

Tema 5

AS INICIATIVAS GLOBAIS DE SAÚDE E OS ATORES E INSTITUIÇÕES NACIONAIS: O CASO DE ANGOLA

ISABEL MARIA RODRIGUES CRAVEIRO (ISABEL CRAVEIRO)
GILLES DUSSAULT

Instituto de Higiene e Medicina Tropical / Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística; Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Políticas e Planeamento dos Recursos Humanos para a Saúde e Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais. *E-mail*: isabelc@ihmt.unl.pt.

RESUMO

Neste artigo, discute-se o impacto das Iniciativas Globais de Saúde (IGSs) no Sistema de Saúde de Angola através da análise das perceções de atores-chave. Esta análise está integrada num estudo mais amplo, da responsabilidade de um consórcio com três países europeus (Portugal, Irlanda e Bélgica) e três países africanos (Angola, África do Sul e Moçambique).

Foram entrevistados informadores-chave: decisores políticos do Ministério da Saúde e representantes dos doadores e organizações não-governamentais. Foi ainda efetuada análise de documentos relevantes: política nacional de saúde, programas nacionais de malária, tuberculose e saúde materna e relatórios nacionais e internacionais. A recolha de dados em Angola decorreu entre abril e junho de 2009 e maio de 2011.

Os resultados refletem a complexidade da interação entre o sistema de saúde angolano e os atores-chave externos. Angola não é dependente de financiamento externo, existindo mais complementaridade entre os programas estratégicos nacionais e a prestação de serviços e de intervenções das IGSs, uma realidade diferente da que observamos noutros países africanos, como Moçambique.

SUMMARY

This paper discusses the effects of Global Health Initiatives (GHI) on the health care system of Angola as perceived by key actors. This analysis is part of a broader study conducted by a consortium of institutions from three European countries

(Belgium, Ireland, Portugal) and three countries from the Southern part of Africa (Angola, Mozambique, South-Africa).

Interviews were conducted with key-informants, e.g. policy and decision-makers from Ministries of Health, representatives of donor agencies and from NGOs. This was complemented with an analysis of relevant documents such as national policies, malaria, tuberculosis and maternal health programs and reports from national and international organizations. Data collection took place between April and June 2009 and in May 2011.

Results show the complexity of interactions between the Angola health care system and external actors working through GHI. The fact that Angola is little dependent on external aid facilitated more complementarity between national programs and policies and external interventions. This is significantly different from what has been observed in Mozambique, a country highly dependent on external aid

INTRODUÇÃO

As Iniciativas Globais de Saúde (IGSs) são novos mecanismos externos de ajuda ao desenvolvimento na área da saúde e surgiram como forma de conseguir fundos adicionais para combater doenças de alta prevalência, nos países de

baixa renda, como VIH-SIDA, tuberculose e malária, para expandir o acesso à vacinação e para o reforço dos sistemas de saúde (Brugha, 2005). Alguns exemplos de IGS são o *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), uma iniciativa que começou em 2003 e que foi renovada em 2009 (PEPFAR II) (Smith, 2007). Compõe-se de acordos bilaterais entre o governo dos Estados Unidos e um recipiente, que é tipicamente uma organização não-governamental (ONG) internacional ou o governo de um país recetor de ajuda. O *GAVI* (Aliança Global para Vacinas e Imunização), estabelecido em 2000, e o Fundo Global (*Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária*), criado em 2002, são parcerias público-privadas que angariam e distribuem fundos para tratamento de SIDA, tuberculose e malária e para imunização e vacinação (GAVI, 2009).

O Banco Mundial, o maior financiador na área de VIH/SIDA no sistema das Nações Unidas, também desenvolveu programas na área de VIH a partir de 1989. Em 1999, lançou a primeira fase da uma iniciativa de combate ao VIH/SIDA na África subsaariana - o MAP (*Multi-country AIDS Programme*), que acabou em 2006, quando arrancou uma segunda fase, chamada *Agenda for Action 2007-11* (World Bank, 2007). Essas IGSs pretendem também contribuir diretamente para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 4, 5, 6 e 8, ligados à saúde ⁶.

