

Relatório da Avaliação Final do Projecto

Satisfazendo os Direitos à Saúde dos Grupos

Vulneráveis em Moçambique



Foto: uma idosa demonstrando exercícios de ginástica que aprendeu com os activistas do projecto Moz-96

Implementado pela

HelpAge International - Mozambique

**HelpAge
International**

a idade ajuda

SUMÁRIO EXECUTIVO

No ano de 2008, a Help Age International em Moçambique (HAI-Moz) concorreu para os fundos da Comissão Europeia (CE) para implementar um projecto de saúde designado "Satisfazendo os Direitos à Saúde dos Grupos Vulneráveis em Moçambique". Este projecto foi baptizado com o código Moz-96. O Projecto tem como objectivo específico assegurar que as pessoas idosas (PI) fossem capazes de realizar os seus direitos no que diz respeito a saúde.

Os resultados que se pretendiam alcançar eram os seguintes: (i) PIs e suas famílias em 6 distritos aumentassem o seu acesso a serviços de saúde públicos de qualidade ao nível comunitário e distrital, (ii) que iniciativas lideradas pela comunidade fossem desenvolvidas e implementadas pelo menos em 34 comunidades para promover a saúde da PI e suas famílias, e (iii) que fosse criado um ambiente para um diálogo nacional sobre a necessidade da satisfação dos direitos à saúde da PI.

O Moz-96 surgiu na sequência da necessidade de preencher as lacunas que foram sendo identificadas aquando da implementação dos projectos anteriores da HAI-Moz. Ele veio reforçar e consolidar as ideias, intervenções e investimentos feitos anteriormente por esta organização separadamente ou em parceria com outros actores.

Terminado o projecto, em Dezembro de 2011, foi encomendada uma consultoria com objectivo de de prover ao Governo, doadores e outras partes interessadas com informações suficientes para fazer uma avaliação global independente do desempenho e impacto do projecto, bem como as lições aprendidas e recomendações para acções futuras. De forma específica o trabalho visava, (i) avaliar o alcance dos resultados esperados e não esperados do projecto, (ii) identificar as melhores práticas e lições aprendidas durante a implementação do projecto, (iii) avaliar em que medida os objectivos finais dos projectos foram realizados e se o trabalho ainda é necessário para atingir estes objectivos ou para aprimorá-los, e (iv) avaliar em que medida os benefícios gerados por este programa para os idosos serão sustentáveis.

Para lograr estes intentos uma revisão documental foi conduzida baseada nos relatórios de progresso enviados pelos implementadores do projecto, avaliação de meio-termo, brochuras desenvolvidas ao longo da execução do projecto, leis e regulamentos sobre a Pessoa Idosa (PI), entre outros. Os métodos usados para recolha de informação foram qualitativos, tendo sido usados como instrumentos formulários pré-concebidos de Discussões Focais em Grupos (DFG) e entrevistas semi-estruturadas (ESe).

De forma geral o projecto conseguiu realizar os resultados que esperava, apesar de vários graus de sucesso em cada um dos resultados. Assim:

Sob ponto de vista de gestão do projecto, o envolvimento dos parceiros de implementação foi feito através do contrato onde ambas partes as quais concordam nas actividades à realizar e o respectivo orçamento, mas também através da realização de encontros anuais de planificação. As trocas de experiência entre diferentes implementadores foi uma prática que, apesar de ter sido muito frequente, foi retratada como sendo de grande valia para que aprendessem uns de outros. No caso particular da gestão financeira os diferentes implementadores mostraram-se satisfeitos com o desembolso de fundos de acordo com a programação feita. Algumas instituições acham que os ciclos de desembolsos de 3 meses eram bastante curtos, pois, dificultavam a execução e respectiva justificação de fundos. Em relação à organização, a HAI-Moz evidou esforços para que os diferentes parceiros fossem formados para levarem a cabo as tarefas que foram preconizadas. Seguiram-se as supervisões aos projectos, que de maneira geral poderiam ter sido mais frequentes. Um aspecto que constituiu um desafio no que concerne a organização tem que ver com a regularidade dos relatórios das organizações implementadoras, que foi, em alguns casos, baixa. No entanto, a monitoria do projecto foi a área que apresentou mais desafios no processo de gestão do projecto. Mesmo assim, deve realçar-se que este projecto tem um sistema de recolha de dados comunitário inovador, onde cada monitor era responsável por ir, semanalmente, de casa-à-casa para recolher dados sobre o estado de saúde de cada idoso. Esta recolha de dados nas comunidades, se bem estruturado, poderia traduzir-se numa fonte de dados única para alimentar um sistema de M&A bem-sucedido. No entanto, tal como se apresentou, o sistema não permitiu transformar os dados da monitoria comunitária recolhidos em informação útil para tomar decisões sobre o reajustamento das actividades e objectivos do projecto, pelo que, configura-se uma área para explorar no futuro.

A eficiência do projecto apresentou uma mistura de resultados superiores à 60-75% de execução e com algumas a superarem os 100%. Os resultados obtidos no projecto foram graças a uma estrutura comunitária que mostrou-se dinâmica e capaz. Os depoimentos colhidos mostram ter aumentado o acesso da PI aos serviços de saúde, mas, foi difícil demonstrar o mesmo em relação aos familiares dos idosos, pelo menos como efeito da intervenção do projecto, tal como preconizado pelo resultado 1 (Maior acesso a serviços de saúde de qualidade). As actividades relacionadas com o resultado 2 (Iniciativas comunitárias para saúde da PI), como sejam a construção de latrinas, distribuição de insumos agrícolas (Gaza e Maputo), formação de activistas e agentes polivalentes elementares (APEs), construção de poços entre outras, foram levadas a cabo, com grau de implementação superior à

60-70% (algumas, como a distribuição de sementes, ultrapassaram as metas). No entanto, foram as actividades relacionadas com a geração de renda, aquelas que mais mudaram a vida dos beneficiários. Aqui, é preciso frisar que a eficiência das actividades de agricultura, em especial no Chokwé, assenta-se em grande medida sobre o efeito cumulativo das intervenções anteriores feitas pela HAI-Moz, o que mostra o esforço da HAI-Moz em investir numa espécie de "*building blocks intervention strategy*". O resultado 3 (Diálogo nacional sobre saúde da PI) foi, em nossa opinião, aquele que em termos globais foi melhor conseguido. Parlamentares foram convidados à visitar o projecto em Tete tendo, como consequência, levantado uma discussão sobre questões relacionadas com a PI, em sede da Assembleia da República (AR). No entanto, o objectivo de influenciar a Comissão dos Assuntos Sociais da AR em colocar na agenda assuntos relacionados com a PI falta por cumprir. O MISAU considera o envolvimento da HAI-Moz nas questões de saúde de extrema importância e relevante para trazer ao de cima as necessidades especiais deste grupo etário, advocando e defendendo os seus interesses. Vários aspectos positivos podem ser apontados, entre os quais, a capacidade da HAI-Moz influenciar a elaboração de panfletos com dizeres sobre a pessoa idosa junto do MISAU e a sua participação pertinente na discussão da política de saúde. Como acto consequente, conseguiu influenciar para que o Curriculum dos APE's aprovado pelo MISAU, inclísse uma secção direccionada para a PI. Na mesma linha o MMAS, refere que o projecto foi de encontro com a PNPI e sua estratégia de implementação, em particular, no que concerne aos aspectos de direitos à saúde. No entanto, mostrou-se à favor da ideia de alocar um fundo ao MMAS para acompanhar as actividades desde o seu início do projecto para aumentar a possibilidade de integração das actividades dentro do MMAS no fim do projecto.

A relevância deste projecto foi para além de questões puras de saúde. Duma forma alargada, a relevância do projecto adveio do facto de este ter seguido, ainda de forma não muito sistemática, algumas linhas importantes da Carta de Ottawa, Determinantes Sociais de Saúde e Quadro de Trabalho do Sistema de Saúde (*Health System Framework*). Ele foi de encontro com as principais necessidades para o bem-estar das PIs, aumentou a sua socialização e foi de encontro com as principais tendências de políticas de governação do GdM, no sentido de prover as comunidades (incluindo a PI) de bens e serviços básicos necessários para o seu bem-estar.

Apesar de considerarmos que o impacto do projecto precisa de ser seguido ao longo do tempo, há claras tendências que podem mostrar o caminho que estes impactos poderão seguir, nomeadamente: (i) a existência de grupos comunitários criados no âmbito do Moz-96 com vontade de continuar a lutar pelos direitos da PI,

(ii) a prática de hábitos saudáveis (ginástica e confeccionamento de refeições irrequecidas) que aprenderam com os activistas que melhorou a disposição de vários idosos e que, por isso, já conseguem fazer pequenas tarefas que lhes permite ter uma vida mais digna e (iii) o crescente aumento do respeito e socialização de PIs, entre eles, e entre estes e outros membros da comunidade. Por sua vez, isto contribuiu para o aumento da auto-estima e sentido de responsabilidade e de exercício de cidadania por parte da PI nas comunidades beneficiadas pelo projecto.

A sustentabilidade das actividades do projecto é considerada moderada, pois, não obstante muitas das actividades não requerem fundos para a sua execução, em geral, as organizações tem pouca capacidade de fazer uma planificação estratégica para enfrentar, sozinhas, o futuro e revelam-se altamente dependentes dos fundos da HAI-Moz. No entanto, muitas actividades do projecto ainda decorrem no terreno, pois, as associações parceiras existem no terreno antes da existência do projecto Moz-96 e se as lideranças forem visionárias, poderão continuar a promover parte das actividades.

De uma forma geral pode dizer-se que, o projecto Moz-96 constituiu uma primeira experiência da HAI-Moz na área de saúde e conseguiu realizar os resultados que esperava, apesar de vários graus de sucesso em cada um dos resultados. Os resultados motivam a que se continue a trabalhar nesta direcção e que aspectos específicos sejam aprimorados, principalmente, no que diz respeito aos aspectos organizacionais derivados do processo de selecção das OCBs implementadoras. A HAI-Moz mostrou de forma inequívoca a sua capacidade de gerir grupos com diferentes níveis de competência e demonstrou através desta intervenção a relevância das suas intervenções em prol das pessoas vulneráveis e, em particular, da PI. Vários desafios foram colocados durante a implementação os quais foram, na sua maioria, identificados e ultrapassados.

Assim, seria de considerar a procura de financiamento para continuar com este projecto. Quatro anos de implementação do projecto foram suficientes para lançar as bases sobre como pode ser a intervenção da HAI-Moz na área de saúde, mas tratando-se duma intervenção que mexe com a mudança de comportamento de ambos os lados (PI para procurar as unidades de saúde formais e trabalhadores de saúde para interiorizar que precisa de ter em conta os direitos especiais da PI), esta intervenção deveria ser continuada por, pelo menos mais 2 ciclos de 4 anos.

A HAI-Moz deveria sistematizar de forma escrupulosa os projectos que implementou nos últimos anos para extrair as boas-práticas e possa com elas estabelecer a base sobre a qual deverá fundar as suas próximas intervenções. Este exercício permitiria que com poucos recursos pudesse obter maiores resultados, respondendo assim a uma das exigências do estágio da economia mundial caracterizado por uma crise

generalizada que deverá atingir (já atinge) a área de desenvolvimento. No caso de uma possível continuação desta abordagem, a HAI-Moz deveria propor a inclusão de temas relacionados com a demanda de serviços de saúde pela PI visando complementar as actividades tendentes a aumentar a oferta de serviços de saúde, pois, a oferta de serviços não é por si só, uma condição para aumentar o acesso.

Siglas e Acrónimos

AMAI	Associação Moçambicana de Apoio ao Idoso
AMT	Avaliação de Meio-termo
APE	Agente Polivalente Elementar
APOSEMO	Associação dos Aposentados de Moçambique
CCM	Conselho Cristão de Moçambique
CE	Comissão Europeia
CNI	Conselho Nacional do Idoso
CS	Centro de Saúde
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DFG	Discussão Focal em Grupos
ESe	Entrevista Semi-estruturada
HAI_Moz	Help Age International – Moçambique
Hipfuneni	Associação dos Pensionistas de Segurança Social
MISAU	Ministério da Saúde
MMAS	Ministério da Mulher e Acção Social
ONG	Organização Não Governamental
PI	Pessoa de Idade
ProDoc	Documento do Projecto (sigla em Inglês)
Pro-Idoso	Associação para o Idoso
PSA	Programa de Subsídio Alimentar
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social
TdR	Termos de Referência
Vukoxa	Associação Humanitária de Apoio à Velhice

Termo de Responsabilidade

Este relatório é produto da avaliação externa contratada pela HelpAge Internacional – Moçambique. Apesar dos juízos nele contido basearem-se nas informações colhidas aos vários níveis de implementação do projecto, o conteúdo e os pontos de vista são da exclusiva responsabilidade do autor e não reflectem necessariamente a posição dos implementadores e/ou financiadores do Projecto.

O autor convida a todos os interessados a discutir o conteúdo e a discordar, se necessário, pois acredita que *"uma discórdia honesta, é sempre um bom sinal de progresso"*.

consultor.phrd@gmail.com, Cell: 84 3023549

TABELA DE CONTEÚDO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Contexto	10
1.2. Antecedentes do projecto.....	10
1.3. Objectivos da consultoria.....	12
2. METODOLOGIA.....	13
2.1. Enfoque da avaliação	13
2.2. Métodos e instrumentos e técnicas de recolha de informação	14
2.3. O roteiro e os números da recolha de dados	14
2.4. Limitações.....	16
3. DESDE A IDEIA À PRÁTICA: O QUE O MOZ-96 TERÁ ALCANÇADO?.....	17
3.1. Uma análise crítica ao projecto.....	17
3.1.1. Conteúdo e abordagem do projecto: Carta de Ottawa, Determinantes sociais de saúde e o Quadro de trabalho do sistema de saúde (<i>Health System Framework</i>).....	17
3.1.2. O projecto e as questões de defesa dos direitos da criança	21
3.1.3. A estrutura de governança montada para execução do projecto	22
3.2. Critérios gerais de avaliação	22
3.2.1. Gestão	23
3.2.2. Eficiência	27
3.2.3. Relevância.....	35
3.2.4. Impacto.....	36
3.2.5. Sustentabilidade	37
3.2.6. Parcerias	40
4. RELATORIO DE MEIO-TERMO: QUE ACÇÕES FORAM TOMADAS MELHORAR O DESEMPENHO DO PROJECTO?.....	44
4.1. Importância da avaliação de meio-termo	44
4.2. Os “Mais” e os “Menos” da avaliação do meio-termo	44
4.3. Sobre as principais constatações da avaliação do meio-termo	45
5. LIÇÕES APREENDIDAS	51
6. CONCLUSÕES.....	53
7. RECOMENDAÇÕES	55
DOCUMENTOS CONSULTADOS	57
ANEXOS	58

Lista de Figuras

Figure 1: processo de tomada de decisões.....	18
Figure 2: Determinantes sociais de saúde. Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)	19
Figure 3: Pilares da construção do sistema de saúde (<i>Health System Building Blocks</i>). Fonte: adaptado de <i>United Nations Development Group</i> (2003)	21
Figure 4: Ciclo de gestão do projecto	26

Lista de Tabelas

Tabela 1: Comunidades e instituições contactadas	15
Tabela 2: Projectos implementados pela HAI-Moz desde 2004	22
Tabela 3: Recomendações relevantes da AMT e seu seguimento	47

Lista de Fotos

Foto 1: Sistema de irrigação por gravidade financiado através da EGMONT.....	30
Foto 2: Parte dos 8 hectares de feijão produzidos pela Vukoxa em Mahua	31
Foto 3: Jovens membros da VUKOXA, célula da unidade 3 em Chokwé	31
Foto 4: Um dos beneficiários exibindo a BI que tratou via projecto Moz-96.....	35

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contexto

No ano de 2008, a *Help Age International* em Moçambique (HAI-Moz) concorreu para os fundos da Comissão Europeia (CE) para implementar um projecto de saúde designado "Satisfazendo os Direitos à Saúde dos Grupos Vulneráveis em Moçambique", baptizado com o código Moz-96. O Projecto tem como objectivo específico assegurar que as pessoas idosas (PI) sejam capazes de realizar os seus direitos no que diz respeito a saúde. No entender do proponente (HAI-Moz) os resultados que se pretendiam alcançar eram os seguintes:

- 1) ***Maior acesso a serviços de saúde de qualidade:*** que as PI e suas famílias em 6 distritos aumentassem o seu acesso a serviços de saúde públicos de qualidade ao nível comunitário e distrital;
- 2) ***Iniciativas comunitárias para saúde da PI:*** que iniciativas lideradas pela comunidade fossem desenvolvidas e implementadas pelo menos em 34 comunidades para promover a saúde das PI e suas famílias; e
- 3) ***Diálogo nacional sobre saúde da PI:*** que fosse criado um ambiente para um diálogo nacional sobre a necessidade da satisfação dos direitos à saúde das PI.

