrões usados para retroactivamente medir as despesas reais do passado. A definição dos custos dos ingredientes com base nas saídas é usada para estimar as despesas directas e partilhadas para a resposta ao HIV e SIDA, sendo que os custos são alocados ao factor de utilização mais apropriado.

Como parte desta metodologia, a MEGAS emprega tabelas e matrizes de dupla entrada para representar a origem e destino dos recursos, evitando a contabilidade de dupla entrada das despesas através da reconstrução dos fluxos de recursos para todas as transacções do HIV e SIDA.

A viabilidade da MEGAS baseia-se em informações de fundo, na identificação dos actores chave e potenciais fontes de informação, na compreensão dos interesses dos utentes e informadores, bem como o desenvolvimento de um grupo interinstitucional responsável pela facilitação do acesso à informação, participação na análise de dados e que contribui para a divulgação dos dados.

Até ao momento, mais de vinte países calcularam Contas Nacionais para o SIDA (NAAs), a maior parte dos quais desenvolveu mecanismos institucionalizados para uma monitoria contínua. Foi produzida uma base de dados de cerca de 100 países/anos de estimativas.

¹ UNAIDS, 2006: National AIDS Spending Assessment: a notebook on methods, definitions and procured for the measurement of HIV/AIDS financing flows and expenditures at country level. (draft- work in progress).

² *Declaração de Compromisso* adoptada pela Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA(UNGASS)

2.2 Classificações MEGAS

Depois da experimentação e após uma avaliação da resposta do passado aos conductores da epidemia do HIV e a maneira de lidar com estes vectores, o programa MEGAS e as rubricas orçamentais foram construídos em oito categorias ou capítulos de despesas do SIDA, nomeadamente: Prevenção, Cuidados e Tratamento, Crianças Órfãs e Vulneráveis, Gestão de Programas e Reforço de Administração, Incentivos para os Recursos Humanos, Protecção Social e Serviços Sociais, Ambiente favorável e Programas Comunitários e Pesquisa. As populações beneficiárias são classificadas em sete categorias principais, com vários subgrupos em cada categoria, para permitir uma desagregação adicional dos dados recolhidos. Para uma descrição completa das categorias de beneficiários, vide o Apêndice 6.4.

2.3 Recolha e Processamento de Dados

2.3.1 Advocacia e Sensibilização dos intervenientes chave

Antes da avaliação nacional do SIDA, o CNCS, em colaboração com a ONUSIDA³, OMS e UNICEF, realizaram vários encontros de consulta em Setembro de 2006 com os intervenientes chave incluindo instituições chave formuladoras de políticas do Governo para formalmente apresentar a MEGAS e enfatizar a necessidade de dados correctos e concisos sobre despesas, com vista a garantir que a avaliação fornecesse uma imagem abrangente das despesas no HIV em Moçambique. Foram realizados seminários de capacitação envolvendo todos os intervenientes chave e também teve lugar a formação dos membros da equipa da MEGAS de Moçambique em Outubro de 2006 com o apoio técnico da ONUSIDA⁴.

2.3.2 A Equipa da MEGAS

Os pontos focais para a avaliação em Moçambique foram: o Secretário-Adjunto do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) e o Director Nacional de Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde. A equipa da avaliação incluía o Chefe da Unidade de Planificação e M&A do CNCS, técnicos de M&A do CNCS, a Assessora de M&A da ONUSIDA, o Economista em Saúde da OMS, o Chefe de Políticas e Planificação do UNICEF e o Consultor Chefe Nacional. Uma equipa de sete consultores nacionais (o consultor chefe e os seis consultores juniores) foi responsável pela recolha e análise de dados. A equipa dos consultores também participou nas reuniões dos grupos de trabalho e nos encontros de *briefing* e validação. A equipa nacional foi apoiada por consultores internacionais em várias etapas da avaliação.

2.3.3 Fontes de Dados

Em colaboração com o CNCS, a equipa de consultores identificou e fez o mapeamento de todas as fontes financeiras do HIV, agentes financeiros, provedores de serviços e categorias de despesas em SIDA.

A maior parte das principais fontes de dados (registos detalhados de despesas) foi obtida a partir das fontes primárias, para 2004, 2005 e 2006. As fontes secundárias só foram usadas nos casos de indisponibilidade de fontes primárias (ex. despesas das ONGs que receberam financiamento directo de doadores que não foram registadas pelo CNCS, relatórios dos doadores ou dados mais detalhados sobre as despesas). As outras técnicas de determinação de custos foram usadas para estimar algumas das despesas das actividades relacionadas com o HIV e SIDA utilizando as suposições mais adequadas.

Tabela 1: Nº. e % de organizações que disponibilizaram dados sobre despesas

Questionários	Amostra
Ministérios sectoriais	33
Universidades	10
Organizações bilaterais	17
Organizações multilaterais	14
ONGs internacionais	51
ONGs nacionais	25
Empresas privadas	30
Total	180

³ Em Setembro de 2006, Jose Antonio Izazola, Chefe da Unidade de Monitoria de Recursos da ONUSIDA (Chief of Resource Tracking Unit) em Genebra, realizou uma viagem de trabalho a Moçambique, tendo mantido encontros com funcionários do Governo de Moçambique do MPD, MISAU, INE, CNCS, MMAS, parceiros bilaterais e multilaterais e ONGs

⁴ Um total de 40 peritos do CNCS, ministros do sector público e ONKs participaram no workshop de formação em MEGAS

Tabela 2: Número de organizações com actividades durante o período em análise

Questionário	2004		2005		2006	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ministérios sectoriais	20	15%	20	14%	31	19%
Universidades	7	5%	7	5%	9	6%
Organizações bilaterais	15	11%	17	12%	16	10%
Organizações multilaterais	11	8%	13	9%	14	9%
ONGs internacionais	46	34%	46	32%	47	29%
ONGs nacionais	22	16%	22	15%	22	13%
Empresas privadas	16	12%	17	12%	24	15%
Total	137	100%	142	100%	163	100%

Tabela 3: Número e percentagem de organizações que disponibilizaram dados por cada ano

	2004		2005		2006	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ministérios sectoriais	10	50%	9	45%	20	65%
Universidades	2	29%	2	29%	7	78%
Organizações bilaterais	10	67%	13	76%	15	94%
Organizações multilaterais	9	82%	11	85%	11	79%
ONGs internacionais	16	35%	17	37%	24	51%
ONGs nacionais	6	27%	8	36%	14	64%
Empresas privadas	3	19%	5	29%	14	58%
Total	56	41%	65	46%	105	64%

Os Apêndices 6.6 e 6.7 contêm a lista das instituições visitadas para recolher os dados sobre despesas no HIV e SIDA e a situação dos dados recolhidos. As instituições foram agrupadas nas seguintes categorias: Públicas, Externas, ONGs e Empresas. As despesas privadas incluíram apenas o pagamento de fontes individuais dos serviços ou medicamentos, bem como as despesas incorridas pelas corporações. Os detalhes sobre a situação dos dados recolhidos e respectivos comentários encontram-se no Apêndice 6.6.

2.3.4 Recolha de Dados

A avaliação foi realizada através de uma revisão documental das principais políticas, documentos dos programas e relatórios orçamentais e de despesas institucionais referentes ao período 2004-2006. Esta revisão foi acompanhada por dois períodos de três meses cada de recolha de dados em Outubro - Dezembro de 2006 e Julho - Outubro de 2007.

Foram enviadas cartas apresentando a MEGAS e solicitando dados pelo CNCS aos vários ministérios, ONGs, empresas e organizações bilaterais e multilaterais a fim de se ter acesso formal aos dados necessários.

Os questionários padrão da MEGAS foram ajustados ao contexto moçambicano. As questões qualitativas relativas aos processos de financiamento e aos desafios foram retiradas devido ao facto dos questionários serem longos. O CNCS enviou questionários ajustados (vide o Apêndice 6.5) aos respondentes chave e os consultores realizaram encontros com cada organização para apresentar os questionários e definir as datas para apresentação dos dados. Cada organização foi solicitada a alocar as despesas, usando vários critérios, aos diferentes programas para permitir uma classificação funcional das despesas do HIV e SIDA. Os fundos seriam alocados aos vários provedores de serviços (intermediários) tais como ONGs, OBCs e instituições académicas. Os consultores da MEGAS estavam também sempre presentes para ajudar as organizações a preencherem os questionários. Em média, os consultores visitaram cada instituição mais de três vezes, o que resultou em mais de 400 visitas separadas.

2.3.5 Processamento de Dados

Os dados sobre despesas recolhidos foram primeiro lançados em folhas de cálculo Excel® e verificados e balançados. Todas as informações obtidas/recolhidas foram verificadas com a maior profundidade possível,

de forma a assegurar a validade dos dados dos registos das fontes, agentes e provedores e também para evitar a duplicação da contagem. Os dados foram então transferidos para o MEGAS *Resource Tracking Software (RTS)* (Software de Monitoria de Recursos), que foi desenvolvido para facilitar o processamento de dados da MEGAS. Ele contém explicação passo-a-passo juntamente com o processo de estimativa e facilita a monitoria da confrontação de dados entre os vários eixos de classificação. Os resultados da base de dados do RTS foram então exportados para Excel® com vista a produzir tabelas e gráficos para análise.

2.4 Assumpções e Estimação

A metodologia MEGAS permite a desagregação mais aprofundada dos dados para demonstrar as despesas dos provedores por funções do HIV e SIDA e identificar as categorias de beneficiários que recebem financiamento. Todavia, dada a natureza dos dados recebidos, foram feitas várias assumpções que se aplicaram na interpretação dos resultados e recomendações do presente estudo.

- Os problemas de falta de informação sobre despesas no HIV foram mais graves ao nível dos ministérios sectoriais. Portanto, é difícil tirar conclusões firmes sobre os fluxos financeiros para HIV e SIDA para determinados sectores. Todavia, na base das informações fornecidas pelas fontes financeiras e provedores de serviços, o estudo procura reconstruir algumas despesas sectoriais no HIV e SIDA.
- No caso de fundos agregados (Fundo Comum do CNCS e o PROSAUDE do MISAU), assumiu-se que a contribuição de doadores específicos aos diferentes programas de combate ao HIV era de proporção igual à contribuição do total dos fundos agregados. A mesma lógica foi também usada para qualquer outro tipo de financiamento. Além disso, nos casos em que não havia disponibilidade de registos detalhados de despesas dos provedores, o estudo assumiu proporção igual de fundos entre os principais programas, salvo instruções em contrário. Foram feitas estimativas por alto sobre a proporção que poderia ser considerada como despesa no HIV e SIDA, mas estas requerem discussão e validação mais aprofundada.
- O MISAU foi classificado como fonte financeira porque aloca recursos públicos e internacionais não prometidos ao HIV e não para qualquer outro uso alternativo. O MISAU foi também classificado como provedor de serviços de HIV embora algumas ONGs tivessem sido “contratadas” para fornecer esses serviços.
- O CNCS foi classificado como fonte financeira de algumas transacções devido à ausência de um sistema abrangente de monitoria das despesas do HIV.
- Os dados sobre despesas USG são baseados em várias fontes e assumpções. O CDC forneceu informações sobre as alocações financeiras ao HIV e SIDA e uma lista de organizações que receberam fundos da CDC durante o período em estudo. Os dados sobre despesas foram, então, obtidos de algumas destas organizações beneficiárias. Os dados sobre despesas para as actividades próprias do CDC não foram incluídos. A avaliação obteve uma lista de parceiros que receberam financiamento da USAID e também conseguiu fornecer dados agregados de despesas para o período 2004-2005 e despesas estimadas para 2006. Para minimizar o potencial para a duplicação de lançamento, a avaliação usou os dados sobre despesas agregadas reportados pela USAID para as suas próprias actividades.
- As estimativas de determinação de custos foram usadas para determinar as despesas reais em TARV, PTV e GATVs, etc.). Neste caso, o custo unitário da provisão destes serviços foi baseado nas estimativas de determinação de custos realizadas em consulta estreita com o MISAU e seus parceiros implementadores. As despesas reais foram, portanto, o custo unitário multiplicado pelo número de casos tratados ou número de medicamentos fornecidos.
- Nos casos em que os dados sobre beneficiários não estavam suficientemente desagregados e detalhados, assumiu-se que grande parte deles fosse dirigida à população em geral. Todavia, para os programas de prevenção, tais como meios de comunicação de massas e informação e educação relacionada ao HIV não dirigidos a qualquer grupo-alvo específico, assumimos que tivessem como beneficiários chave a população em geral.
- Alguns parceiros de desenvolvimento tinham diferentes períodos de prestação de contas financeiras relativamente aos que são usados pelo governo (Janeiro - Dezembro), por ex. USAID (Outubro - Setembro). Foram envidados esforços com vista a incluir as despesas reais dentro de cada ano fiscal, de acordo com o ano fiscal do Governo. Nos casos em que isto fosse difícil, a situação foi ultrapassada alocando-se as despesas ao ano mais próximo ao desembolso. Embora reconhecendo que isto não é correcto, o nível de erro é pequeno e poderá haver algum equilíbrio entre os casos.
- Foi usada a taxa de câmbios do final do ano para o Dólar americano e Metical para cada ano de estudo.

2.5 Limitações da Avaliação

A monitoria das despesas do HIV e SIDA provou ser difícil e houve várias limitações ao estudo. As principais limitações incluem:

2.5.1 Disponibilidade dos dados sobre as despesas do HIV:

Limitações em relação aos dados dificultaram a avaliação das despesas do HIV em várias áreas, incluindo: Infecções Oportunistas, conjunto de recursos do sector público (à excepção do MISAU), despesas familiares privadas em HIV e SIDA, custos correntes organizacionais e factores de produção (capital e despesas recorrentes). Isto pode ser atribuído a vários factores, incluindo:

- Diversas e numerosas fontes e fluxos de financiamento ao HIV e SIDA em Moçambique;
- Atraso na recepção dos dados dos órgãos governamentais relevantes. Isto deveu-se em grande medida aos procedimentos administrativos/burocráticos em algumas das instituições visitadas e a não resposta de vários ministérios de tutela, mesmo após o envio de uma credencial oficial pelo CNCS;
- A natureza integrada da contabilidade do governo à excepção das rubricas orçamentais específicas para o HIV e SIDA. Por exemplo, as despesas do HIV e SIDA sobrepõem-se às do programa de saúde sexual e reprodutiva e integradas em despesas de sectores que não são da saúde;
- Falta de prestação de contas financeiras de rotina ao CNCS. Como resultado, o CNCS não recolhe dados de rotina sobre o HIV e despesas, tendo sido incapaz de fornecer dados viáveis e actualizados sobre as alocações e despesas;
- Respostas combinadas aos esforços com vista a solicitar informações dos parceiros de desenvolvimento. Alguns doadores não disponibilizaram dados sobre as despesas;
- Escassez de informações sobre as despesas individuais das famílias no HIV e SIDA nos inquéritos dos agregados familiares. Devido ao custo da recolha de informações específicas sobre as despesas individuais das famílias, esta avaliação não obteve tais dados;
- A actual prestação de informações financeiras entre os intervenientes não se conforma com os requisitos do quadro da MEGAS.

2.5.2 Qualidade de dados:

- A natureza dos dados disponibilizados e a dificuldade de determinar que proporção das despesas poderia ser atribuída às actividades associadas ao HIV e SIDA tornaram difícil realizar uma análise aprofundada das despesas;
- A variação do nível dos dados detalhados sobre despesas para os três anos: 2004, 2005 e 2006;
- Dados que resumiam as despesas ao longo de dois anos financeiros.
- As categorias da MEGAS sobre Despesas no SIDA e os grupos/beneficiários alvos não estão suficientemente organizados de modo a permitir que o CNCS faça o acompanhamento de todas as actividades relacionadas com o HIV/SDA. Por exemplo, a questão do reforço das capacidades do governo não está incluída (apenas formação, mas a capacitação é vai para além da formação) e, para o grupo alvo dos jovens, deve-se escolher ou jovens na escola ou fora da escola, mas não existe uma categoria geral de jovens.

2.5.3 Incapacidade de efectuar uma comparação detalhada

Isto deveu-se a duas razões principais:

- Falta de um Plano Estratégico de Combate ao HIV orçamentado, o que tornou difícil comparar os orçamentos para as áreas temáticas do NSF para as despesas reais;
- Categorias diferentes entre o Plano Estratégico de Combate ao HIV e SIDA, à excepção do tratamento e prevenção;
- A falta de dados desagregados por género tornou impossível analisar como a resposta nacional lida com a feminização da epidemia.

2.6 Introdução da MEGAS nas Províncias

Em 2008, o CNCS pretende conduzir avaliações provinciais sobre despesas com SIDA em províncias seleccionadas no Centro e Sul de Moçambique. As províncias foram seleccionadas com base em dois critérios, nomeadamente: (i) Perfil epidemiológico do HIV; e (ii) Altos níveis/volumes de prestação de serviços de combate ao HIV.

As avaliações provinciais estão planificadas para o período entre Fevereiro e Abril. As avaliações irão incluir: consultas com intervenientes chave; seminários regionais de capacitação; mapeamento para identificar as fontes e agentes, provedores de serviços de HIV e categorias de despesas do SIDA; recolha e análise de dados; e desenvolvimento e validação de relatórios provinciais.

Espera-se que estas avaliações provinciais forneçam informações valiosas, do ponto de vista de: implementadores dos programas distritais; relativamente aos fluxos financeiros das fontes de fundos para os agentes financeiros e provedores de serviços do HIV; despesas reais de acordo com as áreas programáticas e prioridades provinciais; e os beneficiários chave dos serviços de HIV.

3 PANORAMA DO CONTEXTO NACIONAL

3.1 Contexto Regional

A África Subsaariana e a região da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), em particular, têm os mais altos níveis de HIV e SIDA do mundo. Embora a região tenha apenas pouco mais que 10% da população mundial, ela alberga mais de dois terços (68%) de todas as Pessoas vivendo com o HIV. Ademais, mais de ¾ (76%) de todas as mortes associadas ao SIDA em 2007 ocorreram nesta região. Cerca de 1.7 milhões [1.4 milhões - 2.4 milhões] de pessoas foram infectadas com o HIV em 2007, totalizando 22.5 milhões [20.9 milhões - 24.3 milhões] como o número de pessoas vivendo com o vírus. Contrariamente às outras regiões, a maioria das pessoas (61%) vivendo com HIV na África subsaariana são mulheres⁵. Dentro da região, a África Austral é o epicentro da epidemia global do HIV – a seroprevalência em adultos era superior a 15% em oito países da África Austral em 2005.

A escala da epidemia torna o HIV e SIDA a principal ameaça para a realização do objectivo supremo da SADC de crescimento económico e desenvolvimento socioeconómico sustentável e equilibrado que permita o alívio da pobreza. Caso a epidemia não seja controlada, ela irá destruir os ganhos obtidos e intensificar a pobreza e sofrimento humanos. De igual modo, o nível da epidemia torna difícil o alcance de muitos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs).

A continuação de altos níveis de seroprevalência e o limitado sucesso de mudar o curso da epidemia na região levou à realização da Cimeira Especial sobre o HIV e SIDA dos Chefes de Estado e Governo da SADC em Maseru, em 2003. Um dos resultados da Cimeira foi a Declaração sobre o HIV e SIDA. A Declaração constitui o maior cometimento político sobre o HIV e SIDA na região e articula as áreas prioritárias que precisam de atenção e acção urgentes em várias áreas.

As despesas domésticas de governos também aumentaram significativamente nos países de renda baixa da África Austral e mais moderadamente nos países de renda média. Em 2005, os recursos domésticos alcançaram US \$ 2.5 mil milhões (ONUSIDA, 2006). Em muitos países da África Subsaariana, porém, o financiamento para a prevenção, tratamento e cuidados dependeram em grande medida de fontes externas de financiamento, tais como: o Fundo Global de Combate ao HIV e SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM), o Banco Mundial, o Fundo Presidencial de Emergência para o SIDA [*Presidential Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)*] e muitas outras agências de cooperação alocam recursos na região, a maior parte dos quais vem em forma de assistência bilateral ao desenvolvimento. Em relativamente poucos anos, a disponibilização de recursos aumentou dramaticamente para alguns destes países, a um ritmo incapaz de satisfazer a capacidade de absorção dos mecanismos institucionais e sistemas de cuidados de saúde.

3.2 Contexto de Moçambique

O governo de Moçambique envolveu-se numa ambiciosa agenda de reformas económicas, sociais e políticas e envidou esforços para consolidar a estabilidade macroeconómica, em resultado da qual o país regista um forte crescimento económico, com uma média de 9% entre 1997 e 2003.

Apesar destas realizações, muitos desafios ao desenvolvimento continuam. Moçambique é ainda um dos países mais pobres do mundo e, em 2006, ocupava a 168ª posição (de 177) no Índice de Desenvolvimento Humano de 2006. Ainda persistem altos índices de pobreza, indicadores de saúde precária e altos níveis de analfabetismo⁶. O relatório de progresso sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) indicava que, das 11 metas dos ODMs sobre os quais havia disponibilidade de dados, somente cinco têm o potencial de ser alcançadas sem aceleração considerável de esforços – as metas relativas à pobreza, mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos, mortalidade materna, malária e a criação de um sistema comercial e financeiro aberto⁷. Na base de todos estes desafios encontra-se a vulnerabilidade do país aos efeitos combinados da 'Tripla Ameaça' – desastres naturais prolongados, HIV e SIDA e fraca capacidade nacional.

Moçambique é um dos maiores beneficiários de ajuda em África (cerca de 12% - 15% do PIB, representando mais de metade das despesas públicas totais).⁸ Esta assistência ajudou o governo a melhorar o acesso e qualidade dos serviços. O Governo também investiu bastante na reforma do sector

⁵ UNAIDS/WHO (2007): AIDS Epidemic Update

⁶ INE (2004): Inquérito Agregados Familiares sobre Orçamento Familiar 2002/3.

⁷ GOM (2005): Report on the MDGs

⁸ World Bank (2005): Mozambique Country Economic Memorandum

público, desenvolvimento de capacidades e um programa ambicioso de descentralização, com o objectivo de aumentar a eficiência, melhorar a transparência e desenvolver a responsabilidade dos ministérios fortemente centralizados para as províncias e distritos. A limitada capacidade operacional e de gestão de alguns sectores continua a ser preocupante, particularmente aos níveis subnacionais e em relação ao recrutamento e retenção de recursos humanos qualificados, um problema que é exacerbado pela pandemia do SIDA.

A maior ameaça para o desenvolvimento de Moçambique é o HIV e SIDA e a pandemia ameaça pôr em causa todos os resultados alcançados pelo Governo na última década. Embora o nível da epidemia em Moçambique seja mais baixo em relação à maior parte dos países da região, os dados dos postos sentinela de vigilância demonstram que, em geral, a situação está a piorar, com aumento de infecções em todas as regiões. Cerca de 1,6 milhões de moçambicanos actualmente vivem com o HIV e no grupo etário 15-49, a prevalência é estimada em 16%. A maior prevalência encontra-se nas três províncias do centro: Manica (19%), Zambézia (18.4%), e Sofala (26.5%), ao longo dos corredores de transporte para o Zimbabwe, Zâmbia, e Malawi. Estima-se que, para a Cidade de Maputo, a prevalência seja de cerca de 20.7%. Registam-se também elevadas taxas de prevalência (19.9%) em Gaza, terra de mineiros emigrantes que trabalham na África do Sul. As projecções actuais sugerem que, até 2010, o número de pessoas infectadas irá crescer para 1.9 milhões.

Tabela 4: Taxas estimadas de seroprevalência entre as mulheres grávidas (15-49 anos)

Província	2001		2002		2004		2007
Região Sul	15% (17%)	(10% - 17%)	-	16% (18%)	(12% - 18%)	-	19% (14% - 21%) 21% (16% - 23%)
Região Centro	18% (20%)	(16% - 20%)	-	18% (20%)	(17% - 20%)	-	19% (17% - 21%) 18% (17% - 12%)
Região Norte	7% (6% - 8%)		8% (6% - 9%)		9% (7% - 19%)		9% (7% - 10%)
Nacional	14% (14%)	(12% - 14%)	-	15% (15%)	(13% - 15%)	-	16% (14% - 16%) 16% (14% - 17%)

[Fonte: MISAU/INE, 2007]

Prevê-se que, até 2010, o crescimento anual de novos casos de SIDA cresça de 61.000 em 2000 para 170.000, colocando pressão adicional nos serviços de saúde, já de si superlotados. Os jovens com idades compreendidas entre os 15 e 24 são os mais afectados e representam 60% de novas infecções do HIV. Metade das cerca de 1.6 milhões de pessoas vivendo com o HIV tem idade compreendida entre os 15 e 24. Um número desproporcional de infecções de HIV ocorrem em raparigas e mulheres deste grupo etário – a prevalência entre as mulheres é três vezes maior que a entre os homens.

Até 2010, estas tendências poderão contribuir para cerca de 27% de redução da esperança de vida – esperando-se que baixe de 43 para 36 anos em vez de subir para 50 anos (Banco Mundial, 2005); e para aumentar substancialmente o número de órfãos para 900.000 até finais da presente década. Prevê-se que as taxas de mortalidade infantil sejam 25% mais altas do que seriam num outro cenário (Banco Mundial, 2003). Para além do efeito imediato na população, as estimativas indicam que o SIDA tem custos indirectos na redução das taxas de crescimento do PIB (cerca de 1% por ano) e grandes despesas adicionais no tratamento da saúde e substituição de funcionários perdidos. Estima-se que haja necessidade de formar mais 25% de pessoal médico apenas para manter os números actuais, aplicando-se a mesma percentagem à educação. Para que Moçambique alcance os ODMs, será necessário travar e reverter urgentemente a incidência do HIV, melhorar a eficiência dos serviços prestados aos pobres, criar empregos, aumentar as receitas do Estado, reduzir a dependência da ajuda externa e preparar o país efectivamente para os desastres naturais recorrentes. Um enfoque particular deverá ser colocado ao alcance das comunidades mais desfavorecidas para reduzir as disparidades existentes, aumentar a participação nos processos de desenvolvimento e assegurar que os ganhos de desenvolvimento sejam sentidos por todos os moçambicanos.

3.3 Resposta nacional

3.3.1 Contexto de políticas

Em Maio de 2005, o Governo de Moçambique adoptou um novo **Plano Quinquenal** para o período 2005-2009. Este plano é o principal documento de planificação que estabelece as prioridades e a agenda do Governo. Também é a base da estrutura de planificação de médio prazo. Os principais objectivos do plano são: (i) reduzir os níveis da pobreza absoluta, o que será feito através de actividades nas áreas da educação, saúde e desenvolvimento rural; (ii) crescimento económico rápido e sustentável, dirigido à criação de um ambiente favorável às actividades do sector privado; (iii) desenvolvimento económico do país, com uma incidência inicial nas zonas rurais e a redução de desigualdades regionais; (iv) consolidação da paz, unidade nacional, justiça, democracia e consciencialização nacional, como condições indispensáveis para o desenvolvimento harmonioso do país; (v) combate à corrupção, crime e evasão fiscal; e (vi) reforço da soberania e cooperação internacional.

Além disso, o Governo produziu um **Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA II)**, 2006-2009, que operacionaliza o Plano Quinquenal. O PARPA II define a estratégia de médio prazo do país para promover o crescimento e reduzir a pobreza, suportados pelos três pilares: 1) Governança; 2) Capital Humano; e 3) Desenvolvimento Económico. Neste plano, o HIV e SIDA são abordados como uma questão transversal. Constitui também o instrumento de planificação fundamental que projecta o conjunto de recursos e define as metas temporais para os quais existem indicadores para monitorar a redução da pobreza e o crescimento económico. Anualmente, o Governo produz um Plano Económico e Social (PES) que define as suas prioridades para o ano seguinte e está ligado aos planos sectoriais.

Também estão em curso planos para ter o HIV e SIDA mais reflectidos no **Cenário de Despesas de Médio Prazo (MTEF)**. O Governo pretende usar o MTEF na preparação do orçamento a fim de introduzir uma perspectiva de médio prazo ao plano do orçamento e, conseqüentemente, melhorar a prestação dos serviços públicos e aumentar o nível de previsibilidade dos recursos existentes, permitindo, desta forma, uma planificação estratégica.

A **resposta nacional à epidemia do HIV e SIDA** em Moçambique foi iniciada em 1988 com o estabelecimento de um programa de prevenção e controlo no Ministério da Saúde. Em 2000, o Governo aprovou uma Estratégia Nacional (PEN) e criou o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). O primeiro Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA, 2000-2002 (PEN Nacional), que procurava reduzir a propagação das infecções do HIV e mitigar os efeitos da epidemia através de uma abordagem multisectorial, estava principalmente centrado nas actividades de prevenção. O tratamento e fornecimento da terapia ARV não estavam previstos devido ao elevado custo de ARVs na ocasião e à complexidade da sua implementação.

O Plano Estratégico Nacional da segunda geração (PEN II), para o período 2005-2009, desenvolvido em 2004, é a estratégia actualmente em vigor para a implementação da resposta nacional. Ele abarca os planos existentes, incluindo os dos ministérios de tutela. Os principais objectivos sublinhados no PEN II são a promoção das intervenções para reduzir o nível de novas infecções e aumentar os cuidados e tratamento de pessoas vivendo com o HIV e, finalmente, envolver todos os intervenientes no processo de mitigação que irá garantir que as pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) sejam tratados humanamente e os seus direitos sejam respeitados. Não foi feita uma determinação abrangente de custos do Quadro Estratégico Nacional.

Desde 2005, o HIV e SIDA foi integrado em muitos documentos e políticas, bem como no actual Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II), o que demonstra o comprometimento do governo para adoptar uma abordagem abrangente à resposta nacional à epidemia do HIV e SIDA. Vários ministérios já elaboraram planos de HIV e SIDA. O actual quadro de políticas do sector da saúde sublinha os cuidados de saúde primária e a necessidade de travar o impacto negativo das doenças endémicas, especialmente o HIV. Especificamente, o Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA 2004-2008 (PEN-Saúde) realça a prevenção do HIV, cuidados e esforços de tratamento do sector da saúde.

Figura 1: PEN II 2005-2009 – Objectivos gerais, objectivos específicos e estratégias



3.3.2 Quadro Institucional

Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS)

O Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) foi criado em 2000 pelo Decreto 10/2000 do Conselho de Ministros e é responsável pela coordenação das actividades de combate ao HIV e SIDA (incluindo a prevenção, educação e cuidados) entre os grandes parceiros (Governo, sociedade civil, doadores, ONGs nacionais). Como parte da sua missão, procura melhorar e expandir a qualidade e cobertura de serviços bem como a mobilização de recursos para financiar a resposta multisectorial à pandemia. A sua direcção é presidida pela Primeira-ministra e inclui o Ministro da Saúde como Vice-Presidente, Ministros do Plano e Finanças, Negócios Estrangeiros, Educação, Acção Social e da Juventude e Desportos, e representantes da sociedade civil. Um Secretariado Executivo tem o mandato de liderar, coordenar e monitorizar todas as actividades em apoio à Estratégia Nacional, não implementando programas, mas servindo o CNCS. O Secretariado funciona em colaboração estreita com o Ministério da Saúde (MISAU) e outros ministérios. O Secretariado tem sede em Maputo com núcleos provinciais em cada uma das dez províncias e um 11º na Cidade de Maputo. Cada ministério também tem um ponto focal do HIV e SIDA.

Programa Nacional de Controlo do SIDA (NACP)

Embora o CNCS seja responsável pela coordenação geral, o MISAU é responsável pela implementação do tratamento e todos os aspectos relacionados ao HIV e SIDA. O Ministério da Saúde (MISAU) teve um Programa Nacional de Controlo do SIDA (NACP), activo desde meados dos anos 80. O programa é responsável pela resposta nacional do sector da saúde ao HIV e SIDA. Inicialmente, o programa estava principalmente centrado na prevenção, incluindo a provisão de preservativos, aconselhamento e serviços de teste e tratamento de Infecções de Transmissão Sexual (ITS). Motivado pelo aumento da ênfase internacional e nacional na provisão do tratamento anti-retroviral (TARV) nos países subdesenvolvidos e o ambiente favorável em termos de redução de custos e disponibilidade de ARVs genéricos, o Ministério da Saúde subsequentemente desenvolveu o Plano Estratégico de Combate às ITS/HIV/SIDA – sector da saúde (2004-2008) através de um processo conjunto de auscultação aos seus parceiros nacionais e internacionais. A abordagem observada no desenvolvimento desta estratégia foi garantir que as questões como a sustentabilidade de longo termo fosse abordada juntamente com as necessidades mais amplas do sector da saúde, usando o destaque no tratamento anti-retroviral como ímpeto para garantir uma resposta equilibrada ao HIV e SIDA no sector da saúde. PENSAUDE toma em conta, por um lado, a epidemia do HIV em propagação, um sistema de saúde sobrecarregado, o retraimento dos trabalhadores da saúde devido à mortalidade associada ao SIDA; e, por outro lado, a redução nos preços dos medicamentos anti-retrovirais e o aumento do financiamento.

O custo total (tabela: 4) projectado para a implementação do PEN de Combate às ITS/HIV/SIDA para o sector da saúde para o período 2004 – 2008 é de aproximadamente USD \$500 milhões, dos quais 20% se destina a despesas de capital para a melhoria da rede integrada de saúde, 12% para o diagnóstico e tratamento de doenças de transmissão sexual e 10% para a profilaxia e tratamento de infecções oportunistas. O custo per capita, entre US \$2.5 e US \$6 por ano, representa um grande incremento nas despesas do sector.

O MISAU definiu uma estrutura de gestão ao nível nacional e provincial. Os vários departamentos de saúde e unidades administrativas estão envolvidos no *continuum* da prevenção do HIV, cuidados e tratamento, quer de forma directa quer indirecta. Estabeleceram-se uma equipa de gestão, grupos técnicos e grupos de trabalho dentro do MISAU, bem como um grupo de trabalho interministerial para coordenar as intervenções transversais e de vários sectores. Um comité de tratamento foi também criado.

Tabela 5: Custos totais e anuais por intervenção, Plano Estratégico Nacional

Intervenção	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Diagnóstico e tratamento de ITSS	8,663,069	10,355,193	12,123,890	13,975,651	15,913,242	61,031,044
Distribuição de preservativos	1,324,320	1,586,400	1,746,000	2,082,000	2,376,000	9,114,720
Bio-segurança	2,761,380	2,781,840	2,801,388	2,822,998	2,844,553	14,012,160
Transfusão segura	427,200	453,900	480,600	507,300	534,000	2,403,000
SSAJ	1,582,000	2,030,000	2,510,000	2,910,000	3,390,000	12,422,000
Laboratórios para testes clínicos e MCH	1,698,854	2,480,599	3,303,663	1,383,910	1,464,613	10,331,639
Prevenção da transmissão vertical	10,293	20,334	28,253	3,246	3,449	65,575
Tratamento de IOs e Quimioprofilaxia	6,484,478	11,861,369	16,761,115	6,312,075	6,706,263	48,125,299
Operação de 129 redes integradas de saúde	5,863,775	14,352,167	36,023,147	51,797,307	66,826,832	174,863,227
Melhoria do sistema (despesas de capital)	7,998,820	23,880,039	27,876,373	27,411,357	12,253,182	99,419,771
Formação Inicial	2,110,000	3,135,000	3,460,000	3,260,000	2,560,000	14,525,000
Formação em Serviço	2,881,300	2,058,000	2,058,000	2,058,000	2,058,000	11,113,300
IEC	359,394	366,224	529,876	589,984	662,061	2,507,539
Gestao de Programas	798,316	858,716	849,716	849,716	849,716	4,206,182
Monitoria e Avaliação	1,322,000	789,000	1,287,500	785,500	640,500	4,824,500
Subsídio de Almoço	4,795,844	4,795,844	4,795,844	4,795,844	4,795,844	23,979,222
Assistência Técnica	629,302	824,010	807,913	833,729	833,565	3,928,518
Outras	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	2,000,000
TOTAL	50,110,345	83,028,636	117,843,278	122,778,618	125,111,819	498,872,696

Parcerias público/privadas para HIV e SIDA

Existem parcerias entre os sectores público e privado em grande escala. Várias ONGs nacionais e internacionais, OBCs, organismos religiosos, organizações juvenis e organizações dos Média fornecem serviços relacionados com o HIV e SIDA em apoio aos objectivos estabelecidos no Plano Estratégico Nacional (PEN II).

O papel das ONGs e OSCs na resposta nacional ao HIV e SIDA em Moçambique não se limita à provisão de serviços, mas também inclui a contribuição à formulação de políticas, provisão da assistência técnica, representação da sociedade civil e actividades de advocacia.⁹ As ONGs são vistas principalmente como provedores de serviços, mas é importante reconhecer as funções adicionais que desempenham na sociedade.

Prestação de serviços: As ONGs podem fornecer serviços de saúde e/ou serviços de HIV e SIDA nos locais onde não haja serviços públicos. Por exemplo, a maior parte dos GATVs são dirigidos por ONGs em todo o país.

Provisão de assistência técnica: As ONGs podem fornecer assistência técnica às agências públicas e/ou privadas em termos de capacitação / formação, etc. Muitas ONGs internacionais fornecem formação e assistência às suas contrapartes locais. Por exemplo, a AMREF presta assistência técnica à MONASO e RENSIDA.

Contribuição à formulação de políticas: As ONGs podem contribuir na formulação de políticas nacionais através da sua participação em debates e no processo que leva ao desenvolvimento de novas políticas. Por exemplo, vários membros da NAIMA+ participaram na elaboração da proposta do GFATM, que levou à adopção do modelo de Redes Integradas como estratégia chave de combate ao HIV e SIDA. Além disso, várias ONGs participaram recentemente no processo de auscultações que culminou com o desenvolvimento do novo Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA (PEN SIDA).