As IGSs estão presentes em todos os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPs), embora apresentando diversidade de situações em termos dos fundos atribuídos, do número de IGSs presentes e do número de anos de atividade: em Moçambique e Angola, estão presentes PEPFAR (desde 2004 e 2009, respetivamente), GAVI (desde 2001 e 2003), Fundo Global (desde 2004 e 2005) e

⁶ Objetivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM) 4: reduzir a mortalidade infantil; ODM 5: melhorar a saúde materna; ODM 6: combater o VIH, malária e outras

doenças; ODM 8: criar uma parceria global para o desenvolvimento.

Banco Mundial (MAP) (2003-2011 e 2004-2011); em Cabo Verde, estão o Fundo Global (desde 2010) e o Banco Mundial (MAP desde 2002); na Guiné-Bissau, estão o GAVI (desde 2004), o Fundo Global (desde 2004) e o Banco Mundial (MAP – 2004-2008); em São Tomé e Príncipe, estão o GAVI (desde 2001) e o Fundo Global (desde 2005).

Num contexto em que existe uma multiplicidade de IGSs, torna-se necessário estudar o impacto destes mecanismos externos de ajuda ao desenvolvimento na área da saúde e compreender o tipo de intervenções, bem como as respostas dos sistemas nacionais de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi efetuado um estudo com participação de um consórcio de vários países europeus e africanos (Moçambique – UEM; Angola – Universidade Agostinho Neto; África do Sul - UWC e UP; Bélgica – ITM; Portugal – IHMT; Irlanda - RCS Dublin)⁷, financiado pela União Europeia (INCO-DEV / 2007-2011). Os países do sul onde foram efetuados os estudos foram selecionados devido à dimensão das atividades das IGSs, nomeadamente

relacionadas com o VIH, tuberculose e malária, e à diversidade esperada entre as suas experiências. O principal objetivo era compreender o impacto das IGSs na arquitetura das parcerias para o desenvolvimento e nas funções de gestão dos sistemas de serviços de saúde ao nível nacional e distrital.

Foi efetuado um estudo qualitativo, com o método de revisão bibliográfica e a técnica de análise documental, nomeadamente dos seguintes documentos: política nacional de saúde, programas nacionais de malária, tuberculose e saúde materna, relatórios nacionais (ex.: diversas ONGs) e internacionais (ex.: relatórios de IGSs), publicados e não publicados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informadores-chave, principalmente decisores políticos do Ministério da Saúde nos diferentes níveis do sistema de saúde, representantes de doadores e organizações não-governamentais.

Os entrevistados foram selecionados tendo em conta a sua relevância para o tema em investigação, tendo-se utilizado a amostragem de “bola de neve”. A amostragem foi da responsabilidade de cada equipa do respetivo país, conforme a informação constante na Tabela 1.

Tabela 1
Características dos estudos de Angola, Moçambique e África do Sul.

	Angola	Moçambique	África do Sul
Período da recolha de dados	abril - junho 2009 maio 2010 junho - setembro 2011	março - setembro 2007 fevereiro – maio 2008 fevereiro – maio 2010	setembro 2008 outubro 2010
Língua usada na recolha de dados	Português	Português, Inglês	Inglês, Xhosa, Afrikaans, Zulu
Número e tipo de entrevistas	Nível Nacional: Ministério da Saúde (ministro, assessores do Ministério da Saúde / PAV-MINSA “programa de imunização”), representantes de doadores (UNICEF, ONUSIDA, EU, WHO) e ONGs 11 em 2009 1 em 2010 Nível provincial: Responsáveis provinciais do Ministério da Saúde de Angola	Nível nacional: 21 em 2008; Ministério da Saúde, representantes de doadores (WHO, UNAIDS, UNICEF, Irish Aid, PMI/CDC, World Bank, USAID, CDC, DFID) e ONGs (MONASO-network of national NGOs working on AIDS, Malaria Consortium, Health Alliance International) Nível provincial: 60 com as direções provinciais e distritais de saúde, gestores de RH,	Nível nacional: Representantes do Ministério da Saúde, SANAC, coordenadores de ONGs internacionais, coordenadores de agências de saúde internacionais 19 em 2008-2009 18 em 2010 Nível provincial: Governos provinciais e distritais, níveis de gestão sub-provincial (gestor geral, gestor de RH, gestor financeiro) N = 105 entre 2009 e 2010

⁷ Moçambique – Universidade Eduardo Mondlane (UEM); Angola – Universidade Agostinho Neto; África do Sul – University of Western Cape (UWC) e University of Pretoria (UP); Bélgica – Institute of

Tropical Medicine (ITM); Portugal – Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e Irlanda – Royal College of Surgeons (RCS).