Segundo o documento do projecto (ProDoc) a duração do Moz-96 estava prevista para quatro anos, entre os anos 2008 e 2011, e visava beneficiar 34 comunidades 6 distritos de três províncias (Maputo, Gaza e Tete) com um orçamento de €1,061,961.60, do qual mais de 2/3 é financiado pela Comissão Europeia (CE), através do contrato PVD/2007/134-482.

1.2. Antecedentes do projecto

Apesar de desde 1977, através da lei Lei 2/77, e depois alterada com a lei 4-87, o Governo de Moçambique (GdM) ter aprovado que todas as acções sanitárias de carácter profiláctico fossem gratuitas, uma lei específica sobre a PI nunca foi uma prioridade.

Nos últimos 10-15 anos, ainda que de forma ainda pouco estruturada, as questões de protecção social aos idosos e crianças tem vindo a ganhar relevância ao nível das instituições governamentais, em particular no

Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS). Uma das bandeiras que o MMAS levante para justificar o seu acometimento para com os idosos é o Programa de Subsídio de Alimentos (PSA), que recentemente foi testado, em Tete e Zambézia, pela HAI-Moz numa perspectiva de base-comunitária. Os argumentos que são usados para a inclusão dos beneficiários no PSA foram esboçados em 2005 que viria a culminar com o Plano Nacional para a Pessoa Idosa (2006 – 2011), aprovado pelo GdM, durante a 20ª Sessão Ordinária do Conselho de Ministros. É neste contexto de tendência de melhor tratamento sobre as questões da PI que em 2008, a HAI_Moz decidiu investir, naquela faixa etária, sobre as questões de saúde.

Muitos implementadores consideram que o projecto Moz-96 surge na sequência da necessidade de preencher as lacunas que foram sendo identificadas aquando da implementação dos projectos anteriores da HAI-Moz. Assim, pode dizer-se que ele veio reforçar e consolidar as ideias, intervenções e investimentos feitos anteriormente¹ por esta organização, separadamente ou em parceria com outros actores.

Desde o início das suas actividades a HAI_Moz focaliza as suas atenções nas questões puras de protecção social para a pessoa idosa, pelo que esta intervenção ousada e justificada na saúde, veio a tornar-se na sua primeira experiência em questões específica e especializadas nesta área. Esta decisão vem na sequência de um vazio que precisava de ser preenchido no que concerne a questão específica de saúde para o idoso que não tem sido prioridade necessária dentro das políticas e da agenda de saúde em Moçambique que num contexto em que não existem instituições e recursos, públicos ou privados, com competências e capacidades específicas na área da saúde de PI, a HAI-Moz ganha vantagem por ser a única organização não-governamental (ONG) internacional a operar em Moçambique com qualificação na área de assuntos da PI.

¹ Vide Capítulo 3 os projectos anteriores da HAI_Moz.

1.3. Objectivos da consultoria

A avaliação é realizada como parte do pré-requisito do projecto, conforme especificado no ProDoc e está em consonância com a política de avaliação da HAIPAge Internacional. Ele irá providenciar ao Governo, doadores e outras partes interessadas informações suficientes para fazer uma avaliação global independente do desempenho e impacto do projecto, bem como as lições aprendidas e recomendações para acções futuras. Os objectivos da consultoria são:

- 1) avaliar o alcance dos resultados esperados e não esperados;
- 2) identificar as melhores práticas e lições aprendidas durante a implementação do projecto;
- 3) avaliar em que medida os objectivos finais dos projectos foram realizados e se o trabalho ainda é necessário para atingir estes objectivos ou para aprimorá-los;
- 4) avaliar em que medida os benefícios gerados por este programa para os idosos serão sustentáveis.

2. METODOLOGIA

Este capítulo foi desenvolvido como forma de validar os resultados obtidos nesta avaliação. A metodologia aqui descrita foi aquela que fora submetida pelo consultor durante a fase de concurso. Após alguns ajustamentos, ela foi aprovada entre as partes (consultor e a HAI_Moz).

2.1. Enfoque da avaliação

Considerando que esta é uma avaliação final, foi analisado todo período da duração do projecto - 2008-2011. O trabalho de campo compreendeu visitas para observação directa de acções desenvolvidas durante a vigência do projecto, nas 3 províncias, nomeadamente, Tete, Gaza e Maputo (Cidade e província)².

Este trabalho focaliza a avaliação dos resultados do projecto em comparação com os objectivos propostos no ProDoc. Não se trata de verificar o grau de cumprimento das actividades “actividade por actividade”³, mas sim, em verificar que efeitos finais estas, no seu todo, produziram. No entanto, aquelas actividades críticas para o sucesso, poderão estar mencionadas ao longo do texto, como forma de elucidar opiniões que são lançadas sobre certas matérias. Com base no alcance destes objectivos, conjugados com as lições aprendidas e desafios, serão dadas as recomendações pertinentes de como poderia, a HAI_Moz, aproveitar esta experiência para desenvolvimento de actividades similares.

O desenho do Projecto previa a sua implementação através de parceiros locais da HAI_Moz, o que veio a acontecer. No entanto no meio do processo, foram retirados alguns e entraram outros. No caso da província de Tete a HAI-Moz foi implementador directo do projecto. Naquela província o projecto veio a iniciar em 2010, e não foi alvo da avaliação intermédia que aconteceu numa altura em que esta província estava a iniciar a implementação.

² Apesar de geograficamente Maputo-província e Maputo-cidade serem consideradas como províncias independentes, o ProDoc tomou-as como uma única província.

³ O relatório de meio-termo teve este papel com vista a dar oportunidade de acelerar o passo para cumprimento de certas actividades que estavam atrasadas.

2.2. Métodos e instrumentos e técnicas de recolha de informação

Para melhor desenvolver os instrumentos de recolha de dados (IRDs), foi conduzida uma revisão documental. Esta revisão assentou-se na leitura de relatórios de progresso enviados pelos implementadores do projecto, avaliação de meio-termo, brochuras desenvolvidos ao longo da execução do projecto, leis e regulamentos sobre a Pessoa Idosa (PI), entre outros.

Para responder aos objectivos da avaliação, e tendo em linha de conta as preposições dos Termos de Referência (TdR – *Anexo 1*), a presente avaliação foi feita usando métodos qualitativos. Informações e dados retrospectivos e prospectivos foram recolhidos como forma de verificar até que ponto os resultados propostos no Documento do Projecto⁴ (ProDoc) foram alcançados.

Para tal, foram desenvolvidos dois principais instrumentos de recolha de dados (IRDs)⁵, nomeadamente, o formulário de Discussão Focal em Grupos (DFG) – *Anexo 2*, e entrevistas semi-estruturadas (ESe) – *Anexo 3*.

As DFGs foram maioritariamente direccionadas para os beneficiários – Pessoa Idosa. As ESe foram conduzidas, principalmente, aos implementadores directos (Gestores nacionais e locais, oficiais de campo, activistas, para-legais, monitores) e parceiros da iniciativa (chefias das direcções associativas, Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, e a Cruz Vermelha de Moçambique – Gaza).

2.3. O roteiro e os números da recolha de dados

A recolha de dados começou pela província de Tete (distritos de Changara e Cahora Bassa), seguiu-se a província de Gaza (distrito de Chóckwé) e terminou com a província de Maputo (Localidade de Beluluane, Bairro de Machava, Bairro Matola H, Bairro Khongolote, Bairro Hulene e Bairro Maxaquene). A tabela 1, abaixo, mostra os locais visitados e implementadores responsáveis. Apesar de, ao nível das DFG, ter sido intenção a observância do equilíbrio de género, mais de 80% dos beneficiários que participaram nas DFG, dos mais de 210 participantes nas 3 províncias, foram mulheres⁶.

⁴ Refere-se ao *Annex B: Co-financing with European Development NGO's – Actions in Developing Countries (PVD)*

⁵ Os instrumentos foram ajustados ao grupo alvo e contexto, pelo que, várias variantes do mesmo instrumento foram usadas.

⁶ Três razões foram dadas para este fenómeno:

Tabela 1: comunidades e instituições contactadas

Província	Distritos / Locais visitados	Comunidade / Instituição	Nº de participantes			Implementador
			Mulheres	Homens	Total	
Tete	Changara	Chíbué	14	3	17	HAI_Moz Tete
	Cahora Bassa	Cangwerewere	17	2	19	HAI_Moz Tete
		Macacate	10	7	17	HAI_Moz Tete
Gaza	Chockwé	Machua	14	4	18	VUKOXA
		Machinho	10	1	11	VUKOXA
		3º Bairro	9	1	10	VUKOXA
		Chiaquelane	9	2	11	VUKOXA
Maputo	Matola	Beluluane*	33	4	37	PRO-IDOSO
	Matola	Tsalala*	22	5	27	IPHUNENI
	Matola	Machava	9	3	12	AMAI
	Matola	Khongolote	8	4	12	TINHENA
	Maputo-cidade	Hulene	8	2	10	TINHENA
	Maputo-cidade	Polana Caniço	11	2	13	TINHENA
		13 Comunidades	174 (81.3%)	40 (18.7%)	214	
Província	Distritos / Locais visitados	Comunidade / Instituição	Participantes			
Tete	Changara-Sede	SDSMAS	1			
	Chitima-Sede	SDSMAS	1			
	Tete	HAI-Moz Tete	3			
Gaza	Xai-xai	DPMAS	1			
	Xai-xai	CVM – Xai-xai	1			
	Chockwé	SDSMAS	1			
	Chockwé	VUKOXA	4			
Maputo	Matola	PRO-IDOSO	3			
	Matola	IPHUNENI	4			
	Matola	AMAI	3			
	Matola	TINHENA	3			
	Maputo-cidade	TINHENA				
Nível Central	Maputo	HAI_Moz	2			
	Maputo	MMAS	-			
Total			27			

*divididos em dois grupos

- i. que nas comunidades visitadas havias mais mulheres idosas do que homens da mesma faixa etária;
- ii. que os homens da mesma faixa etária ainda tinham forças para trabalhar, e que portanto, estavam a procura de sustento; e
- iii. que o principal problema que está na origem da discriminação do idoso – acusação de feitiçaria, era mais comum em mulheres do que em homens. Assim, as mulheres vêem maior necessidade de envolver-se em movimentos associativos como forma de defenderem os seus interesses comuns.

2.4. Limitações

A realização deste trabalho foi possível graças ao envolvimento e comprometimento dos vários colaboradores da HAI-Moz desde ao nível nacional até ao provincial (Tete). Não teria sido possível realiza-lo sem o apoio dos diferentes parceiros e membros das comunidades (listados na tabela 1 e no *Anexo 4 – lista de entrevistados*), que providenciaram informações valiosas para que fosse possível formar o juízo sobre os resultados. No entanto esta avaliação tem alguns aspectos de carácter metodológicos e contextuais que tornam os seus resultados limitados na sua interpretação, nomeadamente:

- (i) A inexistência de uma linha-de-base⁷. A principal razão porque a linha de base seria importante era saber "*em quanto*" o projecto alcançou ou não os seus objectivos?
- (ii) A dificuldade de as intervenções do Moz_96 serem separadas das intervenções anteriores da HAI_Moz e das actividades dos parceiros implementadores que trabalham na mesma área (apoio a PI) vai já algum tempo (antes do Moz_96 entrar em vigor). Assim, os resultados aflorados nesta avaliação não podem ser justificados apenas pelas intervenções do Moz_96⁸.

⁷ Este assunto é retomado no ponto que discute os critérios de avaliação.

⁸ A VUKOXA aproveitou a existência da motobomba financiada pelo projecto EGMONT (facilitado pela HAI-Moz) para distribuir insumos na comunidade de Machua. Os idosos têm neste momento 8 hectares de feijão que vão melhorar a sua renda oportunamente.

3. DESDE A IDEIA À PRÁTICA: O QUE O MOZ-96 TERÁ ALCANÇADO?

Esta secção dedica-se a apresentar os resultados do trabalho de avaliação final do projecto Moz-96. No entanto, para que os resultados não sejam “julgados” sem ter em conta o contexto em que o projecto foi desenhado e tendências actuais no que respeita a promoção de saúde comunitária, e em particular, a dos idosos, achou-se por bem fazer uma análise prévia ao projecto em si, naquilo que se chamou “uma análise crítica do projecto”⁹. A seguir a esta análise, o relatório concentra-se na apresentação dos resultados baseado nos critérios de avaliação afluídos nos TdR.

3.1. Uma análise crítica ao projecto

3.1.1. Conteúdo e abordagem do projecto: Carta de Ottawa, Determinantes sociais de saúde e o Quadro de trabalho do sistema de saúde (*Health System Framework*).

De uma forma geral o ProDoc é considerado de boa qualidade. Ele assenta na ideia da promoção de saúde da pessoa idosa e evidencia a mudança de comportamento e atitude perante a vida como forma dos idosos se manterem saudáveis.

Carta de Ottawa: Dentre os campos de acção da promoção de saúde mencionados na Carta de Ottawa estão:

- (i) o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde;
- (ii) a criação de ambientes propícios e o fortalecimento da acção comunitária; e
- (iii) o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários.

No seguimento da sua missão de protecção à PI, ao insistir na necessidade de cuidados especiais a este grupo etário e na sua organização ao nível comunitário, bem como na procura de soluções para que as PI viva num ambiente mais saneado e que tenha acesso à meios de vida para que eles permaneçam saudáveis, o projecto Moz-96 alinou-se com a Carta de Ottawa.

⁹ Crítica como um aspecto comum de toda a expressão humana podendo ser positiva ou negativa.

O projecto foi desenhado numa abordagem de Promoção de Saúde que envolve duas dimensões, nomeadamente, (i) a dimensão conceitual – princípios, premissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde e (ii) a dimensão metodológica – que se refere às práticas, planos de acção, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico.

Por um lado, sob ponto de vista conceptual de promoção, este projecto considera que a saúde é um direito que os idosos têm e reconhece que sem ela a satisfação dos idosos não pode ser atingida.

Ao estabelecer a ligação entre actividades de geração de renda e a saúde, o projecto atacou de frente as questões ligadas à vida independente dos idosos que, em muitas ocasiões, vê-se comprometida na ausência de boa saúde pois a renda dos idosos contribui para a compra de bens e serviços necessários para manter uma boa qualidade de vida. Na sua componente de advocacia, o projecto reconheceu a necessidade de envolver outros actores como forma operar mudanças estruturais e elegeu o sistema holístico do processo de tomada de decisões (fig. 1) como o modelo actuante.