Desenvolvimento de novos modelos através de programas piloto: As ONGs podem desenvolver novos modelos para prevenção, tratamento e prestação de serviços. Por exemplo, a FDC tem um acordo com o MISAU para dirigir um projecto-piloto sobre a redução da mortalidade infantil, com incidência em sistemas inovadores de gestão da cadeia de frio. A MSF esteve envolvida no desenvolvimento do modelo das Redes Integradas (de Saúde).

Representação da sociedade civil: As OSCs poderão representar a sociedade civil perante o governo e outras autoridades. Os exemplos incluem associações de profissionais, tais como a Associação Nacional de Enfermeiros de Moçambique (ANEMO), a Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO), ou outras associações representativas de grupos específicos de pessoas, tais como a RENSIDA que representa as pessoas vivendo com o HIV e SIDA.

Advocacia: As OSCs / ONGs poderão, como um dos seus objectivos, exercer a advocacia sobre questões específicas. Exemplos incluem diferentes secções nacionais da Save the Children que fazem a advocacia em prol dos direitos da criança em Moçambique ou a AMOSAPU (Associação Moçambicana de Saúde Pública) que possui um contrato com o MISAU para servir como ponto focal na advocacia contra o uso do tabaco.

⁹ Kaarhus & Rebelo, 2003.

[Fonte: Timmermans, N (2004): The role of NGOs in the health Sector SWAp in Mozambique]

O Governo reconhece a importância do trabalho com as ONGs na implementação do seu plano estratégico da saúde. O MISAU, CNCS e as ONGs internacionais trabalham juntos desde a década de 90. Há contactos regulares informais e formais ao nível da gestão e de políticas mas, mais importante ainda, é a interacção diária ao nível operacional no terreno. O CNCS colabora estreitamente com uma organização âncora de ONGs, a MONASO e a RENSIDA, uma rede de 18 organizações de PVHIV que está dirigida às Crianças Órfãs e Vulneráveis e redução do estigma. As ONGs internacionais encontram-se agrupadas numa associação designada NAIMA, para apoiar o Governo na sua resposta ao HIV e SIDA. Actualmente, foi estabelecido um sistema de subcontratação de serviços pelo Ministério da Saúde e, até à data, várias ONGs, nacionais e internacionais, foram contratadas pelo Ministério da Saúde.

3.4 As fontes financeiras e as modalidades de financiamento

O Governo de Moçambique introduziu iniciativas abrangentes de prevenção, tratamento, cuidados e apoio com vista a reduzir a transmissão de HIV e satisfazer a demanda de serviços de HIV. Foram investidos vários recursos na prevenção, tratamento e cuidados e o incremento do financiamento para actividades de prevenção e cuidados do HIV e SIDA ultrapassou o financiamento da maior parte dos outros programas de saúde pública.

Há três principais fontes financeiras do HIV e SIDA para a resposta nacional ao HIV e SIDA: fontes Públicas, Fontes Externas (internacionais) e Fontes Privadas. Estas fontes canalizam os fundos para o HIV e SIDA usando três mecanismos de financiamento: o Orçamento Geral do Estado baseado no Cenário Fiscal de Médio Prazo (MTFF); a Abordagem de Dimensão Sectorial (SWAp) para financiamento da saúde; e/ou financiamento vertical de projectos.

3.4.1 Fontes públicas de financiamento

O Orçamento do Estado (OE) é uma importante fonte financeira à resposta do sector da saúde ao HIV e SIDA. A contribuição do governo às despesas totais na saúde baixou de 53.8%, em 2005, para 40.6%, em 2006 e prevê-se que baixe ligeiramente em 2007. Esta situação é consubstanciada com um aumento nas contribuições de fontes externas ao financiamento do orçamento da saúde que resulta numa maior dependência do sector de recursos externos. As classificações no Orçamento Geral do Estado não dão uma ideia suficientemente abrangente das alocações do financiamento proveniente do governo e de outras fontes financeiras ao HIV e SIDA, para além dos fundos alocados ao Secretariado do CNCS.

Desde 2004, a alocação do orçamento interno ao Secretariado do CNCS continua a baixar, quer em termos absolutos quer em termos proporcionais (US \$ 4.3 milhões em 2004, ou 18% do orçamento total, US \$ 3.5 milhões em 2005, ou 15% do orçamento total, e US \$ 2.5 milhões em 2006, ou 9% do orçamento total). Enquanto esta redução for proporcional ao aumento na componente externa, esta situação é preocupante pois torna o CNCS numa das instituições governamentais mais dependentes da ajuda em Moçambique (Revisão Conjunta GdM/PAP, 2006). Ademais, a composição do portfolio de financiadores do CNCS é limitado, com mais de 60% da componente externa dependente de um único doador (o Banco Mundial). A alocação de recursos estatais adequados ao Secretariado do CNCS ao nível provincial e nacional é necessária para demonstrar o comprometimento político à resposta nacional e garantir a sua sustentabilidade. No quadro do exercício de MTFF 2008-2010, o Secretariado do CNCS prevê uma redução geral da assistência financeira externa e, simultaneamente, solicitou um aumento da alocação interna (US \$ 3.5 milhões em 2008, US \$ 3.75 milhões em 2009 e US \$ 4 milhões em 2010).

3.4.2 Fontes internacionais de financiamento ao HIV e SIDA

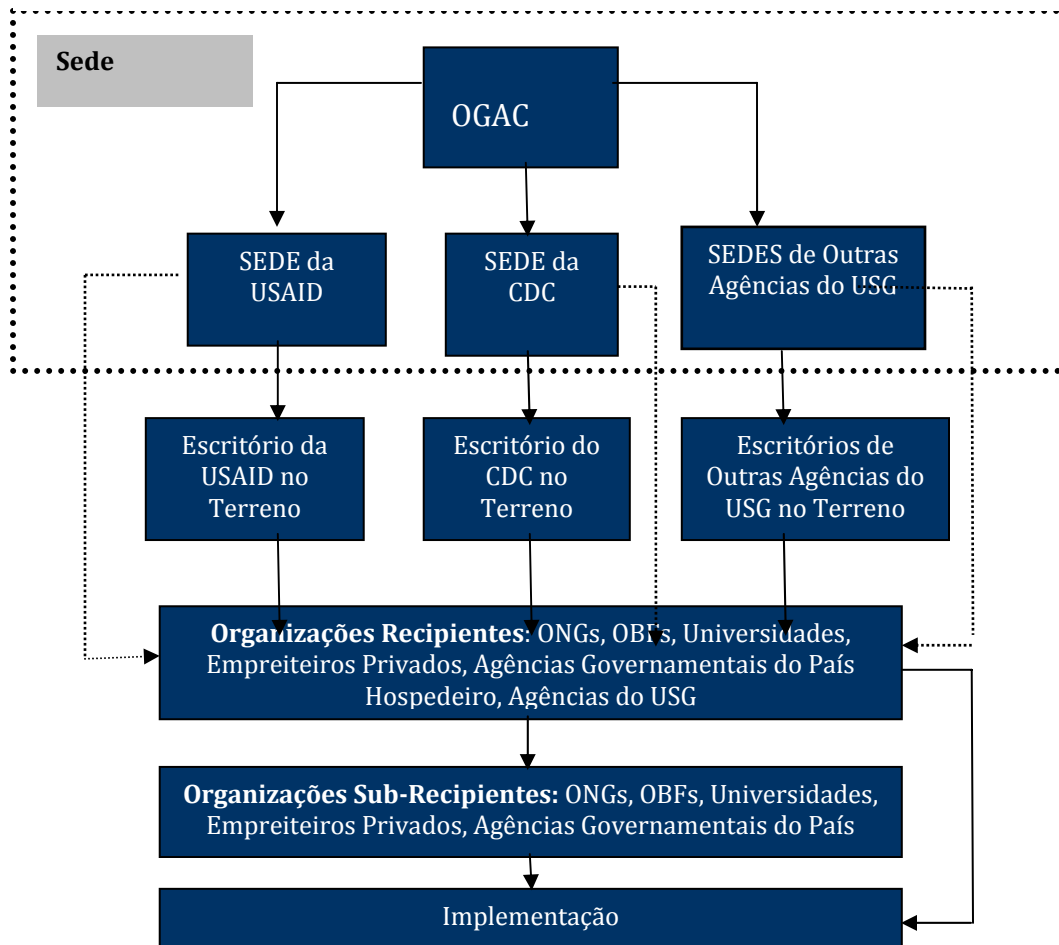
À semelhança de muitos países em desenvolvimento, a resposta nacional de Moçambique ao HIV e SIDA é, em grande medida, sustentada pela assistência externa proveniente das organizações internacionais, multilaterais e bilaterais, juntamente com a assistência de fundações e ONGs que apoiam a resposta ao HIV e SIDA. As fontes externas de financiamento compreendem todos os fundos das agências multilaterais e bilaterais, parceiros de desenvolvimento e algumas ONGs internacionais. Algumas das organizações internacionais são o PEPFAR, o Fundo Global, o Banco Mundial, o Sistema das Nações Unidas e a Fundação Clinton, entre outras.

3.4.3 Fundo Presidencial de Emergência para o SIDA (PEPFAR)

O PEPFAR é um fundo do Governo Americano aprovado em 2004. Ele apoia as actividades laboratoriais, transfusão sanguínea, PTV, CDs, ATV e actividades de Monitoria e Avaliação usando a assistência técnica do CDC ao nível central. Também apoia a reabilitação e renovação de infra-estruturas, e serviços especializados (incluindo TARV) em muitos Hospitais de Dia (HDs). Além disso, o PEPFAR aloca fundos para medicamentos ARV (incluindo as fórmulas pediátricas e os medicamentos de tratamento de 2ª linha).

A equipa nacional do PEPFAR é liderada pelo Embaixador Americano e envolve funcionários de várias agências. As agências que lideram o PEPFAR são a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e o *Centre for Disease Control and Prevention* (CDC). Os fundos do PEPFAR são enviados de várias agências do governo dos EUA para um grupo de organizações recipientes (ORs) em cada país. Os fundos são então recebidos através de escritórios de campo das Agências dos EUA mas alguns dos fundos são directamente canalizados às ORs a partir das sedes das agências americanas. Algumas agências governamentais também são beneficiárias dos fundos do PEPFAR. Metade ou mais do financiamento às organizações sub-recipientes (OSRs) dos fundos do PEPFAR vai para recipientes locais, mas o financiamento total às OSRs locais é modesto pois a maior parte dos fundos do PEPFAR não são sub-allocados.

Figura 2: Fluxos de Financiamento do PEPFAR



(As linhas a cheio representam fundos geridos pelo país. As linhas a tracejado representam os fundos geridos ao nível central)
[Fonte: Ooman et al., 2007]

3.4.4 Fundo Global para o SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM)

O Fundo Global disponibiliza fundos para o combate ao HIV e SIDA, tuberculose e malária. Moçambique foi um dos primeiros países a solicitar fundos do Fundo Global (GF). O Fundo tem como objectivo operar no seio de uma rede mais ampla de parceiros e o seu financiamento é complementado pelas actividades, conhecimentos e recursos de outras agências, governos nacionais, ONGs, organizações da sociedade civil e parceiros do sector privado.

A primeira proposta do Fundo Global foi apresentada em Março de 2002, mas não foi aceite. Em Setembro de 2002, o CCM apresentou uma segunda versão com várias alterações, à 2ª Ronda do Fundo Global. Esta versão foi aprovada em Janeiro de 2003. A proposta do FG incluía todas as componentes principais do SIDA (TARV e TIO, AST, PTV, CD, SSAJ, ITS) e os serviços gerais (laboratório, farmácia, transfusão sanguínea). Outros fundos eram destinados à formação inicial e em serviço. O CNCS e MISAU são os principais recipientes deste financiamento

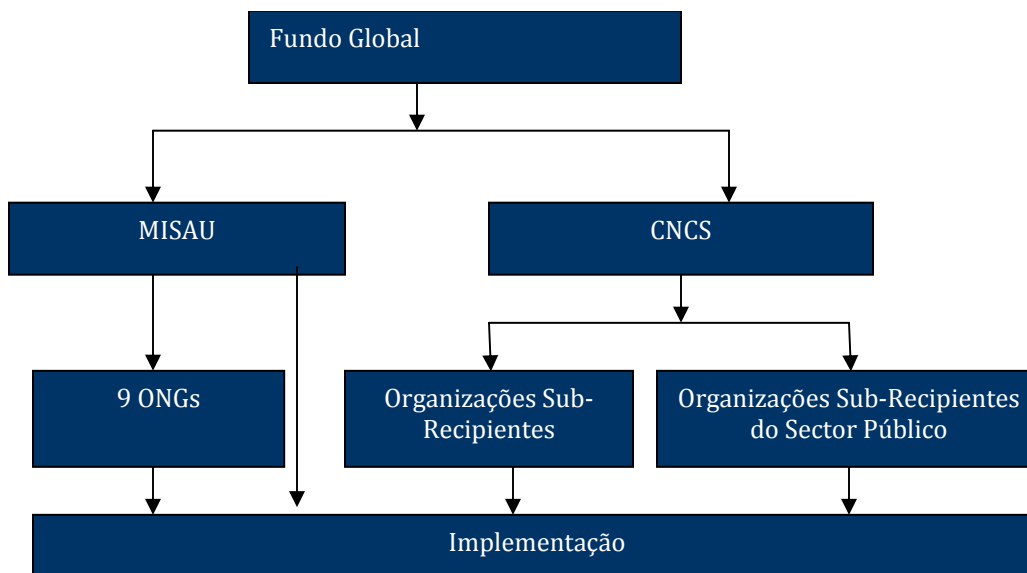
A componente do SIDA na proposta da Ronda 2 do Fundo Global recebeu um orçamento quinquenal total de US \$109 milhões (US \$84.8m para o Ministério da Saúde, US \$24.5m para o CNCS) do financiamento total para Moçambique, orçado em US \$155m. Moçambique foi o primeiro país a receber e gerir fundos do GF através do fundo comum apoiado pelos doadores (PROSAUDE). O seu primeiro montante substancial foi desembolsado ao Ministério da Saúde em Outubro de 2004. A Tabela: 5 apresenta o financiamento do Fundo Global canalizado através do Fundo Comum do MISAU (PROSAUDE) para o SIDA, TB e Malária. O GF também contribui para o fundo global do CNCS.

Tabela 6: Fundos globais disponíveis para o SIDA, TB e Malária através do Fundo Comum do Ministério da Saúde (PROSAUDE)

Componente	2005	2006	Total
Malária	7.076.835	5.140.557	12.217.392
SIDA	8.475.099	13.484.585	21.959.684
TB	3.692.740	5.509.400	9.202.140
Total	19.246.679	24.136.548	43.383.227

[Fonte: GOM (2006): Proposta do Fundo Global]

Figura 3: Fluxos de financiamento do Fundo Global em Moçambique



[Fonte: Ooman et al., 2007] Ligeiramente modificado

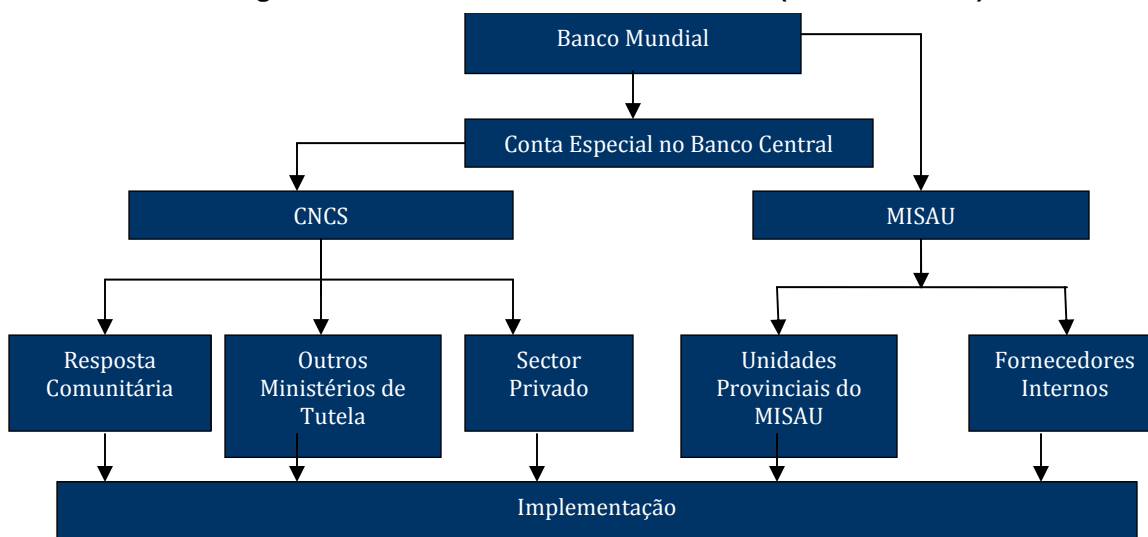
3.4.5 Programa MAP do Banco Mundial

O Programa MAP (do Banco Mundial) para a África e o Programa de Aceleração do Tratamento (TAP) apoiam a resposta nacional ao HIV em Moçambique. O programa MAP é um fundo de assistência aprovado em 2003, com um ciclo de vida de cinco anos. O seu objectivo de desenvolvimento é *reduzir a propagação do HIV em Moçambique e mitigar os efeitos da epidemia através da prevenção, cuidados, tratamento e mitigação*. Ele apoia principalmente as intervenções através do CNCS e através do apoio aos projectos comunitários e da sociedade civil. O Banco Mundial alocou US \$55 milhões¹⁰ para este objectivo. O MAP também alocou US \$15m ao Ministério da Saúde para financiar a prevenção (equipamento para biossegurança e laboratório, reforço dos sistemas de laboratório), medicamentos para IO, cursos de formação, ATV, vigilância epidemiológica, pesquisa operacional da medicina tradicional, monitoria e avaliação. Eventualmente, os fundos do MAP poderão ser redistribuídos entre dois recipientes (Ministério da Saúde e CNCS), de acordo com a sua capacidade real de gestão de despesas.

O **TAP** (Programa de Aceleração do Tratamento), uma nova iniciativa do BM, foi lançado em 2004 para complementar o MAP em três países africanos: Moçambique, Burkina-Faso e Gana. Para Moçambique, a iniciativa tem como objectivo apoiar a expansão de TARV através do desembolso de cerca de US \$21.7m. Prevê-se que este fundo da Associação Internacional de Desenvolvimento (IDA) cubra 3 anos (2005-7). O programa e o fundo são partilhados pelo Ministério da Saúde (investimentos e medicamentos) e três organizações não governamentais – a Comunidade de Sant'Egidio, a Health Alliance International, e a Pathfinder International. Todas estas organizações têm projectos de tratamento em curso considerados merecedores de expansão, e contratadas como implementadoras na gestão das actividades. Os fundos do TAP apoiam os salários, gestão, medicamentos, equipamento e formação em serviços (TAP 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão Económica das Nações Unidas para a África (UNECA) fornecem o apoio à coordenação técnica e de projectos com vista a facilitar o processo de aprendizagem entre países.

¹⁰ Este financiamento sofreu apreciação no seu valor de US \$55m inicialmente para US \$62.6 milhões actualmente, como resultado dos direitos especiais de saque (SDR) em relação ao dólar americano (Aide Memorie da Missão de Supervisão do Banco Mundial, Março 2007)

Figura 4: Fluxos de financiamento do MAP (Banco Mundial)



[Fonte: Ooman et al., 2007]

3.4.6 Nações Unidas

A fim de responder mais efectivamente aos desafios da realização dos ODMs, nos últimos anos, a ONU em Moçambique tem procurado melhorar a coordenação e aumentar o alinhamento com as prioridades nacionais. A ONU faz parte do fórum SWAp e as suas contribuições financeiras são canalizadas através dos parceiros implementadores com base nos acordos constantes dos Documentos do Programa Nacional (CPD) e *não através do Fundo Comum*. O Sistema das Nações Unidas, em colaboração com o Governo, desenvolve o Quadro das Nações Unidas de Assistência ao Desenvolvimento (UNDAF), que é um quadro estratégico comum para actividades operacionais no país. O primeiro UNDAF em Moçambique cobriu o período 1998-2001, o segundo cobriu o período 2002-2006 e, em Abril de 2006, foi aprovado um UNDAF de três anos para o período 2007-2009 para alinhar os ciclos de planificação das Nações Unidas com o ciclo de planificação do PARPA II que cobre o período 2006-2009. O UNDAF de terceira geração é fundamentado em quatro pilares, a saber, Governação, Capital Humano, HIV e SIDA e Desenvolvimento Económico. A decisão de dedicar um dos pilares ao HIV e SIDA baseia-se no impacto que a epidemia tem no desenvolvimento de Moçambique. Os recursos totais do UNDAF totalizam US \$349.585.000, dos quais US \$101.553.000 foram destinados ao apoio da resposta nacional ao HIV e SIDA.

Segundo a tabela 7, entre 2004 e 2006 a ONU planificou US \$ 51.458.633 para o HIV e SIDA.

Tabela 7: Planos financeiros da ONU para o HIV e SIDA para o período 2004-2006

	Recursos (US \$)							
	2004		2005		2006		Total 2004/06	
Agência	Planificados	Despesas	Planificados	Despesas*	Planificados	Despesas	Planificados	Despesas
FAO	1.068.500	1.068.500	1.514.000	1.200.000	1.462.930	1.462.392	4.045.430	3.730.892
ONUSIDA	299.223	180.057	277.760	100.140	949.799	470.000	1.526.782	750.197
UNDP	3.353.999	2.300.000	1.394.470	869.877	1400000	1392220	6.148.469	4.562.097
UNESCO	150.728	185.728	225.558	225.558			376.286	411.286
UNFPA	3.982.000	5.890.000	4.200.000	3.641.000	1.982.000	4.996.384	10.164.000	14.527.384
UNICEF	5.175.953	4.771.914	4.659.792	3.747.753	5.000.000	6.480.000	14.835.745	14.999.667
UNIDO	100.000	100.000	275.000	275.000	400.000	10.000	775.000	385.000
WFP	1.708.500	3.509.606	10.000.000	5.352.504			11.708.500	8.862.110
WHO	1.973.000	620.000	2.578.000	960.000	1.750.000	1.650.000	6.301.000	3.230.000
Total	17.811.903	18.625.805	25.124.580	16.371.832	12.944.729	16.460.996	55.881.212	51.458.633

[Fonte: UNAIDS (2007): Mapping of UN Resources for HIV e SIDA in Mozambique]

3.5 Mecanismos de financiamento

Ao longo dos anos, a composição dos mecanismos de financiamento da resposta nacional ao HIV e SIDA em Moçambique tem evoluído. Esta secção apresenta uma descrição do portfolio dos mecanismos de financiamento que actualmente existem em Moçambique.

3.5.1 Apoio ao Orçamento Geral e apoio ao Orçamento Sectorial

Os parceiros do desenvolvimento em Moçambique estão cada vez mais a deixar o modelo de financiamento de projectos, que é mais fácil de monitorar, passando para um modelo em que o apoio vai ao orçamento directo e sectorial que vai directamente para o orçamento do governo central. Este modelo é mais complexo pois os fundos podem ser usados em qualquer sector. Ou então, os fundos são dirigidos a um sector específico e envolvem mais do que um doador, que contribuem para um fundo comum.

Modalidades flexíveis tais como GBS e os fundos comuns correspondem a 40% das taxas brutas de promessas de ajuda. Em Moçambique, esta mudança de abordagem foi liderada pelos Parceiros de Apoio aos Programas (Programme Aid Partnership - PAP), um grupo de 19 doadores bilaterais e multilaterais que fornecem GBS ao Orçamento Geral do Estado. Em 2004, o Governo e seus parceiros assinaram um Memorando de Entendimento (MdE) que estabelece os princípios, termos e operações para os Parceiros de Apoio aos Programas (PAP). Este constitui um dos maiores programas conjuntos em África, quer em termos de volume quer em termos do número de doadores envolvidos. O PAP está estruturado em 24 grupos temáticos, incluindo um grupo sobre o HIV, em que o Governo, os doadores, as Nações Unidas e a Sociedade Civil participam para monitorar o progresso com base nos indicadores do PARPA II, principalmente através de um processo de Revisão Conjunta duas vezes por ano.

Figura 5: Vantagens e desvantagens comparativas do Apoio aos Programas

<p>Vantagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ É o tipo de ajuda que se conforma mais com as estratégias do governo e está explicitamente ligado ao PARPA. Melhora o diálogo sobre políticas e incentiva a formulação de políticas ao nível sectorial, o que contribui para a melhoria da coerência entre modalidades. ▪ Constitui um grande incentivo para a alocação racional de recursos baseada em políticas. ▪ O Governo tem melhor monitoria dos recursos externos e podem planificar a alocação dos seus próprios recursos devidamente. ▪ Concebido para reforçar a planificação, alocação e eficiência operacional das despesas públicas bem como sistemas de gestão e finanças públicas para desembolso, <i>procurement</i> e contabilidade. 	<p>Desvantagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto risco fiduciário. ▪ A metodologia de parcerias tem grandes exigências sobre o que muitas vezes é o pequeno efectivo de funcionários públicos de nível médio – sénior. ▪ Problemático, excepto em situações em que a estabilidade macroeconómica e disciplina fiscal elementar tenham sido estabelecidas. ▪ Desvia os financiamentos governamentais (alocados aos outros sectores ou não aumentam ex. Financiamento ao CNCS). ▪ O orçamento não apresenta detalhes suficientes em termos de alocação das despesas por programa que facilitaria uma avaliação sobre o alinhamento das
--	--

[Fonte: International Department of the University of Birmingham (200?): Briefing papers: Joint Evaluation of GBS 1994-2004 – When & how to use budget support]

3.5.2 Fundos para o HIV e SIDA canalizados através do CNCS

De acordo com a análise da situação do PEN II, o financiamento através de fontes externas canalizadas através do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) aumentou em 400% de US \$1 milhão em 2002 para US \$5 milhões em 2003. A maior parte do financiamento externo ao CNCS é agora canalizada através dos acordos do Fundo Comum. Os procedimentos e sistemas para a gestão dos fundos foram estabelecidos e começaram a ser operacionalizados durante a segunda metade de 2002. O Fundo Comum do CNCS foi criado para apoiar as actividades de luta contra o HIV e SIDA levadas a cabo pelo governo, sector privado e organizações da sociedade civil.

Em 2004, o Fundo Global de Combate ao SIDA, TB e Malária (GFATM) concordou em canalizar os seus fundos através do fundo comum do CNCS, tornando Moçambique o primeiro país a colocar dinheiros do GFATM num fundo comum e orçamento¹¹. O Fundo Comum recebe contribuições de sete doadores, a saber: CIDA, DFID, DANIDA, GFATM, Irish Aid, ASDI e Banco Mundial. A GTZ encontra-se num processo de se tornar contribuinte do Fundo Comum. O Banco Mundial canaliza US \$60 milhões através do Fundo Comum do CNCS através da iniciativa MAP.

Tabela 8: Desembolsos das fontes externas ao Fundo Comum do CNCS para o período: 2004-2006

	2004	%	2005	%	2006	%
Irlanda	1.238.75	29%	1.201.00	32%	1.835.63	22%
Suécia	433.70	10%	-	-	962.82	11%
DFID	1.710.33	40%	895.50	24%	1.804.30	21%
CIDA	898.51	21%	1.702.06	45%	1.998.19	23%
Fundo Global					1.933.94	23%
Total	4.281.28	-	3.798.56	-	8.534.87	-

[Fonte: Relatórios Anuais do CNCS, 2004-2006]

3.5.3 Financiamento canalizado através do sector da saúde

No Sector da Saúde, há três mecanismos agregados de financiamento por doadores: um para medicamentos e materiais médicos (Fundo Comum para Medicamentos); um segundo para o

¹¹ Dickison et al, 2007

financiamento provincial de custos recorrentes, incluindo salários e pequenos e médios investimentos (Fundo Comum Provincial); e um terceiro de dimensão sectorial do orçamento (PROSAUDE). Actualmente, os Fundos Comuns são apoiados pela AECI, AFD, Catalunha, CIDA, DANIDA, DFID, FINIDA, Flanders Cooperation, Irish Aid, NORAD, Holanda, SDC, UE, FNUAP e DFID. A sua vantagem principal é a gestão directa pelo Ministério da Saúde.

Todos os intervenientes aprovam conjuntamente os planos e orçamentos operacionais sectoriais anuais para a implementação do Plano Estratégico Nacional para o Sector da Saúde (PESS). O Orçamento Geral do Estado (conhecido como OE) cobre principalmente os salários e investimentos. Foi lançado um novo sistema de gestão financeira do Orçamento Geral do Estado (SISTAFE), que se espera venha a melhorar significativamente os fluxos financeiros. Um grupo de doadores (18) já começou algum apoio ao orçamento geral e prevê-se que esta prática cresça.

Actualmente, há encontros operacionais mensais dos parceiros do SWAp saúde, liderados pelo Ministério da Saúde; duas reuniões anuais de alto nível para a formulação de políticas (CCS); planos e orçamentos operacionais anuais; e avaliações conjuntas anuais. Para além do Memorando de Entendimento para o fundo geral do orçamento (PROSAUDE), já existe um Código de Conduta revisto para o Ministério da Saúde e parceiros, termos de referência para reuniões de SWAp, um PESS revisto e uma nova Política Nacional da Saúde.

Os doadores bilaterais como a Irish Aid aumentaram significativamente o seu financiamento ao sector da saúde em resultado da parceria com a Iniciativa de HIV e SIDA da Fundação Clinton. Como resultado desta parceria, a Irish Aid canaliza fundos adicionais através dos fundos comuns do MISAU como parte da sua ajuda não condicionada ao Ministério da Saúde, para que o Ministério da Saúde os dirija a qualquer dos três fundos comuns à sua escolha, com base nas necessidades e outros financiamentos disponíveis numa base anual. Embora este financiamento tenha surgido na base do aumento da incidência nos cuidados e tratamento do HIV e SIDA, a Irish Aid decidiu não condicionar os fundos dentro do sector mas sim centrá-los no reforço dos sistemas existentes. Este financiamento adicional ao sector foi de 6.700.000 Euros em 2004, 7.500.000 Euro em 2005 e 11.500.000 Euros em 2006.

As principais vantagens que são citadas sobre os acordos do fundo comum incluem: melhoria da coordenação das actividades da área da saúde; processos transparentes que incluem disposições para a monitoria dos doadores; e reforço, simplificação e harmonização de sistemas financeiros, de prestação de contas de M&A.

Tabela 9: Resumo dos Desembolsos Externos aos Fundos Comuns da Saúde (US \$ '000)

	2004	%	2005	%	2006	%
Fundo Comum (PROSAUDE)	31,458.4	43%	29,988.7	43%	37,415.1	48%
Fundo Comum para as Províncias (FCP)	12,177.7	17%	18,871.2	27%	13,836.3	18%
Fundo Comum para Medicamentos (FCMED)	30,163.7	41%	21,496.2	31%	26,798.2	34%
Total	73,799.8		70,356.0		78,049.5	

[Fonte: Relatórios Anuais do DAG
MISAU]

Tabela 10: Fonte de fundos externos: Desembolsos aos fundos comuns da Saúde para o período 2004-2006 (US \$ '000)

	2004*	%	2005	%	2006	%
AFD	1,224.8	3%	3,529.2	5%	3,460.5	4%
CIDA	2,469.1	6%	4,309.9	6%	2,880.6	4%
Catalunha	-	-	629.7	1%	35.2	-
Cooperação Flamengo	-	-	-	-	1,247.3	2%
DANIDA	1,750.0	4%	1,115.3	2%	757.5	1%
DFID	5,916.0	14%	1,754.8	2%	6,131.8	8%
Espanha	-	-	2,485.3	4%	1,189.8	2%
Finlândia	3,111.3	7%	4,451.3	6%	4,128.4	5%
FNUAP	-	-	50.0	-	25.0	-
Fundo Global	1000	2%	-	-	21,453.5	27%
Irlanda	8,496.1	19%	12,013.0	17%	15,674.1	20%
Noruega	8,728.4	20%	16,981.9	24%	8,590.9	11%
Países Baixos	2,200.0	5%	4,640.0	7%	1,807.2	2%
SDC	2,869.4	7%	3,846.7	5%	2,545.2	3%
União Europeia	5,871.0	13%	13,357.6	19%	8,122.5	10%
Contribuições não identificadas			1,191.3			
Fundos Comuns	43,636.1	100%	70,356.0	100%	78,049.5	100%

[Fonte: Relatórios Anuais do DAG MISAU] *As contribuições ao Fundo Comum de medicamentos não foram incluídas

3.5.4 Financiamentos canalizados através de outros ministérios

Em Moçambique, a Abordagem de Dimensão Sectorial está também a ser implementada em outros sectores, incluindo a educação e agricultura. No sector da educação, o Ministério da Educação (MINED) e agências doadoras desenvolveram uma estratégia comum de educação, que é apoiada por um fundo comum da educação (fundo de apoio ao sector da educação - FASE). As ONGs ainda não estão totalmente envolvidas no SWAP - educação e o FASE apenas é usado para apoiar as actividades do sector público. Todavia, as agências doadoras estão a defender a causa da sociedade civil e ONGs e estão a promover o seu envolvimento no SWAP através da organização âncora das ONGs da educação - Movimento Para Educação para Todos (MPET). Todas as ONGs activas na educação estão representadas no MPET, que facilita a comunicação com o MINED e doadores.

No sector da agricultura, uma estratégia comum do sector da agricultura está a ser implementada com o apoio do fundo comum da agricultura (PROAGRI), usado para apoiar as actividades implementadas pelo Ministério da Agricultura (MADER), sector privado e ONGs. As ONGs já estão a ser contratadas pelo MADER.

3.5.5 Mecanismo de financiamento de projectos

O financiamento vertical dos doadores continua a ocupar o centro da resposta. Isto aplica-se particularmente à ajuda de projectos que vão directamente às iniciativas do sector público ou são canalizadas directamente aos parceiros de implementação (ONGs nacionais ou internacionais e algumas instituições governamentais). Registou-se um aumento significativo na disponibilização do financiamento vertical às actividades de resposta ao HIV e SIDA através de programas como o PEPFAR do Governo Americano. Segundo uma avaliação, o financiamento do PEPFAR aumentou rapidamente nos últimos cinco anos e actualmente representa a maior fonte financeira¹². Para evitar a duplicação de esforços e concentração de recursos numa única

¹² Oomman et al., 2007

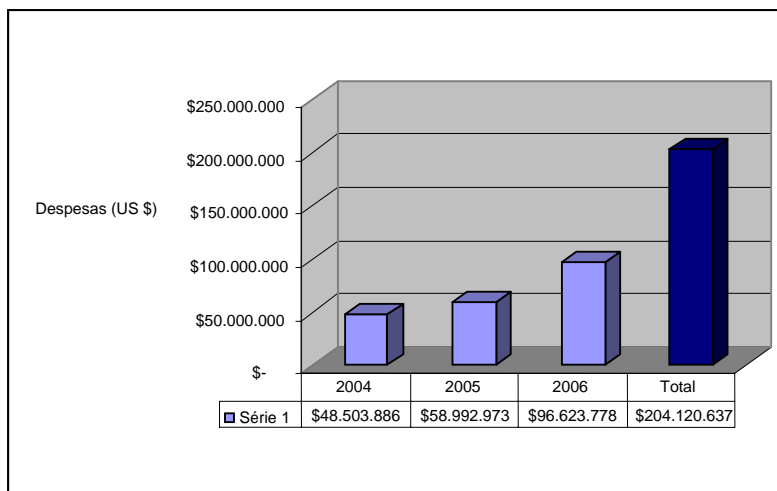
intervenção, o CNCS solicitou informações de todos os seus parceiros sobre as despesas no HIV (o quê, onde e o nível da contribuição) para assegurar que sejam cobertos no orçamento.

4 ESTIMATIVAS E AS PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES SOBRE AS POLITICAS

4.1 Panorama das despesas

Tomando em consideração as limitações e assumpções descritas na secção 2 e a Avaliação Nacional das Despesas em SIDA (NASA), entre 2004 e 2005 foram gastos US \$204.120.637 no combate ao HIV e SIDA em Moçambique. Os resultados da avaliação demonstram que as despesas no combate ao HIV e SIDA duplicaram durante o período em referência. Embora as despesas no combate ao HIV e SIDA reportadas tenham aumentado apenas em 5% de 2004 a 2005, as despesas totais reportadas aumentaram em 18% entre 2005 e 2006. As despesas no combate ao HIV e SIDA em 2006 correspondem a quase metade das despesas totais durante o período em referência. A Figura 6 apresenta as despesas totais no combate ao HIV e SIDA para o período em consideração.

Figura 6: Despesas totais no combate ao HIV/SIDA



Devido à falta de um Plano Nacional de Combate ao HIV e SIDA com orçamento completo (PEN II), torna-se difícil avaliar se as alocações realmente gastas entre 2004 e 2006 satisfazem ou são inferiores às estimativas dos recursos necessários para expandir em prol do alcance da meta de acesso universal à prevenção, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio em Moçambique. A falta de dados fiáveis e consistentes sobre as despesas, desagregados por género, também dificulta a avaliação dos esforços em prol das questões relacionadas com a equidade.

4.2 Despesas por fonte de financiamento, agente ou provedor de serviços

4.2.1 Fontes financeiras

As fontes financeiras são entidades que disponibilizam fundos aos agentes financeiros para serem agregados ou distribuídos. Há três fontes principais de financiamento para as actividades na área do HIV e SIDA em Moçambique, nomeadamente: fontes públicas, fontes internacionais e fontes privadas.