	(MINSA), ONGs, gestores distritais, gestores de unidades de saúde 30 em 2011	ONGs, responsáveis de unidades e serviços de saúde em 2010	ONGs e unidades de saúde: representantes de ONGs, profissionais de saúde, gestores de unidades de saúde N = 144
Tipos de documentos analisados	Política nacional de saúde, programas nacionais de malária, tuberculose e saúde materna, relatórios nacionais e internacionais, e documentos não publicados	Documentos de política e planeamento dos programas nacionais e direção nacional de RH, plano nacional de saúde e documentos não publicados	Documentos de política e planeamento do departamento nacional de saúde, documentos não publicados, propostas das IGS, rascunhos das políticas
Métodos de análise (software usado)	Dados qualitativos: análise temática - análise de conteúdo	Dados qualitativos: análise temática - com Nvivo e análise de conteúdo	Dados qualitativos: análise temática - manualmente e usando Atlas.ti

Tabela elaborada com base no artigo: “Analysis of HRH strategies and policies in 5 countries in Sub-Saharan Africa, in response to increased demand, as an effect of GFATM and PEPFAR-funded HIV-activities” (em impressão).

RESULTADOS

Neste artigo, apresentamos os resultados da investigação relativos ao caso de Angola. Angola não é dependente da ajuda externa, o que facilitou a existência de mais complementaridades entre a intervenção das IGSs, os programas estratégicos nacionais e a prestação de cuidados de saúde – uma realidade diferente da que se observa noutros países africanos, nomeadamente em Moçambique, onde a ajuda externa ronda 73% (WHO, 2008). Em ambos os países, os resultados refletem a complexidade das interações entre o sistema de saúde e os atores-chave externos, obviamente contextualizadas com especificidades sociais, económicas e políticas.

Angola é um país que saiu de uma guerra civil apenas em 2002, facto que deixou marcas em termos de desorganização do sistema de saúde e debilidades em termos das suas infraestruturas. O país recebeu ajuda externa de apoio a uma situação de emergência durante o período do conflito armado, o que já não se verifica. Esta mudança contribuiu também para que o governo assumisse um papel mais proactivo e de liderança no relacionamento com os doadores. O surgimento das IGSs no país foi visto como uma oportunidade para fortalecer a capacidade nacional em termos de liderança no processo de definição de políticas e de prosseguir o planeamento estratégico no setor da saúde.

Genericamente, os respondentes consideraram que a ajuda externa pode ser usada como uma oportunidade para melhorar a qualidade do planeamento:

“Se balancearmos no que o governo está a injetar, a nossa contribuição é apenas uma gota de água no oceano. Mas é uma gota de qualidade - porque deve-se utilizar essa experiência de modo que o próprio governo possa fazer uma melhor utilização dos seus recursos em termos de planificação e em termos de integração, e isso é o que vai garantir a sustentabilidade” (Representante de doador).

Porém, continuam a ser relatadas dificuldades em termos de alinhamento e integração. De acordo com os representantes do governo e de ONGs, existe competição entre os diferentes doadores, com implicações em termos de enfraquecimento do MINSA e, em última análise, contribuindo para o fracasso de projetos. Os doadores reconhecem que existem melhorias em termos de coordenação e integração das atividades, reconhecendo a necessidade de trabalharem de forma mais integrada e harmonizada.

A nossa colheita de informação aponta para a existência de mais efeitos positivos do que negativos das IGSs. Do ponto de vista negativo, a natureza de curto prazo das iniciativas coloca o problema da sustentabilidade dos seus efeitos, sendo eventualmente limitado o seu impacto em termos de desenvolvimento.

A escassez de recursos humanos em saúde é entendida como sendo um dos maiores problemas em Angola. O número de médicos mais do que triplicou, de 849, em 2005, para 2956, em 2010. Segundo dados do MINSA (Connor *et al.*, 2010) o número de médicos em 2007 e 2008 era 1525 e 1899, respetivamente, com crescimento constante e acentuado desde 2005. O número de enfermeiros também aumentou desde 2005, de 16037 (Connor

et al., 2005) para 29592. No entanto, este crescimento rápido é provavelmente devido a diferenças nas classificações de enfermagem incluídas nas estatísticas de 2005 e 2009; o número de enfermeiros não mudou significativamente desde 2007: 28848 em 2007 e 29605 em 2008 (Connor *et al.*, 2010).