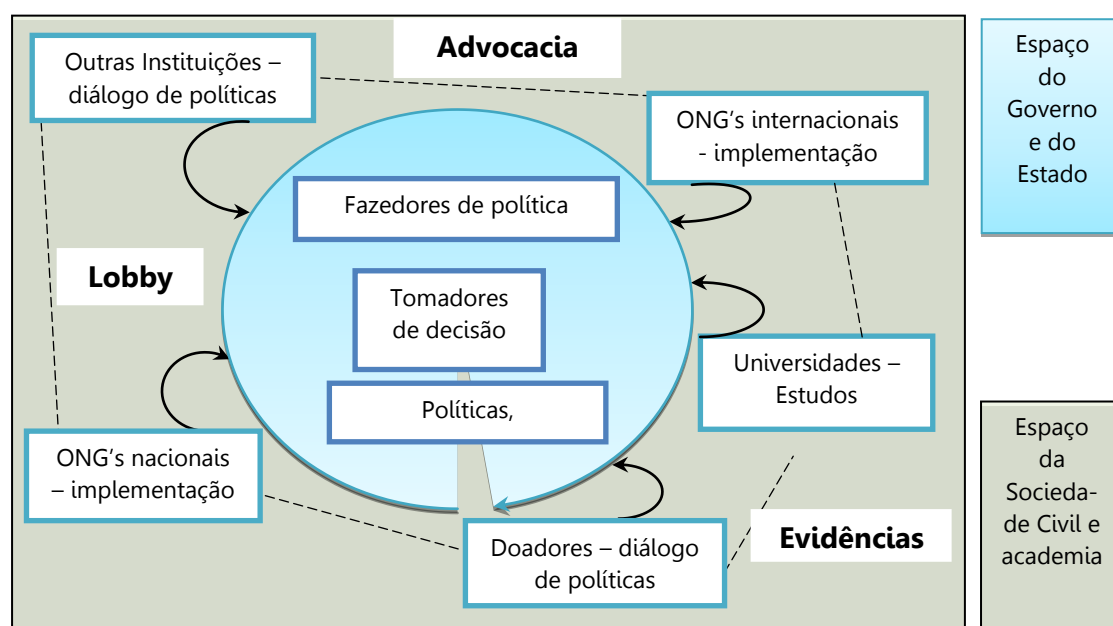


Figure 1: processo de tomada de decisões

Por outro lado, sob ponto de vista metodológico, o projecto fomentou a ideia baseada na teoria de sistemas de Von Bertalanffy¹⁰. Morin (2004), em "Introdução ao Pensamento Complexo", citando Bertalanffy, levanta de forma filosófica as vantagens de um sistema que podem ser extrapoladas, para justificar a necessidade do envolvimento de parceiros na implementação do projecto Moz-96. Os parceiros locais escolhidos têm o conhecimento local e porque maior parte dos membros das organizações comunitárias de base (OCB) escolhidas viverem nas comunidades onde implementara o projecto, o projecto em causa tornou-se necessariamente menos oneroso.

Determinantes sociais de saúde. Vários factores contextuais influenciam o sucesso duma intervenção. Assim, recomenda-se que, sempre que possível, durante o desenho do projecto, e em especial, de base comunitária, sejam considerados os factores que determinam a saúde. O modelo de Dahlgren e Whitehead é assim muitas vezes usado como ferramenta útil. Este modelo inclui os *Determinantes Sociais de Saúde* (DSS) dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macro-determinantes (vide fig. 2). Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de **idade**, sexo e factores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.



Figure 2: Determinantes sociais de saúde. Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

¹⁰ Morin defende a ideia de que o sistema não é uma unidade elementar e discreta, mas sim uma unidade complexa, um «todo» que não se reduz à «soma» das suas partes constituintes, pois, os resultados das partes são bem maiores se comparados com aqueles que são obtidos pela «soma» das partes, se cada uma agir separadamente como «parte».

Não parece que o projecto tenha atacado os DSS de forma sistemática, mas não deixa de ser interessante o facto de terem sido abordadas várias questões relacionadas com este instrumento, nomeadamente, o facto de:

- (i) ter considerado a questão de **educação** para saúde como uma prioridade (direitos dos idosos no que se refere à saúde);
- (ii) ter considerado a **produção agrícola** (nutrição), em algumas áreas de Maputo e Gaza, como a base para manutenção de boa saúde;
- (iii) ter considerados o **saneamento** (apesar de insuficiente para a área coberta pelo projecto), como uma das actividades do projecto; e
- (iv) ter olhado para a questão de **estilo de vida** como importante para manutenção da saúde da pessoa idosa (ginástica para idosos, particularmente, em Tete e Gaza).

Não obstante, o projecto não abordou de forma profunda um aspecto contextual da sociedade moçambicana que merece realce – a questão da feitiçaria. Este aspecto particular é, como poderá ser notado na secção referente aos critérios de avaliação, de grande importância¹¹ na vida da PI uma vez estar na origem de maior parte dos abandonos aos idosos nas comunidades visitadas.

Quadro de trabalho do sistema de saúde (Health System Framework): De acordo com a Organização Mundial de saúde, os seis pilares de construção do sistema de saúde contribuem para o fortalecimento dos sistemas de saúde de diferentes maneiras. Alguns desses pilares são transversais, tais como liderança e gestão e sistemas de informação em saúde e fornecem a base para a política geral e regulação de todos os blocos do sistema de saúde. As componentes bases para aprimorar o sistema de saúde são o financiamento e os recursos humanos. O terceiro grupo é composto por acesso à produtos médicos (medicamentos) e prestação de serviços.

¹¹ Há evidências amplamente divulgadas dando conta que o sucesso de qualquer intervenção de base social está estreitamente ligado ao grau de aprofundamento e inclusão de aspectos contextuais relevantes.

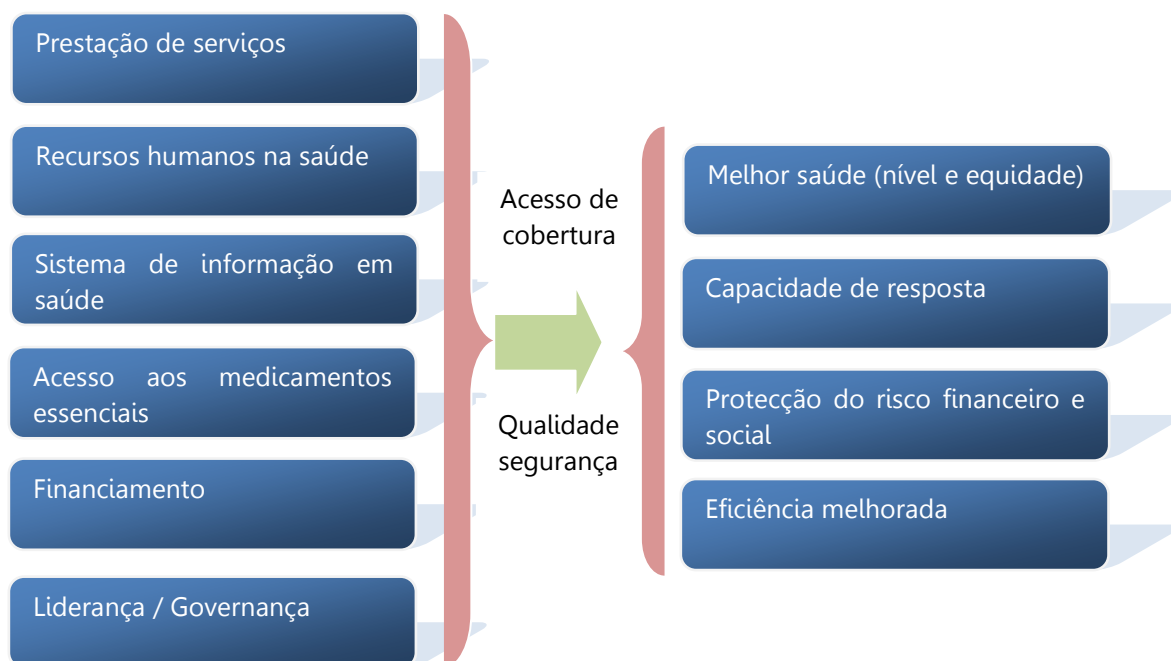


Figure 3: Pilares da construção do sistema de saúde (*Health System Building Blocks*). Fonte: adaptado de *United Nations Development Group* (2003)

Quando se pretende investir em questões de saúde, neste caso vertente em prol da PI, estes pilares dão uma boa visão sobre que direcção as intervenções devem ser orientadas como forma de melhorar o sistema de saúde para o grupo-alvo em causa. A este respeito, o Moz-96 não visava atacar todos os seis pilares de construção do sistema de saúde; ele foi desenhado para dar uma contribuição ao acesso à PI aos cuidados de saúde “primários”. Mesmo assim convém dizer que:

- (i) a estruturação e fundamentação dos cuidados que são importantes à PI poderiam ser melhor clarificados no ProDoc;
- (ii) não foram incluídas ou foram pouco aprofundadas, durante o desenho do projecto as questões transversais destes pilares (liderança e gestão e sistemas de informação em saúde) que, como foi mencionado anteriormente, fornecem a base para a política geral e regulação de todos os blocos do sistema de saúde em geral, incluindo aos aspectos especiais que dizem respeito da PI

3.1.2. O projecto e as questões de defesa dos direitos da criança

O mérito do projecto vai para além da protecção dos direitos dos beneficiários directos (PI); ele abarca, ao mesmo tempo, a necessidade de proteger as crianças a luz da Convenção Sobre os Direitos da Criança. Os

idosos constituem uma grande fonte de conhecimento e formação de crianças para a vida. Num contexto em que muitas crianças são órfãs de pais que morreram vítima de HIV-SIDA, o papel desta faixa etária é de valor inestimável.

3.1.3. A estrutura de governança montada para execução do projecto

A HAI_Moz adoptou um sistema de gestão que se baseou no contexto das organizações locais caracterizadas por uma baixa capacidade de gestão de fundos. E este factor esteve na origem de uma gestão mais cuidadosa dos fundos usados pelos implementadores. Em linhas gerais, a base legal cingiu-se na assinatura de contratos anuais com as organizações parceiras previamente identificadas. Para mais detalhes vide secção sobre critérios de avaliação no ponto referente a parcerias.

3.2. Critérios gerais de avaliação

Nesta sub-secção são discutidos os aspectos que constituíram os critérios de avaliação de acordos com os TdR para esta tarefa. A avaliação de cada um dos 6 *items* foi feita pelo consultor e foi baseada na interpretação feita das diversas informações colhidas no decurso deste trabalho.

No entanto, é preciso dizer que nos últimos 6 anos, cinco projectos implementados pela HAI-Moz criaram as bases que sustentam o Projecto Moz-96. Os cinco projectos anteriores ou em curso são:

Tabela 2: Projectos implementados pela HAI-Moz desde 2004

Código do Projecto	Título do Projecto	Principais objectivos
MOZ-80 (2004-06)	Levantando as barreiras sobre a velhice:	Acção comunitária sobre direitos em Moçambique”, que disseminou e educou comunidades, líderes e decisores políticos sobre os direitos das PI e barreiras à sua implementação
MOZ-91 (2004-07)	Capacitação Institucional e alívio a pobreza	Aumentar as capacidades dos parceiros locais no âmbito da luta contra a pobreza
MOZ-97 e MOZ-100 MOZ-115	Parceiros na Protecção e Vivendo juntos	Fortalecimento dos mecanismos comunitários de gestão do HIV-SIDA e o alargamento do acesso ao PSA e experimentação de modelos comunitários de gestão do PSA

Sendo assim, e dada a complementaridade que estes projectos adicionam ao “todo”, é difícil de separar o efeito de cada um como “parte”.

3.2.1. Gestão

Para operacionalizar a avaliação deste *item* foi usada a matriz de trabalho baseada nas principais funções de um gestor nomeadamente:

- a) *planeamento e orçamento ;*
- b) *organização;*
- c) *implementação e coordenação; e*
- d) *monitoria do projecto*

Planeamento e financiamento do projecto: este projecto surgiu como consequência da verificação no terreno de necessidades de saúde da PI à medida que eram implementados os projectos da HAI-Moz. Ao nível dos implementadores este facto foi muitas vezes confirmado quando foram questionados sobre “*qual era a origem do projecto MOZ-96*”. No entanto, os grupos abordados distanciaram-se quando a pergunta era: “*vocês participaram na elaboração do projecto?*”.

...Este projecto foi desenhado por eles (HAI-Moz) em Maputo. Nós só fomos informados para ir assinar os contratos para implementar as actividades. Se fossemos nós a elaborar, teríamos proposto que as actividades de geração de renda fossem estendidas para além da agricultura (esta actividade é muito pesada para nossa idade), para garantir que os recursos financeiros fossem usados para compra de comida.

Resposta de um membro sénior de uma das organizações parceiras do projecto quando chamado a responder a pergunta: “participaram no desenho do projecto?”

Portanto, mesmo aquelas organizações que já colaboravam com a HAI-Moz antes do projecto MOZ-96 (2008), e que portanto, reportaram a HAI-Moz as necessidades que motivaram a elaboração deste projecto de saúde, não sentiram ter sido parte do processo de desenho do projecto. O envolvimento de actores implementadores [as associações comunitária de base (OCBs) parceiras da HAI-Moz] no desenho do projecto seria uma mais-valia porque permitiria que elas, as OCBs, pudessem apropriar-se mais do projecto. A depreender pelas informações colhidas, indirectamente, as organizações fizeram parte do desenho do projecto.

Um segundo aspecto a considerar nesta secção tem que ver com o desenho do plano de actividades. A este respeito as informações recolhidas mostraram que os implementadores estão envolvidos na planificação. O envolvimento é feito através do contrato onde ambas partes concordam nas actividades a realizar e o respectivo orçamento, mas também através da realização de encontros anuais de planificação. As trocas de experiência entre diferentes implementadores foi uma prática que, apesar de ter sido muito frequente, foi retratada como sendo de grande valia para que cada um aprendesse sobre como os outros planificam as actividades.

No caso particular da gestão financeira (controle de recursos), os diferentes implementadores (incluindo a HAI-Tete) mostraram-se satisfeitas com o desembolso de fundos de acordo com a programação feita. Algumas instituições acham que os ciclos de desembolsos de 3 meses eram bastante curtos, pois, dificultavam a execução e respectiva justificação de contas. No entanto, esta constatação não foi generalizada. As organizações tinham níveis de organização e capacidade de execução diferentes, pois, a VUKOXA (a organização que está a implementar o projecto em 15 das 34 comunidades), reportou ter executado e justificado todos os fundos ao abrigo dos contratos assinados com a HAI-Moz e que por isso, foi alocada fundos adicionais de organizações que não conseguiram atingir as metas. Aliás, é preciso dizer que dado o ambiente geral das OCBs em Moçambique, caracterizado por uma fraca capacidade de gestão em várias áreas, vários recipientes primários e doadores usam este tipo de controlo financeiro para reduzir o risco de má utilização de fundos.

Organização: as condições para que o projecto funcionasse foram criadas. A HAI-Moz evidou esforços para que os diferentes parceiros fossem formados para levarem a cabo as tarefas que foram preconizadas. De seguida esta instituição na qualidade de receptora principal elaborou os contratos e discutiu com os vários envolvidos os mecanismos e regularidade de prestação de contas. Seguiram-se as supervisões aos projectos, que de maneira geral poderiam ter sido mais frequentes, na medida em que há projectos que reportaram terem sido visitas 1 vez por ano. Na sequência desta supervisão, a AMAI foi substituída pela TINHENA, depois de ter sido verificada a falta de cumprimento de certas cláusulas de contrato.