Tabela 11: Resumo das fontes financeiras

Fonte	2004	%	2005	%	2006	%	Total	%
Pública	7.326.297	15%	11.533.434	20%	14.301.520	15%	33.161.251	16%
Privada	2.301.227	5%	747.175	1%	1.118.428	1%	4.166.830	2%
Internacional	38.876.362	80%	46.712.364	79%	81.203.830	84%	166.792.556	82%
Total	48.503.886		58.992.973		96.623.778		204.120.637	

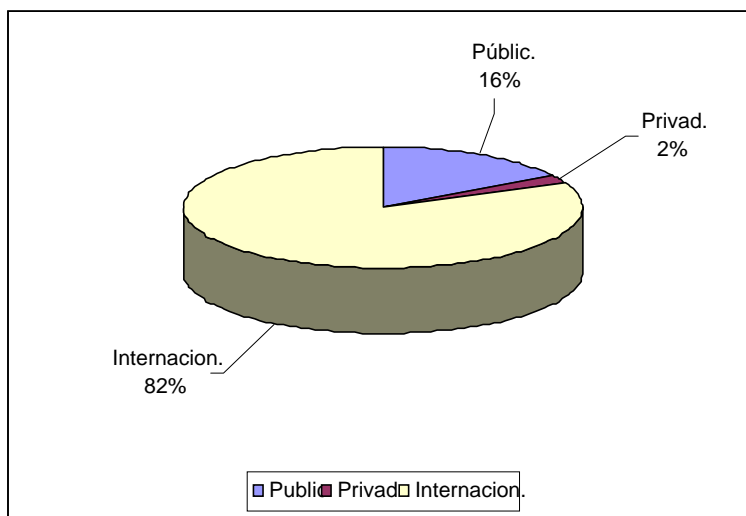
A Figura 4.1 mostra-nos claramente esta tendência crescente no financiamento, em termos nominais, de todas as fontes financeiras públicas, internacionais e privadas.

Tabela 12: Fontes financeiras públicas, internacionais e privadas

Fonte de Financiamento	2004	2005	2006
Pública	7.326.297	11.533.434	14.301.520
Ministério (ou entidade sectorial equivalente) da Saúde	4.012.798	7.831.261	9.153.290
Autoridade Coordenadora Nacional do Combate ao SIDA	128.608	407.594	5.091.152
Entidades do Governo Central ainda não classificadas	3.184.891	3.265.991	20.840
Outras fontes financeiras públicas	-	28.588	36.238
Privada	2.301.227	747.175	1.118.428
Fundos Familiares	-	-	519.890
Instituições Não Lucrativas (diferentes do seguro social)	-	126.202	168.821
Instituições lucrativas – Empresas	-	186.300	257.816
Fontes financeiras privadas ainda não classificadas	2.301.227	434.673	171.901
Internacional	38.876.362	46.712.364	81.203.830
Contribuições bilaterais directas	21.419.098	24.198.269	44.714.530
Agências multilaterais gerindo recursos externos	12.156.270	18.021.229	30.604.117
Organizações internacionais não lucrativas e fundações	5.300.994	4.492.866	5.885.183
Total	48.503.886	58.992.973	96.623.778

As fontes financeiras externas foram responsáveis por 82% das despesas nacionais no combate ao HIV e SIDA no período 2004 - 2006. Os fundos públicos representaram 16% das despesas totais no combate ao HIV/SIDA, enquanto as fontes privadas de financiamento representaram apenas 2%. É fundamental notar que a avaliação se refere apenas às despesas privadas familiares em preservativos em 2006.

Figura 7: Proporção percentual do financiamento ao combate ao HIV e SIDA por fonte



4.2.2 Fontes financeiras públicas

O valor das despesas no HIV e SIDA com fontes financeiras públicas quase duplicou de US \$7.326.297 em 2004 para US \$14.301.520 em 2006 – um aumento de US \$6.975.223. Entre 2004 – 2006, as despesas públicas representaram 16% das despesas totais no combate ao HIV/SIDA.

O CNCS e o Ministério da Saúde constituem as principais fontes financeiras públicas. O CNCS aumentou as despesas do orçamento público total de 2%, em 2004, para 35%, em 2006. Estes valores incluem o financiamento de subprojectos implementados pelas OSC e algumas instituições do sector privado e público com fundos disponibilizados por fontes financeiras bilaterais e multilaterais. A principal fonte de financiamento público para o período em análise é o Ministério da Saúde (MISAU). Corresponde a mais de 63% de todos os financiamentos planificados para HIV e SIDA durante o período em questão. O financiamento ao HIV e SIDA do MISAU aumentou de US \$4.012.798, em 2004, para US \$ 9.153.290, em 2006.

Tabela 13: Despesas por fonte de financiamento pública

Organização	2004	%	2005	%	2006	%	Total	%
Ministério (ou entidade sectorial equivalente) da Saúde	4.012.798	54%	7.831.261	67%	9.153.290	64%	20.997.349	63%
Autoridade Coordenadora Nacional do Combate ao HIV/SIDA	128.608	2%	407.594	3%	5.091.152	35%	5.627.354	17%
Ministério (ou entidade sectorial equivalente) das Finanças	3.177.622	43%	3.073.967	26%	-	-	6.251.589	19%
Outros ministérios (ou entidades sectoriais equivalentes)*	7.269	0.10%	15.699	0.10%	-	-	22.968	0%
Entidades Governamentais Centrais ainda não classificadas	-	-	176.325	1.50%	20.840	0.10%	197.165	1%
Organizações para-estatais	-	-	28.588	0.20%	-	-	28.588	0%
Fontes financeiras públicas ainda não classificadas	-	-	-	-	36.238	0.30%	36.238	0%
Total	7.326.297		11.533.434		14.301.520		33.161.251	

Fontes financeiras internacionais

Ao longo do período em análise, as organizações internacionais foram os maiores contribuintes, com 82% do total das despesas no combate ao HIV/SIDA. As agências bilaterais foram a maior fonte de financiamento, com cerca de 54% por ano. O financiamento multilateral ao HIV cresceu

de 31%, em 2004, para 38%, em 2006. Constatou-se que os fundos dos doadores são principalmente alocados ao sector público e outros parceiros de desenvolvimento.

Tabela 14: Sumário das fontes financeiras internacionais

	2004		2005		2006		%	Total	%
Contribuições bilaterais directas	21.419.098	55%	24.198.269	52%	44.714.530	55%		90.331.897	54%
Agências multilaterais gestoras de recursos externos	12.156.270	31%	18.021.229	39%	30.604.117	38%		60.781.616	36%
Organizações internacionais e fundações sem fins lucrativos	5.300.994	14%	4.492.866	10%	5.885.183	7%		15.679.043	9%
Despesas totais	38.876.362		46.712.364		81.203.830			166.792.556	
% das despesas totais em HIV/SIDA	23%		28%		49%				

Figura 8: Despesas no combate ao HIV e SIDA, por fonte de financiamento internacional

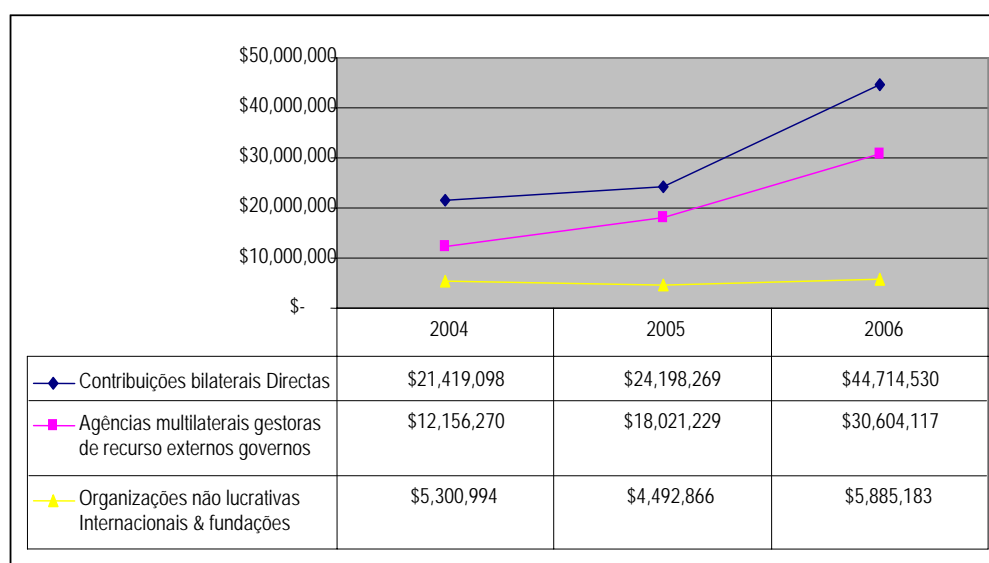


Figura 9: Valor % das despesas por fonte de financiamento internacional

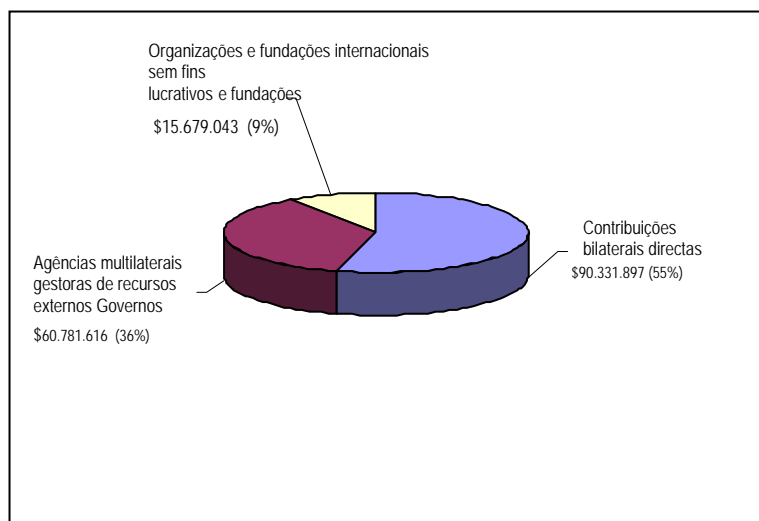


Tabela 15: Despesas no HIV por fontes financeiras internacionais

	2004	2005	2006
Organização bilateral	21.419.098	24.198.269	44.714.530
Governo da Austrália	38.668	324.442	282.012
Governo da Bélgica	678.299	458.088	765.660
Governo do Canadá	530.721	1.621.871	2.835.919
Governo da Dinamarca	1.013.050	1.386.584	310.697
Governo da Finlândia	-	-	177.633
Governo da França	1.033.039	27.000	1.266.207
Governo da Alemanha	141.033	89.555	-
Governo da Irlanda	2.027.771	551.058	2.962.426
Governo da Itália	-	122.700	829.400
Governo do Japão	-	140.000	-
Governo do Luxemburgo	-	-	1.383.861
Governo da Holanda	-	381.000	893.049
Governo da Noruega	449.008	226.590	2.040.470
Governo de Portugal	-	-	105.239
Governo da Espanha	-	490.488	301.870
Governo da Suécia	262.367	1.995.189	2.869.587
Governo da Suíça	269.000	592.000	592.500
Governo do Reino Unido	1.473.000	2.290.282	3.888.718
Governo dos Estados Unidos	11.017.875	11.382.931	20.939.668
Governo dos países não-DAC / Agências Bilaterais	2.485.267	2.118.491	2.269.614
Fundos Multilaterais ou Fundos de Desenvolvimento	12.156.270	18.021.229	30.604.117
ONUSIDA	41.980	86.452	8.860
Organização Mundial da Saúde (OMS)	1.064.023	1.527.671	1.564.682
Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)	3.570.185	2.545.714	5.547.407
Programa Mundial da Alimentação (PMA)	-	4.291.239	10.368.920
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)	461.011	1.171.332	325.031
Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP)	3.176.086	1.616.378	1.436.348
Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO)	-	50.000	62.000
Banco Mundial (BM)	3.377.675	6.131.886	9.211.131
Fundo Global para o SIDA, Tuberculose e Malária	-	-	649.960
Comissão das Comunidades Europeias	-	-	1.096.276
Fundos multilaterais ou fundos de desenvolvimento n.e.c.	465.310	600.557	333.502
Organizações sem fins lucrativos/fundações	5.300.994	4.492.866	5.885.183
Médicos Sem Fronteiras	3.345.520	714.030	2.613.481
Family Health International	-	-	2.462
Care International	-	-	70.292
Fundação Mérieux	-	-	245.174
Organizações e fundações internacionais sem fins lucrativos	1.955.474	3.778.836	2.953.774
Total	38.876.362	46.712.364	81.203.830

Fontes financeiras privadas

A fatia total das Despesas Privadas no combate ao HIV e SIDA ao longo dos três anos é de 2%. Visto que a avaliação não recolheu dados sobre pagamentos domésticos para a resposta ao HIV/SIDA, esta percentagem não representa a contribuição total das despesas privadas na resposta ao HIV/SIDA. Como se pode depreender da tabela 16, abaixo, as despesas privadas na resposta ao HIV e SIDA reduziram de 55%, em 2004, para 27%, em 2006.

Tabela 16: Fontes financeiras privadas

Fonte	2004	2005	2006
Fundos familiares	-	-	519.890
Instituições sem fins lucrativos (diferentes do seguro social)	-	126.202	168.821
Instituições lucrativas – Empresas	-	186.300	257.816
Fontes financeiras privadas ainda não classificadas	2.301.227	434.673	171.901
Total (US \$)	2.301.227	747.175	1.118.428
%	55%	18%	27%

4.2.3 Agentes financeiros

Os agentes financeiros são entidades que agregam os fundos recolhidos de uma ou diferentes fontes financeiras e os transferem para comprar ou pagar serviços de cuidados de saúde ou outros serviços ou bens para lidar com as actividades relacionadas com o HIV/SIDA. Embora as fontes financeiras decidam alocar os recursos para a resposta nacional ao HIV, os agentes financeiros têm a capacidade de decidir sobre o tipo de actividade ou produto para financiar ou comprar.

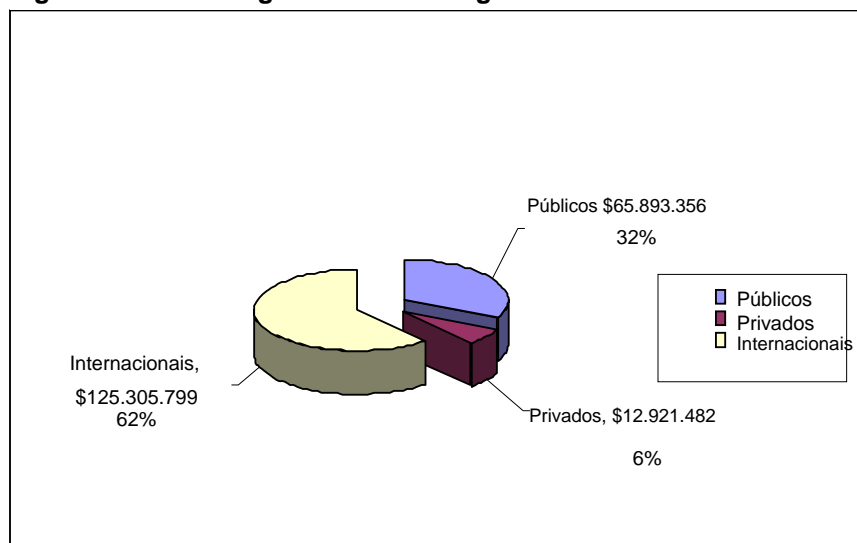
Os principais agentes financeiros das actividades de combate ao HIV e SIDA em Moçambique são: o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), Ministério da Saúde (MISAU), agências bilaterais, agências multilaterais, ONGs, e firmas e empresas privadas.

Tabela 17: Despesas totais no combate ao HIV e SIDA por agente financiador

	2004	2005	2006	Total
Públicos	13.826.423 (29%)	21.978.502 (37%)	30.088.431 (31%)	65.893.356 (32%)
Ministério da Saúde	4.013.000	8.200.000	13.500.000	25.713.000
CNCS	8.824.000	13.132.000	16.270.000	38.226.000
Outros agentes financeiros públicos	990.000	647.000	318.000	1.955.000
	4.303.753			
Privados	(9%)	2.797.935 (5%)	5.819.794 (6%)	12.921.482 (6%)
	30.373.710(63 %)	34.216.536 (58%)	60.715.553 (63%)	125.305.799 (62%)
Internacionais				
Bilaterais	141.000	2.149.600	8.144.200	10.434.800
Multilaterais	12.950.100	15.288.400	24.138.600	52.377.100
ONGs internacionais	14.783.800	16.778.600	28.416.700	59.979.100
Outros agentes internacionais	2.498.700	-	16.100	2.514.800
Total (US \$)	48.503.886 (24%)	58.992.973 (29%)	96.623.778 (47%)	204.120.637

Como os agentes financeiros públicos esperam, o CNCS e MISAU desempenham um importante papel nas decisões sobre que actividades de combate ao HIV devem ser financiadas.

Figura 10: Percentagem dos vários agentes financeiros



A Tabela 17 e figura 10 demonstram que o financiamento à resposta ao HIV flui essencialmente através de entidades internacionais, nomeadamente as agências multilaterais e organizações sem fins lucrativos.

4.2.4 Provedores de serviços de combate ao HIV

De acordo com as classificações da MEGAS, Provedores de Serviços de Combate ao HIV são entidades ou pessoas que se envolvem directamente na produção, provisão e prestação de serviços em troca de um pagamento pela sua contribuição. Incluem o governo e outras entidades públicas, organizações lucrativas e não lucrativas, empresas corporativas e não corporativas, pessoas em situação de auto-emprego cuja actividade se enquadra nos limites da MEGAS, independentemente do seu estatuto legal formal ou informal. Em Moçambique, há três categorias de provedores de serviços de resposta ao HIV, nomeadamente as organizações do sector público, organizações bilaterais e multilaterais, e organizações do sector privado.

Os resultados do estudo (Tabela 17) demonstram que, em Moçambique, as organizações públicas fornecem a maior parte dos serviços de resposta ao HIV/SIDA. Estima-se que US \$93.993.442 (46% das despesas reais) foram gastos por provedores de serviços públicos ao longo do período de três anos. Os principais provedores de serviços públicos de resposta ao HIV durante o período em análise foram os hospitais gerais públicos com US \$43.913.551 (47%), os centros de atendimento público para doentes externos com US \$19.541.561 (21%) e o CNCS com US \$16.911.879 (18%). Em 2004, os provedores de serviços públicos despenderam 50% dos recursos totais para resposta ao HIV e SIDA (US \$48.503.886) principalmente através dos centros de atendimento públicos para doentes externos com US \$7.653.298 (32%) e CNCS com US \$7.118.914 (29%). Até 2006, os hospitais gerais públicos foram responsáveis por 57% (US \$26,183,697) de todas as despesas dos serviços públicos na resposta ao HIV/SIDA. No mesmo ano, a proporção das despesas na resposta ao HIV e SIDA pelo CNCS, na sua capacidade de provedor de serviços, baixou para US \$4.878.634 (11% da provisão total de serviços públicos no mesmo ano).

Os provedores de serviços do sector privado são fundamentalmente constituídos por organizações lucrativas e não lucrativas. Os resultados da MEGAS confirmam a tendência geral que a provisão dos serviços de combate ao HIV e SIDA foi bastante dependente dos provedores privados com fins não lucrativos (ONGs). Muitas ONGs e OBF internacionais estão a prestar serviços de resposta ao HIV e SIDA, quer através de fundos próprios, quer através de fundos recebidos dos doadores para os projectos. A parceria pública-privada com o MISAU, que age como um “contratante” dos serviços, permite que os serviços de combate ao HIV sejam fornecidos aos que deles precisam e também integram nas actividades funcionários de ONGs nas instalações do governo. Entre 2004 e 2006, as ONGs gastaram US \$77.468.243 (38%) no combate ao HIV e SIDA. As despesas totais das ONGs provedoras de serviços quase que duplicaram, de US \$ 17.619.655, em 2004, para US \$32.335.725, em 2006. Um número significativo destes serviços é fornecido por ONGs e por organizações de base comunitária (OBCs). As organizações bilaterais e multilaterais gastaram US \$19.905.542 (56% e 44% respectivamente) na provisão dos vários serviços de HIV e SIDA durante 2004 e 2006. As despesas mantiveram-se constantes ao longo dos três anos, em cerca US \$6.6 milhões por ano. Entre 2004 e 2006, as despesas das organizações bilaterais e multilaterais na provisão de serviços de HIV baixaram de 13% das despesas totais dos provedores de serviços de HIV, em 2004, para 7%, em 2006. As organizações privadas com fins lucrativos que fornecem serviços de HIV em Moçambique são principalmente constituídas por farmácias comerciais e várias pequenas clínicas privadas, a maior parte das quais possuindo algumas unidades de emergência, obstétricas e cirúrgicas. As despesas através destes provedores de serviços subiram exponencialmente de US \$37.000, em 2004, para US \$1.724.233, em 2006. Isto provavelmente terá a ver com o estabelecimento de programas no local de trabalho e planos de TARV nas empresas privadas.

Figura 11: Despesas por provedor de serviços de HIV (US \$)

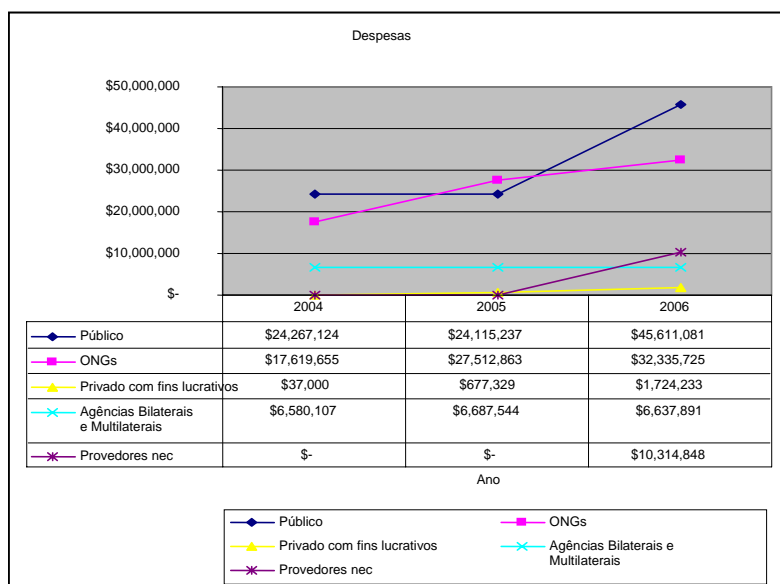


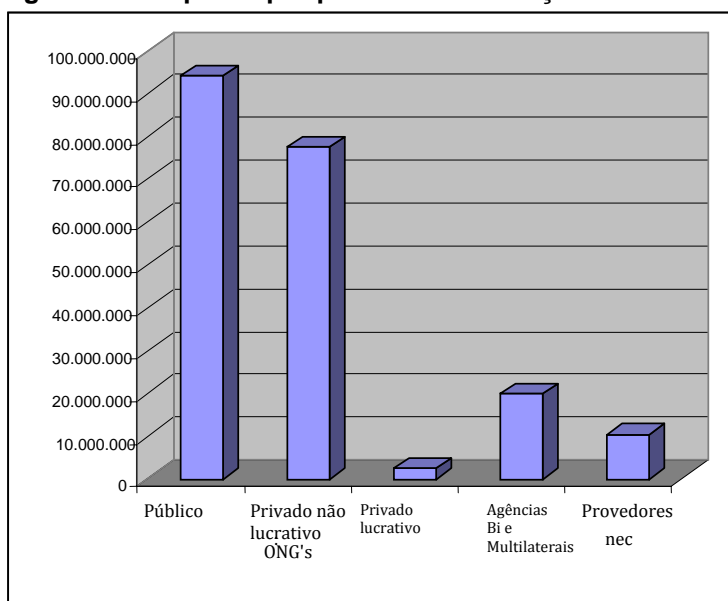
Tabela 18: Despesas por provedor de serviços

		2004	2005	2006
PS.1	Públicas	24.267.124	24.115.237	45.611.081
PS.1.1.1	Hospitais gerais públicos	6.969.651	10.760.203	26.183.697
PS.1.1.2	Hospitais públicos de especialidade	0	22.082	0
PS.1.13.1	Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS)	7.118.914	4.914.331	4.878.634
PS.1.13.2	Departamentos dentro do Ministério da Saúde	1.088.090	1.109.656	2.544
PS.1.13.3	Departamentos dentro do Ministério da Educação	0	0	545.534
PS.1.13.6	Departamentos dentro do Ministério das Finanças	0	0	95.780
PS.1.13.7	Departamentos dentro do Ministério do Trabalho	0	0	24.775
PS.1.13.99	Outros Ministérios ou entidades de Administração Pública n.e.c	1.198.528	1.629.948	6.403.786
PS.1.2.1	Centros de cuidados para doentes externos	7.653.298	4.742.686	7.145.577
PS.1.3	Enfermarias públicas e unidades de cuidados residenciais	160.181	413.232	0
PS.1.8	Empresas públicas	0	28.588	0
PS.1.9.3	Ensino superior	78.462	494.511	323.054
PS.1.99	Provedores públicos não classificados noutra categoria	0	0	7.700
PS.2	ONG's privadas sem fins lucrativos	17.619.655	27.512.863	32.335.725
PS.2.11	ONGs e OBCs (diferentes de PS.2.1 a PS.2.9)	15.894.653	27.512.863	32.297.033
PS.2.8.3	Privadas não lucrativas de ensino superior	250.212	0	38.692
PS.2.99	Provedoras não lucrativas não classificadas noutras categorias	1.474.790	0	0
PS.3	Privadas com fins lucrativos	37.000	677.329	1.724.233
PS.3.10	Corporações e Empresas	0	581.329	188.051
PS.3.11.3	Privadas com fins lucrativos de ensino superior	0	0	12.170
PS.3.7	Farmácias comerciais e retalhistas de produtos médicos	0	0	519.890
PS.3.99	Provedores com fins lucrativos não classificados noutras categorias	37.000	96.000	1.004.122
PS.4	Agências Bi e Multilaterais	6.580.107	6.687.544	6.637.891
PS.4.1	Agências Bilaterais	0	2.619.375	3.690.421
PS.4.2	Agências Multilaterais	6.580.107	4.068.169	2.947.470
PS.9	Provedores não classificados noutras categorias	0	0	10.314.848
PS.99	Provedores não classificados noutras categorias	0	0	10.314.848
	Total (US \$)	48.503.886	58.992.973	96.623.778

Tabela 19: Percentagem das despesas por provedor de serviços

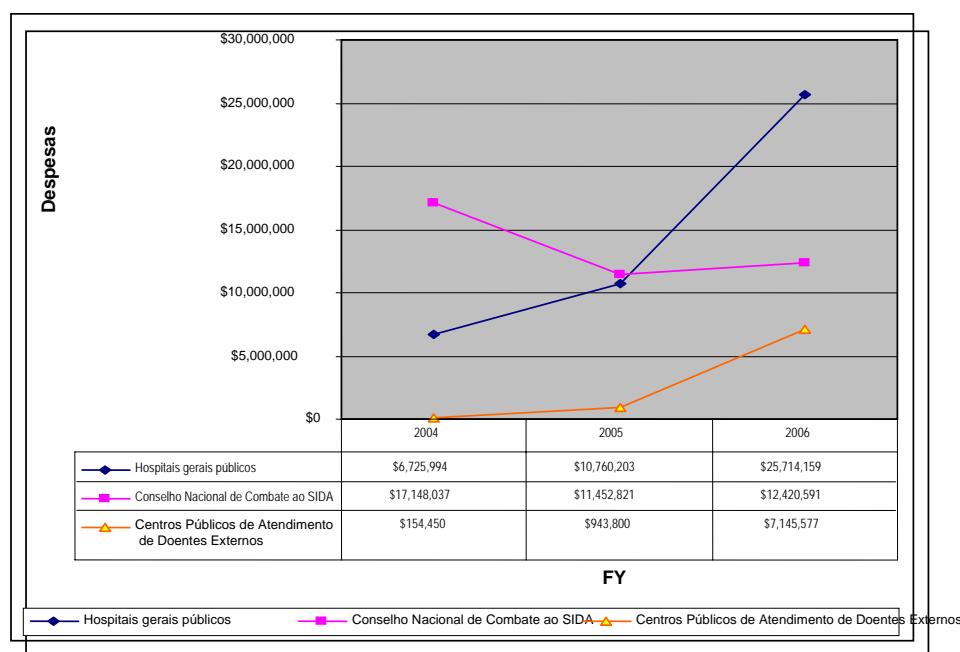
	2004	%	2005	%	2006	%	Total	%
Públicos	24,267,124	50%	24,115,237	41%	45,611,081	47%	93,993,442	46%
Privados sem fins lucrativos: ONGs	17,619,655	36%	27,512,863	47%	32,335,725	33%	77,468,243	38%
Privados com fins lucrativos	37,000	0.1%	677,329	1%	1,724,233	2%	2,438,562	1%
Agências bilaterais e multilaterais	6,580,107	14%	6,687,544	11%	6,637,891	7%	19,905,542	10%
Provedores ainda não classificados	-	-	-	-	10,314,848	11%	10,314,848	5%
Total	48,503,886	24%	58,992,973	29%	96,623,778	47%	204,120,637	

Figura 12: Despesas por provedor de serviços



Em 2004, o CNCS teve a maior fatia das despesas para provedores públicos para HIV com US \$17.148.037 contra os US \$6.725.994 dos hospitais gerais públicos e US \$154.450 dos centros públicos de atendimento de doentes externos. Até 2006, as despesas dos hospitais gerais públicos quadruplicaram para US \$25.714.159 e representavam 57% das despesas totais dos grandes provedores de serviços de HIV – hospitais gerais públicos, Conselho Nacional de Combate ao SIDA e centros públicos de atendimento a doentes externos. Entre 2004 e 2006, as despesas do CNCS baixaram para US \$12.420.591.

Figura 13: Tendências financeiras nas despesas pelos grandes provedores de serviços públicos



4.2.5 Provedores de serviços por principal área de intervenção

A Tabela 20 apresenta os provedores de serviços por principais áreas de intervenção de 2004 a 2006, respectivamente. Em 2004, do total dos serviços fornecidos pelos provedores públicos, 38% eram programas de prevenção e 36% eram serviços de cuidados e tratamento, 11% em reforço à gestão e administração de programas e 11% em recursos humanos. Em 2005, a provisão de serviços de tratamento e cuidados reduziu para 30%, os serviços de gestão de programas subiram para 18% e a prevenção subiu para 42%. Em 2006, uma visível alteração foi o aumento da provisão de tratamento e cuidados que representavam quase 50% dos serviços fornecidos do sector público.

No caso dos provedores privados não lucrativos, do total de 2004, a prevenção subiu para 61% com 16% de despesas em COVs e 9% no tratamento e cuidados. Em 2005, as despesas dos serviços de prevenção baixaram para 52%, do tratamento e cuidados subiram para 20%, e despesas da gestão de programas mantiveram-se em 12%. 12% das despesas foram usadas em COVs. Em 2006, as despesas nos serviços de prevenção baixaram ainda mais, para 49%, as despesas no tratamento e cuidados reduziram para 12%, sendo as COVs responsáveis por 15% do total e os serviços fornecidos na categoria de gestão de programas subiram para 18%.

Houve despesas mínimas por provedores de serviços privados não lucrativos nos programas associados à resposta ao HIV e SIDA, especialmente em 2004 e 2005. Em 2004, 16% das despesas dos serviços prestados por este grupo foram gastos na área de prevenção e a maior fatia foi gasta nos serviços de tratamento e cuidados. Todavia, em 2005 e 2006, embora tivesse havido uma alteração, os serviços fornecidos na área de prevenção representaram quase 90%, sendo o remanescente gasto no tratamento e cuidados. A mesma tendência se manteve em 2006.

Em 2004, as agências bilaterais e multilaterais não registaram quaisquer despesas na provisão de serviços na área de COVs. Os programas de prevenção representaram 51% dos serviços fornecidos nesse ano, seguidos dos serviços na área de recrutamento e incentivos para a retenção de recursos humanos (24%) e serviços de gestão de programas (23%). Em 2005, a gestão de programas foi responsável pelo maior bolo dos serviços fornecidos (43%), seguidos da

prevenção (20%); recrutamento e incentivos para retenção de recursos humanos (19%) e 5% em COVs. Em 2006, a gestão de programas ainda foi responsável pela maior parte dos serviços fornecidos, aumentando para cerca de 60%, seguida dos serviços na área de recrutamento e incentivos para retenção de recursos humanos (25%), prevenção (15%) e nenhuma despesa em COVs.

Tabela 20: Percentagem das despesas por provedor de serviços por área chave de intervenção

Código		Públicos			Privados sem fins lucrativos			Privados com fins lucrativos			Bilaterais e Multilaterais		
		2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
ASC. 1	Prevenção	9.268	10.086	14.006	10.746	14.315	15.836	6	596	1.560	3.346	1.366	969
ASC. 2	Cuidados e Tratamento	8.730	7.226	22.553	1.575	5.439	3.815	32	82	150	-	274	9.107
ASC. 3	COV	804	400	1.253	2.818	3.438	4.911	-	-	-	11	336	1.193
ASC. 4	Reforço da Gestão e Administração de Programas	2.739	4.369	4.737	2.149	3.245	5.949	-	-	7	1.525	2.903	3.961
ASC. 5	Recrutamento e Incentivos de Retenção dos Recursos Humanos	2.582	1.711	2.500	293	903	681	-	-	-	1.587	1.284	1.647
ASC. 6	Protecção Social e Serviços Sociais	-	-	-	10	42	409	-	-	-	-	-	-
ASC. 7	Ambiente Favorável e Desenvolvimento Comunitário	78	322	535	29	131	735	-	-	-	64	20	76
ASC. 8	Pesquisas Associadas ao HIV e SIDA	65	-	-	-	-	-	-	-	7	47	505	-
	Total	24.267	24.115	45.611	17.620	27.513	32.336	38	678	1.724	6.580	6.688	6.663

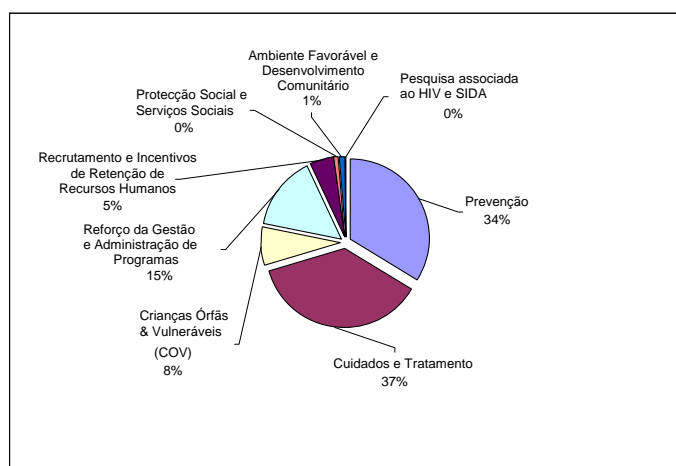
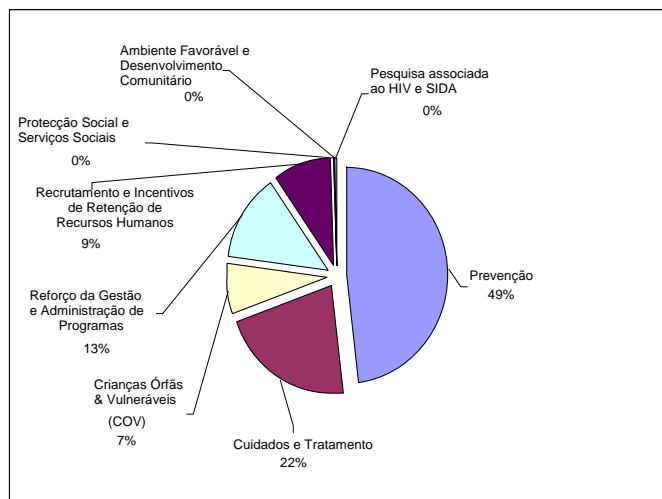
4.3 Composição das despesas em HIV e SIDA

A tabela 22 apresenta as despesas totais por ano, pelas oito Categorias de Despesas em SIDA da MEGAS [NASA AIDS Categorias de Despesas (ASC)]. As principais prioridades de despesas para 2004-2006 foram na prevenção (40%), tratamento (29%) e reforço da gestão e administração de programas (15%).

Tabela 21: Despesas no HIV e SIDA por principais áreas de intervenção

Código	Áreas de Intervenção	2004	2005	2006	Total	%
ASC.1	Prevenção	23.365.806	26.362.729	32.370.805	82.099.340	40%
ASC.2	Cuidados e Tratamento	10.336.214	13.020.739	35.626.000	58.982.953	29%
ASC.3	Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)	3.633.405	4.174.460	7.356.543	15.164.408	7%
ASC.4	Reforço da Gestão e Administração de Programas	6.413.186	10.517.023	14.653.954	31.584.163	15%
ASC.5	Recrutamento e Incentivos de Retenção dos Recursos Humanos	4.461.730	3.897.851	4.827.748	13.187.329	6%
ASC.6	Protecção Social e Serviços Sociais	9.841	41.794	408.929	460.564	0%
ASC.7	Ambiente Favorável e Desenvolvimento Comunitário	171.606	473.134	1.346.255	1.990.995	1%
ASC.8	Pesquisas Associadas ao HIV e SIDA	112.098	505.243	33.544	650.885	0%
	Total	48.503.886	58.992.973	96.623.778	204.120.637	

Figura 14: Percentagem das despesas no HIV e SIDA por principais áreas de intervenção



Embora em termos absolutos se tenha registado um aumento em todas as categorias de despesas excepto numa (ASC 8), as despesas totais nos **programas de prevenção** baixaram de 48% das despesas totais, em 2004, para 34%, em 2006; as despesas em **tratamento e cuidados** subiram de 21% das despesas totais, em 2004, para 37%, em 2006. Outra área chave de intervenção importante, onde as despesas têm estado a reduzir ao longo dos anos, é a área de **recrutamento de recursos humanos e incentivos de retenção**. As despesas baixaram de 9% das despesas totais, em 2004, para 5%, em 2006. As despesas totais no **desenvolvimento comunitário e de um ambiente favorável** aumentaram durante o período em análise de 0.4%, em 2004 para cerca de 1%, em 2006. As despesas totais no **reforço à gestão e administração de programas** mantiveram-se estáveis no período 2004 - 2006. No mesmo período, as despesas totais em **Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)** e **pesquisas associadas ao HIV e SIDA** mantiveram-se baixas em 7% e 8% das despesas totais, respectivamente.