Não há dados disponíveis sobre o número de técnicos, em 2005. O rácio dos trabalhadores do setor público de saúde em Angola por 1000 habitantes está perto da estimativa da Organização Mundial da Saúde, de 2,28 profissionais de saúde por 1000, necessários para garantir a prestação de serviços básicos (WHO, 2006). Porém, o país enfrenta um sério problema em termos da sua distribuição, com fortes variações de profissionais de saúde por mil habitantes nas províncias.

No que diz respeito aos recursos humanos em saúde, de acordo com os representantes do MINSA, as IGSs contribuíram, num primeiro momento, para enfraquecer os serviços de saúde na medida em que recrutaram os técnicos mais qualificados que trabalhavam no sistema nacional de saúde. No entanto, assinalam uma das maiores vantagens das IGSs, que foi a transferência de conhecimento técnico e de gestão, com impacto significativo em termos dos recursos humanos em saúde.

Relativamente ao sistema de informação e monitorização, as IGSs contribuíram para a emergência de “sistemas de informação paralelos”, tendo sido esta a forma de contornar as fragilidades do sistema de informação em saúde do país.

“(...) por vezes essas iniciativas pecam porque tem sistemas paralelos de informação. (...) então se o próprio sistema de informação a nível do país não responde, eles têm que criar mecanismos para ir buscar essa informação, por vezes há um atropelo, por vezes potencializam, mas as vezes fragiliza, é uma dicotomia” (Representante de Doador).

Este panorama veio contribuir para aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde, que se viram obrigados a recolher diferentes tipos de dados e de indicadores. Poder-se-á indicar esta como uma oportunidade perdida pelas IGSs para fortalecimento do sistema nacional de informação em saúde, uma das áreas que, reconhecidamente, necessita ser fortalecida.

Quanto à cobertura dos serviços de saúde, os nossos resultados apontam para diferenças de opiniões entre governo, doadores e representantes de ONGs, sendo que o discurso do primeiro é bastante mais pessimista do que os dos outros. Segundo o Ministério da Saúde, o aumento de cobertura dos serviços de saúde ainda não atingiu o

nível esperado. A harmonização entre as diferentes IGSs e as atividades do governo angolano ainda necessita intensificar-se, com um objetivo comum de alcançar a sustentabilidade das diversas intervenções que apoiam.

De uma forma geral, a nível provincial, os gestores dos serviços de saúde revelaram enorme falta de conhecimento sobre as Iniciativas Globais de Saúde.

“Porque eu não tenho a realidade sobre esse programa. Eu não sei o que é o Fundo Global; mas temos trabalhado juntamente com o programa de malária” (Gestor – província B2).

Também existe perceção acerca de impactos positivos dos fundos externos a nível local, sentidos nomeadamente através da melhoria das infraestruturas no setor público e do sistema de abastecimento de medicamentos nas unidades de saúde municipais e distritais, bem como num aumento em termos das oportunidades de formação.

“Em termos de malária, tuberculose e VIH, houve impacto, porque os programas foram instalados nas províncias, não nos hospitais, mas eles forneceram medicamentos anti-maláricos sem quaisquer custos, e terapias combinadas. Os medicamentos são enviados através dos programas, nós não temos. Os kits vêm dos programas” (Profissional - unidade de saúde, província B1).

A questão dos recursos humanos em saúde (RHS) é um tema central nas duas províncias estudadas. Em ambas existe um cenário de escassez de RHS, que é explicado, por um lado, pelas leis do mercado e, por outro, pela falta de incentivos de atração e retenção de profissionais de saúde para áreas remotas em Angola. Em ambas as províncias, os movimentos de RHS verificam-se dos municípios para a capital das províncias e das zonas rurais para as zonas urbanas.

Um dos objetivos do processo de municipalização é a de mudança da situação do setor público de saúde nos municípios, nomeadamente devido à autonomia das direções municipais de saúde, que lhes permite contratar diretamente profissionais de saúde, bem como pôr em prática os incentivos mais adequados para retenção dos mesmos a nível municipal.

Em suma, o impacto das IGSs a nível provincial fez-se sentir sobretudo a dois níveis: 1) no tipo e número de formações disponibilizados nas províncias, sendo que os profissionais de saúde na área do VIH e/ou outras doenças com programas específicos beneficiaram de formação direcionada para as respetivas áreas; 2) na capacitação

institucional, através da melhoria das competências dos profissionais de saúde e, indiretamente, contribuindo para aumento da qualidade dos serviços e cuidados de saúde (Craveiro *et al.*, 2011).