Um aspecto que constituiu um desafio no que concerne a organização tem que ver com a regularidade dos relatórios das organizações implementadoras. Contra os 4 relatórios planificados, houve alguns implementadores que

apresentassem apenas 1 relatório por ano. Isto deve-se a fraca capacidade destas organizações em reportarem as actividades que implementam.

Implementação e coordenação: a implementação do projecto previa que a província de Tete iria iniciar as suas actividades 24 meses depois do início das actividades em Maputo e Gaza. O raciocínio desta abordagem era de que tratando-se do primeiro projecto de saúde, a HAI-Moz precisava de colher experiências que pudessem ser, mais tarde, replicadas em Tete. Embora bem pensado, a implementação não previu a necessidade de usar a AMT como instrumento de reflexão das lições das duas províncias avaliadas para serem ajustadas ao contexto de Tete.

Fora este aspecto, considera-se que a implementação foi exemplar e permitiu que as actividades previstas tivessem lugar, apesar de com graus diferenciados de sucesso nas diferentes províncias (vide AMT). Um aspecto importante a realçar é de o projecto ter sido implementado com sucesso num contexto em que sob ponto de vista de capacidades de pessoal para lidar com aspectos específicos da promoção de saúde, saúde pública e de governação não estão disponíveis. Isso mostra a capacidade de aprendizagem e adaptação de profissionais que estiveram durante os anos anteriores a lidar com questões de pura protecção social.

Em termos de coordenação tinha sido previsto uma reunião anual entre HAI-Moz, parceiros e outros parceiros chaves – uma espécie de um *steering committee*. Estes encontros foram pouco frequentes apesar de resultados práticos poderem ser indicados, como seja, a advocacia pela PI feita ao nível do MISAU e MMAS. No futuro, em projectos similares, para além da necessidade de operacionalizar os *steering committees*, seria importante considerar a formação de um comité operacional (entre os parceiros de implementação) que reúna, pelo menos, duas vezes por ano para debater as questões do dia-a-dia do projecto.

Monitoria do projecto: o pressuposto da existência de um sistema de monitoria e avaliação baseia-se no facto de ele poder funcionar como uma espécie de instrumento de medição das actividades e objectivos do projecto. Através deste instrumento, a organização implementadora (no caso vertente a HAI-Moz e parceiros) deveriam estar capazes de ajustar as suas intervenções no terreno (figura 4).

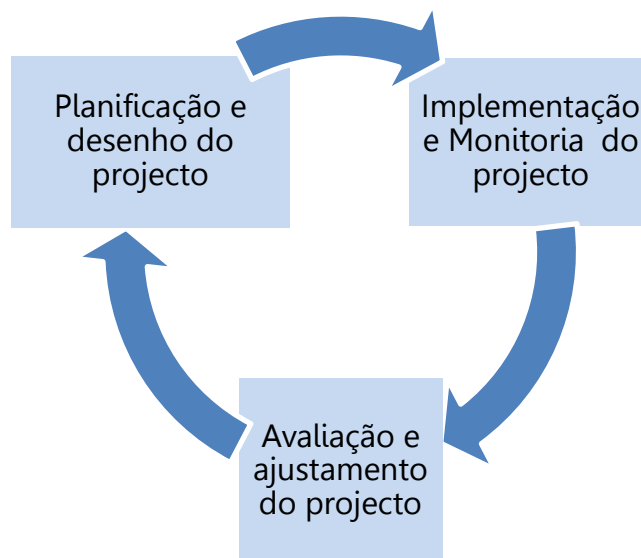


Figure 4: Ciclo de gestao do projecto

Baseado neste pressuposto, é nossa opiniao, que esta é uma das áreas que apresentou mais desafios no processo de gestão deste projecto. No entanto, é preciso dizer que esta constatação não tem nada que ver com a capacidade da organização e/ou a competência técnica do seu pessoal em fazer um seguimento adequado do projecto; o problema é de facto estrutural. Dada a existência de vários projectos visando resolver os problemas da PI, a HAI-Moz tem vindo a fazer vários estudos visando estabelecer as linhas de base dos principais temas em que intervêm. Por exemplo esta organização fez a linha de base do programa de subsídio de alimentos em Tete em 2006 e mais tarde fez o mesmo na província de Zambézia (2010). No entanto, para este particular projecto (Moz-96) os dados de base disponíveis não respondem aos principais resultados esperados tal como descritos no documento do projecto, mas sim à uma série de preocupações sobre a pessoa idosa.

No entanto, deve realçar-se que este projecto tem um sistema de recolha de dados comunitário inovador, onde cada monitor¹² é responsável por ir, semanalmente, de casa-à-casa para recolher dados sobre o estado de saúde de cada idoso. De acordo com sistema de M&A instaurado, o resultado deste trabalho é discutido na comunidade com a facilitação de uma pessoa indigitada pelo implementador da área em causa. Apesar da existência dum documento sobre as *evidências do acesso das pessoas idosas à saúde*, produzido pela Hai-Moz, ao nível do projecto como um todo, o sistema não

¹² Pessoa responsabilizada para recolher os dados ao nível da comunidade onde reside.

tem o seguimento consistente. Por exemplo, seria útil a existência duma plataforma que capturasse os principais achados deste sistema para conhecimento geral do projecto. Esta situação de não existência desta plataforma reduz o potencial da força transformadora e reajustadora das actividades e objectivos do projecto que estes dados poderiam representar se fossem colhidos e analisados duma forma regular. Por exemplo, seria interessante existir um relatório periódico (trimestral ou semestral) sobre as principais constatações do sistema de monitoria comunitária. Sem este sistema, o seu uso fica reduzido à uma escala local (comunidades e implementador directos).

A recolha de dados nas comunidades, se bem estruturado, poderia traduzir-se numa fonte de dados única para alimentar um sistema de M&A bem-sucedido. Quais foram então os principais desafios na M&A do projecto?

- (i) o sistema não permitiu transformar os dados da monitoria comunitária recolhidos em informação útil para tomar decisões sobre o reajustamento das actividades e objectivos do projecto;
- (ii) os linhas de base produzidos, não responderam especificamente aos 3 resultados esperados pelo projecto; e
- (iii) como resultado do ponto (ii), os relatórios produzidos por muitos dos implementadores não reportam de forma sistemática e coerente respondendo os 3 resultados do projecto

3.2.2. Eficiência

Desde a avaliação de meio-termo, em Abril de 2011, para Dezembro do mesmo ano, alguns progressos foram dados. Na altura já havia indicação de que o projecto apresentava uma mistura de resultados que iam entre 60-75% de execução e com algumas a superarem os 100%. Os resultados obtidos no projecto foram graças a uma estrutura comunitária¹³ que, apesar de suas limitações, mostrou-se dinâmica e capaz. Nesta secção, não se pretende repetir resultado por resultado, mas irá analisar-se-lhes no seu todo para aferir o cumprimento dos mesmos segundo os três resultados esperados.

¹³ Vide anexo 5

Resultado 1 – Maior acesso a serviços de saúde de qualidade

Não restam dúvidas sobre o aumento do acesso da PI aos serviços de saúde (vide secção 3.3., referente a descrição dos resultados), o mesmo não podendo ser dito em relação aos familiares dos idosos, pelo menos como efeito da intervenção deste projecto.

A eficiência deste resultado podia, no entanto, ser melhor se:

- (i) o projecto tivesse olhado para o acesso como sendo resultado não apenas da oferta de serviços mais também da sua procura. As actividades do projecto foram muito viradas para acções tendentes a aumentar a oferta de serviços (vide quadro abaixo - principais actividades para resultado 1) e pouco foi feito para alterar os hábitos de procura de cuidados de saúde "*health seeking behaviour*".

Quadro 1: lista das principais actividades previstas para o resultado 2

- ❑ 300 paralegais treinados em direitos de PI e a providenciar serviços em 34 comunidades;
- ❑ 2,500 PI e crianças órfãs e vulneráveis (seus dependentes), recebem documentos de identificação;
- ❑ 12 comités de assistência social comunitária treinados em gestão de fundos;
- ❑ 110 voluntários treinados e a funcionar como monitores comunitários de serviços de saúde;
- ❑ 3 comunidades com um modelo de gestão comunitária do seu Posto de Saúde (PS);
- ❑ 90 trabalhadores de saúde em 3 províncias treinados em saúde da PI; e
- ❑ (Revisto: preparação de uma componente de saúde da PI com 26 horas de aulas a incluir nos cursos de formação de saúde do MISAU, começando pelo de técnicos de medicina)

- (ii) tivessem tido feitos esforços adicionais para evitar a situação que se encontram várias PIs nas comunidades que estão em posse de documentos de espera de bilhetes de identidade antigos já ultrapassados pelos biométricos. Assim, o processo deverá começar novamente, com vista a obter os bilhetes de identidades digitalizados.
- (iii) o treino em gestão de fundos tivesse sido feita de forma mais alargada e profunda para garantir que os beneficiários pudessem

ter mais capacidade multiplicar os “lucros” das suas actividades, o que em última instância iria contribuir em grande medida para o alcance do resultado 2.

- (iv) tivesse integrado de forma mais activa (por exemplo através de alocação de um pequeno orçamento) os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) para supervisões conjuntas.

Muitas das acções não concluídas e que o projecto se propunha a realizar estavam fora do controlo da HAI-Moz. Algumas delas dependiam da eficiência de implementação do Plano Nacional para a Pessoa Idosa (2006-2011), aprovado pelo GdM. O plano prevê medidas que poderiam aumentar a eficiência do resultado 1. Entre estas actividades do plano se destacam duas:

- (i) a criação de unidades de geriatria em todos os Hospitais Centrais e em Centros de Saúde (CS) de referência; a colocação de um especialista de geriatria em cada província;
- (ii) a formação do pessoal de saúde em geriatria (50% dos currículos de formação básica deveriam conter informação sobre envelhecimento).

Resultado 2 - Iniciativas comunitárias para saúde da PI

Tiverem lugar várias iniciativas comunitárias para a saúde do idoso, nas províncias de Gaza e Maputo. Este trabalho caracterizou-se por várias intervenções como mostra o quadro abaixo. Pela recolha de dados realizada, fica claro que as actividades relacionadas com a construção de latrinas, distribuição de insumos agrícolas (Gaza e Maputo), formação de activistas e agentes polivalentes elementares (APEs), construção de poços entre outras, foram levadas a cabo, com grau de implementação que varia entre 60-70% (algumas, como a distribuição de sementes, ultrapassaram as metas). Os beneficiários indicaram, no entanto, as actividades relacionadas com a geração de renda (agricultura) como aquela que mais mudou as suas vidas.

No entanto, para que fosse mais eficiente, a geração de renda deveria ser complementada com a formação do grupo de beneficiários. Pelas entrevistas conduzidas, muitos não tinham noções básicas de sobre gestão de pequenos negócios, chegando a confundir, por exemplo, receitas com lucro.

Quadro 2: lista das principais actividades previstas para o resultado 2

- ❑ *Manual de formação em saúde da PI desenvolvido*
- ❑ *12 formadores de promoção de saúde baseada na comunidade formados*
- ❑ *289 activistas de saúde da comunidade formados*
- ❑ *100 activistas de saúde comunitária treinados pelo CCM*
- ❑ *(Nova actividade, resultante da revisão feita: 30 agentes polivalentes elementares (APE) treinados*
- ❑ *Construídos / reabilitados 50 latrinas, 2 furos de água e 25 sistemas de filtração (metas alteradas para 100 latrinas e X furos)*
- ❑ *2,500 pessoas receberam cada uma 100gr de sementes de vegetais, 8kg de sementes de cereais e legumes*
- ❑ *2,500 pessoas receberam cada uma 1 enxada, 1 catana e 2 árvores de fruta*
- ❑ *1 sistema de irrigação a gota em cada uma de cinco comunidades (reduzido a um na revisão)*

Neste caso do resultado 2, convém dizer que a eficiência das actividades de agricultura, em especial no Chokwé, assenta-se em grande medida sobre o efeito cumulativo das intervenções anteriores feitas pela HAI-Moz, o que mostra bem que se esta organização investir na estruturação duma espécie de *"building blocks intervention strategy"*, poderá com poucos recursos obter efeito multiplicador das suas intervenções.

Por exemplo, um projecto ancorado pela HAI-Moz através da EGMONT Trust beneficiou a comunidade de Machua com uma motobomba e a HAI-Moz, com fundos da CE providenciou sementes para agricultura. O resultado foi que os idosos tinham no momento da avaliação mais de 8 hectares de feijão que irão vender e gerar renda para os idosos.



Foto 1: sistema de irrigação por por gravidade financiado através da EGMONT onde o projecto Moz-96 beneficiou a associação de idosos com sementes

Mas, mesmo assim, ficam algumas dúvidas sobre, por exemplo:

- (i) quais serão os custos de produção dos 8 há de feijão?
- (ii) onde e como irão vender o produto colhido?
- (iii) quais serão os melhores mecanismos e critérios de redistribuição dos ganhos para as pessoas idosas, em particular aquelas que estão debilitadas e não conseguem trabalhar?
- (iv) Como garantir a sustentabilidade do negócio para esta faixa etária que nos próximos 3-5 anos não terá condições de manter-se a trabalhar?



Foto 2: parte dos 8 hectares de feijão produzidos pela associação de Mahua no âmbito do projecto Moz-96

Não existe respostas a todas as perguntas, mas em nossa opinião há que considerar um possível melhor treinamento em gestão de negócios para as lideranças e envolver jovens na produção como forma de sustentar esta actividade.

Aliás, esta seria uma boa maneira de resolver os problemas da PI enquanto se contribui para a geração de emprego dos jovens. A VUKOXA já ensaia os primeiros passos deste casamento e foi notória a presença de alguns jovens (vide foto 3) nas discussões focais em grupo organizadas no âmbito desta avaliação. A sua presença é, segundo os próprios, resultados da educação que tem vindo a levada a cabo no âmbito



Foto 3: Jovens membros da VUKOXA, célula da unidade 3 em Chokwé

da consciencialização feita pelos contadores de histórias da VUKOXA. Mais uma vez demonstra-se, aqui, a complementaridade das acções anteriores que

foram realizadas pela HAI-Moz, uma vez que esta categoria de actores vem dos projectos passados.

Resultado 3 - Diálogo nacional sobre saúde da PI

O resultado 3 foi, em nossa opinião, aquele que em termos globais foi melhor conseguido. Primeiro pelo facto de aquele ter sido feito ao nível de todas as províncias, e depois, porque será por ventura a área que, na situação actual da PI, precisa de mais intervenção. Todos os outros resultados, de certa maneira, estavam dependentes do sucesso desta intervenção.

Aspecto importantes a realçar foi a participação dos parlamentares numa visita realizada em Tete que teve como consequência a discussão, em sede da Assembleia da República (AR), das questões relacionadas com a PI. No entanto, o objectivo de influenciar a Comissão dos Assuntos Sociais da AR em colocar na agenda assuntos relacionados com a PI falta por cumprir.