MEGAS 2004-2006

Tabela 22: Percentagem das despesas no HIV e SIDA por principal área de intervenção

Áreas de Intervenção	2004	2005	2006	Total
Prevenção	48%	45%	34%	40%
Cuidados e Tratamento	21%	22%	37%	29%
Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)	7%	7%	8%	7%
Reforço da Gestão e Administração de Programas	13%	18%	15%	15%
Recrutamento e Incentivos de Retenção dos Recursos Humanos	9%	7%	5%	6%
Protecção Social e Serviços Sociais	0%	0.1%	0.4%	0.4%
Ambiente Favorável e Desenvolvimento Comunitário	0.4%	1%	1%	1%
Pesquisas Associadas ao HIV e SIDA	0.2%	1%	0%	0.3%

Tabela 23: Fontes financeiras públicas, privadas e externas por principal área de intervenção ('000)

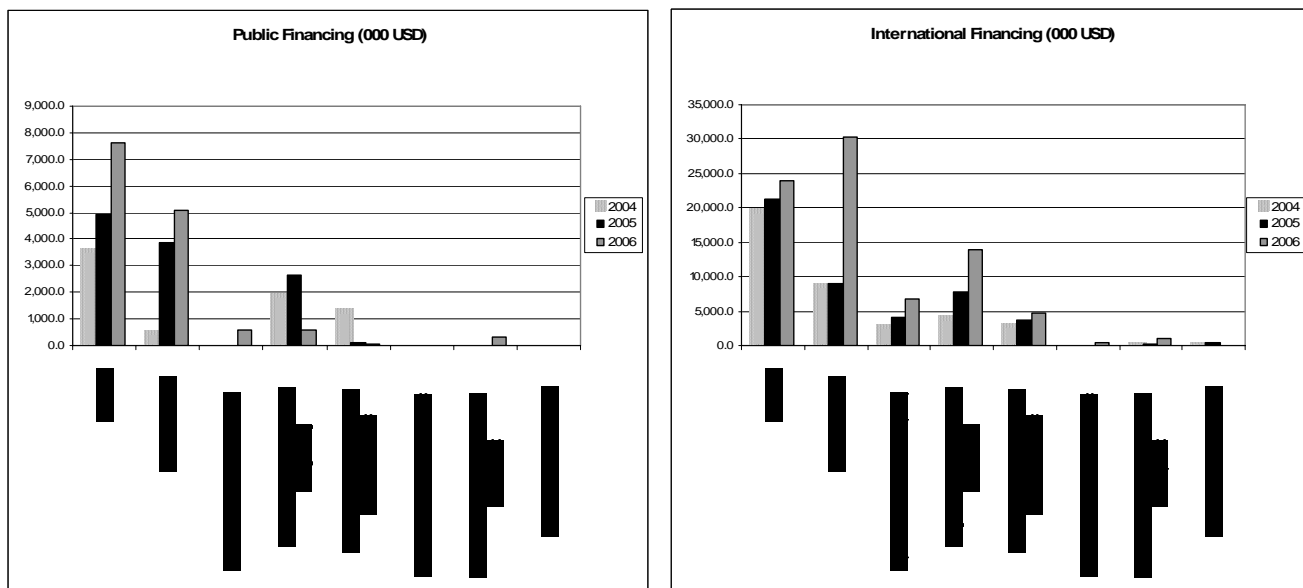
Categorias	Públicas			Privadas			Internacionais			Total		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Prevenção	3.596	4.930	7.647	72	127	816	19.698	21.306	23.908	23.366	26.363	32.371
Cuidados e Tratamento	516	3.848	5.103	921	82	138	8.899	9.092	30.386	10.336	13.021	35.626
Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)	3	5	604	825	74	84	2.806	4.096	6.669	3.633	4.175	7.357
Reforço da Gestão e Administração de Programas	1.898	2.641	588	359	8	81	4.156	7.868	13.985	6.413	10.517	14.654
Recrutamento e Incentivos de Retenção dos Recursos Humanos	1.314	101	45	97	102	-	3.051	3.694	4.782	4.462	3.898	4.828
Protecção Social e Serviços Sociais	-	-	4	-	20	-	10	22	405	10	42	409
Ambiente Favorável e Desenvolvimento Comunitário	-	8	299	26	336	-	145	129	1.048	172	473	1.346
Pesquisas Associadas ao HIV e SIDA	-	-	13	-	-	-	112	505	21	112	505	34
Total	7.326	11.533	14.302	2.301	747	1.118	38.876	46.712	81.204	48.504	58.993	96.624

Em 2004, 49% dos fundos públicos totais ao HIV e SIDA foram alocados aos programas de prevenção; cerca de 26% foram usados na gestão de programas e os outros 18% foram usados em recursos humanos. Em 2005, as actividades de prevenção usaram 43% do total dos fundos públicos, sendo que o tratamento e cuidados subiram para 33% do total, dos 7% do total em 2004. Em 2006, o estudo demonstra que as duas grandes categorias de despesas foram a prevenção (53%) e tratamento e cuidados (36%).

Cerca de 51% das despesas totais pelas fontes financeiras internacionais foram alocadas às actividades de prevenção em 2004, com 23% no tratamento e cuidados, 11% e 8% na gestão de programas e recrutamento e incentivos para retenção de recursos humanos. Em 2005, a proporção das despesas em actividades de prevenção nas despesas totais financiadas pelas organizações internacionais baixaram em 5 pontos percentuais para 46%, reduzindo ainda mais em 17 pontos percentuais para 29%, em 2006. Todavia, a análise mostra que, em 2006, 37% das despesas totais foram alocadas ao tratamento e cuidados.

A Figura 15 indica alguns sucessos na garantia de uma distribuição equitativa da alocação de recursos entre prevenção e tratamento por fontes financeiras públicas e internacionais.

Figura 15: Fontes financeiras públicas e internacionais por principal área de intervenção



4.3.1 Prevenção

Os constantes altos níveis de prevalência do HIV e os fracos sucessos em alterar o rumo da epidemia na região resultaram na realização de uma cimeira especial de Chefes de Estado e Governo da SADC sobre o HIV e SIDA, em Maseru, em 2003. Um dos resultados da cimeira, a Declaração de Maseru (Declaração sobre o HIV e SIDA) constituiu o maior cometimento político sobre o HIV e SIDA na região e articula as áreas prioritárias que requerem atenção e acção urgentes em várias áreas, incluindo prevenção. A priorização da prevenção recebeu ainda maior ímpeto pela Declaração de Maputo de Agosto de 2005. Esta declaração, adoptada por 46 Ministros da Saúde Africanos na reunião da OMS realizada em Moçambique, decidiu acelerar a prevenção do HIV e declarou 2006 com o Ano da Aceleração da Prevenção do HIV na Região Africana. A agenda de prevenção foi ainda realçada no Compromisso de Brazzaville sobre a Iniciativa do Acesso Universal, adoptado em Março de 2006 pela União Africana, ONUSIDA e OMS. Esta iniciativa tem como finalidade garantir o acesso universal à prevenção, cuidados, apoio e tratamento até 2010.

As despesas totais na prevenção do HIV aumentaram em US \$9.004.999 de US \$23.365.806, em 2004, para US \$32.370.805, em 2006. A Tabela 25 apresenta as despesas em prevenção por componente, de 2004 a 2006.

Tabela 24: Despesas totais na prevenção – Categorias alargadas

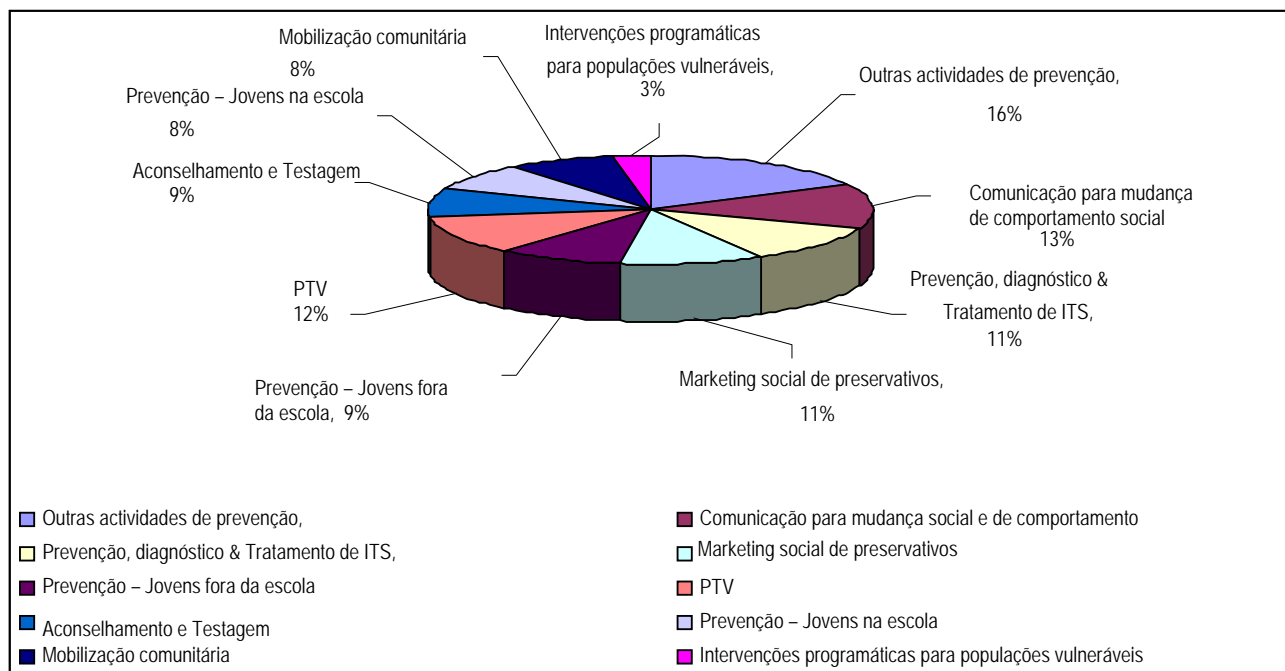
	Categorias	2004	2005	2006
	Total	23.365.806	26.362.729	32.370.805
ASC.1.01.1	Programas de mobilização para a mudança social e de comportamento abordando os riscos para a saúde das campanhas de prevenção do HIV	-	3.810	231.798
ASC.1.01.98	Mobilização para a mudança social e de comportamento não desagregada de acordo com o conteúdo em actividades de saúde e não saúde.	2.402.720	3.610.702	4.622.476
ASC.1.02	Mobilização comunitária	2.458.139	450.158	3.169.382
ASC.1.03	Aconselhamento e testagem voluntária	2.014.378	2.177.090	2.529.906
ASC.1.04.1	ATV como parte dos programas para populações vulneráveis e especiais	-	11.422	-
ASC.1.04.2	Distribuição de preservativos como parte dos programas para populações vulneráveis e especiais	-	-	111.000
ASC.1.04.98	Intervenções programáticas para populações vulneráveis e especiais	530.000	919.500	805.297
ASC.1.04.99	Outras intervenções programáticas para populações vulneráveis e especiais n.e.c.).	-	28.322	1.173
ASC.1.05	Prevenção - jovens na escola	1.879.153	1.864.787	2.442.302
ASC.1.06	Prevenção - jovens fora da escola	2.840.896	1.992.879	2.366.723
ASC.1.07	Prevenção da transmissão do HIV dirigida a pessoas vivendo com o HIV (PVHS)	42.038	50.000	137.781
ASC.1.08.3	Prevenção e tratamento de ITS como parte de programas para trabalhadores de sexo e seus clientes	80.000	-	-
ASC.1.08.98	Intervenções programáticas para trabalhadores de sexo e seus clientes não desagregadas por tipo	-	100.000	140.000
ASC.1.09.99	Outras intervenções programáticas para homens que têm sexo com homens (HSH) (n.e.c.)	-	205.176	-
ASC.1.11	Programas de prevenção no local de trabalho	72.800	341.488	1.481.482
ASC.1.12	Marketing social de preservativos	2.623.936	2.488.400	2.257.100
ASC.1.13	Provisão de preservativos no sector público e privado	-	-	928.010
ASC.1.16	Prevenção, diagnóstico e tratamento de infecções de transmissão sexual (ITS)	2.674.261	3.332.112	2.415.967
ASC.1.17.1	Aconselhamento e testagem às mulheres grávidas	226.810	654.422	727.461
ASC.1.17.2	Profilaxia anti-retroviral para mulheres grávidas e bebés recém-nascidos seropositivos	69.086	113.126	249.575
ASC.1.17.98	PTV não desagregada por intervenção	1.249.986	1.790.405	3.683.720
ASC.1.17.99	Actividades de PTV ainda não classificadas	-	-	273.982
ASC.1.22	Precauções universais	-	521.703	118.231
ASC.1.99	Actividades de prevenção ainda não classificadas	4.201.603	5.707.227	3.677.439

Os resultados indicam (Tabela 26) que entre 2004-2006, 96% das despesas de prevenção do HIV foram dedicadas às seguintes dez actividades: comunicação para a mudança social e de comportamento (13%), prevenção, diagnóstico e tratamento de ITS (10%), marketing social de preservativos (10%), PTV (11%), aconselhamento e testagem (8%), prevenção para jovens fora da escola (8%), prevenção para jovens na escola (8%), mobilização comunitária (7%), intervenções programáticas para populações vulneráveis (3%) e outras actividades de prevenção (17%).

Tabela 25: Principais categorias de despesas na prevenção do HIV

Categorias	2004	%	2005	%	2006		Total	%
Outras actividades de prevenção	4.201.603	18%	5.707.227	22%	3.677.439	11%	13.586.269	17%
Mobilização para a mudança social e de comportamento	2.402.720	10%	3.614.512	14%	4.622.476	14%	10.639.708	13%
Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de ITS	2.674.261	11%	3.332.112	13%	2.415.967	7%	8.422.340	10%
Marketing social de preservativos	2.623.936	11%	2.488.400	9%	3.185.110	10%	8.297.446	10%
Prevenção - jovens fora da escola	2.840.896	12%	1.992.879	8%	2.366.723	7%	7.200.498	9%
PTV	1.545.882	7%	2.557.953	10%	4.934.738	15%	9.038.573	11%
Aconselhamento e Testagem	2.014.378	9%	2.177.090	8%	2.529.906	8%	6.721.374	8%
Prevenção - jovens na escola	1.879.153	8%	1.864.787	7%	2.442.302	8%	6.186.242	8%
Mobilização comunitária	2.458.139	11%	450.158	2%	3.169.382	10%	6.077.679	7%
Intervenções programáticas para populações vulneráveis	530.000	2%	919.500	3%	805.297	2%	2.254.797	3%
Principais despesas das actividades em US \$	23.170.968		25.104.618		30.149.340		78.424.926	

Figura 15: Despesas na prevenção



Em 2004, as principais despesas na prevenção do HIV pelas fontes públicas foram para a prevenção, diagnóstico e tratamento de ITSs (73%), aconselhamento e testagem (17%) e prevenção da transmissão vertical (7%). Em 2005, as despesas na prevenção, diagnóstico e tratamento de ITSs e aconselhamento e testagem caíram para 59% e 14% respectivamente, enquanto para a prevenção da transmissão vertical elas subiram para 10%. Em 2006, o grosso dos fundos das fontes públicas foi usado para a aquisição de serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de ITSs (31%) e intervenções na comunicação para a mudança do comportamento social 31%. As despesas no aconselhamento e testagem e PTV mantiveram-se inalteradas em 17% e 9% respectivamente.

Para as despesas privadas, cerca de 86% das despesas totais nesta categoria, em 2004 e 2005, foram efectuadas em programas de comunicação para a mudança social e de comportamento. Em 2006, 68% foram gastos na disponibilização de preservativos do sector público e comercial, 10% nos programas de prevenção no local de trabalho e 14% no aconselhamento e testagem.

Em geral, o financiamento internacional está mais equitativamente distribuído entre as subcategorias de prevenção, revelando um esforço de realizar todas as grandes actividades preventivas. Proporcionalmente, o aconselhamento e testagem voluntária baixaram de 7% (2004) para 5% (2006). As mesmas tendências foram registadas na categoria Jovens Fora da Escola, de 14% para cerca de 10% e Marketing Social de Preservativos de 13% para 9%, respectivamente, em 2004 e 2006. A Prevenção da Transmissão Vertical registou um crescimento de cerca de 7% para 17%.

O objectivo geral na área da prevenção, segundo o PEN II, é de reduzir o número de novas infecções dos actuais níveis de 500 por dia, entre os adultos, para 350 por dia em cinco anos e para 150 por dia em 10 anos. As principais estratégias de prevenção giram em volta da promoção da prevenção através da mudança de comportamento e uso de preservativos, melhoria do acesso ao aconselhamento e testagem e diagnóstico e testagem de ITS, bem como a expansão da PTV. A MEGAS revela uma correlação entre as estratégias para a realização dos objectivos estabelecidos no PEN II e as despesas nas diferentes intervenções de prevenção do HIV.

Tabela 26: Despesas públicas, privadas e internacionais em programas de prevenção

Categorias de Despesas	2004			2005			2006		
	Públicas	Privadas	Internacionais	Públicas	Privadas	Internacionais	Públicas	Privadas	Internacionais
Meios de comunicação social	-	-	-	-	-	3.810	-	-	231.798
Mobilização para a mudança social e de comportamento não desagregada de acordo com o conteúdo como actividades de saúde ou não saúde	-	62.121	2.340.599	67.455	20.589	3.522.658	2.340.331	43.215	2.238.930
Mobilização comunitária	88.510	-	2.369.629	54.265	1.157	394.736	314.233	-	2.855.149
Aconselhamento e testagem voluntária	629.409	-	1.384.969	674.839	-	1.502.251	1.272.813	116.651	1.140.442
ATV como parte dos programas para populações vulneráveis e especiais	-	-	-	11.422	-	-	-	-	-
Distribuição de preservativos como parte dos programas para populações vulneráveis e especiais	-	-	-	-	-	-	-	-	111.000
Intervenções programáticas para populações vulneráveis e especiais	-	-	530.000	-	14.500	905.000	-	14.297	791.000
Outras intervenções programáticas para populações vulneráveis e especiais	-	-	-	28.322	-	-	1.173	-	-
Jovens na escola	-	-	1.879.153	-	-	1.864.787	130.912	-	2.311.390
Jovens fora da escola	-	-	2.840.896	-	-	1.992.879	36.928	-	2.329.795
Programas de prevenção para PVHIV	-	2.038	40.000	-	-	50.000	27.158	-	110.623
Prevenção e tratamento de ITS como parte de programas para trabalhadores de sexo e seus clientes	-	-	80.000	-	-	-	-	-	-
Intervenções programáticas para trabalhadores de sexo e seus clientes	-	-	-	-	-	100.000	-	-	140.000
Outras intervenções programáticas para homens que têm sexo com homens (HSH)	-	-	-	25.546	-	179.630	-	-	-
Programas de prevenção no local de trabalho	-	5.500	67.300	152.114	90.300	99.074	387.876	83.801	1.009.805
Marketing social de preservativos	-	2.736	2.621.200	-	-	2.488.400	-	-	2.257.100
Provisão de preservativos no sector público e privado	-	-	-	-	-	-	27.320	558.290	342.400
Melhoria da gestão de ITS	2.634.261	-	40.000	2.887.898	-	444.214	2.345.967	-	70.000
Prevenção da transmissão vertical	243.657	-	1.302.225	495.809	-	2.062.144	656.510	-	4.278.228
Precauções universais	-	-	-	438.897	-	82.806	-	-	118.231
Outras / Ainda não classificado	-	-	4.201.603	93.873	-	5.613.354	105.614	-	3.571.825
Total	3.595.837	72.395	19.697.574	4.930.440	126.546	21.305.743	7.646.835	816.254	23.907.716

Preservativos

Uma das estratégias, que visa reduzir novas infecções, especialmente no grupo etário 15-24, foi a melhoria da distribuição de preservativos, fazendo o uso pleno da capacidade logística de todos os sectores e entidades, a promoção do preservativo feminino e aumentar a sua disponibilidade nos postos de venda (PEN II). Desde 2006, o governo aumentou o número de preservativos masculinos distribuídos e também iniciou um programa de preservativos femininos. Os resultados do MEGAS revelaram que um total de US \$8.408.446 (10% das despesas totais em prevenção) foi gasto em preservativos, no período 2004 e 2006. US \$7.369.436 das despesas totais em preservativos foram usados para o programa de marketing social de preservativos. As análises demonstram que em 2004 e 2005 não houve despesas na provisão de preservativos no sector público e privado. Em 2006, houve registo de despesas na ordem dos US \$ 928.010.

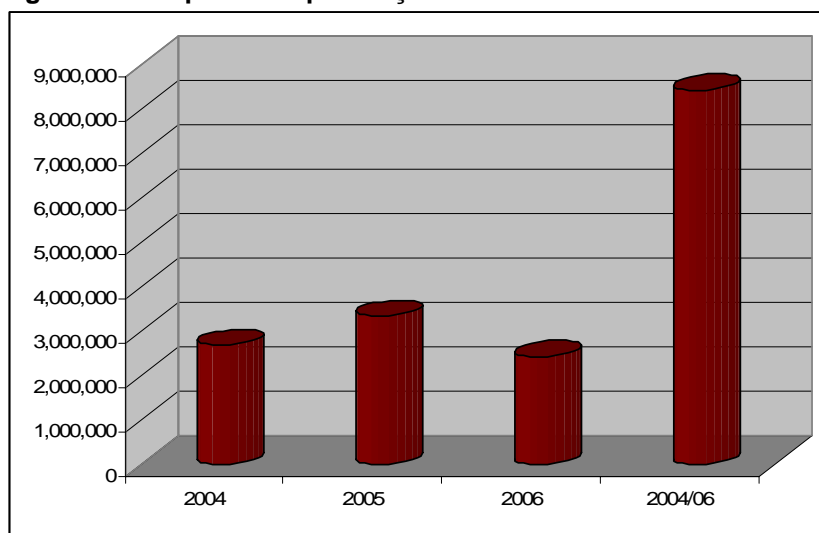
Tabela 27: Despesas em preservativos por categoria

Categoria	2004		2005		2006		Total	
	US \$	%	US \$	%	US \$	%	US \$	%
Distribuição de preservativos como parte do programa para as populações vulneráveis e especiais	0	0%	0	0%	111.000			
Marketing social de preservativos	2.623.936	100%	2.488.400	100%	2.257.100	68%	7.369.436	88%
Distribuição de preservativos no sector público e comercial	0	0%	0	0%	928.010			
					28%		928.010	11%
Total	2.623.936		2.488.400		3.296.110		8.408.446	

Infecções de Transmissão Sexual (ITS)

Outro objectivo estabelecido no PEN II para a área da prevenção é o aumento da percentagem de doentes com ITS e seus contactos tratados de acordo com o Protocolo sobre Síndromas (Syndrome-related Protocol). As estratégias para alcançar este objectivo incluem a capacitação dos centros de saúde para tratar ITS e estratégias visando fazer maior sensibilização sobre a doença, de forma a permitir a identificação prévia/atempada e encorajar os doentes com ITS a trazerem os seus parceiros. Os resultados da avaliação demonstram que as despesas nesta área de prevenção se mantiveram constantes em 2004 e 2006, numa média de 10% das despesas totais dos programas de prevenção, com um ligeiro aumento em 2005 para 13% (Tabela 24).

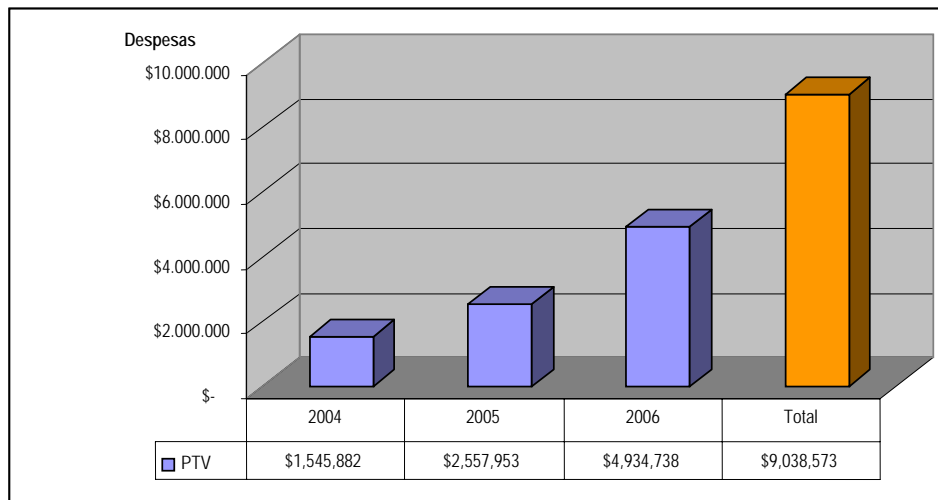
Figura 15: Despesas na prevenção de ITS



Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)

Na área da PTV, o objectivo é de aumentar significativamente o número de partos institucionais, garantir o acesso ao tratamento preventivo e promover a educação de mulheres grávidas sobre os riscos da transmissão vertical do HIV. O governo expandiu as infra-estruturas de PTV em todo o país e isto encontra-se reflectido nas tendências de despesas descritas na MEGAS (Figura 18). Em 2004, a PTV foi responsável por 7% das despesas totais na prevenção, aumentando para 10%, em 2005, e 15%, em 2006 (Tabela 24). Em termos nominais, as despesas na PTV aumentaram em cerca de 93% de 2005 para 2006.

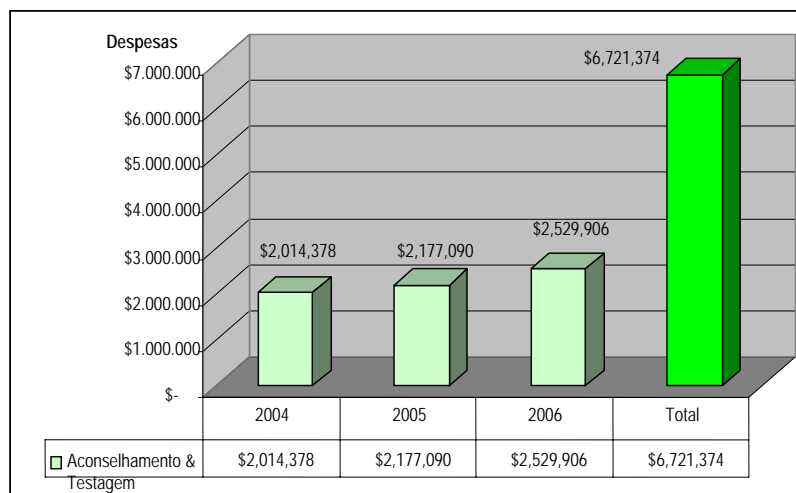
Figura 16: Despesas na PTV



Aconselhamento e Testagem (AT)

Nos últimos anos, Moçambique expandiu os seus programas de Aconselhamento e Testagem (AT). Isto levou à expansão do tratamento e redução do estigma. Embora o objectivo de AT não seja necessariamente mudar o comportamento dos que são seronegativos, acredita-se que seja um elemento essencial da prevenção secundária nas pessoas cujos resultados ao teste são positivos, visto que a sua carga viral reduz-se quando em tratamento e o risco de transmissão é também reduzido significativamente. Isto reflecte-se nas tendências de despesas descritas no MEGAS (Figura 19). Em 2004, o aconselhamento e testagem foram responsáveis por US \$ 2.014.378 (29%) das despesas totais na prevenção, aumentando para US \$2.529.906 (38%) em 2006. As despesas totais em AT durante o período em análise, 2002-2006, foram estimadas em US \$6.721.374.

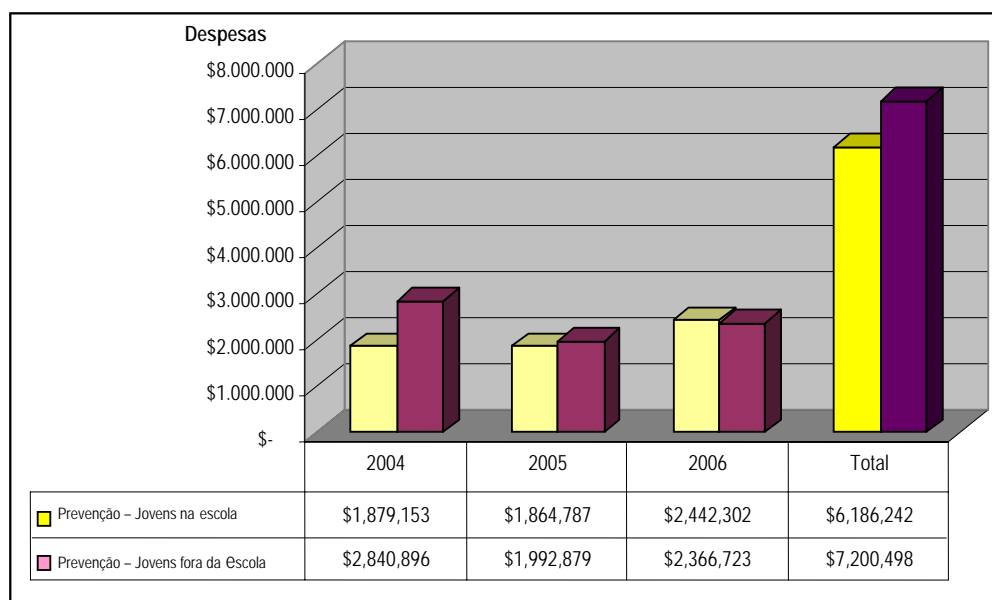
Figura 17: Despesas em Aconselhamento e Testagem



Programas juvenis de prevenção do HIV

Programas juvenis de prevenção do HIV têm como objectivo apoiar o desenvolvimento de habilidades psicossociais com vista a prevenir a infecção do HIV entre as crianças e adolescentes através de sessões de habilidades de vida. A abordagem das habilidades de vida envolve actividades – incluindo debates e teatro interactivo nos clubes escolares que permitem às crianças identificar e prevenir. Os programas juvenis de prevenção do HIV tais como *Geração Biz* alcançaram mais de meio milhão de jovens em todas as províncias de Moçambique na área da saúde sexual e reprodutiva. A MEGAS estima que, entre 2004 e 2006, um total de US \$ 13.386.740 tenham sido despendidos em programas juvenis de prevenção do HIV. US \$6.186.242 foram gastos nos programas de prevenção de jovens na escola, enquanto se estima que US \$7.200.498 tenham sido usados para apoiar programas para jovens fora da escola.

Figura 18: Despesas em programas juvenis de prevenção do HIV

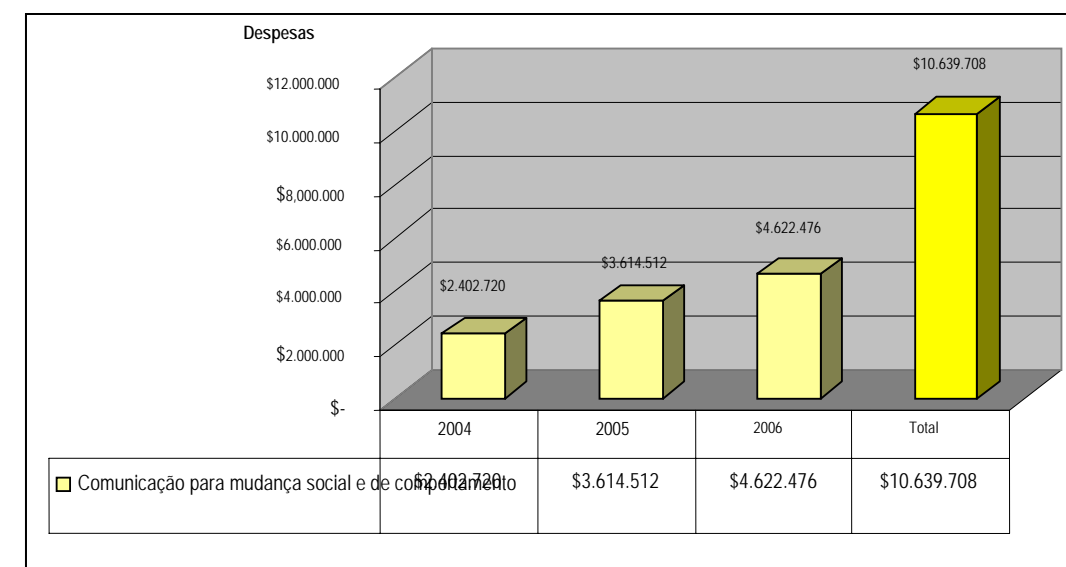


Comunicação para mudança do comportamento social

Moçambique desenvolveu e lançou uma Estratégia de Comunicação para o seu Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA (PEN II) em 2006. Vários programas foram implementados desde 2004. Isto encontra-se reflectido nas tendências de despesas descritas na MEGAS (Figura 21). As despesas totais na comunicação para a mudança de comportamento durante o período 2004-2006 foram estimadas em US \$10. 639.708. Em 2004, as despesas na comunicação para a mudança de comportamento foram responsáveis por US \$ 2.402.720 das despesas totais na prevenção do HIV, aumentando para US \$4.622.476, em 2006.

Em 2004, as fontes financeiras privadas e internacionais gastaram cerca de US \$62.121 (3% das despesas totais) e US \$2.340.599 (97% das despesas totais), respectivamente, em iniciativas de comunicação para a mudança. Até 2006, o grosso dos fundos usados nas iniciativas de comunicação vinham de fontes públicas com US \$2.340.331 (51% das despesas totais) e fontes internacionais com US \$2.238.930 (49%)

Figura 19: Despesas na comunicação para a mudança de comportamento social



4.3.2 Cuidados e tratamento

As despesas totais em cuidados e tratamento para o período 2004 a 2006 foram de US \$58.982.953. Em 2004, as despesas totais nos programas de tratamento e cuidados foram de US \$10.336.214, sendo cerca de 64% deste montante total usado para TARV e 17% para o tratamento de Infecções Oportunistas (IO). Até 2006, esta configuração das despesas havia-se alterado. Embora o TARV continuasse sendo a principal categoria de despesas em US \$19.522.780, o nível de despesas em Cuidados Domiciliários (CD) aumentou quase dez vezes, de US \$1.068.880. em 2004. para US \$ 9.681.318. As outras categorias de despesas, tais como Apoio Nutricional associado à terapia anti-retroviral (TARV), também constituíram uma grande parte das despesas totais em US \$3.166.111.

Tabela 28: Despesas totais nos cuidados e tratamento do HIV e SIDA

Código	Categoria	2004	2005	2006
ASC.2.1.01	Testagem e aconselhamento da iniciativa do provedor	171.610	244.451	84.756
ASC.2.1.02	Profilaxia de infecções oportunistas (IO)	0	0	61.843
ASC.2.1.03.1.98	Terapia anti-retroviral em adultos não desagregados por linha	3.839.596	3.404.774	661.061
ASC.2.1.03.98	Terapia anti-retroviral não desagregada por idade ou linha de tratamento	2.820.262	3.365.999	18.861.719
ASC.2.1.04	Apoio nutricional associado à terapia ARV	137.899	573.408	3.166.111
ASC.2.1.05	Monitoria laboratorial específica associada ao HIV	39.556	194.292	759.507
ASC.2.1.06	Cuidados e serviços estomatológicos para Pessoas Vivendo com o HIV	0	0	139.716
ASC.2.1.07	Serviços de tratamento psicológico e de apoio	0	0	4.479
ASC.2.1.08	Cuidados paliativos	0	96.096	198.941
ASC.2.1.09.1	Cuidados médicos domiciliários	0	736.331	0
ASC.2.1.09.2	Cuidados não médicos / não sanitários domiciliários	853.422	0	0
ASC.2.1.09.98	Cuidados domiciliários não desagregados	215.458	3.498.698	9.681.318
ASC.2.1.10	Serviços de cuidados e tratamento alternativos e informais	445.961	475.128	97.369
ASC.2.1.99	Serviços de cuidados para doentes externos ainda não classificados	0	45.857	156.100
ASC.2.2.1	Tratamento de infecções oportunistas (IO)	1.800.700	385.705	1.733.080
ASC.2.99	Serviços de atendimento e tratamento ainda não classificados	11.750	0	20.000
Total (US \$)		10.336.214	13.020.739	35.626.000

As principais categorias de despesas no tratamento durante o período analisado pela MEGAS são: TARV US \$32.953.411 (56%), Cuidados Domiciliares (CD) US \$14.985.227 (26%), apoio nutricional associado ao TARV US \$3.877.418 (7%), e tratamento de doenças oportunistas US \$3.919.485 (7%).