DISCUSSÃO

Os nossos resultados são, em certa medida, coincidentes com uma vasta literatura internacional (Biesma *et al.*, 2009; Biesma *et al.*, 2012; Brugha *et al.*, 2004; Brugha *et al.*, 2005; Brugha *et al.*, 2010; Global Health Initiatives Network, 2010; Shakow, 2006), segundo a qual existe uma miríade de efeitos das IGSs nos países recetores, nomeadamente na África subsaariana. Os impactos reportados são positivos, por exemplo, quando permitiram *scale-up* na prestação de serviços na área do VIH/SIDA, uma participação crescente dos diferentes atores-chave e a canalização de fundos para atores-chave não-governamentais, sobretudo ONGs e instituições religiosas. Também houve impactos negativos, incluindo distorções nas políticas nacionais dos países recetores, nomeadamente por impedirem os governos de empreender esforços de coordenação, que permitiriam um reforço dos sistemas de saúde, por fomentarem uma re-verticalização dos sistemas de avaliação, planeamento, monitorização e gestão.

Quando analisamos o impacto das IGSs, é essencial perceber o nível de “dependência” da ajuda externa dos países recetores. Quando comparamos países com níveis de dependência distintos, esta variável joga um papel importante, nomeadamente em termos da capacidade de negociação dos países recetores com atores-chave externos no que diz respeito, por exemplo, às formas de canalização dos fundos e ao nível de integração da prestação de serviços para doenças específicas apoiadas pelas IGSs, como VIH/SIDA, tuberculose ou malária.

Contrariamente ao que sucede com Angola, Moçambique tem sido um país altamente dependente de ajuda externa, o que tem contribuído, como fator limitativo, para assumir liderança em termos de agenda do setor da saúde. A ajuda proveniente das IGS, e também de outros parceiros, frequentemente não está alinhada com as prioridades e programas nacionais, sendo uma perspetiva centrada no apoio a doenças específicas e não num reforço do sistema de saúde. Assim, são assinalados impactos negativos das IGSs no sistema de saúde moçambicano, nomeadamente quando atraíram técnicos qualificados que

trabalhavam no setor público (Chilundo *et al.*, 2011).

Em Moçambique, o governo e os seus parceiros têm acionado mecanismos e procedimentos no sentido de tornar a ajuda mais efetiva. Existem vários exemplos: a aprovação de declarações e acordos internacionais e nacionais, que incluem a Declaração de Paris de 2005 sobre a Eficácia da Ajuda, os compactos nacionais e internacionais de parceria de saúde de 2007/8; a coordenação e estruturas de financiamento, incluindo os Quadros de Avaliação de Desempenho, o Ministério da Saúde e os parceiros externos (doadores), que concordaram, em abril de 2001, em estabelecer um grupo de trabalho conjunto da SWAP (GT-SWAP). Todas estas iniciativas reconhecem a necessidade de liderança do país no processo de desenvolvimento de saúde, expressa, por exemplo, nos programas, planos e políticas de *scale-up* (op. cit).

Os efeitos da verticalização dos programas financiados pelas IGSs sentiram-se através da criação de sistemas de informação e monitorização “paralelos”, sendo considerado uma oportunidade perdida destes financiamentos contribuírem para o fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais. Contrariamente, nos países em que existe um esforço de integração da prestação dos serviços de doenças específicas apoiadas pelos fundos das IGSs, tal corresponde a um esforço no sentido de fortalecer a capacidade de prestação de serviços dos sistemas de saúde, nomeadamente quando permite reforço em termos de recursos humanos, que são utilizados não apenas para dar resposta a programas específicos, mas estão integrados no sistema de prestação de serviços público.

O investimento em formação de recursos humanos em saúde é considerado crucial para o sucesso do apoio proveniente das IGSs. Também é importante a simplificação dos procedimentos administrativos e de comunicações dos múltiplos parceiros de ajuda externa, com o objetivo de aliviar a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde.

Ainda há algumas questões a necessitarem de mais investigação, como sejam os aspetos relacionados com a sustentabilidade de longo prazo dos programas, nomeadamente de VIH/SIDA, financiados pelas IGSs, e a realização de mais estudos acerca do impacto dos programas financiados pelas IGSs nas populações mais vulneráveis.