Os assuntos específicos da PI merecem tratamento especializado. Mas, num contexto de desafios generalizados na área de saúde, aquelas questões particulares podem não ser tratados como deviam. Daí que o MISAU considere o envolvimento da HAI-Moz nas questões de saúde de extrema importância e relevante para trazer ao de cima as necessidades especiais deste grupo etário, advocating e defendendo os seus interesses. Vários aspectos positivos podem ser apontados, entre os quais, a capacidade da HAI-Moz influenciar a elaboração de panfletos com dizeres sobre a pessoa idosa junto do MISAU, um feito muito grande se se considerar a natureza complexa do ministério em causa. Na mesma linha, o projecto participou, de forma pertinente, na discussão da política de saúde tendo conseguido influenciar para que o Curriculum dos APE's aprovado pelo MISAU, incluisse uma secção direccionada para as PIs. a HAI-Moz participou, também, activamente no processo de elaboração do PEN III. Falta no entanto influenciar a introdução no Curriculum de ensino de aspectos relacionados com os cuidados de saúde da PI. O MISAU, não deixou no entanto de referir que o próximo passo deveria ser no sentido de promover o uso dos direitos concretos das PIs através da actualização de leis e regulamentos ultrapassados. Aliás, o depoimento do MISAU, durante a avaliação não poderia ter sido mais claro:

...a HAI-Moz é única organização em Moçambique que trabalha especificamente na área da saúde do idoso. Só por isso, as suas intervenções são altamente relevantes para o MISAU. Por outro lado, esta organização foi aquela que conseguiu juntar à mesa os vários intervenientes do Governo (MISAU e MMAS) e outras ONGs para conjuntamente discutir as questões particulares da saúde da PI de uma forma estruturada. Hoje, a questão de saúde da PI, está no topo da agenda do MISAU e continuaremos a trabalhar para que este assunto passe do debate para benefícios concretos em prol deste grupo especial da nossa sociedade.

Depoimento de um quadro sénior do MISAU sobre a colaboração entre a HAI-Moz e o MISAU.

Na mesma linha o MMAS, refere que o projecto foi de encontro com a PNPI e sua estratégia de implementação, em particular, no que concerne aos aspectos de direitos à saúde. No entanto, mostrou-se a favor da ideia de alocar um fundo ao MMAS para acompanhar as actividades desde o seu início do projecto. Isto, no entender do MMAS, estimularia que as actividades realizadas fossem reportadas pelas DPMAS e não sob forma de relatórios paralelos, o que facilitaria a possível integração das actividades no fim do projecto.

É nossa convicção é de que o “julgamento” das actividades (Quadro 3 – principais actividades do resultado 3) neste caso particular do resultado 3, são pouco importantes para o que realmente aconteceu no terreno – Todas as PI abordadas durante a avaliação afirmaram ter conhecido, a custa do Moz-96, os direitos que eles têm no acesso aos serviços de saúde de qualidade.

...com a HÁ-Moz nós aprendemos que nós os idosos temos valor. Já sabemos que temos direito a ir ao hospital sem precisar de pagar e quando lá chegarmos não precisamos de ficar na fila. Aprendemos que nós temos direito ao transporte e temos direito de reclamar como qualquer outro cidadão.

Resposta de uma idosa em Mucacate (Tete) quando perguntada sobre os maiores ganhos que o projecto Moz-96 nas suas vidas

Como contabilizar este ganho? Em nossa opinião não há contas que se possam fazer que reflitam o ganho de uma coincidência de cidadania, porque dela depende a capacidade de induzir as transformações necessárias na sociedade.

A eficiência poderia ter sido maior se a HAI-Moz tivesse conseguido influenciar o usufruto dos direitos que as PIs assimilaram. Muitos dos idosos, apesar de saberem dos seus direitos, estes foram-lhes negados em várias ocasiões, alegadamente porque:

- (i) há grande mobilidade dos profissionais de saúde que são treinados e consciencializados para esta questão;
- (ii) há falta de treinamento e consciência de outros profissionais de saúde;
- (iii) há falta de uma lei que dê este direitos de gratuitidade dos serviços de saúde; e
- (iv) há falta de envolvimento de pessoal sénior de saúde ao nível dos distritos no acompanhamento das actividades da HAI-Moz.

Quadro 3: lista das principais actividades previstas para o resultado 3

- ❑ *Programa de capacitação institucional de parceiros desenhado e implementado*
- ❑ *Estudo de base em 34 comunidades realizado*
- ❑ *Dados estatísticos de seis PS desagregados por idade*
- ❑ *4 documentos de boas práticas (200 cópias)*
- ❑ *6 documentos de posicionamento em relação a políticas (100 cópias)*
- ❑ *3 relatórios vários (100 cópias)*
- ❑ *Publicação Idosos (2.000 cópias por ano)*
- ❑ *posters e 1.750 panfletos sobre temas de saúde relevantes para PI*
- ❑ *Programas radiofónicos e de televisão de promoção de saúde da PI*
- ❑ *Conselho Nacional do Idoso (CNI) formado e activo*
- ❑ *Cobertura sobre direitos da PI nos média*
- ❑ *Avaliação intermédia e final realizada e recomendações implementadas*

3.2.3. Relevância

A relevância deste projecto vai para além de questões puras de saúde. A relevância deste projecto é, Provavelmente, o critério que merece maior pontuação dentro do projecto. Os depoimentos de muitas PIs foram claros e inequívocos. Um aspecto importante foi ver que os beneficiários apreciaram a associação dos 3 resultados esperados do projecto na melhoria do seu bem-estar.

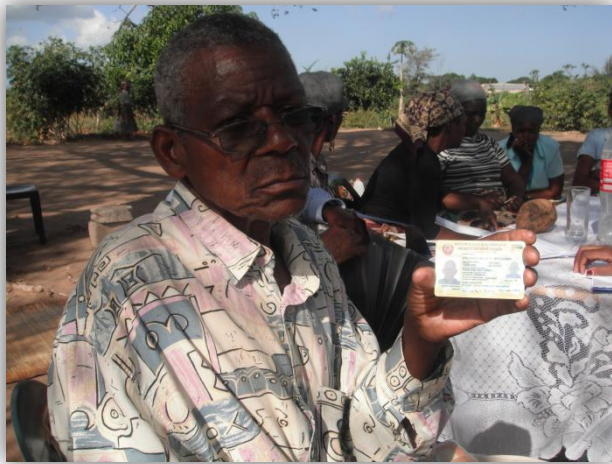


Foto 4: um dos beneficiários exibindo a BI que tratou via projecto Moz-96

Duma forma alargada, a relevância do projecto advém também do facto dele, ainda que de forma não muito sistematica ter seguido algumas linhas importantes da Carta de Ottawa, Determinantes Sociais de Saúde e Quadro de trabalho do sistema de saúde (*Health System Framework*), como descrito na secção 3.1. assim, vários aspectos de relevância podem ser levantados; a seguir apontam-se alguns:

- (i) vai de encontro com as principais necessidades para o bem-estar das PIs, segundo seus próprios depoimentos;
- (ii) aumenta a socialização das PIs, muitas delas abandonadas e que, por isso, ajuda para socialização e consequente resolução de problemas comuns;
- (iii) vai de encontro com as principais tendências de políticas de governação do GdM, no sentido de prover as comunidades (incluindo a PI) de bens e serviços básicos necessários para o seu bem-estar; e
- (iv) trata-se de um assunto que, a cada dia que passa, vem ganhando maior importância no país dado o contexto de um aumento de fenómenos de associalização nas comunidades que muitas vezes tem resultado em abandono de PIs, várias vezes conotadas como os promotores de actos de feiticeira, o que tem culminado, por outras vezes, com assassinatos dos acusados.

...para nós vivermos bem, precisamos de ter saúde e alimentação. Este projecto não deveria acabar porque é o único que vai de encontro com as nossas necessidades. O que nós recebemos de pensão do Estado, não resolve os nossos problemas. Muitos de nós fomos abandonados pelos nossos filhos e a única forma que temos de sobreviver é juntarmo-nos para resolver os nossos problemas comuns.

Resposta de uma idosa em Tsalala (Matola)) quando perguntada sobre o que escolheria entre as linhas de intervenção de Moz-96

3.2.4. Impacto

As mudanças que ocorreram na vida dos beneficiários (impacto do projecto), precisam de ser vistas ao longo dos próximos anos. Passados 4 anos, e uma vez que o projecto está baseado na ideia de mudança de paradigma, onde a PI é chamada a ser mais interventiva, deve ser considerado um processo que irá levar o seu tempo, pois, esta abordagem estimula a mudança de comportamento, hábitos e costumes seculares.

No entanto há claras tendências que podem mostrar o caminho que estes impactos poderão seguir, nomeadamente:

- (i) existe uma clara tendência de que os grupos comunitários criados no âmbito do Moz-96 estejam a afirmar-se nas comunidades. Pelo menos 5 meses depois do fim do projecto (por altura da avaliação), eles afirmaram claramente que independentemente dos financiamentos da HAI-Moz, eles vão continuar a lutar pelos seus direitos da PI.
- (ii) muitos idosos disseram que graças à ginástica que aprenderam com os activistas, têm agora melhor disposição para o trabalho e que por isso, já conseguem fazer pequenas tarefas que lhes permite ter uma vida mais digna, por exemplo, cartar pequena quantidade de água, fazer pequena machamba, cozinhar, etc.
- (iii) na sequência do possível impacto anterior, a auto-estima de várias PIs nos locais onde o projecto actuou parece estar a mudar. Muitos disseram sentirem-se mais úteis para a sociedade e começam a perceber que têm direitos iguais a qualquer outro cidadão moçambicano.
- (iv) pessoas não idosas, entre jovens, SDSMAS e outros, abordados durante a avaliação disseram prestar, agora, mais atenção às questões dos idosos. A maneira de olhar para as questões

específicas da PI está a mudar, como documenta o depoimento abaixo.

...hoje, e depois de ter participado em várias formações da HAI-Moz, não é possível planificar as questões relacionadas pela saúde e acção social sem olhar para as questões específicas da PI durante o meu curso, eu e os meus colegas, tivemos alguns ensinamentos sobre a PI, mas no nosso dia-a-dia, sinto que não aplicamos. Por isso, é muito bom ter a HAI-Moz a nossa porta, regularmente, para nos recordar e reavivar as nossas memórias sobre as necessidades deste grupo especial de pessoas.

Resposta de um responsável dos SDSMAS em Tete quando perguntada sobre os maiores ganhos que o projecto Moz-96 trouxe para a sua instituição

- (v) se o assunto merecer seguimento ao nível da AR, pode ser que o levantamento de consciência por parte dos parlamentares resulte na mudança da lei que permita explicitamente garantir o acesso gratuito aos serviços de saúde, incluindo aos medicamentos essenciais.
- (vi) o projecto criou uma base para a participação comunitária em aspectos de saúde que se prolongam para a área governação e desenvolvimento. Os beneficiários percebem melhor os seus direitos e clamam por uma maior “prestação de contas” (*social accountability*) em saúde.

3.2.5. Sustentabilidade

A questão de fundo nesta sub-secção é responder a seguinte pergunta: *será que os resultados obtidos na sequência da implementação do Moz-96 têm condições de permanecer ou de serem ampliados nas comunidades onde o projecto operou?*

Obviamente, a sustentabilidade é um processo que deve ser analisado com o andar do tempo, pois, um projecto só atinge esta qualidade quando os seus resultados resistem ao tempo pós financiamento. Mas por estas alturas (5 meses depois do fim do projecto), podem ser indicadas as bases que podem indiciar a sustentabilidade ou não dos resultados obtidos. Por questões metodológicas, a sustentabilidade é analisada aqui em três dimensões, nomeadamente:

- i) financeira - *até que ponto as actividades podem continuar na ausência do financiamento?*;
- ii) institucional – *até que ponto as estruturas criadas permitirão apoiar a continuação das actividades?*; e
- iii) social e cultural – *até que ponto o projecto desenvolveu actividades que vão contra as crenças locais e se sim, que medidas foram tomadas para garantir, a longo prazo, a aceitação das actividades?*

Na opinião do consultor, e uma vez que passam apenas 5 meses do fim do projecto, é mais seguro falar em termos de *probabilidade de sustentabilidade*. Esta probabilidade (p) é estimada com base na conjugação das várias dimensões apresentadas acima. No final, baseado numa escala de probabilidade (p), i.e:

p = 0.0 – 0.2 = probabilidade muito baixa

p = 0.2 – 0.4 = probabilidade baixa

p = 0.4 – 0.6 = probabilidade moderada

p = 0.6 – 0.8 = probabilidade boa

p = 0.8 – 1.0 = probabilidade muito alta

estima-se a probabilidade geral de sustentabilidade do projecto Moz-96.

O quadro 4, abaixo, sistematiza aqueles que são os pontos críticos para a sustentabilidade.

Quadro 4: sustentabilidade dos resultados do Moz-96

Sustentabilidade financeira	Sustentabilidade Institucional	Sustentabilidade Social
□ Os paralegais que foram formados no âmbito do projecto estão baseados nas comunidades e continuarão a exercer as suas actividades o seu trabalho uma vez que trabalha numa base voluntária. □ A continuação do trabalho relacionado com a entrega de documentos de identificação às PIs e seus dependentes precisa de algum financiamento que neste momento não existe. □ O treinamento dos comités de assistência social precisa de continuar e carece de algum suporte financeiro. □ Os SDSMAS e outros serviços distritais (actividades económicas e infraestruturas) deveriam estar em posição de continuar com a supervisão dos aspectos levantados pelo projecto Moz-96. Apesar de existir vontade política por parte destes, muitos apresentaram problemas relacionados com recursos escassos para fazerem um seguimento como desejariam. □ As latrinas construídas no âmbito do projecto dificilmente terão manutenção a não ser que as PIs beneficiárias aumentem a sua renda.	□ O MISAU já aceitou em co-produzir material de campanha que está a ser distribuído pelo país, entretanto, precisa de estar mais engajado em acções que tragam mudanças, por exemplo, ser a face visível para fazer aprovar uma lei específica aumentar o acesso à saúde aos idosos. □ O currículo dos APE's inclui aspectos particulares da PI. Isto foi influenciado, também, pelo projecto. □ As actividades de geração de renda mostraram ser uma fonte de receita para melhorar a vida das PIs, no entanto necessitam de algum apoio técnico que que custa algum dinheiro. □ Apesar de terem sido treinados alguns técnicos da saúde em questões relacionadas com a PI, existe uma grande mobilidade dos mesmos. Esta situação não está sob controlo da HAI-Moz. A resolução desta situação passa por intervenções mais estruturadas ao nível do MISAU e escolas de formação em saúde para que o assunto esteja nos currículos.	□ A plataforma social de gestão das actividades iniciadas pelo projecto está criada e continuam nas comunidades. □ Grupos de PIs nas três provincias reúnem-se regularmente para falarem dos problemas de saúde. Esta situação é resultado do maior conhecimento sobre os seus direitos □ As autoridades locais estão concienalizadas sobre os problemas de saúde deste grupo vulnerável. No entanto existem desafios para aumentar a capacidade dos membros da comunidade para serem capazes de conduzir o processo para que os decisores aceitem elaborar leis / regulamentos visando mudar o estado das coisas em benefício da PI. □ Os APE's formados com apoio do projecto estão nas comunidades e vão continuar a ter em conta as questões específicas sobre a saúde da PI, tal como aprenderam na formação. □ Os furos de água construídos não servem apenas às PIs mas sim a toda comunidade. Por isso, a sua manutenção é mais provável que aconteça. □ Os sistemas de irrigação estão a ser mantidos pelas comunidades com base na renda resultante das colheitas.

De forma resumida:

- muitas das actividades não requerem fundos para a sua execução, mas, em geral, as organizações tem pouca capacidade de fazer uma planificação estratégica para enfrentar, sozinhas, o futuro;
- as OCBs implementadoras são, de uma forma geral, altamente dependentes dos fundos da HAI-Moz. Isto dificulta a sua acção operativa no campo na ausência do Moz-96. A excepção é a VUKOXA.
- as associações parceiras existem no terreno antes da existência do projecto Moz-96. A sua operacionalidade é variada; há exemplos muito positivos como a VUKOXA. A verdade é que todas elas têm mais de 6 anos de existência. Se as lideranças forem visionárias, poderão continuar a promover parte das actividades.
- na mesma linha com os projectos anteriores, o Moz-96 não terá tocado uma área passível de interpretações sócio-culturais duvidosas por parte das comunidades. Durante a avaliação todos os idosos abordados fizeram pronunciamentos abonatórios ao projecto e mitos deles lamentaram o seu fim.
- os parceiros implementadores, particularmente, os actores ao nível comunitário poderão entrar em desmotivação por falta de supervisão por parte da HAI-Moz. Eles desenvolveram uma relação cujo principal ganho para eles é o reconhecimento público por pessoas de fora da comunidade.