Tabela 29: Principais categorias de despesas no tratamento

Categoria	2004		2005	%	2006		Total	%
Terapia anti-retroviral	6.659.858	64%	6.770.773	52%	19.522.780	55%	32.953.411	56%
Apoio nutricional associado à terapia ARV	137.899	1%	573.408	4%	3.166.111	9%	3.877.418	7%
Monitoria laboratorial específica associada ao HIV	39.556	0%	194.292	1%	759.507	2%	993.355	2%
Cuidados domiciliares	1.068.880	10%	4.235.029	33%	9.681.318	27%	14.985.227	25%
Serviços de cuidados e tratamento alternativos e informais	445.961	4%	475.128	4%	97.369	0.3%	1.018.458	2%
Tratamento de infecções oportunistas (IO)	1.800.700	17%	385.705	3%	1.733.080	5%	3.919.485	7%
Total	10.152.854		12.634.335		34.960.165		57.747.354	

Figura 20: Categorias de despesas no tratamento

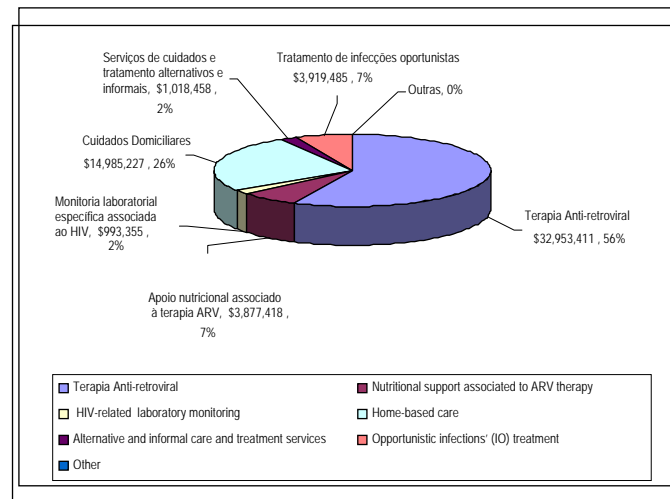
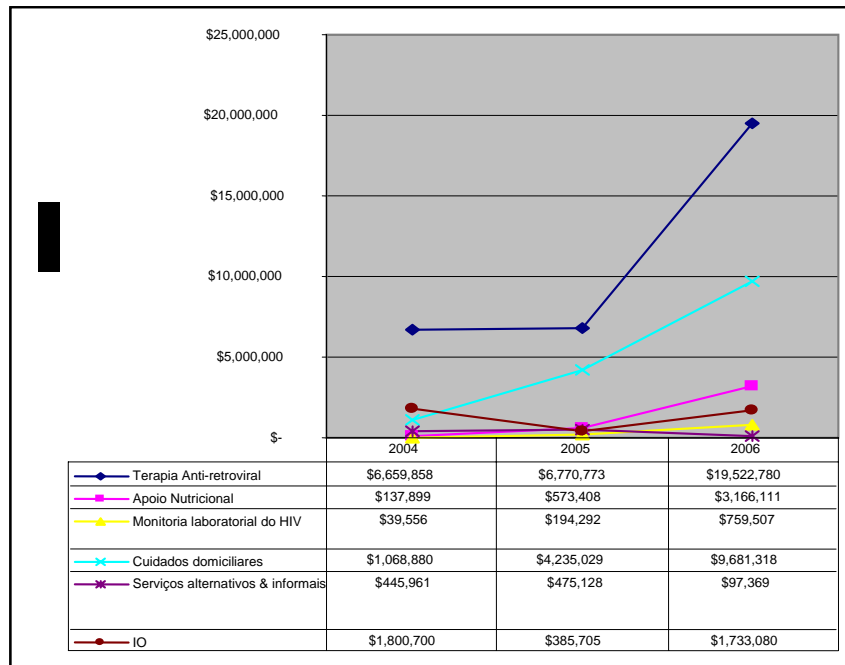


Figura 21: Despesas no tratamento do HIV e SIDA



Em 2006, o nível das despesas públicas totais no tratamento e cuidados baixou para cerca de 15% e à semelhança dos anos anteriores, o grosso dos fundos (91%) foi destinado ao TARV. As despesas privadas foram responsáveis por 11% das despesas totais no tratamento e cuidados em 2004, tendo todos os fundos sido destinados ao TARV. Em 2005, não se registaram despesas privadas nesta categoria e as despesas privadas em 2006 também foram mínimas (0.4% do total). As organizações internacionais foram responsáveis por 82% das despesas totais nesta categoria em 2004, 63% em 2005 e 85% em 2006. A maior parte das despesas foi usada em TARV, embora esta tendência tenha estado a reduzir ao longo dos três anos em estudo (87% em 2004, 53% em 2005 e 50% em 2006).

Tabela 30: Despesas públicas, privadas e internacionais em programas de tratamento

Categorias de Despesas	2004			2005			2006			Total		
	Públicas	Privadas	Internacionais	Públicas	Privadas	Internacionais	Públicas	Privadas	Internacionais	2004	2005	2006
Testagem e aconselhamento da iniciativa do provedor	140.942	0	30.668	236.149	0	8.302	64.749	0	20.007	171,610	244,451	84,756
Profilaxia para infecções oportunistas	0	0	0	0	0	0	0	0	61.843	0	0	61,843
Terapia anti-retroviral em adultos	324.973	909.680	5.425.205	3.352.274	52.500	3.365.999	4.688.907	100.500	14.795.216	6,659,858	6,770,773	19,584,623
Apoio nutricional associado à terapia ARV	0	0	137.899	0	0	573.408	57.664	0	3.108.447	137,899	573,408	3,166,111
Monitoria laboratorial associada ao HIV	39.556	0	0	184.292	10.000	0	164.586	17.000	577.921	39,556	194,292	759,507
Cuidados e serviços estomatológicos e para PVHS	0	0	0	0	0	0	0	0	139.716	0	0	139,716
Serviços de tratamento psicológico e de apoio	0	0	0	0	0	0	0	0	4.479	0	0	4,479
Cuidados paliativos	0	0	0	0	0	96.096	0	0	198.941	0	96,096	198,941
Cuidados Domiciliários	10.314	0	1.058.566	48.085	0	4.186.944	118.498	0	9.562.820	1,068,880	4,235,029	9,681,318
Serviços de cuidados e tratamento alternativos e informais	0	0	445.961	0	0	475.128	8.162	0	89.207	445,961	475,128	97,369
Serviços de atendimento para doentes externos (nec)	0	0	0	26.857	19.000	0	0	0	156.100	0	45,857	156,100
Tratamento de infecções oportunistas	0	0	1.800.700	0	0	385.705	0	0	1.733.080	1,800,700	385,705	1,733,080
Serviços de atendimento e tratamento (nec)	0	11.750	-	-	-	-	-	20.000	-	11,750	0	20,000
Total	515.785	921.430	8.898.999	3.847.657	81.500	9.091.582	5.102.566	137.500	30.385.934	10,336,214	13,020,739	35,626,000

Tratamento anti-retroviral

Moçambique gastou cerca de US \$32.953.411 em terapia anti-retroviral entre 2004 e 2006. Em 2004, estima-se que as despesas na terapia anti-retroviral tenham sido de US \$6.659.858. Até 2006, este valor havia subido para US \$19.522.780.

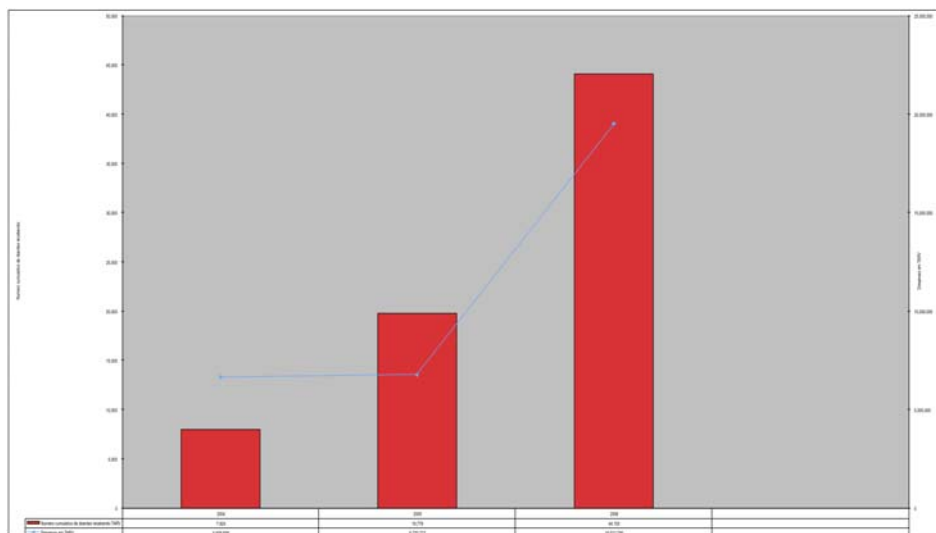
As despesas no tratamento foram usadas para pagar vários serviços incluindo: (i) a provisão de kits de teste e medicamentos; (ii) reforço dos laboratórios clínicos; (iii) reforço da segurança de sangue e biossegurança; (iv) sensibilização do pessoal do sector da saúde; (v) gestão dos resíduos da saúde; (vi) pesquisas sobre os medicamentos tradicionais; e (vii) capacitação. Todavia, durante os três anos em estudo, a maior parte dos fundos foram gastos na terapia anti-retroviral (TARV): cerca de 64% em 2004, 52% em 2005 e 55% em 2006.

Em 2002, o tratamento ARV era disponibilizado a menos de 2000 pessoas em Moçambique, principalmente através dos serviços privados. O tratamento foi iniciado na base de que todos os medicamentos anti-retrovirais seriam financiados através do sistema público apenas para a prevenção da transmissão vertical e como profilaxia pós-exposição para os trabalhadores da saúde que profissionalmente estão expostos ao HIV. Com a expectativa de financiamento substancial pelos doadores, combinado com a redução do preço dos medicamentos e experiência acumulada com os protocolos de tratamento, esta política foi revista para expandir o tratamento a todas as PVHS com base no princípio: os primeiros a chegar serão os primeiros a ser servidos, a partir dos meados de 2004.

Desde que em 2003 foi iniciada a implementação da Estratégia Nacional de Combate ao HIV/SIDA, do Ministério da Saúde, imensos progressos foram registados na provisão de serviços. Até finais de Dezembro de 2006, o número de pessoas em TARV era de 44.100.

Dado o crescente enfoque na expansão do acesso rural e na descentralização dos serviços, as anteriores desigualdades geográficas estão agora a ser abordadas e todos os distritos do país actualmente têm pelo menos um posto de tratamento. Todavia, ainda há muito por fazer relativamente à expansão do acesso visto que as estimativas demonstram que aproximadamente 50% de todas as pessoas que necessitam de tratamento têm acesso na região sul, 15% na região centro, e apenas 5% na região norte. A intenção actual do governo é de expandir o TARV, particularmente a expansão dos postos de TARV e actividades de apoio ao TARV, tais como os cuidados domiciliários bem com o aconselhamento e suplementação nutricional. Apesar de todas estas realizações, ainda há muitas pessoas que precisam de TARV que não têm acesso às unidades sanitárias.

Figura 22: Número de doentes em TARV e despesas em TARV

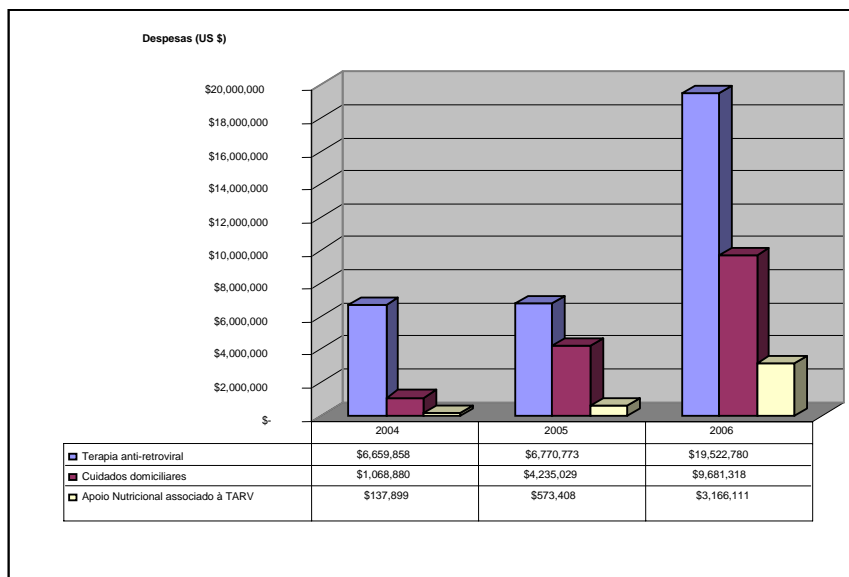


Cuidados domiciliários

As despesas em Cuidados Domiciliários (CD) e nutrição estão a crescer, à medida que mais pessoas são admitidas nos TARV (Figura 25). O apoio nutricional de pessoas em TARV e outros grupos vulneráveis é visto como uma componente chave para o sucesso do programa de tratamento. O financiamento foi usado para: (i) fornecer apoio nutricional; (ii) reforçar a capacidade de gestão da distribuição de alimentos; (iii)

apoiar a produção local de alimentos fortificados. Durante o período em análise, foi também constatado um aumento nas despesas em CD, que subiram dez vezes, de 10% em 2004 para 27%, em 2006.

Figura 23: Despesas totais em TARV, CD e apoio nutricional

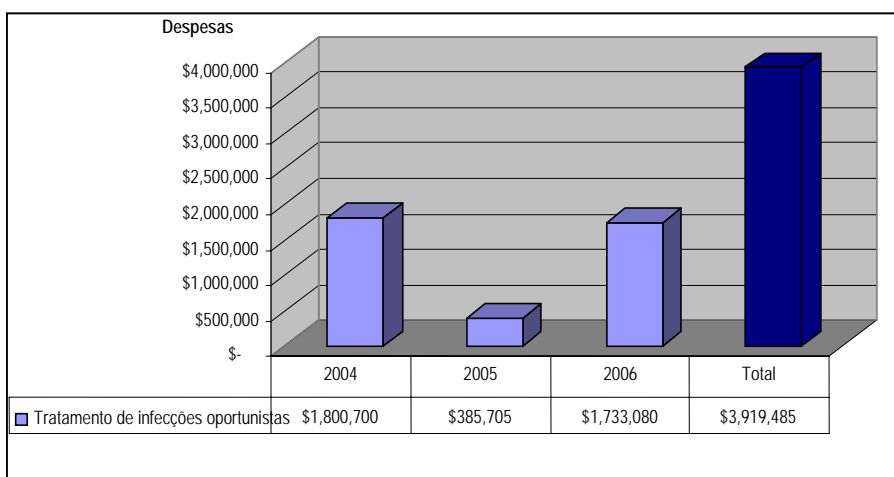


Infecções Oportunistas

O objectivo geral da estratégia nacional de combate ao HIV é fornecer tratamento eficaz e cuidados aos doentes com HIV e SIDA e infecções oportunistas. De acordo com a estratégia nacional para a TB, a TB é a infecção oportunista mais frequente e a causa de morte mais frequente em doentes de SIDA. As iniciativas focalizam no reforço das habilidades dos trabalhadores da saúde e provisão de serviços de saúde a fim de garantir a identificação, profilaxia e tratamento das IOs mais comuns; garantir a identificação e referência (encaminhamento) atempadas, incluindo a aderência, profilaxia e tratamento de infecções oportunistas; e reforço da ligação entre o Programa de Controlo de Doenças Transmissíveis e o Programa de Controlo do SIDA, nos termos do PEN.

As despesas totais para prevenir Infecções Oportunistas (IOs) durante o período em análise (2002-2006) foram estimadas em US \$3.919.485. De acordo com a avaliação, a principal fonte de financiamento para o tratamento de IOs foram as organizações internacionais que disponibilizaram cerca de US \$1.800.700, US \$385.705 e US \$ 1.733.080 em 2004, 2005 e 2006, respectivamente.

Figura 24: Despesas no tratamento de Infecções Oportunistas

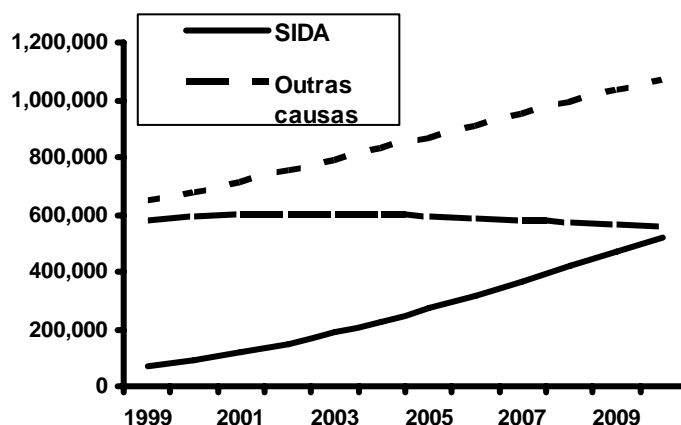


4.3.3 Cuidados e Apoio

Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)

Até 2010, projecta-se que o número de órfãos em Moçambique venha a subir para cerca de 1.1 milhão, principalmente como resultado do SIDA.

Figura 25: Projectão de órfãos (cumulativos 0-17 anos)



[Fonte: Impacto Demográfico do HIV e SIDA em Moçambique, 2002]

A Tabela 33 apresenta um sumário das áreas de despesas em COV, de 2004 a 2006. As despesas totais em COV cresceram ligeiramente de cerca de \$3 milhões, em 2004, para \$4.2, em 2005, e cresceram ainda mais para \$7.4 milhões, em 2006. Em 2004, 41% das despesas totais em COVs foi usado para serviços não especificados, 22% em custos administrativos, 19% em apoio comunitário, 12% em cuidados de saúde básica e 6% na educação. Em 2005, 5% das despesas totais em COVs foi usado em serviços não especificados, 12% em custos administrativos, 36% em apoio comunitário. Não houve registos de despesas em cuidados básicos de saúde e educação para COVs.

Tabela 31: Totais em HIV e SIDA em COV

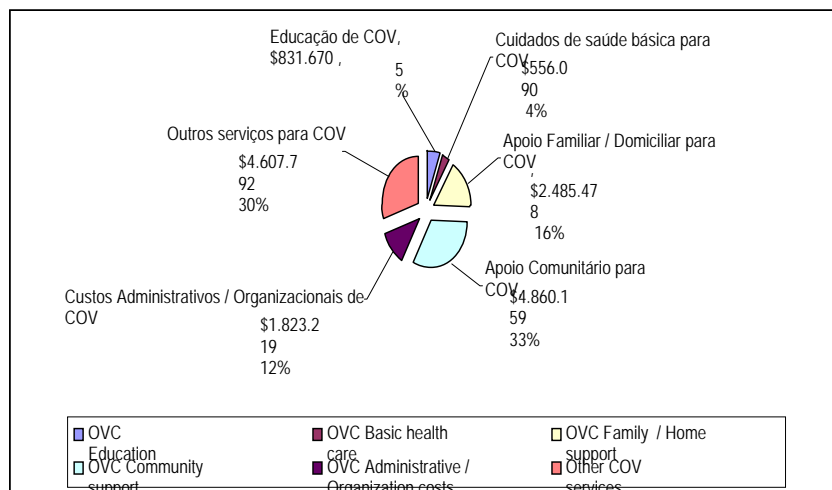
		2004	2005	2006
	Total (US \$)	3.633.405	4.174.460	7.356.543
ASC.3.1	Educação de COV	192.299	0	639.371
ASC.3.2	Cuidados de saúde básica para COV	349.853	0	206.237
ASC.3.3	Apoio familiar / domiciliário para COV	0	109.740	2.375.738
ASC.3.4	Apoio comunitário para COV	820.786	1.644.384	2.394.989
ASC.3.5	Custos administrativos / organizacionais de COV	648.666	244.846	929.707
ASC.3.99	Serviços COV ainda não classificados (n.e.c.) (n.e.c.)	1.621.801	2.175.490	810.501

Em 2006, o padrão de despesas em COVs em 2004 e 2005 foi alterado. A maior parte das despesas eram agora destinadas ao apoio familiar de COV (16%) e apoio comunitário de COV (32%). As despesas em COV em fontes não especificadas baixaram drasticamente em 2006 para 11%, de 50% em 2005. Em termos gerais, houve despesas mais dirigidas em 2006 do que em 2004 e 2005. A falta de dados mais desagregados nas despesas em COV torna bastante difícil fazer uma análise detalhada, mas em geral o apoio às COVs foi expandido desde 2004.

Tabela 32: Percentagem de despesas do HIV e SIDA em COV

	2004	%	2005	%	2006	%	Total	%
Educação de COV	192.299	5%	0	0%	639.371	9%	831.670	5%
Cuidados de saúde básica para COV	349.853	10%	0	0%	206.237	3%	556.090	4%
Apoio familiar / domiciliário para COV	0	0%	109.740	3%	2.375.738	32%	2.485.478	16%
Apoio Comunitário para COV	820.786	23%	1.644.384	39%	2.394.989	33%	4.860.159	32%
Custos Administrativos / Organizacionais de COV	648.666	18%	244.846	6%	929.707	13%	1.823.219	12%
Outros serviços para COV	1.621.801	45%	2.175.490	52%	810.501	11%	4.607.792	30%
Total (US \$)	3.633.405		4.174.460		7.356.543		15.164.408	

Figura 26. Despesas de HIV e SIDA em COV



Protecção social e serviços sociais

As despesas na protecção social e nos serviços sociais para o período 2004 a 2006 são apresentadas na Tabela 35. O grosso das despesas nos três anos foi destinado aos projectos de geração de rendimentos específicos ao HIV, embora o seu nível relativamente às despesas totais tenha estado a baixar ao longo do mesmo período. Em 2006, cerca de 21% do valor das despesas totais foi para serviços sociais não especificados. Os dados não foram suficientemente desagregados para determinar que grupos de pessoas estão a receber os serviços de protecção social e outros serviços. Estimativas das taxas de seroprevalência em Moçambique indicam que mais mulheres do que homens com idades compreendidas entre os 20-24 eram seropositivas, o que significa que havia uma necessidade urgente de abordar as desigualdades de género e outras normas sociais que tornavam as mulheres mais susceptíveis à infecção do HIV.

Tabela 33: Despesas do HIV e SIDA na protecção social e serviços sociais

Código	Categoria	2004	2005	2006
	Total (US \$)	9.841	41.794	408.929
ASC.6.1	Protecção social através de benefícios monetários	0	328	0
ASC.6.4	Projectos de geração de rendimentos específicos ao HIV	9.841	41.466	322.467
ASC.6.99	Serviços de protecção social e serviços sociais ainda não classificados n.e.c	0	0	86.462

4.3.4 Reforço da Gestão e Administração de Programas

Os recursos para a resposta nacional ao HIV e SIDA contribuíram para melhorar as infra-estruturas, *procurement* e distribuição, actualização das infra-estruturas de laboratórios e bancos de sangue, nutrição, e gestão logística. A Tabela 36 apresenta as despesas nas actividades de reforço da gestão e administração de programas para o período 2004 - 2006. As despesas totais nesta categoria subiram em 64%, de 2004 para 2005, e em 39%, de 2005 para 2006. Em média, mais de 85% das despesas totais nesta categoria foram para as actividades administrativas, de planificação e de coordenação durante todos os anos em estudo. As despesas para a monitoria e avaliação foram de 12% para cada ano, entre 2004 e 2006. Em termos gerais, isto demonstra o cometimento do governo de reforçar as capacidades de

coordenação e monitoria do CNCS na qualidade de órgão coordenador, de acordo com os princípios “Three Ones” (Três Únicos).

Tabela 34: Despesas em actividades de reforço de gestão e administração de programas

Código	Categoria	2004	2005	2006
ASC.4.01.	Administração de programas	2.762.088	4.433.861	5.869.088
ASC.4.02	Planificação e coordenação	2.534.271	4.364.787	4.772.672
ASC.4.03	Monitoria e avaliação	778.278	1.263.871	1.861.811
ASC.4.04	Pesquisa operacional	0	224.172	205.420
ASC.4.05	Vigilância serológica (sero-vigilância)	0	10.850	0
ASC.4.07	Sistemas de distribuição de medicamentos	2.711	0	0
ASC.4.08	Tecnologia de informação	0	0	77.993
ASC.4.09	Supervisão de pessoal e acompanhamento de doentes	0	1.463	8.455
ASC.4.10.1	Melhoramento das infra-estruturas laboratoriais e novo equipamento	132.593	52.362	1.822.792
ASC.4.10.2	Construção de novos centros de saúde	122.544	165.657	35.723
ASC.4.10.99	Melhoramento e construção de infra-estruturas n.e.c	80.701	0	0
Total (US \$)		6.413.186	10.517.023	14.653.954

4.3.5 Recursos humanos e incentivos para a sua retenção

A insuficiência de pessoal qualificado e retido no sector da saúde pública constitui um grande constrangimento para a expansão dos cuidados e tratamento do HIV e SIDA em Moçambique. Isso cobre todo o leque de profissionais de saúde, incluindo os médicos, enfermeiros, parteiras, conselheiros, técnicos de laboratório e farmacêuticos. Os recursos para o HIV e SIDA foram usados para obter serviços visando criar a capacidade técnica e de gestão dos trabalhadores da saúde na gestão e atendimento de pessoas infectadas pelo HIV.

A Tabela 37 demonstra as despesas em recursos humanos e incentivos para a sua retenção, de 2004 a 2006. Ao longo dos três anos, a maior fatia do orçamento foi destinada à formação e o resto para incentivos monetários para outros funcionários envolvidos nas actividades associadas ao HIV/SIDA. As despesas para a formação, relativamente ao orçamento geral em recursos humanos e incentivos de retenção, foram reduzindo ao longo do período em análise, enquanto os incentivos monetários para os outros funcionários foram aumentando. As despesas para a formação baixaram de 98%, em 2004, para 96%, em 2005, e para 86%, em 2006. Por outro lado, os incentivos monetários para os outros funcionários aumentaram de 1.4%, em 2004, para 4%, em 2005, e para 14%, em 2006. Os constrangimentos sobre a capacidade humana não podem ser ignorados. Actualmente, há um número limitado de pessoas para planificar, gerir e implementar as várias iniciativas da resposta nacional descrita no PEN II.

Tabela 35: Despesas em incentivos para recursos humanos e retenção associados ao HIV e SIDA

Código	Categoria	2004	2005	2006
ASC.5.3	Incentivos monetários para outros funcionários	63.270	155.310	657.329
ASC.5.5	Formação	4.398.460	3.742.541	4.170.419
Total (US \$)		4.461.730	3.897.851	4.827.748

4.3.6 Ambiente favorável e desenvolvimento comunitário

As principais despesas para actividades desta categoria envolvem principalmente programas sobre advocacia e comunicação estratégica, direitos humanos e programas específicos ao SIDA centrados no desenvolvimento da mulher e institucional. Dada a feminização do HIV e SIDA em Moçambique, um montante relativamente pequeno de dinheiro foi destinado aos programas específicos de SIDA dirigidos à mulher, como ilustra a Tabela 38. O desenvolvimento de programas apropriados, específicos e dirigidos à mulher é essencial e isto deve ser reflectido nas despesas.

Tabela 36: Despesas em actividades de desenvolvimento de um ambiente favorável e comunitário

Código	Categoria	2004	2005	2006
ASC.7.1	Advocacia e comunicação estratégica	89.534	355.047	791.171
ASC.7.2	Direitos humanos	3.520	3.395	278.024
ASC.7.3	Desenvolvimento institucional específico ao SIDA	21.127	102.663	151.406
ASC.7.4	Programas específicos de SIDA dirigidos às mulheres	57.425	12.029	125.654
Total (US \$)		171.606	473.134	1.346.255

4.3.7 Pesquisas associadas ao HIV e SIDA

A Tabela 39 apresenta um resumo das despesas em pesquisas associadas ao HIV e SIDA (excluindo a pesquisa sobre operações) no período 2004 - 2006. Em termos gerais, os montantes reportados como tendo sido gastos para pesquisas associadas ao HIV e SIDA são muito baixos quando comparados com as outras categorias de despesas. Em 2004, as despesas totais nesta categoria foram destinadas às pesquisas de ciências sociais. Em 2005, cerca de 96% das despesas totais foram para as pesquisas em ciências sociais, com 4% em pesquisas sobre comportamentos. Em 2006, 83% das despesas totais foram para pesquisas biomédicas e 17% para pesquisas em ciências sociais. Houve uma redução geral nas despesas nas pesquisas de ciências sociais entre 2004 e 2006. As pesquisas biomédicas que não tiveram orçamento em 2004 e 2005, tiveram US \$27.912, em 2006, formando, desta forma, 83% das despesas totais em 2006.

Tabela 37: Despesas em pesquisas associadas ao HIV e SIDA

Código	Categoria	2004	2005	2006
ASC.8.1	Pesquisa biomédica	0	0	27.912
ASC.8.4	Pesquisas em ciências sociais	112.098	484.642	5.632
ASC.8.5	Pesquisas comportamentais	0	20.601	0
Total (US \$)		112.098	505.243	33.544

4.4 Beneficiários das despesas em HIV e SIDA

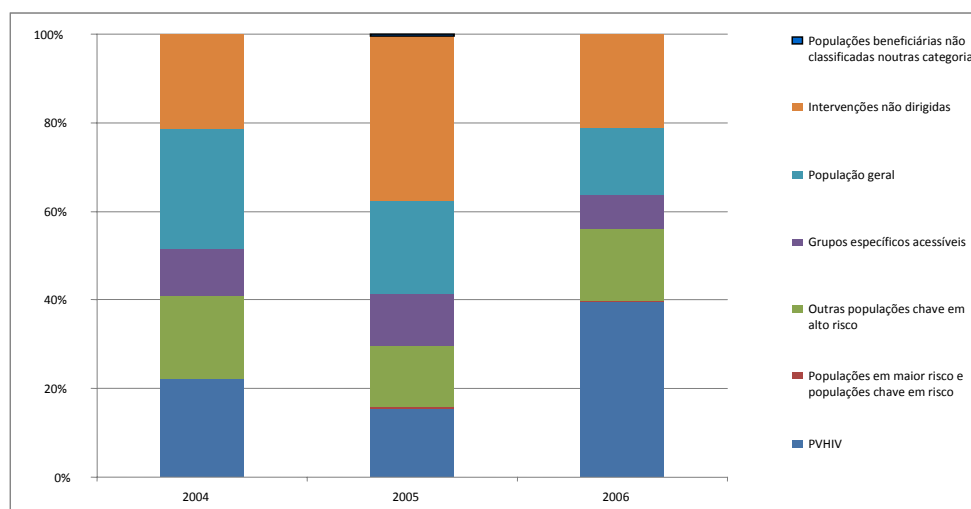
Há seis subgrupos de populações beneficiárias no modelo MEGAS (Vide as explicações detalhadas na Secção 3). Uma desagregação mais aprofundada dos dados fornece as várias subcategorias de grupos populacionais que beneficiaram dos fundos dos programas de combate ao HIV e SIDA em 2004, 2005 e 2006. Os principais grupos de beneficiários durante o período em análise são dois, nomeadamente: População em geral: US \$ 93.086.523 (46%) e Pessoas Vivendo com HIV: US \$ 58.177.430 (29%). Isto é ilustrado na Tabela 40. Em 2004 e 2005, os resultados demonstram que a maior parte dos programas foram dirigidos à população em geral seguidos pelas Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV) e outros grupos de jovens. Em 2006, as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) usavam a maior parcela dos gastos totais, seguidas pela população geral e COVs.

Tabela 38: Despesas associadas ao HIV e SIDA por população de beneficiários

População de Beneficiários	2004	2005	2006	Total
Pessoas Vivendo com HIV	10.678.690	9.147.918	38.350.822	58.177.430
Vendedores de serviços sexuais (SS) e seus clientes	80.000	111.422	140.000	331.422
Crianças Órfãs e Vulneráveis	4.273.206	3.575.553	7.716.275	15.565.034
Crianças nascidas ou por nascer de mães seropositivas	1.519.200	2.175.270	4.934.738	8.629.208
Deslocados internos (devido a uma emergência)	0	50.000	0	50.000
Populações de emigrantes / móveis	90.000	160.000	316.449	566.449
Refugiados, deslocados e pessoas separadas das suas famílias	0	0	70.000	70.000
Prisioneiros e outras pessoas institucionalizadas	4.476	0	0	4.476
Camionistas / trabalhadores dos transportes e motoristas comerciais	0	148.322	282.122	430.444
Crianças e jovens fora da escola	2.840.896	1.993.936	2.366.723	7.201.555
Parceiros de pessoas vivendo com HIV	440.000	50.000	78.634	568.634
Pessoas frequentando clínicas de ITS	2.634.261	2.887.898	2.415.967	7.938.126
Crianças na escola	36.445	399.624	1.314.457	1.750.526
Jovens na escola	2.383.232	1.464.106	1.580.158	5.427.496
Estudantes universitários	0	313.812	234.537	548.349
Mulheres frequentando as clínicas de saúde reprodutiva	0	707.683	0	707.683
Trabalhadores dos serviços de saúde	0	571.703	70.000	641.703
Militares	0	75.000	210.000	285.000
Polícia e outras forças de ordem e segurança (não militares)	0	75.000	0	75.000
Operários das fábricas	72.800	511.298	1.481.482	2.065.580
População geral	23.450.680	34.574.428	35.061.414	93.075.672
Total	48.503.886	58.992.973	96.623.778	204.120.637

Na base das seis categorias da MEGAS de populações beneficiárias, os resultados demonstram que, em 2004, 27% dos fundos totais beneficiaram a população em geral e cerca de 22% beneficiaram PVHIV, 21% foram gastos em intervenções não dirigidas, sendo que 19% foram usados em outros grupos chave de populações em alto risco. 11% dos fundos foram usados em grupos acessíveis específicos que incluem os jovens, defesa e segurança e operários das fábricas. Em 2005, 37% dos gastos totais foi usado em intervenções não dirigidas, 21% na população em geral e cerca de 16% em PVHIV, 14% em outras populações chave em alto risco e 12 % em grupos acessíveis específicos. Em 2006, as despesas em PVHIV subiram para 40% das despesas totais, contra 16% no ano anterior; 21% dos fundos foi usado em intervenções não dirigidas e 15%, 16% e 8% foram usados na população em geral, outras populações chave em alto risco e grupos populacionais acessíveis específicos, respectivamente.

Figura 27: Beneficiários das despesas totais no HIV e SIDA



As figuras 30, 31 e 32 apresentam uma distribuição das categorias de gastos por grupos de beneficiários para 2004, 2005 e 2006, respectivamente. Ao longo dos três anos em estudo, as despesas em PVHIV foram principalmente na área do tratamento e cuidados. Todos os outros subgrupos de beneficiários beneficiaram principalmente dos programas de prevenção. Todavia, em 2005 houve certo nível de gastos no tratamento e cuidados para as populações não visadas. Em 2006, as PVHIV também beneficiaram dos programas de prevenção e protecção social e serviços sociais, embora a proporção destes outros programas tenha sido mínima quando comparada com o que foi gasto nas PVHIV na área de tratamento e cuidados.