Por fim, existe necessidade de um grande esforço na melhoria da qualidade dos indicadores disponíveis nos países recetores e da capacidade de

monitorização, para permitir uma análise mais aprofundada dos impactos dos financiamentos provenientes das IGSs e para superar as limitações da análise *ex-post* dos efeitos das mesmas, como, por exemplo, a falta de memória institucional devida à fraqueza em termos de monitorização e à rotatividade do pessoal das IGSs e, por vezes, das instituições governamentais.

BIBLIOGRAFIA

BIESMA, R., BRUGHA, R., HARMER, A., WALSH, A., SPICER, N. & WALT, G. (2009) – “The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control”. *Health Policy Plan.*, 24: 239-252

BIESMA, R., MAKOAB, E., MPEMIB, R., TSEKOAB, L., ODONKORB, P., BRUGHA, R. (2012) – “The implementation of a global fund grant in Lesotho: Applying a framework on knowledge absorptive capacity”. *Soc. Sci. Med.*, 74: 381–389.

BRUGHA, R., DONOGHUE, M., STARLING, M., NDUBANI, P., SSENGOOBA, F., FERNANDES, B., WALT, G. (2004) – “The Global Fund: Managing Great Expectations”. *Lancet*, 364: 95-100.

BRUGHA, R., CLIFF, J., DONOGHUE, M., FERNANDES, B., NHATAVE, I., SSENGOOBA, F., PARIYO, G. & NDUBANI, P. (2005) - *Global Fund Tracking Study: A Cross-country Comparative Analysis*. LSHTM, Londres.

BRUGHA, R., KADZANDIRA, J., SIMBAYA, J., DICKER, P., MWAPASA, V. & WALSH, A. (2010) – “Health workforce responses to global health initiatives funding: a comparison of Malawi and Zambia”. *Human Res. Health*, 8: 19.

CHILUNDO, B., PALHA DE SOUSA, C., MBOFANA, F., CLIFF, J., BIESMA, R., GUJRAL, L., FERNANDES, B., JETHÁ, E., DGEDGE, M., MANJATE, R. M. & MADEDE, T. (2011) – “Aid implications from selected Global Health Initiatives on Mozambique health system: Report of semi-structured interviews with key informants and decision makers”. Relatório final do projeto “GHI in Africa” (EU-INCO DEV Program, INCO-CT-2006-032371).

AGRADECIMENTOS

Financiamento de EU-INCO DEV Program (INCO-CT-2006-032371).

CONFLITOS DE INTERESSES

Nenhum

CONNOR, C., RAJKOTIA, Y., LIN, Y. & FIGUEIREDO, P. (2005) – “Angola Health System Assessment”. The Partners for Health Reformplus Project, Abt. Associates, Bethesda / MD.

CONNOR, C., DAVERBUG, D. & MIRALLES, M. (2010) – “Angola Health System Assessment” Health Systems 20/20, Abt Associates, Bethesda / MD.

CRAVEIRO, I., DUSSAULT, G. & VICENTE, N. (2011) – “Semi-structured interviews with key informants at sub national level”. Relatório final do projeto “GHI in Africa” (EU-INCO DEV Program, INCO-CT-2006-032371).

GAVI (2009) - *Health Systems Strengthening Support Evaluation: Key Findings and Recommendations*. HSLP, London.

GHIN (Global Health Initiatives Network) (2010) – “Understanding the effects of global health initiatives on health systems strengthening”. [online]. <http://www.ghinet.org/downloads/HSS.pdf>

SHAKOW, A. (2006) - *Global Fund and World Bank HIV/AIDS Program: Comparative Advantage Study*. Global Fund, SL (pp.1-69).

SMITH, H. L. (2007) - *PEPFAR Implementation: Progress and Promise*. National Academy of Sciences, SL.

WORLD BANK (2007) – “The Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa (MAP)”. [online]. <http://web.worldbank.org/>.

WHO (World Health Organization) (2006) – “Country Health System Fact Sheet 2006”. [online]. <http://www.who.int/whosis/en/>.

WHO (World Health Organization) (2008) - *Stock taking Report for Mozambique*. International Health Partnership and related initiatives (IHP+). Harmonization for Health in Africa (HHA). Inter-Regional Country Health Sector Teams’ Meeting. Lusaka, Zambia.