Baseado nesta análise pode considerar-se que a probabilidade de sustentabilidade esteja entre moderada e boa ($p = 0.5-0.6$).

3.2.6. Parcerias

a) Organizações comunitárias de Base (OCBs)

As parcerias adoptadas foram feitas de maneira a garantir um seguimento das acções que estavam preconizadas no projecto de saúde. A HAI-Moz optou por escolher algumas organizações com as quais já tinha experiencia de trabalho, como o caso da VUKOXA e IPHUNENI. O conhecimento mútuo permitiu que certos processos, como por exemplo as regras de funcionamento e prestação de contas, fossem facilitados.

De uma forma geral, as organizações parceiras não fogem o padrão das organizações nacionais caracterizadas por estruturas fracas em termos de governança (legitimidade das associações numa base regular, representatividade), gestão financeira e capacidade de execução de trabalho operacional no terreno (recursos humanos a altura para realizar as tarefas). Portanto, as fraquezas das OCBs parceiras revelam-se ao nível organizacional e da disponibilidade de recursos financeiros e humanos. Adicionalmente, um desafio importante que condiciona a maior parte das organizações nacionais, em geral, e as parceiras do Moz-96, em particular, é o facto de serem baseadas em voluntarismo. No entanto, no contexto de vários desafios acima mencionados, a VUKOXA é uma excepção, embora não o seja em toda a sua extensão.

Um aspecto muito positivo desta parceria é que foi sempre baseada na discussão horizontal dos problemas, e 5 das 6 organizações envolvidas classificaram de muito boa a colaboração havida entre as partes.

Outro aspecto a salientar foi o facto de os parceiros implementadores estarem muito enraizadas nas comunidades onde actuam. Se bem aproveitado, este constitui um potencial para garantir a sustentabilidade dos projectos.

O caso da VUKOXA: Por ser uma organização que, em nosso entender, constitui uma excepção pensamos que deveria ser tomado a parte. A HAI-Moz deveria aproveitar este movimento em prol da PI e usa-la como um modelo. É verdade que existem fraquezas, por exemplo, não tem pessoal capaz elaborar um projecto; muito menos tem capacidade de fazer uma gestão independente de grandes volumes de fundos, mas a sua capacidade operacional é inquestionável.

Os factores de sucesso:

- i. O facto de ter uma génese de uma ONG criada com abordagem, realmente, *Bottom-up*;
- ii. O facto de ter tido a capacidade de apropriar a ideia ao nível das comunidades -todos actores do Moz-96 disseram não precisarem de pagamento, porque seria cobrar a eles mesmos.
- iii. O facto de estar a envolver jovens nos seus trabalhos diários;

- iv. O facto de ter uma estrutura de governança que funciona com assembleias regulares; e
- v. O facto de ter líderes comprometidos com a causa da PI.

b) Organizações Não-governamentais (ONGs)

Por outro lado, a HAI-Moz adoptou outras parcerias com organizações com capacidades e renome no contexto das ONGs nacionais. Tais são os casos do Conselho Cristão de Moçambique (CCM) e a Cruz Vermelha de Moçambique (CVM). Com estas, a HAI-Moz promoveu várias actividades em conjunto onde o projecto Moz-96 deu o seu contributo financiando componentes de treinamento e fazendo uma advocacia conjunta, em prol da PI. Um aspecto importante a realçar é o facto de estes parceiros terem acções em zonas geográficas diferentes daquelas previstas pelo projecto Moz-96, o que é um aspecto importante, pois, mostra que os seus objectivos e abordagens podem ter ido para além das zonas previamente planificadas. Isto configura-se como um potencial para o efeito multiplicador do Moz-96, pois, segundo a CCM e a CVM, os materiais de treino sobre a PI da Moz-96 foram aproveitados para outros projectos dessas organizações nas províncias da Zambêzia, Gaza e Maputo.

De acordo com estes parceiros, a colaboração com a HAI-Moz foi descrita como muito boa, frutífera e aberta. Não obstante, dizem, os encontros visando debater e delinear estratégias de dessiminação e visibilidade dos assuntos da PI, poderiam ter sido mais frequentes e regulares.

c) Instituições do Governo

A colaboração com as instituições do Governo foi feita aos diferentes níveis; central, provincial e distrital. Estas parcerias foram feitas desde a fase do desenho do projecto onde a partilha de informação foi feita com objectivo de criar uma visão partilhada do que se pretendia fazer.

Dois ministérios foram envolvidos, nomeadamente, o Ministério da Mulher e Acção Social, através do Departamento da Pessoa Idosa, e o Ministério de Saúde, através da Direcção Nacional de Saúde Pública. Ambos descreveram a colaboração como sendo muito positiva.

A seguir descrevem-se os principais tarefas gerais dos diferentes níveis de colaboração, de acordo com os depoimentos de ambos, MMAS, MISAU e HAI-Moz:

Nível central	☐ Troca de informações que conduziram à elaboração do documento do projecto; ☐ Troca de informação sobre o progresso das actividades via realização de Comités Directores (steering Committees); e ☐ Diálogo conjunto com vista a influenciar mudança de políticas
Nível provincial	☐ Coordenar a estratégia de implementação do projecto; ☐ Promover formações provinciais conjuntas; ☐ Servir de ponto de apoio político para implementação do projecto ao nível distrital; e ☐ Porta de entrada para discussão de assuntos que careciam de uma discussão ao nível central
Nível distrital	☐ Centro de planificação conjunta das intervenções ao nível comunitário; ☐ Apoio político para intervenções ao nível das comunidades; e ☐ Porta de entrada para discussão de assuntos que careciam de uma discussão ao nível provincial

No entanto, alguns desafios foram reportados, nomeadamente:

- (i) Reuniões do Comité Director pouco frequentes e irregulares, dificultando o processo de tomada de posições conjuntas entre os parceiros;
- (ii) Pouca capacidade por parte do projecto de trazer evidências científicas que informassem de forma categórica aos fazedores de política da necessidade de ajustar o estado actual das coisas; e
- (iii) A natureza complexa de tomada de decisões que está na origem da dificuldade de elaboração de leis e/ou regulamentos à favorda PI de forma célere.

4. RELATORIO DE MEIO-TERMO: QUE ACÇÕES FORAM TOMADAS MELHORAR O DESEMPENHO DO PROJECTO?

4.1. Importância da avaliação de meio-termo

A necessidade da existência duma avaliação de meio-termo (AMT) baseia-se no pressuposto de que a planificação das actividades é feita com base em previsões de futuro. Em outras palavras isto significa, dados os factores externos¹⁴, e mesmo na presença de estudos que por vezes precedem a implementação, nenhum projecto pode ter a certeza em 100% de que, entre outras coisas:

- a) a abordagem adoptada vá funcionar no terreno;
- b) os objectivos anunciados no documento de projecto vão ser alcançados tal e qual eles foram enunciados do ProDoc;
- c) as actividades irão decorrer exactamente como previstas; e
- d) o orçamento não flutue [dada a (in)estabilidade da moeda]

Aliás, esta incerteza é o que justifica que na elaboração da matriz lógica dos projectos exista a necessidade de identificar "*assumptions*" – uma espécie de pressupostos. Portanto, uma AMT reveste-se de grande importância como elemento de re-posicionamento e re-alinhamento do projecto.

4.2. Os "Mais" e os "Menos" da avaliação do meio-termo

Antes mesmo de se analisar as constatações da AMT, convém fazer três observações importantes de carácter geral, duas de carácter metodológico [a) e b)] e uma de carácter organizacional [c]):

- a) Um aspecto bastante positivo, foi o facto de o foco desta ter sido a análise das actividades do projecto e o seu grau de cumprimento. Doutra forma não poderia ser – ao contrário de uma avaliação final onde o foco é a verificação de até que ponto os objectivos foram cumpridos e a sua sustentabilidade, uma AMT deve, tal como esta da Moz-96, concentrar-se na identificação de factores críticos que estejam na origem do fraco desempenho do projecto como forma de corrigi-los, ainda durante a sua vida útil.

¹⁴ Leia-se factores externos como sendo conjunto de situações (políticas, sociais e económicas) sobre as quais a HAI_Moz não tem controlo.

- b) A AMT não incluiu a província de Tete porque, alegadamente, acabava de iniciar as suas actividades não tendo havido, segundo acordado entre as partes intervenientes na avaliação, necessidade de aí incluí-la na amostra. Apesar desta decisão ter a sua faceta positiva, não é menos verdade que poder-se-ia ter usado as constatações para aperfeiçoar a implementação naquela província. Por assim ser, parece ter sido perdida uma oportunidade de usar a Província de Tete como uma espécie de “campo de aperfeiçoamento”, baseado nas constatações da avaliação de meio-termo e particularmente porque o projecto previa a entrada daquele *síte* depois da aprendizagem das fases de Maputo e Gaza.
- c) Ainda sobre a avaliação do meio-termo, ressalta um aspecto importante que está na origem da sua pouca utilidade como instrumento de mudança do curso das actividades do Moz-96 – o facto de este ter sido finalizado em Abril de 2011, apenas 7 meses antes do fim oficial do projecto. Sendo assim e uma vez transcorridos 6/8 da vida do projecto, as constatações daquela avaliação pouco poderiam ser utilizados para re-posicionar ou re-alinhar o projecto.

No entanto, de uma forma geral, pode dizer-se que o relatório de meio-termo é de boa qualidade tanto no que diz respeito à análise dos processos bem como na dos conteúdos do Moz-96.

4.3. Sobre as principais constatações da avaliação do meio-termo

Várias recomendações¹⁵ foram lançadas pelo AMT. Aqui serão analisadas algumas delas que parecem ser relevantes para esta avaliação final.

De forma geral, pode-se afirmar que o seguimento das questões da AMT poderia ter sido melhor operacionalizado. Deveria ter sido elaborado uma espécie de um *Plano de Acção*¹⁶ visando responder as principais preocupações levantadas pelo referido relatório, mesmo que isso implicasse um pedido de reforço de orçamento à CE tal como, aliás, recomenda o relatório.

¹⁵ Vide o relatório de meio-termo pag. 38-40.

¹⁶ Um documento contendo as principais recomendações, acção concreta e orçamento, responsabilidades e data limite.

Apesar disso alguns aspectos foram acautelados para melhorar o desempenho do projecto. A tabela 2¹⁷, que se segue, mostra como foram tratadas as principais recomendações da AMT:

¹⁷ Leitura da tabela: 10 pontos significa nenhuma acção tomada e 100 significa recomendação seguida totalmente. 50-70 é uma classificação boa e mais de 70 é muito boa.

Tabela 3: Recomendações relevantes da AMT e seu seguimento

Recom N (na AMT) / Pag	Recomendação	Grau de seguimento										Observação
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
13 Pag 38	Estender a vida do Projecto até (máximo) um ano (Dezembro de 2012) para permitir um realinhamento a favor de uma maior intervenção em advocacia, informação, análise das experiências, enquanto se completam as actividades programadas para o nível comunitário.											Não há documentação que indique que o pedido de prorrogação tenha sido feito. Esta acção é aqui considerada com crucial para o assentar do projecto ao nível das comunidades onde foi implementado
14 Pag 38	Re-orientação do Projecto para aumentar a ênfase nas actividades de advocacia, influência em políticas e programas e disseminação, e consolidação do trabalho comunitário com uma componente de aprendizagem.											O trabalho de advocacia foi intenso, mas o lobby para mudanças estruturais do sistema de saúde em prol da PI ainda ficou por fazer
15 Pag 38	Aumentar a qualificação da intervenção da HAIM nas áreas de saúde/ saúde pública da PI e análise de desenvolvimento comunitário com vista a apoiar melhor os parceiros e partes interessadas no tema.											Esta recomendação não foi seguida sob ponto de vista de aumento real das capacidades internas do pessoal especialista ¹⁸ . No entanto, no campo prático, a HAI_Moz e os parceiros implementadores

¹⁸ As qualificações das pessoas necessárias podiam ser também da área de Governação por tratar-se de uma matéria não exclusiva à saúde mas sim em acções de participação e envolvimento comunitário.

												empenharam-se com recursos internos em aumentar as suas acções na área de advocacia ¹⁹ , particularmente, em Tete e Gaza.
Recom N (na AMT) / Pag	Recomendação	Grau de seguimento										Observação
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
18 Pag 39	Analisar com o MISAU um possível papel para o Projecto na implementação da informação sobre gratuidade de cuidados de saúde: por exemplo, participar na produção dos materiais para as províncias de Gaza e Tete, no desenvolvimento de campanhas de sensibilização do pessoal de saúde e das comunidades; e avaliação posterior dos efeitos dessa informação.											Material para campanha de advocacia em prol da PI foi desenvolvido
19 Pag 39	Requerer autorização do MISAU para se fazer um levantamento de dados estatísticos, em 3-4 US (níveis diversos) que servem as comunidades do Projecto, sobre consultas (e outros actos médicos) feitas por PI, desagregando por género e patologias.											Os monitores comunitários recolheram dados estatísticos ao nível das comunidades, mas não há evidências de que eles tenham sido transformados em informação para operar mudanças
20 Pag 39	Promover e participar na revisão do quadro legal para o acesso à saúde da PI como membros da plataforma da sociedade civil (Fórum de Terceira Idade) e do Conselho Nacional do Idoso											A visita dos parlamentares aos programas implementados pela HAI_Moz em Tete e subsequente discussão do assunto sobre a PI

¹⁹ Particularmente no que diz respeito à transmissão de conhecimento sobre os direitos dos idosos. Entretanto, como explicado no capítulo anterior, a acção ao nível de mudanças necessários ao usufruto dos direitos poderia ter sido melhor.

22 Pag 39	Realizar a formação dos APE em Tete como previsto, incluindo a formação em saúde da PI a título experimental. Eventualmente com uma componente de "produtos de conhecimento": lições aprendidas da experiência e proposta de conteúdos para os cursos regulares de formação dos APEs



em Comissão Parlamentar de Assuntos Sociais é prova do esforço feito. No entanto na prática falta traduzir este esforço em instrumentos legais definitivos.
Em parceria com a Visão Mundial o projecto contribui para a formação, de 25 APE's em Changara (em Cahora Bassa, não houve formação). O curso terminou só em 2012.