Figura 28: Categorias de despesas no HIV e SIDA para os grupos de beneficiários em 2004 (US \$)

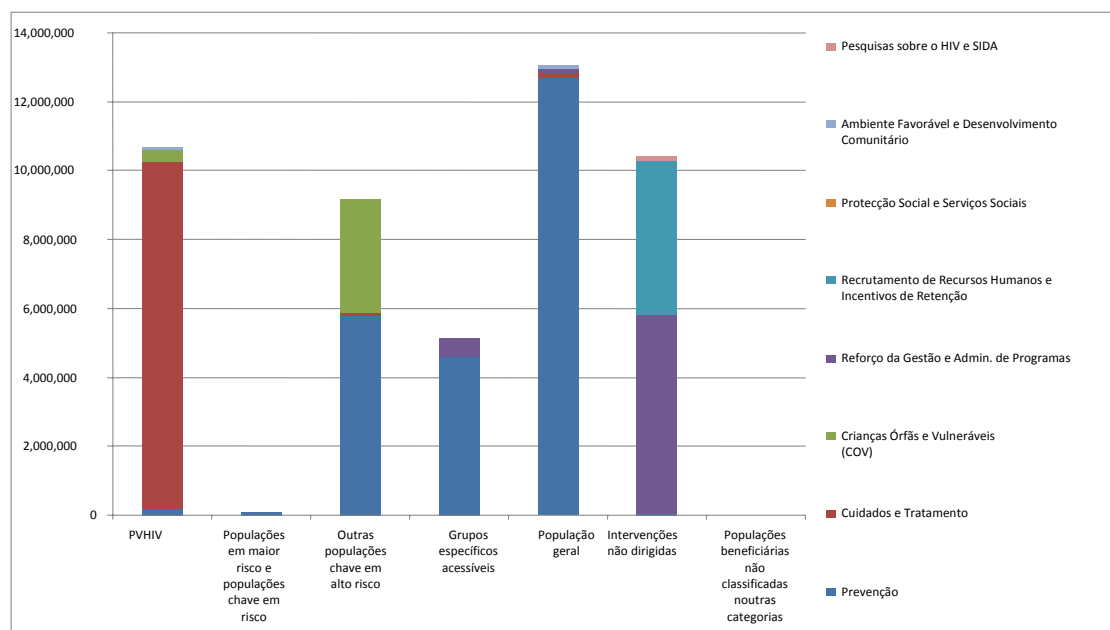


Figura 29: Categorias de despesas no HIV e SIDA para os grupos de beneficiários em 2005 (US \$)

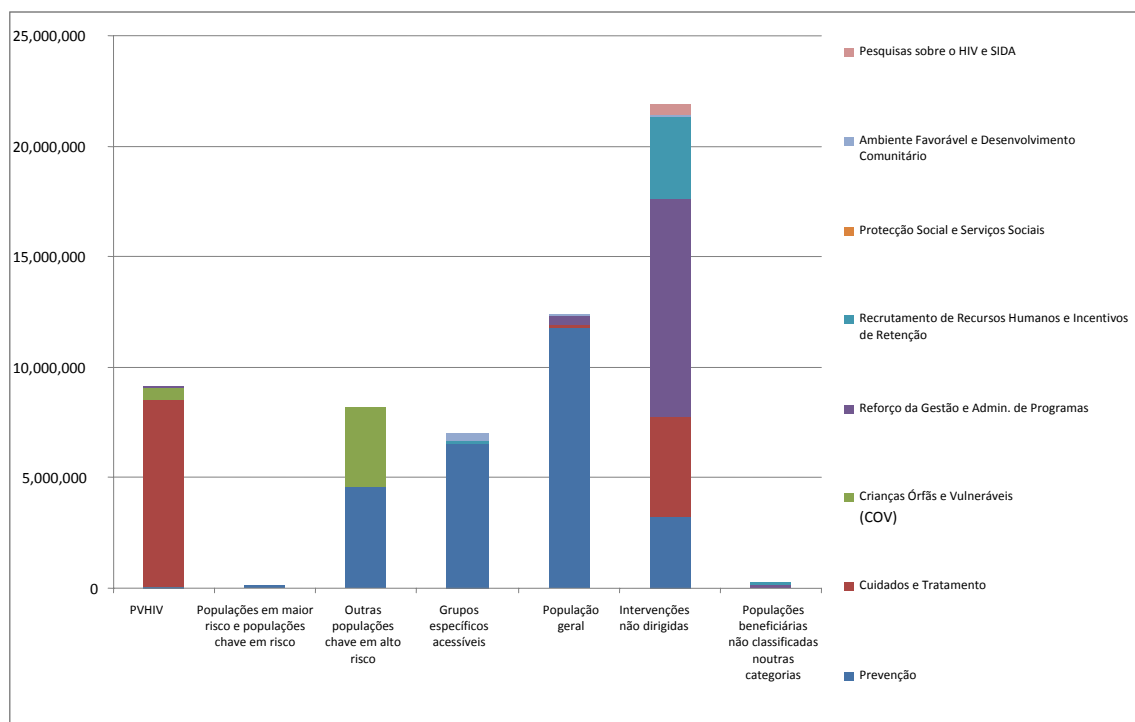
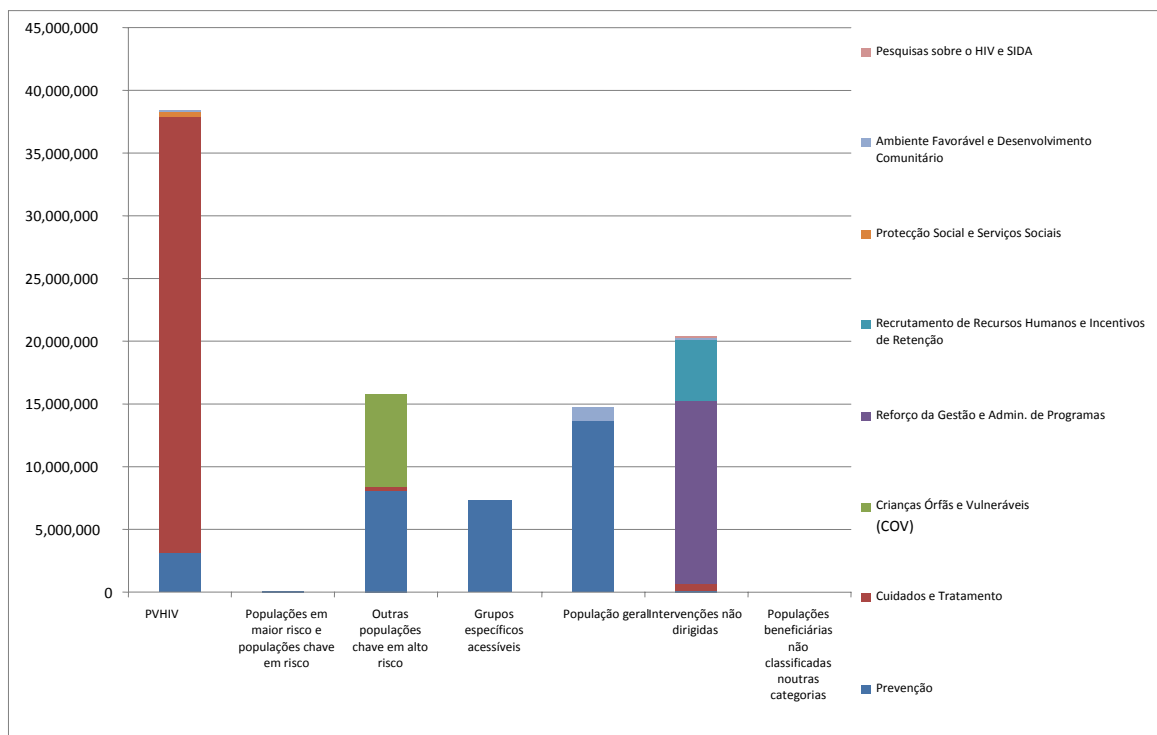


Figura 30: Categorias de despesas no HIV e SIDA para os grupos de beneficiários em 2006 (US \$)



6. Conclusões e recomendações

O Governo de Moçambique iniciou a prevenção, tratamento, cuidados e resposta ao tratamento com vista a reduzir a futura transmissão do HIV e satisfazer a crescente demanda de serviços de HIV. Quantidades substanciais de recursos foram investidos na prevenção, tratamento e cuidados e o crescimento do financiamento para a prevenção e cuidados de HIV e SIDA ultrapassam a maior parte dos programas de saúde pública. Dada a subida galopante na seroprevalência e ausência de um mecanismo para fazer o acompanhamento das despesas no HIV e SIDA, tornou-se importante que fosse realizada uma avaliação para identificar os recursos que estão a ser adquiridos com fundos para o HIV e SIDA, e quem beneficia destes recursos.

	Mensagem chave	Detalhes
1	O financiamento dos programas de combate ao HIV e SIDA duplicou de 2004 até 2006.	As despesas gerais na resposta nacional ao HIV e SIDA são estimadas em \$204.120.637. Entre 2004 e 2006, as despesas no HIV e SIDA duplicaram, de US \$48.503.886, em 2004, para US \$96.623.778, em 2006. Todavia, não há evidências para relacionar as informações epidemiológicas e despesas nas populações em maior risco e vulneráveis
2	O apoio dos parceiros de desenvolvimento de Moçambique é essencial para garantir que o influxo de fundos seja traduzido em mais e melhores serviços específicos ao HIV e SIDA.	O aumento substancial do financiamento é um teste real à capacidade dos mecanismos de gestão do sector público em Moçambique e tem um impacto particular no desempenho dos ministérios como os casos do Ministério das Finanças e Ministério da Saúde. As taxas de execução orçamental no Ministério da Saúde em 2004, embora variando consoante a fonte financeira, são, em geral, baixas. De igual modo, o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) teve dificuldade de garantir a execução do seu orçamento, particularmente na alocação de fundos às ONGs e associações locais. Como resultado, esta é uma área prioritária em que o Governo de Moçambique requer forte apoio dos seus parceiros de desenvolvimento. É crucial que este desafio seja resolvido para garantir que os mecanismos de financiamento funcionem eficientemente e que mais dinheiro signifique realmente um aumento na qualidade e quantidade de serviços.
3	Forte dependência nas fontes internacionais de financiamento para a resposta nacional ao HIV e SIDA.	Ao longo dos três anos, as organizações internacionais foram a maior fonte financeira. Todavia, em termos de financiamento de actividades relacionadas com o HIV e SIDA, há um esforço em direcção à harmonização e alinhamento do apoio dos doadores virado para o apoio à implementação do PARPA, juntamente com uma passagem inter-relacionada dos projectos isolados para modalidades de ajuda mais flexíveis, tais como os fundos comuns sectoriais e do Apoio aos Pagamentos do Orçamento (BPS) ao Apoio ao Orçamento Geral do Estado (GBS).
4	O volume dos fluxos fora do orçamento para o HIV e SIDA é substantivo.	Uma grande proporção de fundos externos de assistência ao HIV e SIDA é desembolsada e reportada através de projectos verticais e, portanto, não é incluída na contabilidade do governo. É provável que a maior parte dos doadores continuem a usar uma ampla variedade de modalidades de ajuda para equilibrar os diferentes interesses e se protegerem de riscos. Para garantir a obtenção de resultados programáticos em prol do acesso universal aos serviços de HIV e evitar a duplicação de esforços e uso ineficiente de recursos, são necessários mais esforços com vista a incluir estes fluxos de financiamento diferentes no plano e os dados sobre despesas reportados de forma real.
5	As despesas nos programas de	Um aumento mais acentuado no tratamento poderá ter levado a

	Mensagem chave	Detalhes
	prevenção têm estado a baixar.	uma redução moderada nas despesas em prevenção do HIV. Embora se tenha registado um aumento nas despesas no tratamento, de 21%, em 2004, para 38%, em 2006, o financiamento à prevenção do HIV baixou de 48%, em 2004, para 34%, em 2006. A redução nas despesas em programas de prevenção e o aumento nas despesas das componentes de tratamento durante o período em estudo poderá ser atribuída ao aumento do financiamento ao tratamento com fundos internacionais, ou devido aos esforços do governo de expandir o acesso ao TARV.
6	As despesas no tratamento aumentaram substancialmente, sinal do cometimento do governo em garantir o Acesso Universal ao TARV.	Na área de tratamento, a maior parte dos fundos foi usada no programa de Terapia Anti-Retroviral (TARV) de alto custo durante os três anos em estudo.
7	Menos de 5% de todas as despesas no HIV e SIDA ao longo do período em estudo foram usados em recursos humanos e incentivos de retenção	Apesar dos desafios de âmbito de recursos humanos em Moçambique, a avaliação revelou que menos de 5% de todas as despesas no HIV e SIDA , ao longo do período em estudo, foi usado no recrutamento de recursos humanos e incentivos de retenção. Ademais, as despesas totais no HIV e SIDA nesta área baixaram de 7.5%, em 2004, para cerca de 4.4%, em 2006. Isto tem implicações na provisão de Serviços de Saúde Primária, incluindo os serviços relacionados com HIV e SIDA. Não se sabe ao certo porque é que se gastou tão pouco nesta área programática, mas poderá ser consequência da redução de recursos humanos ou redução de pagamentos.
8	Despesas em COV não são comensuráveis ao problema.	As despesas totais em Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV) baixaram de US \$2.998.003, em 2004, para US \$2.099.647, em 2005, mas houve um ligeiro aumento em 2006, em que as despesas em COVs subiram para US \$7.370.390. A correlação entre o número de COV e as despesas per capita agregadas ao nível nacional corroboram a existência de desigualdades na distribuição de recursos do HIV entre as populações beneficiárias.
9	Falta de dados sobre despesas fiáveis e consistentes, desagregadas por género	A avaliação revelou que há uma falta de dados sobre as despesas consistentes e fiáveis desagregadas por género. Isto torna difícil avaliar se as estratégias e intervenções dos programas dirigidos às mulheres/raparigas e homens/rapazes têm os recursos necessários. Também levanta outras questões sobre o nível de eficácia da expansão da igualdade e equidade nos programas nacionais de combate ao HIV, particularmente nos esforços em prol do acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio. Dada a feminização da epidemia do HIV em Moçambique, é importante ter capacidade de avaliar se as questões relativas às desigualdades de género e outras normas sociais que tornaram as mulheres mais susceptíveis à infecção do HIV estão a ter respostas.
10	Parcerias público-privadas prestam muitos dos serviços de HIV para as pessoas que deles precisam	Ao longo do período em estudo, as ONGs foram os segundos maiores provedores de serviços de HIV, depois dos provedores de serviços públicos. Em muitos casos, elas foram contratadas pelo MISAU para apoiarem a provisão de serviços nas unidades estatais. Estes resultados confirmam a tendência geral de que a provisão de serviços de HIV e SIDA dependeu bastante dos provedores não públicos de cuidados.

4.5 6.1 Recomendações chave

- (i) **Para se ter um impacto sobre a incidência e prevalência do HIV, igualar os recursos às prioridades da resposta nacional ao HIV:** O Governo deve identificar, seleccionar e financiar as medidas contra o HIV que são as mais apropriadas e eficazes para o país em relação aos seus cenários e contextos específicos da epidemia. Os resultados desta avaliação revelam que o Governo e seus parceiros de desenvolvimento tiveram sucessos na procura de igualar as prioridades de prevenção no Plano Estratégico Nacional (PEN II) às despesas do HIV. Todavia, isto não resultou numa redução na prevalência do HIV. Isto poderá ser um sinal de que os recursos que são alocados ao HIV e SIDA não estão a ser eficientemente usados para comprar os serviços correctos do HIV.
- (ii) **Determinar os custos dos planos sectoriais de HIV para assegurar uma fórmula de alocação de recursos baseada em necessidades:** A mobilização de recursos é um elemento importante para a expansão da resposta ao HIV. Dadas as diferenças que existem entre os compromissos e a necessidade de alcançar o acesso universal, por um lado, e as despesas e requisitos reais, por outro, o aumento de fluxos financeiros para apoiar as intervenções de resposta são especialmente críticos. Os planos sectoriais do HIV desempenham um importante papel na mobilização de recursos, quer interna quer internacionalmente. Portanto, há um factor crítico para determinar os custos e ligar abrangentemente os planos sectoriais do HIV ao processo nacional de planificação e orçamentos para a alocação de recursos.
- (iii) **Aumentar as alocações orçamentais nacionais para os programas de combate ao HIV e SIDA para reflectir o estatuto prioritário dado pelo Governo à Resposta Nacional ao HIV:** A alocação do orçamento interno ao CNCS reduziu drasticamente pelo terceiro ano consecutivo, quer em termos absolutos, quer em termos proporcionais (US\$ 4.3 milhões, em 2004, ou 18% do orçamento total, US\$ 3.5 milhões, em 2005, ou 15% do orçamento total, e US\$ 2.5 milhões, em 2006, ou 9% do orçamento total). Embora esta redução seja proporcional ao aumento da componente externa, esta situação é preocupante. Ademais, a composição do portfólio dos doadores do CNCS é limitada, com mais de 60% da componente externa dependente num único doador (Banco Mundial). A alocação de recursos estatais adequados para o Secretariado do CNCS ao nível nacional e provincial é necessária para indicar o cometimento à resposta nacional e assegurar a sua sustentabilidade. Dentro do quadro do exercício de MTEF 2008-2010, o Secretariado do CNCS previu uma redução geral da assistência financeira externa e solicitou, concorrentemente, um aumento na alocação interna (US\$ 3.5 milhões, em 2008, US\$ 3.75 milhões, em 2009, e US\$ 4 milhões, em 2010).
- (iv) **Na realização de uma avaliação das despesas individuais com recursos próprios (OOP) no HIV** para determinar se OOP constitui uma grande ou pequena porção das despesas totais de HIV e SIDA recomendando-se que algumas questões relativas aos gastos do HIV sejam incorporadas nos inquéritos existentes de agregados familiares. Isto permitirá que o governo estabeleça a proporção das famílias com despesas catastróficas do HIV e SIDA em Moçambique.
- (v) **Disponibilizar dados fiáveis e consistentes sobre as despesas desagregados por género:** A desigualdade de género é uma barreira crítica ao acesso e utilização de serviços de cuidados e tratamento. O GdM confirmou o seu compromisso de integrar a equidade, incluindo a equidade de género nos serviços de cuidados e tratamento de saúde. Decidiu-se: desagregar os dados para monitorar o acesso e uso dos serviços pelas mulheres; formar os trabalhadores de saúde em questões de género; conduzir pesquisas para analisar as relações de poder; trabalhar com outros ministérios e sectores relevantes para abordar os direitos humanos e de saúde reprodutiva e medidas legais para proteger da violência doméstica. A melhoria da situação da mulher é um objectivo de longo prazo. Os dados fornecidos na avaliação escondem muitas informações úteis que são necessárias para avaliar a resposta em termos de implicações para a equidade. Devem ser tomadas acções concretas para obter dados desagregados sobre a percentagem das despesas em intervenções de HIV que beneficiem a mulher, rapariga, homens e rapazes e/ou visando desafiar as normas nocivas ao género e alterações na percentagem ao longo do tempo. A desagregação por outros critérios tais como o estatuto socioeconómico (ex. quanto a rendimento, educação, área de residência) das populações beneficiárias poderá também dar uma melhor imagem.
- (vi) **Reforçar a gestão de finanças públicas:** Foi difícil estimar com exactidão o nível de recursos mobilizados para a resposta ao HIV e SIDA no período em estudo, em termos de despesas públicas reais (recorrentes e em capital) ou apoio recebido. Consequentemente, para evitar a falta de prestação de contas, muitos doadores canalizam os fundos para a resposta ao HIV e SIDA directamente para/através das ONGs, OBCs, ou outras instituições do sector privado. No fim, esta prática compromete a capacidade do governo hospedeiro de incluir e prestar contas sobre a

assistência prestada pelos doadores – muitas vezes levando à incapacidade dos fazedores de políticas e planificadores de determinar os níveis reais de défices de recursos que existem nos seus respectivos sectores. Para obter boas estimativas das despesas do HIV, é necessário reforçar a capacidade do CNCS e ministérios do sector no sentido de monitorarem as despesas e desenvolverem formatos uniformizados de prestação de contas. As classificações orçamentais das despesas públicas devem ser desagregadas para facilitar a monitoria das despesas sectoriais em actividades do HIV e SIDA e devem envidar-se esforços para explorar como o SISTAFE pode ser ajustado às necessidades dos classificadores do tipo MEGAS .

- (vii) Por último, há uma necessidade de **institucionalizar o processo de MEGAS em Moçambique** para facilitar a recolha de dados e prestação de contas sobre as despesas em HIV e SIDA. As questões chave que devem ser abordadas são: (i) maior advocacia em todos os ministérios, departamentos e agências, beneficiários e organizações internacionais; (ii) simplificação dos mecanismos de desembolso e prestação de contas financeiras; e (iii) o mandato de coordenador do CNCS deve ser aplicado – isto é, deve ser introduzido um mecanismo apropriado que fará o acompanhamento do financiamento ao HIV e SIDA desde a fonte até ao provedor em Moçambique.

5 APÊNDICES

5.1 Apêndice 1: Referências

1. Arndt, C (2003): HIV/AIDS, Human Capital, and Economic Prospects for Mozambique
2. Bately, R et. al. (2006): Joint Evaluation of *Apoio ao Orçamento Geral do Estado 1994-2004*. Mozambique Country Report
3. CNCS (2004): The National Strategic Plan on HIV and AIDS (2005-2009)..
4. Chao, S. and Kostermans, C. (2002): Improving Health for the Poor in Mozambique – the Fight Continues. Africa Region Human Development Series.
5. Costa, J. et al (2006): Provincial Study to Evaluate the Approaches to Supporting Health Sector Development at Provincial Level in Mozambique, 2002-2005.
6. GFATM (2002): The Framework Document for the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculose and Malaria.
7. GOM (2003): Agenda 2025. The Nation's Vision and Strategies
8. GOM (2006): Action for the Reduction of Absolute Poverty (2006-2009) PARPA II.
9. GOM (2006a): Mozambique Progress Report for United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS for the period 2003-2005
10. GOM (2006b): Cenário Fiscal de Médio Prazo 2007/2009, Final Version Maputo, June 1, 2006
11. GOM and The Clinton Foundation (2003): Strategic Plan for Scaling-up HIV and AIDS Care and Treatment in Mozambique. Business Plan
12. GOM/PAP (2006): Joint Review, Aide Memoire. April 2006.
13. GOM/UNDP (2005): Report on the Millennium Development Goals
14. GOM/UNICEF (2006): Childhood Poverty in Mozambique: A Situation and Trends Analysis
15. Hodges, T and Tibana, R (2004): Political Economy of the Budget in Mozambique
16. HRSC (2003): A Comparative Analysis of the Financing of HIV and AIDS Programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe.
17. IDASA (2004): "Funding the Fight against AIDS" Mozambique Country Report
18. MOH (2004): National Strategic Plan to Combat STI/HIV/AIDS. Health Sector 2004-2008
19. Nandini Oomman, Michael Bernstein and Steven Rosenzweig (2007): Following the Funding for HIV/AIDS (A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR, the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia). Centre for Global Development.
20. OECD DAC (2007): Joint Evaluation of *Apoio ao Orçamento Geral do Estado 1994-2004*: Thematic Briefing Papers 1-6
21. Timmermans, N (2004): The role of NGOs in the health Sector SWAp in Mozambique
22. ONUSIDA (2006a): Intensifying HIV Prevention: Key Principles & Policy and Programmatic Actions
23. ONUSIDA (2006b). 2006 Report on the Global AIDS Epidemic.
http://data.ONUSIDA.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-ExecutiveSummary_en.pdf
24. ONUSIDA/WHO (2007): AIDS Epidemic Update. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ONUSIDA) and World Health Organization (WHO), December 2007. Geneva, Switzerland.
25. United Nations (2006): Quadro das Nações Unidas de Assistência ao Desenvolvimento 2007-2009
26. World Bank (2005): Mozambique Country Economic Memorandum. Sustaining growth and reducing poverty

5.2 Apêndice 2: Definição dos termos

População beneficiária: A população beneficiária não é uma meta planificada — como os contabilistas e desenhistas de modelos usam o termo na projecção dos recursos necessários — mas sim pessoas que realmente beneficiaram ou foram servidas através das despesas em bens e serviços de HIV e SIDA. Os beneficiários são os números reais de pessoas abrangidas representando um resultado dos recursos usados, independentemente da eficácia do uso de recursos (cobertura eficaz).

Despesas de capital: Registos do valor dos activos não financeiros que são adquiridos, desfeitos deles ou sentido uma alteração no valor durante o período em estudo. Os bens pertencentes ao sistema de saúde incluem novas aquisições, grandes renovações e manutenção de activos tangíveis e intangíveis que são usados repetida ou continuamente nos processos de produção dos cuidados de saúde, ao longo de períodos superiores a um ano. As principais categorias da classificação compreendem edifícios, equipamento de capital e transferência de capital. Estas categorias poderão incluir grandes renovações, reconstrução ou ampliação de activos fixos existentes, pois estas intervenções podem melhorar e expandir o tempo de vida previamente esperado do bem.

Transferências de capital para provedores: São considerados como provisão de activos pelo governo sem receber qualquer bem, activo ou serviço.

Organização da Sociedade Civil (OSC): As redes e organizações formais e informais que estão activas na esfera pública entre o Estado e a família. Incluem uma grande variedade de formas associadas tais como sindicatos, igrejas, cooperativas, associações de profissionais e grupos comunitários.

Consumo de capital fixo. O consumo do capital fixo representa a redução do valor de activos fixos usados no processo de produção durante o período contabilístico, resultando de uma deterioração física, obsolescência ou dano normal. Mede a redução da utilidade de um activo fixo para fins de produção. A medição é frequentemente uma taxa regular assumida de redução da sua eficiência na produção ao longo do tempo, com base no ciclo médio de vida útil do bem.

Despesas correntes: Referem-se ao valor total, em dinheiro ou bens, dos recursos, pagáveis ao provedor de serviço por um agente financiador em nome do consumidor final dos serviços de saúde, a troco de serviços prestados (incluindo a entrega de bens) durante o ano da avaliação.

Contribuições bilaterais directas: Alocações em forma de donativo ou cooperação financeira não reembolsável que os países ricos oferecem aos países recipientes directamente, quer como contribuições condicionadas, quer não condicionadas, como por exemplo, o apoio directo ao orçamento dos países beneficiários.

Risco fiduciário: São os riscos de que os recursos públicos não sejam usados para os fins desejados, não haja uma prestação de contas adequada sobre eles ou que não atinjam o valor pelo dinheiro.

Agente financiador: Entidade que junta recursos financeiros obtidos de diferentes fontes financeiras e os transfere para pagar ou comprar cuidados de saúde ou outros serviços ou bens. Estas entidades financiam programas ou a provisão de serviços e bens usados para a satisfação de uma necessidade. Os agentes financiadores poderão juntar e pagar directamente os recursos que consomem (principalmente as famílias) e compreendem entidades que compram em nome de beneficiários específicos (principalmente intermediários, tais como seguradoras ou doadores).

Fontes financeiras: Entidades que disponibilizam fundos aos agentes financiadores para serem agregados e distribuídos¹³. Uma análise das fontes financeiras poderá ser de interesse particular nos países onde o financiamento da resposta ao HIV e SIDA seja fortemente dependente das fontes internacionais de financiamento ou onde haja fontes agregadas através de poucas entidades gestoras.

Entidades estrangeiras com fins lucrativos: Entidades com fins lucrativos cuja sede se localiza fora do país onde os serviços ou bens são fornecidos, incluindo, entre outras, empresas farmacêuticas e biotecnológicas multinacionais.

Apoio ao Orçamento Geral (GBS): Uma forma de ajuda aos programas em que a assistência oficial ao desenvolvimento (ODA), que não está ligada a qualquer actividade específica de projectos, é canalizada directamente aos governos parceiros usando os seus próprios sistemas de alocação, *procurement* e contabilidade.

Fundo Comum Geral (PROSAUDE): Este é um fundo novo cujo objectivo é de fornecer apoio geral ao PESS e às actividades do sector da saúde definidas nos Planos Operacionais Anuais (POA). Em 2003, foi criado um fundo comum provisório. Em Janeiro de 2004, foi criado o FCG que usa sistemas de fluxos de financiamento governamental. Isto significa que os doadores irão transferir as suas contribuições para o Ministério das Finanças (MF), o qual irá juntar os fundos aos da contribuição do Governo de Moçambique (GdM) e transferi-los para a conta PROSAUDE.

Fundo Comum Provincial: Este fundo opera há vários anos, fornecendo apoio às províncias para despesas recorrentes do sistema de saúde pública. Anteriormente, o FCP chamava-se Fundo Comum dos Gastos Correntes e era gerido por um único doador (Cooperação Suíça). Nos princípios de 2004, a sua gestão foi transferida para o departamento DAG do MISAU. A fim de garantir a continuidade máxima, o FCP continuará, por enquanto, fora do orçamento, o que significa que o fundo será gerido pelo MISAU como um fundo separado, fora do sistema de pagamentos do GdM, e os doadores irão transferir as suas contribuições directamente para a conta bancária do FCP no MISAU, sem passar pelo MF. Espera-se que, a médio prazo, a gestão do FCP seja transferida para o orçamento.

Fundo Geral para Medicamentos: Este fundo opera há vários anos. Anteriormente era gerido por um doador único (Cooperação Suíça). O FGM destina-se a coordenar a compra conjunta de medicamentos e suprimentos médicos. A gestão do FCM foi transferida para a DNS do MISAU, departamento de unidade de medicamentos, nos princípios de 2004. Para assegurar a continuidade do financiamento, o FGM continuará, por enquanto, fora do orçamento.

Juros: O pagamento de juros relativos aos empréstimos feitos pelas diferentes entidades não é irrisório. Os juros são definidos como um pagamento sobre o montante do valor do empréstimo, que deve ser pago pelo devedor ao credor ao longo de um período de tempo sem reduzir o montante em falta. Os juros podem ser um montante pré-determinado de dinheiro ou uma percentagem do valor em falta do empréstimo. Os juros são acrescentados ao valor do empréstimo. Quando entidades do governo pagam juros sobre dívidas em nome de outra entidade, como se o governo estivesse incorrendo a dívida na qualidade de devedor primário, a dívida existente de outra entidade deve ser registada como subsídio (quando a outra entidade for uma empresa), ou transferência (se for uma entidade governamental).

Fundos internacionais: Os recursos provenientes do exterior do país e executados no ano corrente. As doações bilaterais e multilaterais internacionais, bem como os fundos doados por instituições e indivíduos fora do país, são incluídos até ao ponto em que são usados no período corrente. A terminologia usada pelos especialistas da NHA é “resto do mundo”.

Agências multilaterais: Organizações, instituições ou agências públicas ou público/privadas internacionais, que recebem contribuições dos países doadores e de outras fontes; assim, o financiamento multilateral é um mecanismo em que os investimentos para a assistência são agregados por diferentes doadores e doados não necessariamente em relações de um-para-um entre os países doadores e os países recipientes. Isto ocorre geralmente através de agências internacionais do sistema das Nações Unidas e bancos de desenvolvimento. O GFATM é uma organização multilateral privada/pública.

Organização Não Governamental (ONG): Organizações separadas do Estado que geralmente se baseiam no valor, não perseguem objectivos lucrativos e são criadas para ajudar os outros.

Rendimento de trabalho não salarial: Inclui honorários para provedores no auto-emprego que fornecem cuidados e outros serviços que contribuem para a *Resposta Nacional ao HIV e SIDA*, subsídios e diversas formas de compensação dos serviços prestados.

Provedor: Entidade ou pessoas que se envolvem directamente na produção ou provisão de serviços e que são responsáveis por um produto final ou subcontratação de um processo complexo que envolve várias unidades de produção que poderão precisar de contratar pessoas e adquirir insumos materiais e serviços para produzir o produto final pretendido. Um provedor geralmente presta contas ao beneficiário pela prestação do serviço e qualidade deste embora a provisão não implique um resultado positivo ou desejável. Os provedores incluem o governo e outras entidades públicas, organizações privadas de carácter lucrativo e não lucrativo, empresas corporativas e não corporativas.

Fundos públicos: Todos os órgãos dos governos territoriais, i.e. departamentos e entidades — centrais, estatais ou locais — que estejam envolvidos em várias actividades como administração, defesa, saúde, educação e outros serviços sociais, promoção do crescimento económico e bem-estar e desenvolvimento tecnológico.

Apoio ao orçamento sectorial: Apoio dirigido a um sector particular dentro do orçamento do governo.

Contribuições sociais: Incluem as contribuições sociais recebidas pelo pessoal da saúde. Excepções incluem as contribuições sociais dos empregadores, pagamentos em bens por suprimentos e serviços necessários para o trabalho, assim como pagamentos efectuados aos trabalhadores não activos.

Subsídios: Subsídios aos produtores médicos são os pagamentos actuais não retribuídos que as entidades governamentais fazem aos produtores de serviços de saúde com base no nível das suas actividades de produção ou nos valores dos bens e serviços que produzem, vendem ou importam. Os subsídios são pagáveis por unidade de bem ou serviço específico ou na produção em geral apenas aos produtores e não aos consumidores finais. Eles constituem as transferências correntes e não as transferências de capital. O pagamento poderá envolver um montante por cada unidade de produto ou poderá ser calculado como a diferença entre um preço específico e o preço de mercado de facto pago pelo comprador. Os subsídios poderão cobrir perdas quando resultem de uma política deliberada do governo, como é o caso dos serviços de saúde fornecidos a preços abaixo do custo médio de produção. O facto de uma entidade se envolver nestas transferências ou subsídios é sinal de que ela deve ser tratada como agente financiador (talvez mesmo para além da sua actividade como provedor).

Suprimentos e serviços: Compreendem todos os bens e serviços subcontratados usados como insumos na produção de serviços de saúde. Esta categoria inclui os bens que são totalmente usados no processo de produção, durante o qual se deterioram ou são perdidos, acidentalmente danificados ou desviados. Tais bens incluem bens duráveis não caros, por exemplo ferramentas manuais, e bens que sejam mais baratos que a maquinaria e equipamento. Esta categoria também inclui ferramentas usadas exclusiva ou principalmente no trabalho, por exemplo, vestuário ou calçado usado exclusiva ou principalmente no trabalho (como vestuário de protecção e uniformes). Um dos tipos mais importantes de suprimentos são os fármacos. As doações de materiais e suprimentos devem ser abordadas de tal modo que reflectam os valores reais, para que os montantes registados sejam iguais aos preços de mercado e subsídios líquidos, menos impostos indirectos.

Transferências: As transferências para as famílias são transacções através das quais as entidades governamentais reembolsam as famílias pelo custo total ou parcial da aquisição de bens, serviços ou bens duráveis sem contrapartida. Muitas vezes, estas aparecem em forma de transferências monetárias relacionadas com os bens e serviços de cuidados de saúde, o grosso de serviços e bens fornecidos cujo pagamento não exige a prestação de contas descritas acima.

Salários: Incluem todos os tipos de remunerações, salários e outras formas de compensação, incluindo pagamentos extra de qualquer natureza, tais como pagamentos de horas extras ou trabalho nocturno, bónus, vários subsídios e férias anuais. Os pagamentos em bens incluem refeições, bebidas, vestuário especial, transporte de e para o serviço, estacionamento de carros, cuidados diários para crianças e o valor dos juros sacrificados por empréstimos a taxas de juros reduzidas ou sem juros. Incluem-se também os pagamentos para o recrutamento ou retenção de trabalhadores (de saúde ou outros) para a provisão de serviços relacionados com HIV e SIDA.

5.3 Apêndice 3: Populações Alvo / Beneficiárias (BP)

Código MEGAS	Descrição completa do conteúdo
BP.1 Pessoas Vivendo com HIV (Independentemente de terem o diagnóstico de SIDA)	
BP.1.1	Homens adultos (> 25 anos de idade)
BP.1.2	Mulheres adultas (> 25 anos de idade)
BP.1.3	Homens jovens (15-24)
BP.1.4	Mulheres jovens (15-24)
BP.1.5	Rapazes (5-14)
BP.1.6	Raparigas (5-14)
BP.1.7	Crianças (abaixo dos 5)
BP.1.98	Pessoas vivendo com HIV, não desagregados por idade ou género
BP.2 Populações em maior risco e populações chave em maior risco	
BP.2.1	Utilizadores de drogas injectáveis (IDU) e de outras drogas e seus parceiros sexuais
BP.2.2	Trabalhadoras do sexo (SW) e seus clientes
BP.2.3	Homens que têm sexo com homens (MSM)
BP.2.99	"Populações em maior risco" não classificadas nas outras categorias (n.e.c.)
BP.3 Outras populações chave em alto risco	
BP.3.01	Crianças órfãs e vulneráveis (COV)
BP.3.02	Crianças nascidas de mães seropositivas
BP.3.03	Refugiados (deslocados externos)
BP.3.04	Deslocados internos (devido a uma emergência)
BP.3.05	Emigrantes / Pessoas Móveis
BP.3.06	Grupos de indígenas
BP.3.07	Prisioneiros e outras pessoas institucionalizadas
BP.3.08	Camionistas / trabalhadores de transporte e motoristas comerciais
BP.3.09	Pessoas afectadas pelo tráfico e violência
BP.3.10	Jovens em risco social
BP.3.11	Crianças e jovens vivendo na rua
BP.3.12	Crianças e jovens membros de gangues
BP.3.13	Crianças e jovens fora da escola
BP.3.14	Crianças e jovens institucionalizados
BP.3.15	Parceiros de pessoas vivendo com HIV
BP.3.99	"Populações de alto risco" não classificadas noutras categorias (n.e.c.)
BP.4 Populações "acessíveis" específicas	
BP.4.01	Pessoas que frequentam as clínicas de ITS
BP.4.02	Crianças na escola
BP.4.03	Jovens na escola
BP.4.04	Estudantes universitários
BP.4.05	Mulheres que frequentam as clínicas de saúde reprodutiva
BP.4.06	Trabalhadores da saúde
BP.4.07	Marinheiros
BP.4.08	Militares
BP.4.09	Polícia e outras forças uniformizadas (para além de militares)
BP.4.10	Ex-combatentes e outros grupos armados não uniformizados
BP.4.11	Operários das fábricas
BP.4.99	"Populações acessíveis" não classificadas noutras categorias (n.e.c.)
BP.5 População em geral	
BP.5.1	População adulta geral (acima dos 24 anos de idade)
BP.5.1.1	População adulta masculina
BP.5.1.2	População adulta feminina
BP.5.1.98	População adulta geral (acima dos 24 anos de idade), não desagregada por género
BP.5.2	Crianças (abaixo dos 15 anos de idade)
BP.5.2.1	Rapazes
BP.5.2.2	Raparigas
BP.5.2.98	Crianças (abaixo dos 15 de idade), não desagregadas por género
BP.5.3	Jovens (dos 15 aos 24 anos de idade)
BP.5.3.1	Homens jovens
BP.5.3.2	Mulheres jovens
BP.5.3.98	Jovens (dos 15 aos 24 anos de idade), não desagregados por género
BP.5.98	População em geral não desagregada por idade ou género
BP.6 Intervenções não dirigidas	
BP.99 Populações beneficiárias não classificadas nas outras categorias (n.e.c)	

5.4 Apêndice 4: Questionário Actores na Luta contra o HIV e SIDA

Esta informação é confidencial

Ano da estimativa: _____ **Data:** _____

1.- Identificação da instituição

[]

Nome da instituição:	
Contacto (nome e título):	
Endereço:	E-mail:
Telefone:	Fax:

Indique com um x o estatuto legal

Estatuto legal	Nacional	Internacional
Público		
Privado		
Com fins lucrativos		
Sem fins lucrativos (ONG)		
Agências bilaterais		
Agências multilaterais		

A instituição recebe fundos de outras instituições para financiar ou realizar actividades relacionadas com a luta contra o HIV e SIDA?	Sim (preencher a parte 2)
A instituição utilizou fundos próprios para financiar ou realizar actividades relacionadas com a luta contra o HIV e SIDA?	Sim (preencher a linha 10, na parte 2)
A instituição transfere fundos para outras instituições que financiam ou realizam actividades relacionadas com a luta contra o HIV e SIDA?	Sim (preencher a parte 3)
A instituição produz bens ou serviços para a luta contra o HIV e SIDA ?	Sim (preencher na parte 2, as 3 primeiras colunas)

Indique com um x se os valores estiverem em **milhares de Meticais**:

Outra moeda, especifique:

2. Origem dos fundos recebidos

Indique:

- O nome da entidade da qual recebeu fundos no ano da estimativa.
- O montante gasto no ano, desagregado por cada fonte financeira.

Nome das instituições	Valor recebido	Valor gasto pela organização	Valor transferido para outras organizações
OF [1]			
OF [2]			
OF [3]			
OF [4]			
OF [5]			
OF [6]			
OF [7]			
OF [8]			
OF [9]			
OF [10] Fundos Próprios			
TOTAL			

Se indicou ter a organização utilizado recursos, preencha as partes 4 e 5 para cada um dos fundos utilizados.