Recom N (na AMT) / Pag	Recomendação	Grau de seguimento										Observação
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
23 Pag 39	Identificar formas de continuar a seguir e apoiar a integração de conteúdos da saúde da PI nos cursos dos Institutos de Ciências de Saúde do MISAU											O Curriculum dos APE's já inclui a questão especial sobre a saúde da PI, mas o que irá acontecer com a operacionalização?
24 Pag 39	Identificar, implementar e documentar sistemas e mecanismos de seguimento e avaliação das iniciativas colectivas das comunidades para apoio directo aos grupos vulneráveis com vista a aprender das experiências e garantir que os objectivos finais estão a ser atingidos											Pouco foi feito. A M&A foi mais de recolha de dados e não de tratamento daqueles como instrumento de mudança
27 Pag 40	Adicionar aos cursos de gestão dos fundos comunitários conceitos e habilidades para cálculo de custos, preços e lucros e para introduzir conceitos de investimento, amortização (actividade que pode ser feita fora deste											Treino foi dado apenas em Chokwé em duas comunidades, mas o trabalho de campo mostrou uma grande

	Projecto pois a metas já foi atingida; uma alternativa seria complementar a formação já feita com um módulo adicional)
28 Pag 40	Definir e implementar um programa simples (3 dias) de capacitação dos membros das OSC, comités comunitários e voluntários que são membros dos Conselhos Consultivos para serem capazes de identificar necessidades das PI, elaborarem ideias para planos de desenvolvimento local, apresentarem e debaterem as suas ideias publicamente. Uma formação deste tipo iria pô-los em situação de vantagem dentro dos Conselhos.
31 Pag 40	Rever as abordagens de monitoria da HAIM com vista orientá-las para uma maior qualidade do apoio prestado aos parceiros, em particular no que se refere a ajudar na análise dos processos e resultados de desenvolvimento e no fortalecimento de uma agenda própria dos parceiros



necessidade de melhorar esta actividade
As formações que foram feitas não foram ajustadas para a velocidade que o MTR recomendara. As acções de formação foram acontecendo ao ritmo das actividades programadas
As actividades de monitoria estão baseadas na comunidade e faltou capacidade de transformar os dados em informação útil para o dia-a-dia do projecto

5. LIÇÕES APREENDIDAS

- 1) A apropriação é um aspecto importante para garantir a sustentabilidade de um projecto, e quanto mais se trate de um projecto de base comunitária – o caso notável da apropriação da VUKOXA, é um bom exemplo – activistas e paralegais disseram não esperarem nenhum pagamento pelo trabalho que fazem porque eles são o mentores e donos da associação. Participar no desenho de um projecto, não é apenas um exercício de recolha de ideias envolvendo os parceiros; é preciso que os parceiros envolvidos saibam que estão a participar, por outras palavras, *não basta participar – os parceiros devem saber que estão participando*.
- 2) O processo de selecção das organizações implementadoras deve ser mais cuidadoso no futuro. O Caso da VUKOXA merece um Estudo-de-caso. O segredo do sucesso desta organização que implementa quase 43% de todas as actividades do projecto parece estar na sua capacidade de envolver os actores do terreno (activistas, paralegais, monitores) como parte constituinte da associação (por exemplo o presidente da Mesa da Assembleia é uma pessoa que vive e presta serviços voluntários à VUKOXA ao nível da comunidade onde reside).
- 3) Quando se pretende que o Governo assuma algumas acções com vista a mudar a maneira de actuar das instituições que a ele superentendem, é necessário incluir desde o início do projecto actividades conjuntas concretas (por exemplo, no caso do Moz-96, a supervisão conjunta entre implementadores e as autoridades governamentais que aderiam ou não aos direitos da PI). A sustentabilidade do projecto não deve, por assim ser, apenas um objectivo final de um projecto, ela deve, desde os primeiros dias do projecto fazer parte de um processo que vai culminar com a transferencia de parte ou totalidade das acções que foram desenvolvidas pelo projecto.
- 4) Tal como na AMT, a avaliação final constata que a HAI_Moz tem uma grande experiência na formação de voluntários comunitários. Entretanto, aos olhos de quem às comunidades, parece existir muitos

intervenientes o que cria alguma confusão²⁰. Assim, seria útil uma análise do que estes processos representam para as comunidades. Talvez fosse útil fundir as várias funções, algumas vindas de projectos anteriores (ouvintes) em uma ou duas categorias e potenciar estes grupos como a base das plataformas de desenvolvimento comunitário. Para tal, poderia pensar se não vale a pena submeter estas pessoas (cuja selecção deveria ser baseada em critérios que possibilitem uma aprendizagem rápida), a um treino mais longo e mais pormenorizado.

- 5) Não basta ter um sistema de recolha de dados; é necessário acima de tudo, ter um mecanismo que transforme os dados em informação útil que permita aos implementadores tomar decisões informadas ao longo da execução do projecto, pois, (i) se não medes resultados, nunca aprenderá com as falhas; (ii) se não vês o sucesso, jamais poderás acelera-lo; (iii) se não acelerares o sucesso, provavelmente, estará a acelerar as falhas; (iv) se não vês o sucesso jamais poderás ter *learning experiences*; (v) se não reconheces as falhas, jamais poderás corrigi-las; e (vi) se demonstrares resultados, facilmente ganhará apoio dos parceiros.
- 6) Intervenções em áreas de extrema pobreza clamam por um estudo munícipio da situação. As prioridades devem ser determinadas pelos próprios beneficiários e, sempre que possível, caso-a-caso. No caso do Moz-96, isto evitaria que, por exemplo, latrinas construídas pelo projecto fossem usadas como residências, como foi reportado por duas beneficiárias (Gaza e Tete).

²⁰ Em várias comunidades, em Tete e Gaza, foram encontradas situações em que posições diferentes fazem a mesma coisa; por exemplo, activistas que recolhiam informação nas casas das Pls que em princípio é função dos monitores, e vice-versa

6. CONCLUSÕES

Este projecto, constituiu uma primeira experiência da HAI-Moz na área de saúde. De forma geral o projecto conseguiu realizar os resultados que esperava, apesar de vários graus de sucesso em cada um dos resultados. Os resultados motivam a que se continue a trabalhar nesta direcção e que aspectos específicos sejam aprimorados, principalmente, no que diz respeito aos aspectos organizacionais derivados do processo de selecção de OCB implementadoras. A HAI-Moz mostrou de forma inequívoca a sua capacidade de gerir grupos com diferentes níveis de competência e demonstrou através desta intervenção a relevância das suas intervenções em prol das pessoas vulneráveis e, em particular, da PI. Vários desafios foram colocados durante a implementação os quais foram, na sua maioria, identificados e ultrapassados. Haverá outros desafios (por exemplo a área de M&A) que permaneceram até ao fim do projecto, apesar de não terem nada que ver com a capacidade de resolver-los, mas sim com a abordagem no início do projecto (a falta de uma linha de base que respondesse especificamente aos indicadores do projecto de saúde). Analisados os resultados pode-se retirar as seguintes conclusões:

- 1) HAI-Moz, ainda que de forma despropositada, estabeleceu os *"building blocks"* de uma maneira que os resultados das intervenções de diferentes áreas, permitem obter resultados que vão para além de um projecto em separado. Sendo assim, alguns dos resultados aferidos a este projecto, são muito indissociáveis daqueles que foram resultados de outras intervenções feitas por esta organização.
- 2) Apesar destes números terem resultado de uma metodologia qualitativa, e que, portanto, não podem ser generalizados à todo o projecto, considera-se que o acesso à saúde para a PI pode ter aumentado. Aspecto de realce é que à medida que se move das zonas rurais para urbanas, os idosos parecem perder mais os seus direitos. Em Maputo²¹, por exemplo, só 10-15% dos idosos disseram ter tido acesso a consulta gratuita e quase nenhum teve acesso à medicamentos gratuitos. Entretanto esta pode não ser a situação dos

²¹ A percepção da PI é que ao nível de Maputo os trabalhadores mudam constantemente o que dificulta o desenvolvimento de uma relação pessoal que muitas vezes está na origem da facilidade ou não de obter tratamento gratuito.

dependentes destes idosos, grupo para o qual o projecto não desenhou actividades específicas.

- 3) o projecto criou uma base para a participação comunitária em aspectos de saúde que se prolongam para a área governação e desenvolvimento. Os beneficiários percebem melhor os seus direitos e clamam por uma maior “prestação de contas” (social accountability) em saúde.
- 4) o projecto adoptou objectivos muito ambiciosos. Apesar de não ter sido o foco desta avaliação é pouco crível que 50% dos idosos e seus dependentes tenham acesso à cuidados de saúde quando se sabe que por questões culturais e antropológicas seculares, o padrão do comportamento de procura de cuidados de saúde em muitas zonas rurais (*health seeking behaviour*) mostra que mais de 60% das pessoas procuram 1º outras formas de tratamento, antes de chegar as unidades de saúde formais. Ainda mais, não há registos fiáveis sobre qual era a % destes que tinham acesso aos serviços no início do projecto.
- 5) O projecto não observou o facto de que a PI necessita de provar que não tem recursos para obter assistência gratuita, tal como qualquer outro cidadão, para obter assistência médica gratuita. Em outras palavras o projecto assumiu que todos os idosos eram pobres. Ao ser assim, o projecto não previu ajudar a certificar todos os idosos e se o teve feito seria de partida irrealista.
- 6) A medição do resultado 1 não foi revisto de acordo com a recomendação da AMT, assim, a sua evolução só poderá ser feito através de um estudo combinado ao nível da unidade sanitária e ao nível da comunidade, pois o sistema de monitoria comunitária é insuficiente para este efeito da forma como está organizado neste momento. Tudo o que se pode dizer agora é que, baseado nas discussões focais em grupo realizadas, há uma clara consciência dos PI
- 7) as iniciativas de promoção de saúde foram mais dirigidas para a PI e pouco para seus dependentes. Actividades para dependentes poderiam ter sido feitas, por exemplo, através de actividades ao nível das escolas onde o projecto foi implementado e isto requereria o envolvimento do sector de educação. No entanto pode-se dizer que a construção de latrinas (Tete e Gaza) e as actividades de renda em Gaza deram um grande contributo para o alcance dos objectivos do projecto.

7. RECOMENDAÇÕES

Baseado nas conclusões deste trabalho, seguem-se algumas recomendações que são julgadas relevantes para o futuro, nomeadamente:

- 1) Procurar financiamento para continuar com este projecto. Quatro anos de implementação já foram suficientes para lançar as bases sobre como pode ser a intervenção da HAI-Moz na área de saúde, mas tratando-se duma intervenção que mexe com a mudança de comportamento de ambos os lados (PI para procurar as unidades de saúde formais e trabalhadores de saúde para interiorizar que precisa de ter em conta os direitos especiais da PI), esta intervenção deveria ser continuada por, pelo menos mais 2 ciclos de 4 anos.
- 2) A HAI-Moz deveria sistematizar de forma escrupulosa os projectos que implementou nos últimos anos para extrair as principais boas-práticas e possa com elas estabelecer a base sobre a qual deverá fundar as suas próximas intervenções. Este exercício permitiria que com poucos recursos pudesse obter maiores resultados, respondendo assim a uma das exigências do estágio da economia mundial caracterizado por uma crise generalizada que deverá atingir (já atinge) às áreas de desenvolvimento. Esta reflexão poderia, por exemplo reflectir sobre interligação e o efeito multiplicador dos vários projectos através da análise das seguintes componentes dos projectos:
 - (i) *áreas temáticas de intervenção dos projectos;*
 - (ii) *objectivos dos projectos;*
 - (iii) *tipos de parcerias para implementação;*
 - (iv) *resultados alcançados;*
 - (v) *análise sobre as áreas geográficas;*
 - (vi) *capacidade de resposta dos beneficiários; e*
 - (vii) *análise de boas práticas*
- 3) Nas próximas intervenções a HAI-Moz deveria propor a inclusão de temas relacionados com a demanda de serviços de saúde pela PI visando complementar as actividades tendentes a aumentar a oferta de serviços de saúde, pois, a oferta de serviços não é por si so, uma condição para aumentar o acesso.

- 4) A HAI-Moz deveria usar a VUKOXA como um modelo para seleccionar os implementadores nos próximos projectos. Seria um grande contributo da HAI-Moz conseguir capacitar outras OCBs com a mesma abordagem da VUKOXA, envolvendo as próprias estruturas no processo de capacitação, pois, a VUKOXA para ser a única OCB que interiorizou os princípios de apropriação do projecto.
- 5) Os próximos projectos deveria dar primazia ao desenvolvimento institucional das diferentes organizações parceiras como forma de garantir maior eficiência e eficácia dos projectos. Em termos práticos esta acção poderia diminuir em grande media a necessidade de supervisão por parte do recipiente principal, dado o contexto da HAI-Moz que possui pouco pessoal para a quantidade de projectos que executa.
- 6) Como visão de futuro, os implementadores deveriam pensar em construir em cima destes resultados um projecto Governação e Desenvolvimento como forma de capitalizar um dos resultados relacionado com a consciencialização das comunidades, tendo em conta que o projecto PnP criou grandes bases de empoderamento comunitário.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

Internacional

1. United Nations Development Group. 2003. Indicators for monitoring the Millennium Development Goals. New York, United Nations
2. The Health Promotion Action Plan for Older People in Wales
3. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2004. Comissão Nacional de Determinantes Sociais de saúde, Brasil.
4. Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People. 2004
5. Achieving Health Promotion Behaviour Change Among Older Victorians. 2004

Nacional (Moçambique)

1. Lei 4/87. Introduz alterações à Lei 2/77 de 27 de Setembro. Boletim da república. I Série. No. 4. 30 Janeiro 1987
2. Lei 2/77. Determina que todas as acções sanitárias de carácter profiláctico sejam gratuitas. Boletim da República. I Série. No. 112 de 27 de Setembro de 1977
3. Governo de Moçambique Plano Nacional para a Pessoa Idosa (2006 – 2011).
4. Governo de Moçambique. 2006. Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II).
5. MISAU. 2010. Estratégia Nacional de APEs
6. MISAU. 2010. Estratégia Nacional de Promoção de Saúde

HAI- Mozambique

1. Annex D Logical Framework for the Project.
2. HAI. Fulfilling entitlements to health for vulnerable groups in Mozambique. Reference number: PVD / 2006 / 565. Proposal for revision of activities 2010 – 2011. Revision proposal for discussion with EU
3. HAI. End of Year 1 Progress Report for European Union. Project reference: PVD / 2006 /565. HAI reference: MOZ 096
4. Avaliação de meio-termo. 2011. M. Fernanda Farinha
5. HAI. Interim Narrative Report (year 2). ONG-PVD/2007/134-482.
6. Relatório do Lançamento do Projecto MOZ 096 no Distrito de Chokwé.
7. HAI (2010). Evidence on access to health for older people. Based on evidence collected by community monitors in Tete, Maputo Province and Gaza.
8. HAI. Collection of Evidence of Abuse Against Older People. Sydney Machafa.
9. HAIM. Relatório do Trabalho com idosos
10. Vários relatórios de Formação
11. Vários relatórios dos parceiros de implementação

ANEXOS

- Anexo 1** Exemplo de uma discussão focal em grupos conduzida com os beneficiários
- Anexo 2** Exemplo de uma entrevista semi-estruturada
- Anexo 3** Termos de referência da avaliação final
- Anexo 4** Lista de pessoas e instituições contactadas
- Anexo 5** Funções de cada grupo de actores comunitários no âmbito do projecto Moz-96

Anexo 1: Discussão focal em grupos conduzida com os beneficiários

Nº	Pergunta principal (seguida de <i>probing</i>)
1	Quando digo <i>HelpAge</i> , o que é que vos lembra?
2	Como foi o início do projecto de saúde? Vocês foram envolvidos na discussão para a escolha das áreas de intervenção prioritárias?
3	Podem mencionar as actividades no âmbito do projecto de saúde que a <i>HelpAge</i> realizou aqui nesta comunidade? O que acharam sobre o facto do projecto de saúde incluir actividades de geração de renda e advocacia sobre os direitos da PI?
4	Qual era a situação de saúde antes do início do projecto? Podem descrever qual eram os principais problemas que tinham?
5	Hoje, depois do fim do projecto (Moz-96), o que acham sobre a sua continuidade ou não? Porquê?
6	O que mudou (para o bem e para o mal) nas vossas vidas nos últimos anos? Se mudou, acham que foi por causa do projecto de saúde? Podem argumentar as vossas respostas?
7	Sobre os grupos criados: como escolheram os representantes? Qual é a vossa opinião sobre a sua representatividade e funcionalidade? Qual foi o papel das mulheres nestes grupos? Podem dizer qual foi a importância e relevância para o projecto? Tinham capacidade e treinamento para desempenhar seu papel?
8	O que aprenderam do projecto de saúde e que vocês acham que vai ficar para sempre para vocês e para a comunidade? e o que acham que na ausência do projecto, apesar de terem aprendido, não é possível continuar a fazer ou vai-se perder com o tempo?
9	Podem mencionar 3 aspectos positivos e 3 negativos que decorreram durante a implementação do projecto?

Anexo 2: Exemplo de uma entrevista semi-estruturada

Nº	Pergunta principal (seguida de <i>probing</i>)
1	Qual o contributo que o projecto de saúde da HelpAge deu ao seu sector aqui no distrito?
2	Como foi o início do projecto? O seu sector foi envolvido na discussão para a escolha das áreas de intervenção prioritárias para a saúde da PI no distrito? E como foi a coordenação de actividades?
3	Qual é na sua opinião a actividade mais relevante atacada pelo projecto para resolver os problemas de saúde da PI no distrito? Porque? E qual foi a actividade de maior sucesso? Porque?
4	Como o projecto de saúde mudou (para o bem e para o mal) no seu sector 4 anos? Pode argumentar a sua resposta?
5	O que o projecto terá deixado no distrito e que vai ficar para sempre para o seu sector e para as comunidades? E o que acha que na ausência do projecto, apesar do esforço da HelpAge, não é possível continuar a fazer ou vai-se perder com o tempo?
6	Sobre os grupos criados: Qual é a vossa opinião sobre a sua representatividade e funcionalidade? Qual foi o papel das mulheres nestes grupos? Podem dizer qual foi a importância e relevância para o seu sector? Acha que tinham capacidade e treinamento para desempenhar seu papel?
7	Pode mencionar, de forma geral, 3 aspectos fortes e 3 fracos do projecto de saúde?

Anexo 3: Termos de referência da avaliação

Final Evaluation Terms of Reference

Project title: Fulfilling entitlements to health for vulnerable groups

Project duration and period: 48 months (01/01/2008 to 30/12/2011)

Implementing agency and partner(s): HelpAge International

Project budget: EUR 750,000

Grant Reference Number: PVD / 2007 / 134 - 482

Location: Tete, Gaza and Maputo Provinces

Funding Sources for the evaluation: European Union

1. Background

1.1 HelpAge International - Mozambique

HelpAge International is an international non governmental organization striving for the rights of disadvantaged older people to economic and physical security, healthcare and social services, and support in their care giving roles across the generations. HelpAge International has been operational in Mozambique since the 1994. Since then HelpAge International has been working in close collaboration with various stakeholders ranging from government, private sector and civil society organizations including community based organizations (CBOs) and individual communities. HelpAge International works in six out of the nine Provinces that make up the country - Tete,

Gaza, Maputo Province, Sofala, Manica and Maputo Cidade. In Tete it implements its projects directly through its satellite office in the province while in other they are implemented through partners.

1.2 The project to be evaluated

The project ***Fulfilling entitlements to health for vulnerable groups in Mozambique*** (Grant reference No: **PVD / 2006 / 565**) was implemented by HelpAge and its partners (Vukoxa, AMAI, Hipfuneni, Pro-Idoso and APOSEMO) in 3 provinces namely Tete, Gaza and Maputo from 2008 to 2011.

The project aimed to contribute to a sustained improvement in health status and wellbeing of vulnerable older people and their families.

Objective:

To ensure older people are able to realize their entitlements to a range of affordable and appropriate health services.

Results:

- i) Older people and their families in six districts have increased access to quality government health services at district and community levels;
- ii) A range of community-led initiatives to promote health of older people and their families developed and implemented in at least 34 communities;
- iii) A national dialogue on achieving health entitlements for older people and other vulnerable groups

Activities under Result 1.

- 1.1 Training of 300 paralegal advisors in older people's health rights
- 1.2 Awareness on health rights
- 1.3 Assist 2,500 older people and OVC to access documentation to receive health care entitlements
- 1.4 Training to manage community based social assistance funds in 12 communities
- 1.5 Community-based monitoring (CMB) of health service delivery
 - 1.5.1 Training of 110 community-based monitors
 - 1.5.1 Data Collection, Analysis and Policy Engagement
- 1.6 Piloting community participation in health service management in 3 communities

1.7 Training 90 health staff across 3 provinces in age care

Activities under result 2

2.1 Training in community health promotion for older people

2.1.1 Training 12 trainers in community-based health promotion trained

2.1.2 Training 389 community health activists and 30 staff trained in community health promotion.

2.2 Community-based health promotion in 3 provinces

2.2.1 Production and distribution of issue-specific posters

2.2.2 Radio and television based health promotion

2.3 Construction of 50 latrines, 2 boreholes and 25 water filtration systems

2.4 Food and income security initiatives for 2,500 older people

Activities under result 3

3.1 Institutional capacity building of 5 partner organizations in health and advocacy

3.1.1 Project set-up meeting

3.1.2 Training and mentoring to build partner capacity

3.1.3 Regional exchange visits and peer reviews

3.1.4 Annual joint planning meeting for partners and HAI

3.2 Data collection and documentation for advocacy and policy engagement

3.2.1 Baseline data collection in 34 communities

3.2.2 Collect and analyze disaggregated data from health centres

3.2.3 Document and disseminate four good practice papers

3.3 Strategic policy engagement through Multi-Sectoral National Advisory Group

3.4 Raise older people's health issues on key focus days.

3.5 Media coverage of older peoples health rights

3.6 Project Review and Evaluation for planning, learning and sharing

Universe of the communities implemented the project:

Province	District	Community
Gaza Province	Chokwe	Chiaqualane, Mashua, Lhate, Machino, 25 de Setembro, Mbombofu, Marrambajane, Djodjo, Lionde, Bairro 1 Chokwe, Bairro 2 Chokwe, Bairro 3 A Chokwe, Bairro 3 B Chokwe, Bairro 4 Chokwe, Bairro 5 Chokwe (15 communities)
Tete Province	Changara	Chibué, Chinguere, Nhamamono, Nhamanzawa, Nhankwalacuala (5 communities)
	Cahora Bassa	Cangwerewere, Chinhandu, Chinoko, Chiparapara, Chisuwa, Cubvulancia, Macacate, Matunduru, Nhacapiriri, Nhamubandwe (10 communities)
Maputo Province	Boane	Belaluane (1 community)
	Machava	Matola Gare and Mathlemele (2 communities)
	Matola	Tsalala (1 community)
	DU n. 4 - Kamavota	Kongolote (3 communities)
	DU n. 3 Kamaxaquene	Maxaquene (8 communities)

Two baselines were conducted for the project, one in Maputo on the first year and the other in Tete in the third year when implementation was started in that province. An external consultant also conducted a mid term evaluation for the project at the end of the second year, in 2009.

2. Reasons for evaluation

The evaluation is being conducted as part of the project prerequisite as specified in the proposal and in line with HelpAge International's evaluation policy after a project has ended. It will provide the project managers and decision-makers in the Government, donors and other stakeholders with sufficient information to make an overall independent assessment of the performance and impact of the project, paying particularly attention to impacts, achievements against expectations, lessons learnt and practical recommendations for follow-up actions and scale up.

The objective of final evaluation is therefore to;

- assess the achievement of the expected and unintended results
- identify the best practices and lessons learned during the implementation of the project
- assess to what extent the ultimate objectives of the projects have been realized and if further work is required to either achieve these objectives or enhance them, identify actions required
- assess to what extent the benefits for older people generated by this programme will be sustained

3. Scope of Work

The evaluation will cover the project implementation period, from 2008 to end of 2011 and all the 5 partners that implemented the project across the 3 provinces. The scope would also be expected to at least include the project findings, lessons learned and recommendations in the following areas:

Management:

- How did the structures and management systems contribute to the project outcomes and results. Consider the appropriateness and effectiveness of the project's management strategies for these factors.

Sustainability:

- The sustainability of the results and benefits. In relation to the systems and in all effort and knowledge given into the communities and partners and associate members. Assess if the programme has resulted in any changes at household/community/district level which increase the status of older people and whether these changes will be maintained

Efficiency:

- An analysis of how efficiently programme planning and implementation was carried out. This includes assessing to what extent organizational structure, managerial support and coordination mechanisms within HelpAge, supports the project/programme; maximization of the impacts based on resources allocated.

Partnership:

- Assess how stakeholders participate in project management and decision-making. Include an analysis of the strengths and weaknesses of the approach adopted by the project and suggestions for improvement if necessary. The establishment and communication, learning and collaboration processes how are they and to what extent they will contribute to this partnership

Relevance:

- Whether the programme/project addresses the identified needs/problem (relevance)
- Determine the extent to which the results contribute to the country's overall goals of poverty reduction and different sectoral plans

Monitoring:

- The extent to which the recommendations of the mid term evaluation were implemented
- Assess if the monitoring tools currently used generated adequate information for project evaluation and if monitoring information was adequately used to inform project management:

Learning:

From the elements selected for the evaluation of impact and others considered relevant, we would like to have the learning aspect for HAI, PARTNERS AND Associated of the project at short and long terms, for better extension and improvement of partnerships and knowledge of the beneficiary entitlements and access to appropriate health services. We would also like recommendations on key areas for continuity.

4. Evaluation methods:

In undertaking the work the consultancy will;

- Develop an inception report detailing among other things; the process and methodologies to be employed to achieve the objective of this consultancy. Both quantitative and qualitative tools should be incorporated in the design. It should include the interview schedules, and important time schedules for this exercise, and present to project team for review and further inputs.
- Undertake desk review of the relevant project documents that include the baseline and monthly reports; community monitoring synthesis reports, proposals, annual implementation plans; HelpAge International- Mozambique monitoring and evaluations system, other HelpAge International- Mozambique strategy documents and any other relevant documents
- Review relevant national strategy and action plans such as PNPI; PARPA; and PENII.
- Undertake field Work in Tete, Gaza and Maputo provinces with all the implementing partners
- After the field work, the evaluation team will present and discuss with the project team the preliminary findings and the proposed recommendations.
- A first draft of the evaluation report should be shared with the HelpAge, for consultation, verification and further development if required, before a final version is sent to the donor.

5. Requirements

To successfully undertake this assignment, the lead consultant should meet the following minimum requirements:

- Academic background in Social Sciences with a minimum of Masters Degree qualification
- Vast experience and knowledge in the Health, HIV&AIDS and Rights programming and evaluations.
- Experience in using a range of qualitative and quantitative data collection and analysis methods
- Documented experience in participatory project evaluation & research studies
- Strong analytical and report writing skills
- Demonstrable capacity to deliver high quality outputs within the proposed timeframe.
- Demonstrated good understanding of Mozambique's development agenda

6. Duration of the Consultancy

HelpAge International - Mozambique anticipates all these processes and tasks will take **not more than 28 working days with effect from 15 March, 2012**. The Consultant/Consultancy Firm should develop a feasible work plan/activity schedule and budget covering a maximum of 28 days and submit them as integral part of the proposal for this consultancy.

7. Key Deliverables

- i) An inception report highlighting the methodology and approach of the evaluation
- ii) A final work plan with HelpAge's comments two weeks after the signing of the contract
- ii) A power point presentation of the preliminary findings
- iii) Draft Evaluation Report
- iv) A final evaluation report

Anexo 4: Lista de Pessoas e instituições contactadas

a) Pessoas

Nº	HelpAge	Posição	Local
1	Janet Duffield	Directora Nacional – HAI-Moz	Maputo
2	Rosália Mutisse	Oficial Nacional de Protecção Social – HAI-Moz	Maputo
3	Sidney Machafa	Oficial Nacional de Monitoria e avaliação – HAI-Moz	Maputo
4	Zeca Chicusse	Coordenador Provincial HAI-Moz	Tete
5	Lúcia Nurmamade	Oficial de Protecção Social HAI-Moz	Changara e Cahora Bassa
6	Sandra Couto	Oficial de Monitoria e Avaliação – HAI-Moz	Tete
7	Domingos Valério	Director Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social	Cahora Bassa - Tete
8	Páscoa Sumbana Ferrão	Directora Provincial da Mulher e Acção Social	Tete
9	Brígido Matsalazomba	Responsável da Assistência Social	INAS - Tete
10	Mouzinho Saíde	Director Nacional de Saúde Pública	
11	Felix Matusse	Chefe do Departamento da Pessoa Idosa	MMAS - Maputo
12		Chefe do Departamento da Pessoa Idosa	DPMAS – Xai-Xai
13		Responsável Distrital da Mulher e Acção Social	Chóckwé
14	Sérgio Tiroso	Conselho Cristão de Moçambique	Maputo
15		Cruz Vermelha	Xai-xai
16		Directorde SDMAS	Changara

b) Instituições

Província	Implementador
Tete	HAI_Moz Tete
	DPMAS
	INAS Tete
	SDSMAS
Gaza	DPMAS Gaza
	SDSMAS Chócké
	CVM Xai-xai
	VUKOXA
Maputo	HAI-Moz - Maputo
	MMAS
	CCM
	PRO-IDOSO
	IPHUNENI
	AMAI
	TINHENA

Anexo 5: Funções de cada grupo de actores comunitários no âmbito do projecto Moz-96

Conselho de idoso - composto por quatro membros idosos, um presidente, um secretário e mais dois membros. Dentre várias responsabilidades o Conselho de idoso tem como função de presidir o Comité Comunitário e coordenar todas as suas actividades dos sub-comités, deliberar quem pode entrar para o programa de subsídio de alimento (seguindo critérios pré-estabelecidos pelo manual de procedimentos do PSA do INAS), auxilia a mediar conflitos no caso de atraso ou demora no pagamento do valor de credito ou em caso de se ter que executar uma sanção contra quem pediu crédito e não cumpriu com a palavra, encaminha os casos encontrados pelos paralegais para os tribunais comunitários e relatar as actividades desenvolvidas por todos os subcomités que compõem o Comité Comunitário.

Activistas (HIV, Nutrição, Saúde para a 3ª idade) – composto geralmente de duas a seis pessoas, divulgam mensagens e informações sobre o HIV/SIDA, nutrição (como alimentar-se melhor, como tirar melhor proveito dos alimentos disponíveis) e Saúde para a 3ª idade (que cuidados os idosos devem tomar em certas situações como frio e calor por exemplo, o não uso abusivo e excessivo de bebidas alcoólicas e tabaco).

Contadores de histórias – composto geralmente por cinco pessoas, interagem directamente com crianças órfãs e vulneráveis nas escolas. Ensinam alguma habilidade como tecer cestos, construir panelas de barro, etc. e orientam sessões para as crianças saberem um pouco mais sobre os hábitos e costumes das suas comunidades.

Monitores – composto normalmente por duas pessoas, fazem o acompanhamento sistemático e verificam se as pessoas idosas vulneráveis têm acesso aos seis serviços básicos.

Comité de água e saneamento – comité criado para garantir a sustentabilidade das fontes de água construídas nas suas comunidades, ensina sobre o uso e conservação da água, mobilização para construção de latrinas melhoradas e a importância da sua utilização. Nem todos os Comités Comunitários de todas as 25 comunidades tem este subcomité, há comunidades específicas que criaram este subcomité devido a necessidade de constituir um grupo para manutenção das suas fontes de água e garantir a sua sustentabilidade. O papel da componente saneamento nesses casos é respondido por um outro subcomité seleccionado para o efeito.

Conselho de Protecção Social – composto normalmente por quatro pessoas e mais direccionado para a componente do subsídio de alimento, olha para as grandes questões ligadas a pessoa idosa, em especial pessoas idosas em situação de vulnerabilidade. Fazem a deliberação final das pessoas idosas que devem entrar para o programa de subsídio de alimento (PSA).

Paralegais – composto usualmente por cinco pessoas, identificam e auxiliam as lideranças locais e tribunais comunitários na resolução de conflitos. Como pessoas preparadas e com maior conhecimento sobre as leis em vigor no país, auxiliam a fazer enquadramento, dar esclarecimentos e encaminhar casos para os tribunais comunitários.