3. Aplicação / Destino dos fundos:

Indique:

- O nome das entidades para as quais enviou fundos no ano da estimativa e
- O montante reportado como gasto no ano por cada entidade.

Nome da instituição que recebeu fundos	Valor transferido	Valor reportado como gasto
DF [1]		
DF [2]		
DF [3]		
DF [4]		
DF [5]		
DF [6]		
DF [7]		
DF [8]		
TOTAL		

a) Se preencheu ambas as partes 2 e 3, a soma do valor transferido calculado na parte 3, deverá, em princípio, igualar a soma do valor transferido para outras organizações calculado na parte 2. Se assim não for, indique as causas da diferença.

b) Para cada uma das instituições que utilizaram recursos, valor reportado como gasto pelas organizações, referido na Parte 3, preencha as partes 4 e 5.

Nome do Inquiridor: _____

5.5 Apêndice 5: Questionário 2 - Detalhes da utilização dos recursos por fundo

Nome da instituição que utilizou os recursos:

Nome da instituição que forneceu a informação:

Para cada um dos fundos indicados como utilizados na parte 2 e **se possui os dados requeridos**, providencie a seguinte informação:

- O valor da despesa por cada actividade realizada, conforme classificação da MEGAS. O total apurado deve ser igual ao valor registado como utilizado na parte 2.
- Se não possuir os dados exactos para desagregar as despesas por tipo de despesa, por favor faça uma estimativa dos valores usando toda informação disponível ou a sua experiência profissional. Assinale com um asterisco (*) o dado que for estimado.
- Indique quais as fontes ou as suposições que foram feitas para fazer tal estimativa e registe-as neste formulário.
- Se não for possível fazer qualquer estimativa para as despesas realizadas, desagregadas por tipo de despesa, indique, por favor, “não disponível” (N/D).

APLICAÇÃO DOS FUNDOS RECEBIDOS DE [3]: DANIDA

4.1. Despesa por tipo de actividade e por fonte financeira

Actividade	Código MEGAS	Nome da actividade	TOTAL
A1	ASC 4.1	Gestão de programas – tradução, impressão, divulgação	\$38.710
A2	ASC 4.2	Planificação e coordenação	
A3			
A4			
A5			
Total			

4.2. Despesa por tipo de actividade e população beneficiada

Indique:

- O valor da despesa por cada actividade, conforme registado na tabela 4.1., discriminada por grupos alvos do programa, conforme classificação da MEGAS.
- Se não possuir os dados exactos para desagregar as despesas por grupo alvo, por favor faça uma estimativa dos valores usando toda informação disponível ou a sua experiência profissional. Assinale com um asterisco (*) o dado que for estimado.

População beneficiária	A1-OF[1]	A2-OF[2]	A3-OF[3]
BP 1.1.1. Adultos sexo masculino. PVVS			
BP 1.1.2. Adultos do sexo feminino PVVS			
BP 1.1.2.1. Mulheres grávidas PVVS			
BP 1.1.3.1. Rapazes PVVS			
PF 1.1.3. 1. Meninas PVVS			
BP 2.1. Utilizadores de drogas injectáveis e seus parceiros sexuais			
BP 2.2. Jovens utilizadores de drogas injectáveis (15-18)			

População beneficiária	A1-OF[1]	A2-OF[2]	A3-OF[3]
BP 2.3. Trabalhadores de sexo e seus clientes			
BP 2.4. Trabalhadores do sexo jovens (15-18)			
BP 2.5. Homens que fazem sexo com homens			
BP 2.6. Homens jovens que fazem sexo com homens (15-18)			
BP 3.1. Órfãos e crianças vulneráveis			
BP 3.2. Recém nascidos cuja mãe vive com HIV			
BP 3.3. Migrantes, refugiados e pessoas deslocadas			
BP 3.4. Prisioneiros e outras pessoas “internadas”			
BP 3.5. Homens e mulheres separadas das suas famílias			
BP 3.6. Mulheres e crianças afectadas por tráfico e violência			
BP 3.7. Crianças de rua ou membros de gangues			
BP 3.8. Jovens fora da escola			
BP 3.9. Jovens internados em centros para menores			
BP 3.10. Parceiros de pessoas vivendo com HIV			
BP 4.1.1. Homens pacientes de ITS			
BP 4.1.2. Mulheres pacientes de ITS			
BP 4.2. Crianças na escola (menos de 18 anos de idade)			
BP 4.3. Jovens na escola / universidade (18-24)			
BP 4.4. Trabalhadores migrantes			
BP 4.5. Motoristas de longo curso			
BP 4.6. Mulheres que frequentam serviços de atenção reprodutiva			
BP 4.7. Militares, policias e marinheiros			
BP 4.8. Motoristas de viaturas pesadas			
BP 4.9. Trabalhadores que prestam cuidados de saúde			
BP 5.1.1. Homens – População em geral			
BP 5.1.2. Mulheres - População em geral			
BP 5.2. Outras actividades que não sejam direccionadas a uma população específica pela sua natureza			
Total gasto com a actividade			

(Os totais de cada coluna deverão igualar o montante registado na tabela de aplicação dos fundos por tipo de actividade 4.1)

4.3. Despesas por tipo de actividade e factor de produção

Indique:

- O valor da despesa por cada actividade, conforme registado na tabela 4.1., discriminada pelos factores de produção utilizados (consumidos), conforme classificação do MEGAS.
- Se não possuir os dados exactos para desagregar as despesas por grupo alvo, por favor faça uma estimativa dos valores usando toda informação disponível ou a sua experiência profissional. Assinale com um asterisco (*) o dado que for estimado.

Despesas consoante a sua natureza	A1-OF[]	A2-OF[]	A3-OF[]
PF 1.1. Remuneração de empregados e proprietários			
PF 1.2. Bens de consumo			
PF 1.2.1. Anti-retrovirais			
PF 1.2.2. Outros medicamentos (excluindo ARV)			
PF 1.2.3. Artigos médicos e cirúrgicos			
PF 1.2.4. Preservativos			
PF 1.2.5. Reagentes e materiais			
PF 1.2.6. Alimentos			
PF 1.6.7. Outros bens de consumo			
PF 1.3. Serviços			
PF 1.3.1. Serviços administrativos			
PF 1.3.2. Manutenção e reparação			
PF 1.3.3. Formação de pessoal			
PF 1.3.4. Pesquisa de mercado			
PF 1.3.5. Serviços de consultoria			
PF 1.3.6. Gastos de transporte e viagens			
PF 1.3.7. Acomodação			
PF 1.3.8. Refeições e bebidas			
PF 1.3.9. Outros serviços			
PF 1.4. Consumo de capital fixo (amortização)			
PF 1.5. Juros			
PF 1.6. Subsídios aos provedores			
PF 1.7. Transferências para as famílias			
PF 1.8. Outros gastos correntes			
PF 2. Despesa de capital (investimento)			
PF 2.1. Instalações			
PF 2.2. Equipamento			
PF 2.2.1. Veículos			
PF 2.2.2. Tecnologias de informação (<i>hardware & software</i>)			

Despesas consoante a sua natureza	A1-OF[]	A2-OF[]	A3-OF[]
PF 2.2.3. Outros			
TOTAL			

(Os totais de cada coluna deverão igualar o montante registado na tabela de aplicação dos fundos por tipo de actividade 4.1)

5.6 Apêndice 6: Lista de instituições e informações sobre a situação das despesas no HIV e SIDA

Organizações públicas	200 4	200 5	200 6				
Ministério da Saúde				IMAP	⊖	⊖	⊖
DAF/DPC	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	ISCTEM	⊖	⊖	✓
ATS	✓	✓	Ⓟ	ISPU	⊖	⊖	✓
PTV	✓	✓	✓	UCM	x	x	x
ITS	✓	✓	✓	UDM	x	x	x
CMAM /DAM : TARV	✓	✓	✓	UEM	✓	✓	✓
GACOPI (MAP/TAP)	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	UP	x	x	✓
Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS)	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	Organizações privadas	200 4	200 5	200 6
Ministério da Ciência e Tecnologia	⊖	⊖	x	PRESERVATIVOS PRIVADOS	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ
Ministério da Administração Estatal	⊖	⊖	⊖	UGC	⊖	⊖	⊖
Ministério das Finanças	⊖	⊖	✓	9 TV	x	x	Ⓟ
Ministério da Defesa	x	x	x	BP	x	x	x
Ministério da Indústria e Comércio	⊖	⊖	✓	CDM	✓	✓	✓
Ministério da Agricultura	⊖	⊖	✓	CETA	⊖	⊖	x
Ministério da Educação e Cultura	⊖	⊖	✓	CFM	x	x	✓
Ministério do Interior	✓	Ⓟ	Ⓟ	Coca Cola	⊖	⊖	✓
Ministério dos Recursos Minerais	⊖	⊖	✓	Crown Agents	⊖	⊖	⊖
Ministério das Obras Públicas e Habitação	x	x	✓	EDM	⊖	⊖	✓
Ministério do Turismo	⊖	⊖	✓	JFS	x	x	x
Ministério da Juventude e Desportos	x	x	x	LAM	⊖	⊖	✓
Ministério da Justiça	⊖	⊖	x	MARAGRA	x	x	x
Ministério da Mulher e Acção Social	x	x	✓	MCEL	x	x	x
Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação	⊖	⊖	✓	MIRAMAR	x	x	x
Ministério das Obras Públicas	⊖	⊖	✓	MOZAL	x	x	✓
Ministério da Planificação e Desenvolvimento	⊖	⊖	⊖	Mozambique Leaf Tobacco	⊖	⊖	⊖
INE	✓	✓	✓	NOTÍCIAS	⊖	⊖	✓
ICS	✓	Ⓟ	Ⓟ	PRETOMOC	x	x	x
				Salão Cló	x	✓	x
				SAVANA	⊖	⊖	⊖

TDM	✓	✓	✓	PNUD	✓	✓	✓
TOTAL	⊖	⊖	✓	FAO	x	✓	x
TVM	⊖	⊖	✓	UNESCO	⊖	✓	✓
VODACOM	⊖	✓	✓	OIT	⊖	⊖	✓
				UNICEF	✓	✓	✓
Organizações internacionais	2004	2005	2006	ONGs	2004	2005	2006
Cooperação Francesa	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	AMODEFA	✓	✓	✓
AUSAID (Austrália)	✓	✓	✓	Associação de Enfermeiros de Moçambique	x	x	x
Canadá (CIDA)	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	Aro Moçambique	x	x	✓
CDC	Ⓒ	Ⓒ	Ⓒ	Associação Kindlimuka	✓	✓	✓
Cooperação Italiana	x	x	✓	Conselho Cristão de Moçambique	x	x	x
Cooperação Suíça (SDC)	Ⓟ	Ⓟ	x	Conselho Islâmico de Moçambique	x	x	Ⓟ
DFID – Reino Unido	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	CVM	x	x	x
Dinamarca (DANIDA)	x	x	Ⓟ	ECOSIDA	x	x	Ⓟ
Finlândia	x	x	✓	FDC	✓	✓	✓
Flanders International Cooperation Agency	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	Fórum Mulher	x	x	x
Holanda	⊖	Ⓟ	Ⓟ	KULIMA	x	✓	✓
Irish Aid (DCI)	Ⓟ	Ⓟ	✓	KUYAKANA	x	x	Ⓟ
Noruega	x	x	✓	MONASO	✓	✓	✓
Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional	Ⓟ	Ⓟ	✓	Muleide	x	x	✓
USAID	✓	✓	✓	NAIMA	x	x	x
GTZ	✓	✓	✓	OJM	x	x	✓
JICA	x	✓	x	OMM	⊖	⊖	⊖
Banco Africano de Desenvolvimento	x	x	x	ORAM	✓	✓	x
União Europeia	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	Rede Cristã contra HIV-SIDA	x	x	✓
Fundo Global	x	x	x	RENSIDA	✓	✓	✓
Banco Mundial	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	SNP - Sindicato Nacional de Professores	x	x	✓
FNUAP	✓	✓	✓	UTOMI	⊖	⊖	⊖
OMS	✓	✓	✓	ADPP	x	x	x
ONUSIDA	✓	✓	✓	Africare	x	x	x
PMA	✓	✓	✓	American International Health	x	x	x

Alliance				Médicos do Mundo	Ⓟ	Ⓟ	✓
Association of Public Health Laboratories	x	x	x	MSF Bélgica	⊖	⊖	⊖
CARE International	Ⓟ	Ⓟ	✓	MSF Luxemburgo	✓	✓	✓
CARITAS	x	x	✓	MSF Suíça	✓	✓	✓
Columbia University	✓	✓	✓	Opportunity International	x	x	x
Concern Internacional	x	x	x	OXFAM Austrália	x	x	Ⓟ
Dolour sans Frontière	✓	✓	✓	OXFAM GB	⊖	⊖	⊖
Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation	x	x	x	Pathfinder	✓	✓	✓
FHI - Family Health International	Ⓟ	✓	x	Project HOPE	x	x	x
Food for the Hungry	x	x	x	PSI Jeito	✓	✓	✓
Fundação Clinton	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ	Samaritan's Purse	x	x	✓
GOAL	⊖	⊖	⊖	SANTO EGIDIO	x	Ⓟ	Ⓟ
HAI	✓	✓	✓	SAT Southern Africa Aids Trust	✓	✓	✓
Help Age International	x	x	✓	SAVE THE CHILDREN	x	x	✓
HELVETAS	x	x	✓	N'Weti (Soul City)	✓	✓	✓
JHPIEGO	x	x	✓	TROCARE	Ⓟ	Ⓟ	Ⓟ
John Snow, Inc.	x	x	✓	Tulane University	x	x	x
Johns Hopkins University	x	x	x	World Relief Corporation	✓	✓	✓
Medicus del Mundo	✓	✓	✓	Visão Mundial	✓	✓	x

Legenda

☑ Foram obtidos dados completos sobre as despesas

Ⓟ Foram apenas obtidos dados parciais sobre as despesas

© Dados sobre o orçamento foram disponibilizados, mas não foram incluídos para evitar a duplicação

☒ Não havia dados sobre as despesas

⊖ Nenhuma actividade de resposta ao HIV e SIDA

5.7 Apêndice 7: Lista de organizações visitadas e pessoas de contacto

- | | |
|--|---|
| 1. MISAU DAF/DPC | Albertina Alaje |
| 2. CNCS
Páscoa Temba | 14. MEC
Ana Sousa Chiau, Gestão de fundos
CNCS
826441770
achiau@mec.gov.mz |
| 3. MISAU – ATS | |
| 4. MISAU – PTV | 15. MINT
Ana Sendela (Dino / Abreu)
823007820 / 823964960
Abreu: 827073000 |
| 5. MISAU – ITS | |
| 6. CMAM - MISAU/DAM : TARV
827116560 / 823120760 | 16. MITRAB
Sr. Macuácuá
824640780 |
| 7. GACOPI - MISAU (MAP/TAP) | |
| 8. MCT | 17. MITUR
Aurélio Chume, Técnico Turismo
823998140
chumeau@yahoo.com |
| 9. MAE
Abel Saúl | |
| 10. MdF
Alferdina Moiana / Pena Vasco
829085110 / 828009440
alferdina_moiana@yahoo.com.br
(penavasco@yahoo.com.br) | 18. MJD
Edson Semedo Mussa (Rui Albasini /
Dulce)
842834570
edimussa@yahoo.com.br |
| 11. MDN
Elias Paulo Mataruca / Francisco
Tauzene (Manuel Dinis)
823153380 / 825323271 (823183030)
matarucaelias@yahoo.com /
ftauzene@yahoo.com.br | 19. MMAS
José Maria Jone, Técnico
825954920
zeusreich@yahoo.com |
| 12. MIC
Verónica
825446084 | 20. MNEC
Lídia Soares/ Amélia, Jurista
843177350 / 823831120
isoares@ind.gov.mz
Bernardete Sitão / Armindo Filipe Pedro |
| 13. MINAG | 23. ICS
Figueiredo
8289425590 |
| 21. MPD
Madalena Cristina Monteiro / Sata
Senaia
DNAdj Adm. RRHH
824383390 / 21495473
humonteiro@yahoo.com.br
/sarasenai@dnpo.gov.mz | Sofia Momade Abdula
823080220
sabdul@isctem.qc.mz |
| 22. INE
Paula Jamboce
paula.jamboce@ine.gov.mz | 24. ISPU
Celso Siteo (ANDREA Sara)
827982810 |

- | | |
|---|---|
| 25. UCM
Conselho Episcopal | Dr. Balane
823851840 |
| 26. UEM
Rita Manuel Mapie
Contabilista
823153930
ritamapie@yahoo.com.br | 39. FDC
Renato Carrilho
Gestor de Subvenções
21355300
rcarrilho@fdc.org.mz |
| 27. UEM - CEA
Ilda
21490828 | 40. Fórum Mulher
Aníbal Muendane
829572730
anibal@forummulher.org.mz |
| 28. UEM - CEP
Natércia
823220160 | 41. KUYAKANA
Sergio
21407128 |
| 29. UP
Dr. Júlio Gonçalves
Coordenador Geral
21400033 / 843012700
dr_goncalves@yahoo.com | 42. MONASO
Hélder T. Gune
824545770
helgune@hotmail.com |
| 30. AMODEFA
Marcelo Rufino Kantu | 43. Muleide
Rafa Valente Machava
21325831 |
| 31. Director de Programas Interino
21 405107/9 / 82 3031649
mkantu@amodefa.or.mz,
marcelokantu@hotmail.com | 44. NAIMA
Dra. Linda
823013902 |
| 32. Associação de Enfermeiros de Moçambique (ANEMO)
Ana
21324642 | 45. OJM
Rui Mapatse
828547970 |
| 33. Aro Moçambique
Policarpo Tamele | 46. OMM - Organização da Mulher Moçambicana
Amália
21492665 |
| 34. Associação Kindlimuka
André
846540250 | 47. ORAM
Tacano (Macia) |
| 35. Conselho Cristão de Moçambique
Rev. Mascane
825937930 | 48. Rede Cristã contra HIV-SIDA
Octávio Mabunda
823067910 |
| 36. Conselho Islâmico de Moçambique
Mamede
828912550 | 49. RENSIDA
Egas Mucanhane / Eugénio José Banze
/ Júlio Ramos Mujojo
Assistente Administrativo
823020035 / 828017060 / 823979738
rensida@tvcabo.co.mz /
eugeniobanze@yahoo.com.br /
rensida@tvcabo.co.mz |
| 37. CVM
Alberto
21497721 / 823012251-2 | |
| 38. ECOSIDA | |

50. SNP - Sindicato Nacional de Professores
Rosalina
21490400 / 823080450
51. UTOMI - Associação Moçambicana de Combate ao SIDA
21417187 -
Chefe dos Rec. Humanos
21320119
52. 9 TV
H. José
824833770 / 843986410
53. BP
Teófilo F. Nhangumele
Corporate Affairs Manager
823175140
TEOFILO.NHANGUMELE@MZ.BP.CO
M
54. CDM
Elísio / Elisabeth Sousa
21352313
55. CETA
Dr. Mauro
21355600
56. CFM
Francisco Cabo
21427746
57. Coca Cola
Faruk
843762880
58. EDM
Dra. Teresa
21326020
59. MARAGRA
Sra. Joana
828341180
60. MCEL
Assucena Paul
61. MIRAMAR
D. Matabele
62. MOZAL
Sofia Jambane
21735000
sofia.jambane@bhpbilliton.com
63. NOTÍCIAS
Dra. Lúcia
64. PRETOMOC
Salao Cló
65. TDM_
Dr. Batista
823085030
66. TVM
Délio Ernesto Massingue
21308117/9/ 829808310
tvm@tvm.co.mz
67. VODACOM
Hanifa Hassangy
HR Manager
840900000/840901783/
840900113/849901853
hanifa.hassangy@vm.co.mz
68. AFD - Coop Francesa
Geneviève Verdelhan-Cayre / Caroline
Blan
823007016 / 21304300/2
verdelhan-cayre@groupe-afd.org
69. AUSAiD (Austrália)
Stacey Walker
(823250260) 21491143 / 21497328
stacey.walker@ausaidmoz.org
70. Canada (CIDA)
Luc Pincine/Daniel Taillon
Primeiro Secretário
21492623
823283670
pincine@international.gc.ca
71. CDC
Lisa Nelson
Director
21314747 / 8 (82 3097210)
NelsonL@mz.cdc.gov
72. Cooperação Italiana
Fabrizio Falcone
827240670 / 21495739
paolo.barduagni.esp@esteri.it
73. Cooperação Suíça (SDC)

- Giorgio Dimas
74. DFID - United Kingdom
Levi
847322487
irwh@zebra.uem.mz / d-reves@dfid.gov.uk
75. Dinamarca (DANIDA)
Bert Schroeder
astper@um.dk
76. Finlândia
Ritva Patviainen
Gestora de Programa
21482405 / 21491662
77. Flanders International Cooperation
Agency
Laurence Hendrickx
824797740 / 21485544
lhendrickx@tvcabo.co.mz
78. Holanda
Annie Vestjens
Primeira Secretária Saúde e HIV e SIDA

21484218 / 21484248
Annie.Vestjens@minbuza.nl
79. Irlanda (DCI)
Doris Uane/Caroline Forkin
Assessora para a Área de HIV
multisectorial
21483529 / 824840320
Doris.Uane@dfa.ie
80. Noruega (NORAD)
Clarice Barbosa
82 3006650
clarisse.barbosa@mfa.no
81. ASDI – Agência Sueca para o Desenv.
Intern.
Maria de Lourdes Aguiar
21480300
maria.aguiar@sida.se
82. USAID
Nena Lentini
Oficial de Programas para HIV e SIDA

823025019
nlentini@usaid.gov
83. Banco Mundial - MAP
Dr. Humberto Cossa
- hcosa@worldbank.org
Banco Mundial - TAP
Dr. Humberto Cossa
hcosa@worldbank.org
84. FNUAP
Petra Lantz / Marta Bazima/Shadit
Murgay
Representante / Oficial Prog
21494469
lantz@unfpa.org / bazima@unfpa.org
85. Fundo Global
Via DFID
86. OMS (WHO)
Dr. Sandra Muchanga
87. ONUSIDA
Eva Kiwango
Assessora de M&A
88. PAM (WFP)
Francesca Erdelmann/Celso
Bila/Deolinda
Chefe de Programa
823016299 / 21482252
francesca.erdelmann@wfp.org
89. PNUD
Stella Pinto
stella.pinto@undp.org
90. FAO
Hanise Sumbane
91. UNESCO
Zulmira Rodriguez
92. OIT
Paulo Romão
93. União Europeia
Douglas Hamilton
843102790 / 21481000
douglas.hamilton@cec.eu.int
94. UNICEF
Jean Dupraz / Maaïke Arts
825617251
95. CARE International
Jamisse
pjamisse@care.org.mz
CARITAS
Pde Francisco / Sra Fernanda

96. COLUMBIA UNIVERSITY
Mie Okamura
823172710
mieokamura@columbia.org.mz
97. Concern Internacional
Aníbal Machava / Ana Maria Machaieia
21417948 / 21419146
98. FHI - Family Health International
Silvia Gurrola Bonilla
Country Director
826127230
sgurrola@fhimoz.org
99. Fundação Clinton
Claire Bader
823014343
100. Health Alliance
International (HAI)
Kenneth Gimbel-Sherr / Carolina B.
Honwana / Monica Rodriguez / Else
Contabilista
824638070 / 823015875
chonwana@hotmail.com /
moroga@gmail.com
101. Help Age
International
Rosália Mutisse
rosaliamutisse@tvcabo.co.mz
102. HELVETAS
Mabote
824429610
103. JHPIEGO
Karula
104. John Snow, Inc.
Mário Marrengula
8230112075
-
105. Johns Hopkins
University Center for Communication
Programs
Sozinho Guerra
Gestor Fin&Adm
825904660
sguerra@jhuccp.org.mz
106. Medicus del
Mundo
Dr. Pablo
107. Medicus do
Mundo
Joaquim Samuel / Cláudia Paixão /
Vasco Coelho
21 493852
-
108. MSF Belgica
MSF Luxemburgo
Ellie Ford-Kamara
Coordenadora de Finanças
21 307946/7 / 82 558 0960
msfl-maputo-fin@luxembourg.msf.org
109. MSF Suica
Natia Nemsitsveridze
Financial Controller
827769960
MSFCH-Maputo-Finco@geneva.msf.org
110. OXFAM Australia
Omar Manguera
21488716
111. OXFAM GB
José M. Rueda
112. Pathfinder
Ana Jacinto
Oficial de M&A
828788240
ajacinto@pathfind.org
113. Project HOPE
Dr. Armanda Chuva
21314700
114. PSI Jeito
Brian Smith / Luísa Alcinda (marketing)
Representante
21485025
bsmith@psi.org.mz
115. Samaritan's Purse
César/Joana
823277850/823227930
116. SANTO EGIDIO
Máximo Magnano (Ivete)
823291220
117. SAT Southern Africa Aids
Trust
Lucrécia Wamba
118. SAVE THE CHILDREN

Júlio Machava
825146274

119. N'Weti (Soul City)
Denise Namburete / Leovigildo

120. TROCARE
Belmira Seuane / Ian Dolan
21415616 / 21414338
bseuane@trocaire.org.mz /
trocaire@trocaire.org.mz

121. World Relief Corporation
Bembele
21488813/5

122. Visão Mundial
Dorca Hele / Omo Olupona (Dr.
Bandão)
824542080
dorca-elewvi@org

5.8 Apêndice 8: Fluxo de fundos das fontes financeiras e agentes financeiros

Exemplo de fluxo público de financiamento ao HIV e SIDA

Figura 33: Fluxos financeiros do CNCS para HIV e SIDA , Moçambique, MEGAS 2004-2006,

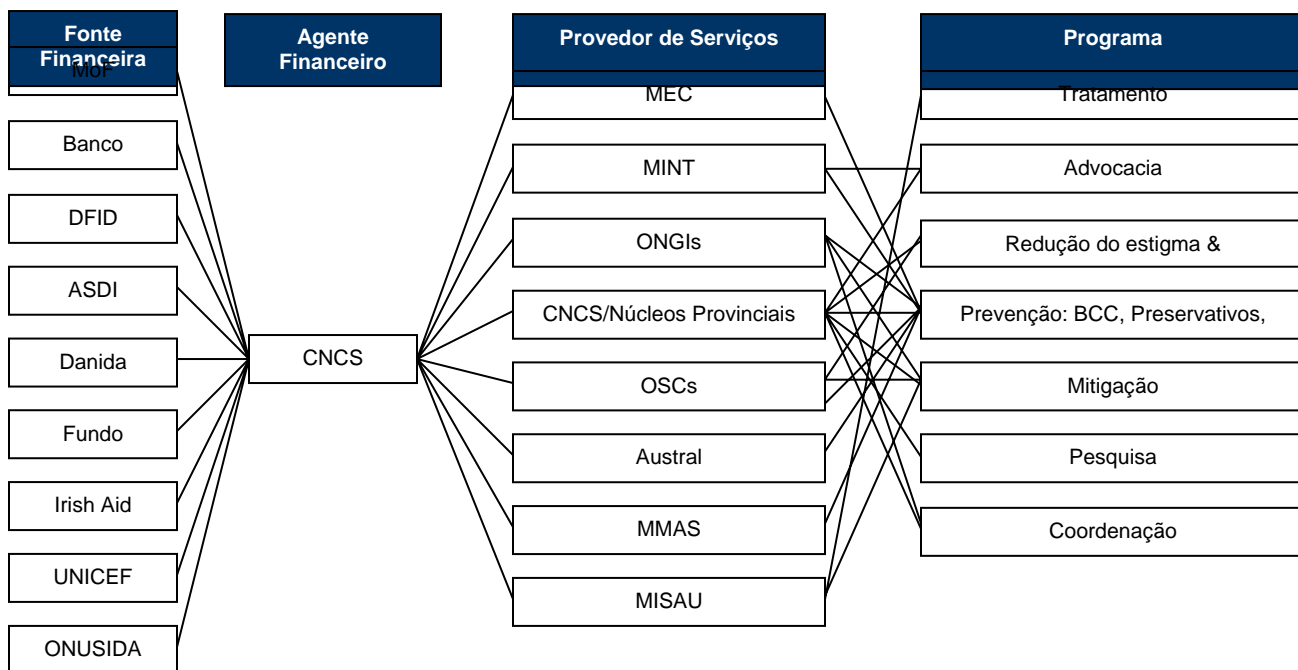


Figura 34: Fluxos financeiros para o HIV e SIDA no Sector da Saúde, Moçambique, MEGAS 2004-2006

Fontes Financeiras		
Públicas	Internacional	Privada
Ministério das Finanças	(1) Banco Mundial (2) DFID (3) ASDI (4) Danida (5) Fundo Global (6) Noruega (7) SDC (8) CIDA (9) Dinamarca (10) UE (11) AFD (12) Holanda (13) AEI (14) Finlândia (15) Catalunha (16) Irish Aid (17) FNIIAP	
Agentes Financeiros		
Públicos	Internacional	Privado
	(1) HAI (2) Santa Egidio (3) MONASO (4) Medicus Mundi (5) Outros	
Provedor de Serviços		
Público	Internacional	Privado
(1) Centros de Saúde Provinciais (2) Serviços	(1) HAI (2) Sant'Egidio	
Categorias de Despesas em SIDA		
(1) C&T (2) PMTCT (3) Diagnóstico & tratamento de ITS (4) Tratamento de IOs (5) CD (6) Promoção e distribuição de preservativos (7) Biossegurança (8) Nutrição (9) HAART (10) IEC (11) Monitoria e Avaliação (12) Gestão de Programas (13)		

A: Exemplo do fluxo do financiamento internacional ao HIV e SIDA

Figura 35: Fluxos financeiros da Irish Aid para o HIV e SIDA, Moçambique, MEGAS 2004-2006

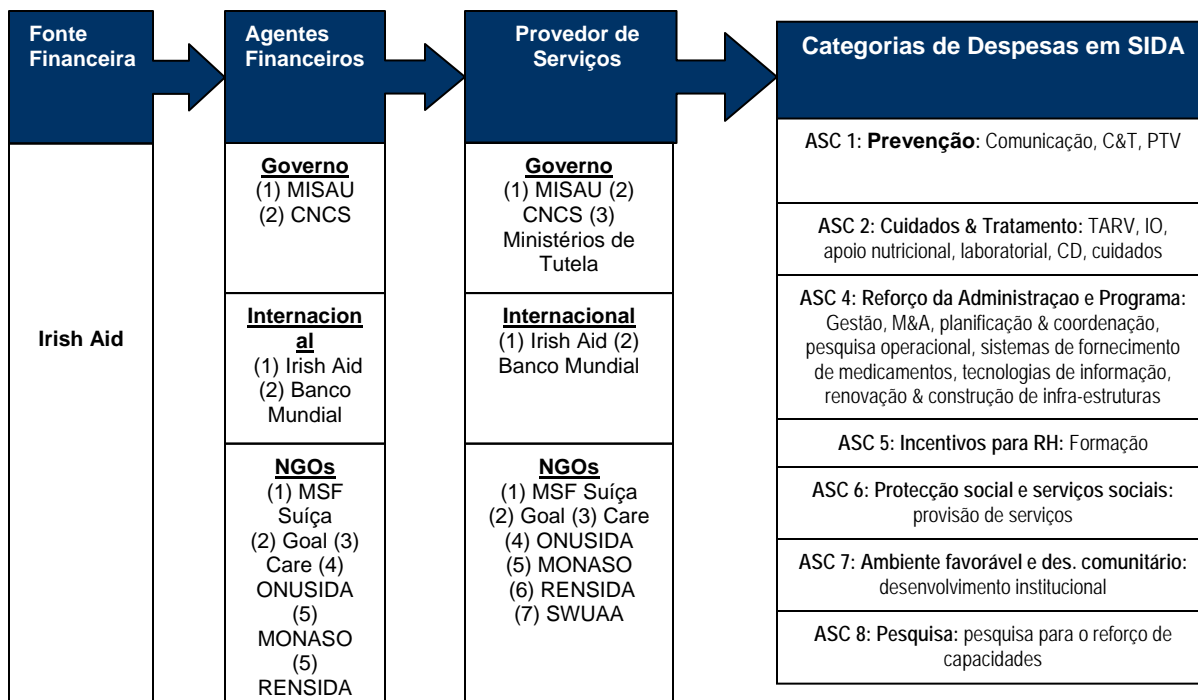


Figura 36: Fluxos financeiros do CDC para o HIV e SIDA, Moçambique, MEGAS 2004-2006

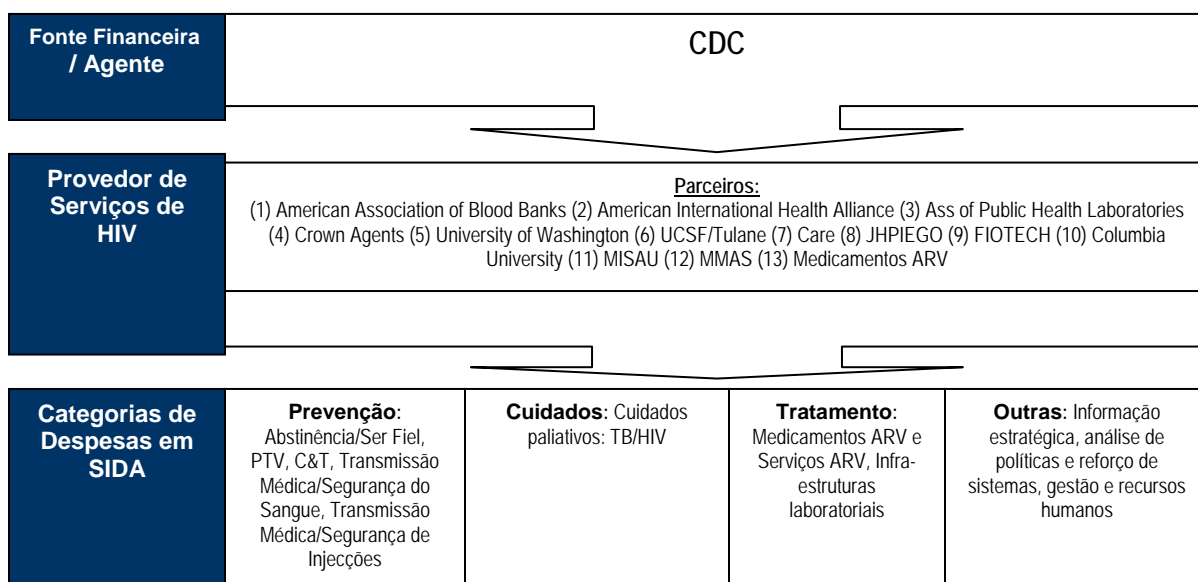


Figura 37: Fluxos financeiros da USAID para o HIV e SIDA, Moçambique, MEGAS 2004-2006

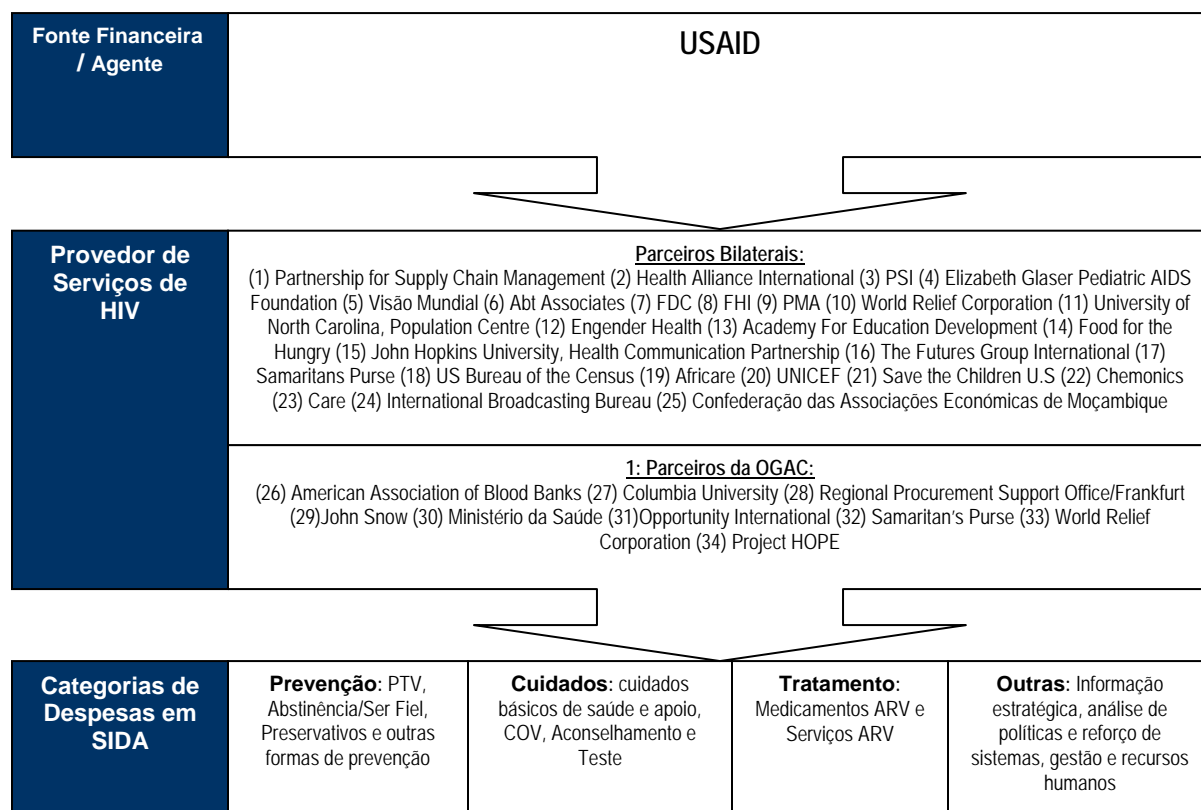


Figura 38: Fluxos financeiros do UNICEF para o HIV e SIDA, Moçambique, MEGAS 2004-2006

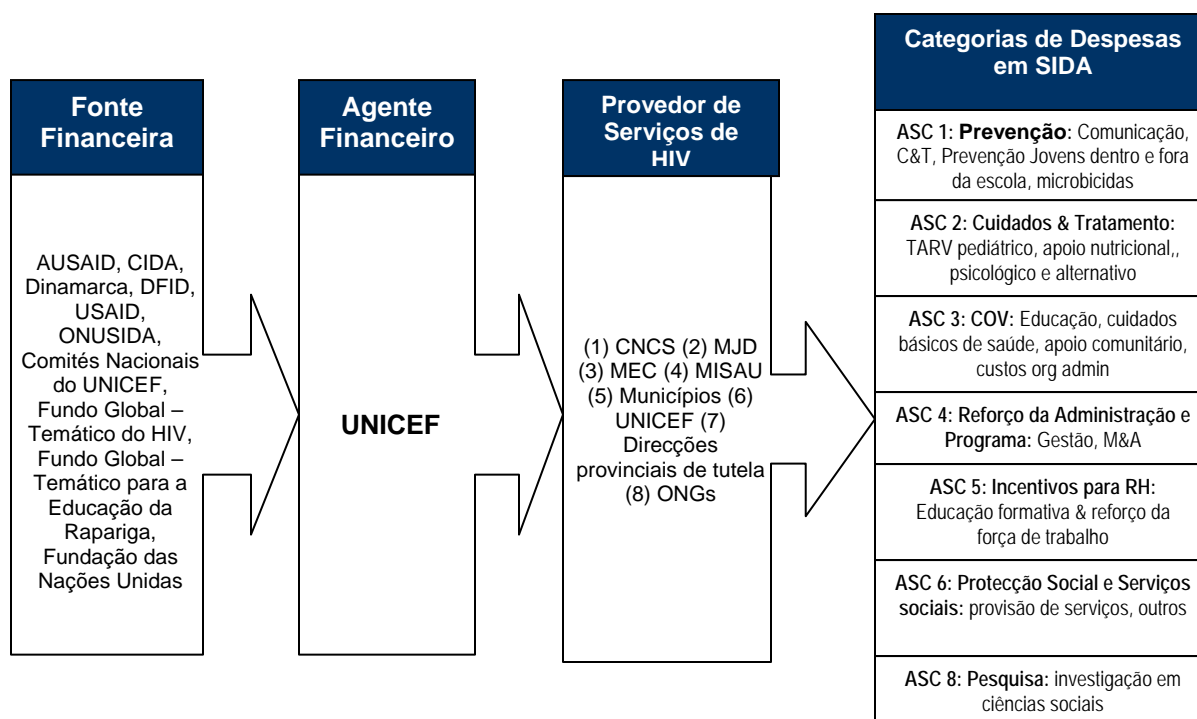
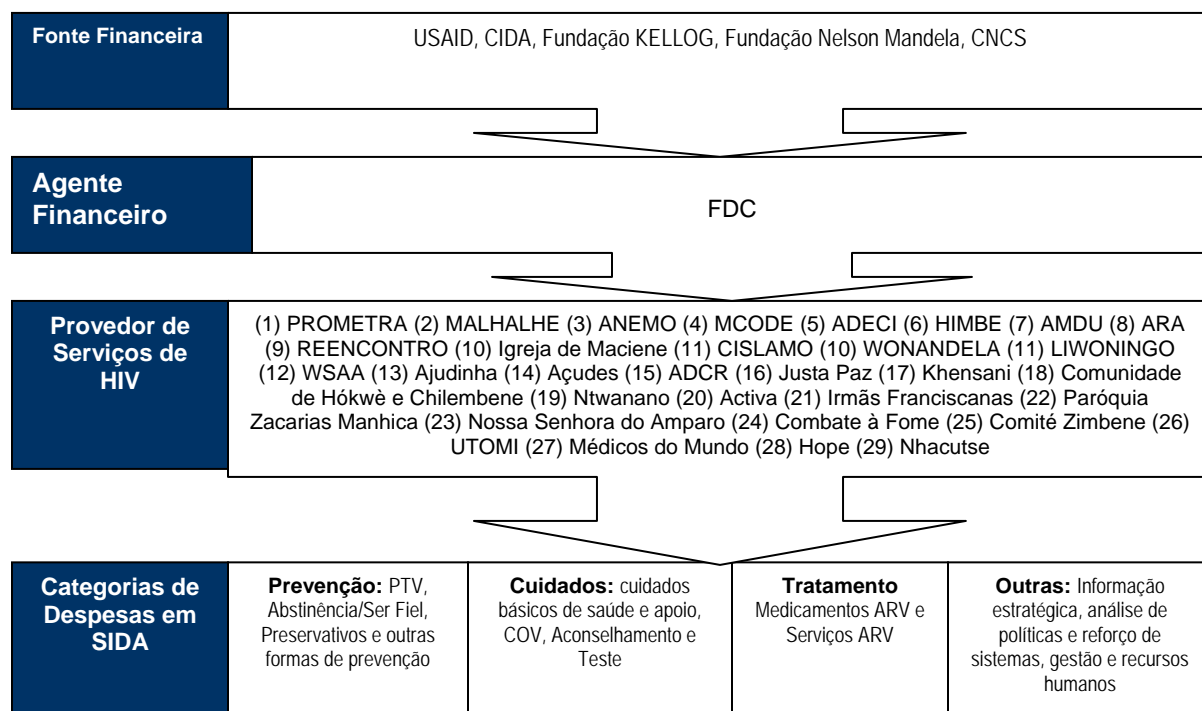


Figura 39: Fluxos financeiros da FDC para o HIV e SIDA, Moçambique, MEGAS 2004-2006



5.9 Apêndice 9: Fonte - Provedor de Serviços Moçambique, 2004

	Fonte Financeira												
Provedor	FS.1.1.1.1	FS.1.1.1.10	FS.1.1.1.99	FS.1.4	FS.1.99	FS.2.2	FS.2.3	FS.2.4	FS.2.99	FS.3.1.	FS.3.2.	FS.3.3.	Grand Total
PS.1.1.1:	210.079	0	0	0	0	0	0	0	889.930	4.475.189	153.154	997.642	6.725.994
PS.1.13.	3.648.269	0	3.177.622	0	0	0	0	0	0	2.636.014	4.977.196	2.708.936	17.148.037
PS.1.2.1	154.450	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	154.450
PS.1.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	160.181	0	0	160.181
PS.1.9.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78.462	78.462
PS.2.11	0	128.608	0	0	0	0	0	0	950.986	10.736.641	2.562.464	1.515.954	15.894.653
PS.2.8.3	0	0	7.269	0	0	0	0	0	242.943	0	0	0	250.212
PS.2.99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.474.790	0	0	1.474.790
PS.3.99	0	0	0	0	0	0	0	0	37.000	0	0	0	37.000
PS.4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	180.368	1.936.283	4.463.456	0	6.580.107
Total	4.012.798	128.608	3.184.891	0	0	0	0	0	2.301.227	21.419.098	12.156.270	5.300.994	48.503.886

5.10 Apêndice 10: Fonte - Provedor de Serviços Moçambique, 2005

	Fonte Financeira												
Provedor	FS.1.1.1.1	FS.1.1.1.10	FS.1.1.1.199	FS.1.4	FS.1.99	FS.2.2	FS.2.3	FS.2.4	FS.2.99	FS.3.1.	FS.3.2.	FS.3.3.	Grand Total
PS.1.1.1.1:	4.032.375	0	438.897	0	0	0	0	0	0	3.432.085	1.386.216	1.470.630	10.760.203
PS.1.13.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22.082	0	0	22.082
PS.1.2.1	3.798.886	0	2.636.797	0	0	0	0	0	0	2.178.205	2.838.933	0	11.452.821
PS.1.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	943.800	0	0	943.800
PS.1.9.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	413.232	0	413.232
PS.2.11	0	0	0	28.588	0	0	0	0	0	0	0	0	28.588
PS.2.8.3	0	0	15.699	0	0	0	0	0	313.812	165.000	0	0	494.511
PS.2.99	0	407.594	174.598	0	0	0	126.202	0	120.861	13.551.817	10.109.555	3.022.236	27.512.863
PS.3.99	0	0	0	0	0	0	0	90.300	0	0	491.029	0	581.329
PS.4.2	0	0	0	0	0	0	0	96.000	0	0	0	0	96.000
PS.1.1.1.1:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.619.375	0	0	2.619.375
PS.1.13.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.285.905	2.782.264	0	4.068.169
Total	7.831.261	407.594	3.265.991	28.588	0	0	126.202	186.300	434.673	24.198.269	18.021.229	4.492.866	58.992.973

5.11 Apêndice 11: Fonte - Provedor de Serviços Moçambique, 2006

Provedor	Fonte Financeira												Grand Total
	FS.1.1.1.1	FS.1.1.1.10	FS.1.1.1.99	FS.1.4	FS.1.9 9	FS.2.2	FS.2.3	FS.2.4	FS.2.99	FS.3.1.	FS.3.2.	FS.3.3.	
PS.1.1.1	3.259.998	30.489	0	0	0	0	0	0	0	13.753.99 9	5.454.564	3.215.109	25.714.159
PS.1.13.	0	1.271.137	17.255	0	36.238	0	0	0	0	7.628.798	3.326.871	140.292	12.420.591
PS.1.2.1	5.893.292	0	0	0	0	0	0	0	0	294.008	929.328	28.949	7.145.577
PS.1.9.3	0	76.924	3.585	0	0	0	0	0	0	0	242.545	0	323.054
PS.1.99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7.700	0	0	7.700
PS.2.11	0	3.557.582	0	0	0	0	168.821	14.625	0	19.012.61 7	7.053.624	2.489.764	32.297.033
PS.2.8.3	0	38.692	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38.692
PS.3.10	0	0	0	0	0	0	0	188.051	0	0	0	0	188.051
PS.3.11.3	0	12.170	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12.170
PS.3.7	0	0	0	0	0	519.890	0	0	0	0	0	0	519.890
PS.3.99	0	104.158	0	0	0	0	0	55.140	171.901	13.500	659.423	0	1.004.122
PS.4.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.690.421	0	0	3.690.421
PS.4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	297.402	2.638.999	11.069	2.947.470
PS.99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16.085	10.298.763	0	10.314.848
	9.153.290	5.091.152	20.840	0	36.238	519.890	168.821	257.816	171.901	44.714.53 0	30.604.117	5.885.183	96.623.778

5.12 Apêndice 12: Agentes – Provedor de Serviços Moçambique, 2004

Provedor de Serviço de HIV	Afente Financeiro													Grand Total
	FA.1.1.1.1	FA.1.1.1.1.0	FA.1.1.1.1.9	FA.1.1.1.1.4	FA.1.1.1.1.99	FA.1.1.1.1.2.4	FA.1.1.1.1.2.5	FA.1.1.1.1.2.6	FA.1.1.1.1.2.99	FA.1.1.1.1.3.1	FA.1.1.1.1.3.2	FA.1.1.1.1.3.3	FA.1.1.1.1.3.99	
PS.1.1.1	210.079	0	0	0	0	0	0	0	889.930	0	146.829	2.997.464	2.481.692	6.725.994
PS.1.13.	4.309.270	6.904.685	0	0	0	0	0	0	0	4.476	1.835.370	4.094.236	0	17.148.037
PS.1.2.1	154.450	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	154.450
PS.1.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	160.181	0	0	160.181
PS.1.9.3	0	0	78.462	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78.462
PS.2.11	0	1.919.265	0	0	0	0	2.418.025	0	958.798	136.557	2.752.860	7.692.111	17.037	15.894.653
PS.2.8.3	0	0	7.269	0	242.943	0	0	0	0	0	0	0	0	250.212
PS.2.99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.474.790	0	0	1.474.790
PS.3.99	0	0	0	0	0	0	0	0	37.000	0	0	0	0	37.000
PS.4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.580.107	0	0	6.580.107
	4.673.799	8.823.950	85.731	0	242.943	0	2.418.025	0	1.885.728	141.033	12.950.137	14.783.811	2.498.729	48.503.886

5.13 Apêndice 13: Agentes – Provedor de Serviços Moçambique, 2005

Provedor de Serviço de HIV	Afente Financeiro													Grand Total
	FA.1.1.1.1	FA.1.1.1.1.0	FA.1.1.1.1.9	FA.1.1.1.1.4	FA.1.1.1.1.99	FA.2.1.1.1.4	FA.2.1.1.1.5	FA.2.1.1.1.6	FA.2.1.1.1.99	FA.3.1.1.1.1	FA.3.1.1.1.2	FA.3.1.1.1.3	FA.3.1.1.1.99	
PS.1.1.1	4.032.375	499.621	0	0	0	0	0	0	0	0	123.080	6.105.127	0	10.760.203
PS.1.1.2	0	22.082	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22.082
PS.1.1.3	4.167.332	4.814.707	123.526	0	0	0	0	0	0	165.930	2.181.326	0	0	11.452.821
PS.1.2.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	943.800	0	943.800
PS.1.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	413.232	0	0	413.232
PS.1.8	0	0	0	28.588	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28.588
PS.1.9.3	0	0	313.812	0	180.699	0	0	0	0	0	0	0	0	494.511
PS.2.11	0	7.304.731	0	0	0	0	1.835.762	0	775.873	63.625	7.803.174	9.729.698	0	27.512.863
PS.3.10	0	491.029	0	0	0	0	0	0	90.300	0	0	0	0	581.329
PS.3.99	0	0	0	0	0	0	0	0	96.000	0	0	0	0	96.000
PS.4.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.920.000	699.375	0	0	2.619.375
PS.4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.068.169	0	0	4.068.169
Total	8.199.707	13.132.170	437.338	28.588	180.699	0	1.835.762	0	962.173	2.149.555	15.288.356	16.778.625	0	58.992.973

5.14 Apêndice 14: Agentes – Provedor de Serviços Moçambique, 2006

Provedor de Serviço de HIV	Afente Financeiro													Grand Total
	FA.1.1.1.1	FA.1.1.1.1.0	FA.1.1.1.1.9	FA.1.4	FA.1.99	FA.2.4	FA.2.5	FA.2.6	FA.2.99	FA.3.1.	FA.3.2.	FA.3.3.	FA.3.99	
PS.1.1.1	5.926.942	30.489	0	0	0	0	0	0	0	4.453.760	2.543.331	12.759.637	0	25.714.159
PS.1.13.	0	6.149.771	72.195	0	0	0	0	0	36.238	0	5.584.773	577.614	0	12.420.591
PS.1.2.1	6.916.362	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	229.215	0	7.145.577
PS.1.9.3	0	76.924	246.130	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	323.054
PS.1.99	0	0	0	0	0	0	0	7.700	0	0	0	0	0	7.700
PS.2.11	656.831	9.213.255	0	0	0	0	4.812.463	0	0	0	2.764.300	14.850.184	0	32.297.033
PS.2.8.3	0	38.692	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38.692
PS.3.10	0	0	0	0	0	0	0	0	188.051	0	0	0	0	188.051
PS.3.11.3	0	12.170	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12.170
PS.3.7	0	0	0	0	0	519.890	0	0	0	0	0	0	0	519.890
PS.3.99	0	748.670	0	0	0	0	0	0	255.452	0	0	0	0	1.004.122
PS.4.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.690.421	0	0	0	3.690.421
PS.4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.947.470	0	0	2.947.470
PS.99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10.298.763	0	16.085	10.314.848
	13.500.135	16.269.971	318.325	0	0	519.890	4.812.463	7.700	479.741	8.144.181	24.138.637	28.416.650	16.085	96.623.778

5.15 Apêndice 15: Beneficiário – Função Moçambique, 2004

	Prevenção	Cuidados e Tratamento	Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)	Gestão de Programas Reforço Adm.	Recrutamento de Recursos Humanos & Incentivos de Retenção	Protecção Social & Serviços Sociais	Ambiente Conducente & Desenvolvimento Comunitário	Pesquisas sobre o HIV e SIDA	Total
Pessoas Vivendo com HIV	172.111	10.089.460	349.853	0	0	9.841	57.425	0	10.678.690
Vendedores de serviços sexuais (SW) e seus clientes	80.000	0	0	0	0	0	0	0	80.000
Crianças órfãs e vulneráveis (COV)	883.842	105.812	3.283.552	0	0	0	0	0	4.273.206
Filhos nascidos ou por nascer de mães seropositivas	1.519.200	0	0	0	0	0	0	0	1.519.200
Emigrantes / populações móveis	90.000	0	0	0	0	0	0	0	90.000
Prisioneiros e outras pessoas institucionalizadas	4.476	0	0	0	0	0	0	0	4.476
Crianças e jovens fora da escola	2.840.896	0	0	0	0	0	0	0	2.840.896
Parceiros de pessoas vivendo com HIV	440.000	0	0	0	0	0	0	0	440.000
Pessoas que frequentam clínicas de ITS	2.634.261	0	0	0	0	0	0	0	2.634.261
Crianças na escola	36.445	0	0	0	0	0	0	0	36.445
Jovens na escola	1.845.444	0	0	537.788	0	0	0	0	2.383.232
Operários	72.800	0	0	0	0	0	0	0	72.800
População em geral	12.706.331	140.942	0	105.520	0	0	93.054	0	13.045.847
Intervenções não dirigidas	40.000	0	0	5.769.878	4.461.730	0	21.127	112.098	10.404.833
Total	23.365.806	10.336.214	3.633.405	6.413.186	4.461.730	9.841	171.606	112.098	48.503.886

5.16 Apêndice 16: Moçambique: Beneficiário - Função, 2005

	Prevenção	Cuidados e Tratamento	Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)	Gestão de Programas Reforço Adm.	Recrutamento de Recursos Humanos & Incentivos de Retenção	Protecção Social & Serviços Sociais	Ambiente Conducente & Desenvolvimento Comunitário	Pesquisas sobre o HIV e SIDA	Total
Homens adultos (> 25 anos de idade)	0	0	0	10.850	0	0	0	0	10.850
Pessoas Vivendo com HIV não desagregadas por idade ou género	50.151	8.468.833	587.140	0	0	41.794	0	0	9.147.918
Vendedores de serviços sexuais (SW) e seus clientes	111.422	0	0	0	0	0	0	0	111.422
Crianças órfãs e vulneráveis (COV)	0	0	3.575.553	0	0	0	0	0	3.575.553
Crianças nascidas ou por nascer de mães seropositivas	2.175.270	0	0	0	0	0	0	0	2.175.270
Populações deslocadas (devido a uma emergência)	50.000	0	0	0	0	0	0	0	50.000
Emigrantes / populações móveis	160.000	0	0	0	0	0	0	0	160.000
Camionistas / trabalhadores dos transportes e motoristas comerciais	148.322	0	0	0	0	0	0	0	148.322
Crianças e jovens fora da escola	1.993.936	0	0	0	0	0	0	0	1.993.936
Parceiros de pessoas vivendo com HIV	50.000	0	0	0	0	0	0	0	50.000
Pessoas que frequentam clínicas de ITS	2.887.898	0	0	0	0	0	0	0	2.887.898
Crianças na escola	399.624	0	0	0	0	0	0	0	399.624
Jovens na escola	1.464.106	0	0	0	0	0	0	0	1.464.106
Estudantes universitários	0	0	0	0	0	0	313.812	0	313.812
Mulheres que frequentam as clínicas de saúde reprodutiva	707.683	0	0	0	0	0	0	0	707.683
Trabalhadores da saúde	571.703	0	0	0	0	0	0	0	571.703
Militares	75.000	0	0	0	0	0	0	0	75.000
Polícia e outros serviços de defesa e segurança (que não os militares)	75.000	0	0	0	0	0	0	0	75.000
Operários	355.988	0	0	0	155.310	0	0	0	511.298
População em geral não desagregada por idade ou género	11.829.564	59.695	0	448.505	0	0	63.837	0	12.401.601
Intervenções não dirigidas	3.257.062	4.492.211	11.767	9.884.099	3.660.301	0	95.485	505.243	21.906.168

Populações beneficiárias não classificadas noutras categorias	0	0	0	173.569	82.240	0	0	0	255.809
Total	26.362.729	13.020.739	4.174.460	10.517.023	3.897.851	41.794	473.134	505.243	58.992.973

5.17 Apêndice 17: Moçambique: Beneficiário - Função, 2006

	Prevenção	Cuidados e Tratamento	Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)	Gestão de Programas Reforço Adm.	Recrutamento de Recursos Humanos & Incentivos de Retenção	Protecção Social & Serviços Sociais	Ambiente Conducente & Desenvolvimento Comunitário	Pesquisas sobre o HIV e SIDA	Total
Pessoas Vivendo com HIV não desagregadas por idade ou género	3.171.418	34.682.322	0	0	0	407.322	89.760	0	38.350.822
Vendedores de serviços sexuais (SW) e seus clientes	140.000	0	0	0	0	0	0	0	140.000
Crianças órfãs e vulneráveis (COV)	0	359.732	7.356.543	0	0	0	0	0	7.716.275
Crianças nascidas ou por nascer de mães seropositivas	4.934.738	0	0	0	0	0	0	0	4.934.738
Emigrantes / populações móveis	316.449	0	0	0	0	0	0	0	316.449
Refugiados, deslocados e pessoas separadas das suas famílias	70.000	0	0	0	0	0	0	0	70.000
Camionistas / trabalhadores dos transportes e motoristas comerciais	282.122	0	0	0	0	0	0	0	282.122
Crianças e jovens fora da escola	2.366.723	0	0	0	0	0	0	0	2.366.723
Parceiros de pessoas vivendo com HIV	78.634	0	0	0	0	0	0	0	78.634
Pessoas que frequentam clínicas de ITS	2.415.967	0	0	0	0	0	0	0	2.415.967
Crianças na escola	1.314.457	0	0	0	0	0	0	0	1.314.457
Jovens na escola	1.580.158	0	0	0	0	0	0	0	1.580.158
Estudantes universitários	214.291	0	0	20.246	0	0	0	0	234.537
Trabalhadores da saúde	70.000	0	0	0	0	0	0	0	70.000
Militares	210.000	0	0	0	0	0	0	0	210.000
Operários	1.481.482	0	0	0	0	0	0	0	1.481.482
População adulta em geral (acima dos 24) não discriminada por género	173.361	0	0	0	0	0	0	0	173.361
População em geral não desagregada por idade ou género	13.432.774	74.548	0	0	0	0	1.019.486	0	14.526.808
Intervenções não dirigidas	118.231	509.398	0	14.633.708	4.827.748	1.607	237.009	33.544	20.361.245
Total	32.370.805	35.626.000	7.356.543	14.653.954	4.827.748	408.929	1.346.255	33.544	96.623.778

5.18 Apêndice 18: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços, 2004

	Provedores públicos	ONGs-provedoras sem fins lucrativos	Provedores privados com fins lucrativos	Provedores bilaterais e multilaterais	Total
Pessoas Vivendo com HIV não desagregadas por idade ou género	8.715.471	1.900.626	31.500	31.093	10.678.690
Vendedores de serviços sexuais (SW) e seus clientes	0	80.000	0	0	80.000
Crianças órfãs e vulneráveis (COV)	804.232	3.457.788	0	11.186	4.273.206
Crianças nascidas ou por nascer de mães seropositivas	1.325.440	193.760	0	0	1.519.200
Emigrantes / populações móveis	0	90.000	0	0	90.000
Prisioneiros e outras pessoas institucionalizadas	4.476	0	0	0	4.476
Crianças e jovens fora da escola	555.329	481.723	0	1.803.844	2.840.896
Parceiros de pessoas vivendo com HIV	0	440.000	0	0	440.000
Pessoas que frequentam clínicas de ITS	2.634.261	0	0	0	2.634.261
Crianças na escola	0	36.445	0	0	36.445
Jovens na escola	252.889	1.289.358	0	840.985	2.383.232
Operários	0	67.300	5.500	0	72.800
População em geral não desagregada por idade ou género	4.588.121	7.744.097	0	713.629	13.045.847
Intervenções não dirigidas	5.386.905	1.838.558	0	3.179.370	10.404.833
	24.267.124	17.619.655	37.000	6.580.107	48.503.886

5.19 Apêndice 19: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços, 2005

	Provedores públicos	ONGs-provedoras sem fins lucrativos	Provedores privados com fins lucrativos	Provedores bilaterais e multilaterais	Total
Homens adultos (> 25 anos de idade)	0	0	0	10.850	10.850
Pessoas Vivendo com HIV não desagregadas por idade ou género	3.445.105	5.347.625	81.500	273.688	9.147.918
Vendedores de serviços sexuais (SW) e seus clientes	0	111.422	0	0	111.422
Crianças órfãs e vulneráveis (COV)	400.465	2.846.588	0	328.500	3.575.553
Crianças nascidas ou por nascer de mães seropositivas	1.767.226	408.044	0	0	2.175.270
Populações deslocadas (devido a uma emergência)	0	50.000	0	0	50.000
Emigrantes / populações móveis	0	160.000	0	0	160.000
Camionistas / trabalhadores dos transportes e motoristas comerciais	0	148.322	0	0	148.322
Crianças e jovens fora da escola	571.216	531.242	0	891.478	1.993.936
Parceiros de pessoas vivendo com HIV	0	50.000	0	0	50.000
Pessoas que frequentam clínicas de ITS	2.887.898	0	0	0	2.887.898
Crianças na escola	0	338.307	0	61.317	399.624
Jovens na escola	662.179	594.275	0	207.652	1.464.106
Estudantes universitários	313.812	0	0	0	313.812
Mulheres que frequentam as clínicas de saúde reprodutiva	382.683	325.000	0	0	707.683
Trabalhadores da saúde	521.703	50.000	0	0	571.703
Militares	0	75.000	0	0	75.000
Polícia e outros serviços de defesa e segurança (que não os militares)	0	75.000	0	0	75.000
Operários	168.984	237.514	104.800	0	511.298
População em geral não desagregada por idade ou género	2.571.802	9.143.085	491.029	195.685	12.401.601
Intervenções não dirigidas	10.422.164	6.765.630	0	4.718.374	21.906.168
Populações beneficiárias não classificadas noutras categorias	0	255.809	0	0	255.809
Total	24.115.237	27.512.863	677.329	6.687.544	58.992.973

5.20 Apêndice 20: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços, 2006

	Provedores públicos	ONGs-provedoras sem fins lucrativos	Provedores privados com fins lucrativos	Provedores bilaterais e multilaterais	Provedores não classificados noutras categorias	Total
Pessoas Vivendo com HIV não desagregadas por idade ou género	22.957.869	6.151.976	133.745	1.168	9.106.064	38.350.822
Vendedores de serviços sexuais (SW) e seus clientes	0	140.000	0	0	0	140.000
Crianças órfãs e vulneráveis (COV)	1.613.019	4.910.557	0	0	1.192.699	7.716.275
Crianças nascidas ou por nascer de mães seropositivas	4.890.508	44.230	0	0	0	4.934.738
Emigrantes / populações móveis	0	316.449	0	0	0	316.449
Refugiados, deslocados e pessoas separadas das suas famílias	0	70.000	0	0	0	70.000
Camionistas / trabalhadores dos transportes e motoristas comerciais	104.111	178.011	0	0	0	282.122
Crianças e jovens fora da escola	1.677.443	689.280	0	0	0	2.366.723
Parceiros de pessoas vivendo com HIV	0	73.010	5.624	0	0	78.634
Pessoas que frequentam clínicas de ITS	2.345.967	70.000	0	0	0	2.415.967
Crianças na escola	540.880	773.577	0	0	0	1.314.457
Jovens na escola	515.401	1.034.757	0	30.000	0	1.580.158
Estudantes universitários	192.950	38.692	2.895	0	0	234.537
Trabalhadores da saúde	0	70.000	0	0	0	70.000
Militares	0	210.000	0	0	0	210.000
Operários	314.912	336.595	816.975	13.000	0	1.481.482
População adulta geral (acima dos 24) não discriminada por género	0	173.361	0	0	0	173.361
População em geral não desagregada por idade ou género	2.717.370	10.146.957	733.784	912.612	16.085	14.526.808
Intervenções não dirigidas	7.740.651	6.908.273	31.210	5.681.111	0	20.361.245
Total	45.611.081	32.335.725	1.724.233	6.637.891	10.314.848	96.623.778

5.21 Apêndice 21: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços - Função, 2004

Populações beneficiárias e provedores de serviços	Prevenção	Cuidados e Tratamento	Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)	Gestão de Programas Reforço Adm.	Recrutamento de Recursos Humanos & Incentivos de Retenção	Protecção Social & Serviços Sociais	Ambiente Conducente & Desenvolvimento Comunitário	Pesquisas sobre o HIV e SIDA	Total
Pessoas Vivendo com HIV (Independentemente de terem o diagnóstico de SIDA)	172.111	10.089.460	349.853	0	0	9.841	57.425	0	10.6
Provedores públicos	126.677	8.588.794	0	0	0	0	0	0	8.7
ONG privada sem fins lucrativos	45.434	1.469.166	349.853	0	0	9.841	26.332	0	1.9
Privada com fins lucrativos	0	31.500	0	0	0	0	0	0	
Provedores bilaterais e multilaterais	0	0	0	0	0	0	31.093	0	
Populações em maior risco e populações chave em maior risco	80.000	0	0	0	0	0	0	0	
ONG privada sem fins lucrativos	80.000	0	0	0	0	0	0	0	
Outras populações chave em alto risco	5.778.414	105.812	3.283.552	0	0	0	0	0	9.1
Provedores públicos	1.885.245	0	804.232	0	0	0	0	0	2.6
ONG privada sem fins lucrativos	2.089.325	105.812	2.468.134	0	0	0	0	0	4.6
Provedores bilaterais e multilaterais	1.803.844	0	11.186	0	0	0	0	0	1.8
Populações específicas "acessíveis"	4.588.950	0	0	537.788	0	0	0	0	5.1
Provedores públicos	2.887.150	0	0	0	0	0	0	0	2.8
ONG privada sem fins lucrativos	855.315	0	0	537.788	0	0	0	0	1.3
Privada com fins lucrativos	5.500	0	0	0	0	0	0	0	
Provedores bilaterais e multilaterais	840.985	0	0	0	0	0	0	0	8
População geral	12.706.331	140.942	0	105.520	0	0	93.054	0	13.0
Provedores públicos	4.368.717	140.942	0	0	0	0	78.462	0	4.5
ONG privada sem fins lucrativos	7.636.180	0	0	105.520	0	0	2.397	0	7.7
Provedores bilaterais e multilaterais	701.434	0	0	0	0	0	12.195	0	7
Intervenções não dirigidas	40.000	0	0	5.769.878	4.461.730	0	21.127	112.098	10.4
Provedores públicos	0	0	0	2.739.096	2.582.407	0	0	65.402	5.3
ONG privada sem fins lucrativos	40.000	0	0	1.505.880	292.678	0	0	0	1.8
Provedores bilaterais e multilaterais	0	0	0	1.524.902	1.586.645	0	21.127	46.696	3.1

Total	23.365.806	10.336.214	3.633.405	6.413.186	4.461.730	9.841	171.606	112.098	48.5
-------	------------	------------	-----------	-----------	-----------	-------	---------	---------	------

5.22 Apêndice 22: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços - Função, 2005

Populações beneficiárias e provedores de serviços	Prevenção	Cuidados e Tratamento	Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)	Gestão de Programas Reforço Adm.	Recrutamento de Recursos Humanos & Incentivos de Retenção	Protecção Social & Serviços Sociais	Ambiente Conducente & Desenvolvimento Comunitário	Pesquisas sobre o HIV e SIDA	
Pessoas Vivendo com HIV (Independentemente de terem o diagnóstico de SIDA)	50.151	8.468.833	587.140	10.850	0	41.794	0	0	9.158.768
Provedores públicos	0	3.445.105	0	0	0	0	0	0	3.445.105
ONG privada sem fins lucrativos	50.151	4.668.540	587.140	0	0	41.794	0	0	5.347.625
Privada com fins lucrativos	0	81.500	0	0	0	0	0	0	81.500
Provedores bilaterais e multilaterais	0	273.688	0	10.850	0	0	0	0	284.538
Populações em maior risco e populações chave em maior risco	111.422	0	0	0	0	0	0	0	111.422
ONG's privadas sem fins lucrativos	111.422	0	0	0	0	0	0	0	111.422
Outras populações chave em alto risco	4.577.528	0	3.575.553	0	0	0	0	0	8.153.081
Provedores públicos	2.338.442	0	400.465	0	0	0	0	0	2.738.907
ONG privada sem fins lucrativos	1.347.608	0	2.846.588	0	0	0	0	0	4.194.196
Provedores bilaterais e multilaterais	891.478	0	328.500	0	0	0	0	0	1.219.978
Populações específicas "acessíveis"	6.537.002	0	0	0	155.310	0	313.812	0	7.006.124
Provedores públicos	4.606.577	0	0	0	16.870	0	313.812	0	4.937.259
ONG's privadas sem fins lucrativos	1.556.656	0	0	0	138.440	0	0	0	1.695.096
Privada com fins lucrativos	104.800	0	0	0	0	0	0	0	104.800
Provedores bilaterais e multilaterais	268.969	0	0	0	0	0	0	0	268.969
População geral	11.829.564	59.695	0	448.505	0	0	63.837	0	12.401.601
Provedores públicos	2.416.550	8.302	0	138.657	0	0	8.293	0	2.571.802
ONG privada sem fins lucrativos	8.734.145	51.393	0	309.848	0	0	47.699	0	9.143.085
Privada com fins lucrativos	491.029	0	0	0	0	0	0	0	491.029
Provedores bilaterais e multilaterais	187.840	0	0	0	0	0	7.845	0	195.685
Intervenções não dirigidas	3.257.062	4.492.211	11.767	9.884.099	3.660.301	0	95.485	505.243	21.906.168
Provedores públicos	724.839	3.772.715	0	4.230.548	1.694.062	0	0	0	10.422.164
ONG privada sem fins lucrativos	2.514.823	719.496	4.074	2.761.606	682.175	0	83.456	0	6.765.630

Provedores bilaterais e multilaterais	17.400	0	7.693	2.891.945	1.284.064	0	12.029	505.243	4.718.374
Populações beneficiárias não classificadas noutras categorias	0	0	0	173.569	82.240	0	0	0	255.809
ONG privada sem fins lucrativos	0	0	0	173.569	82.240	0	0	0	255.809
Total	26.362.729	13.020.739	4.174.460	10.517.023	3.897.851	41.794	473.134	505.243	58.992.973

5.23 Apêndice 23: Moçambique: Beneficiário – Provedor de Serviços - Função, 2006

Populações beneficiárias e provedores de Serviços	Prevenção	Cuidados e Tratamento	Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)	Gestão de Programas Reforço Adm.	Recrutamento de Recursos Humanos & Incentivos de Retenção	Protecção Social & Serviços Sociais	Ambiente Conducente & Desenvolvimento Comunitário	Pesquisas sobre o HIV e SIDA	Total
Pessoas Vivendo com HIV	3.171.418	34.682.322	0	0	0	407.322	89.760	0	38.350.822
Provedores públicos	1.241.708	21.626.401	0	0	0	0	89.760	0	22.957.869
ONG privada sem fins lucrativos	1.929.178	3.815.476	0	0	0	407.322	0	0	6.151.976
Privada com fins lucrativos	532	133.213	0	0	0	0	0	0	133.745
Provedores bilaterais e multilaterais	0	1.168	0	0	0	0	0	0	1.168
Outros provedores	0	9.106.064	0	0	0	0	0	0	9.106.064
Populações em maior risco e populações chave em maior risco	140.000	0	0	0	0	0	0	0	140.000
ONG's privadas sem fins lucrativos	140.000	0	0	0	0	0	0	0	140.000
Outras populações chave em alto risco	8.048.666	359.732	7.356.543	0	0	0	0	0	15.764.941
Provedores públicos	6.672.062	359.732	1.253.287	0	0	0	0	0	8.285.081
ONG's privadas sem fins lucrativos	1.370.980	0	4.910.557	0	0	0	0	0	6.281.537
Privadas com fins lucrativos	5.624	0	0	0	0	0	0	0	5.624
Outros provedores	0	0	1.192.699	0	0	0	0	0	1.192.699
Populações específicas "acessíveis"	7.286.355	0	0	20.246	0	0	0	0	7.306.601
Provedores públicos	3.889.864	0	0	20.246	0	0	0	0	3.910.110
ONG's privadas sem fins lucrativos	2.533.621	0	0	0	0	0	0	0	2.533.621
Privadas com fins lucrativos	819.870	0	0	0	0	0	0	0	819.870
Provedores bilaterais e multilaterais	43.000	0	0	0	0	0	0	0	43.000
iPopulação geral	13.606.135	74.548	0	0	0	0	1.019.486	0	14.700.169
Provedores públicos	2.202.624	74.548	0	0	0	0	440.198	0	2.717.370
ONG's privadas sem fins lucrativos	9.743.530	0	0	0	0	0	576.788	0	10.320.318
Privadas com fins lucrativos	733.784	0	0	0	0	0	0	0	733.784
Provedores bilaterais e multilaterais	910.112	0	0	0	0	0	2.500	0	912.612
Outros provedores	16.085	0	0	0	0	0	0	0	16.085
Intervenções não dirigidas	118.231	509.398	0	14.633.708	4.827.748	1.607	237.009	33.544	20.361.245
Provedores públicos	0	492.398	0	4.716.461	2.500.059	0	5.042	26.691	7.740.651

ONG's privadas sem fins lucrativos	118.231	0	0	5.949.310	680.552	1.607	158.573	0	6.908.273
Privadas com fins lucrativos	0	17.000	0	7.357	0	0	0	6.853	31.210
Provedores bilaterais e multilaterais	0	0	0	3.960.580	1.647.137	0	73.394	0	5.681.111
	32.370.805	35.626.000	7.356.543	14.653.954	4.827.748	408.929	1.346.255	33.544	96.623.778