



CSC, Lda
Cooperativa de Serviços e Consultoria

Relatório de Monitoria e Avaliação do Projecto

“Prevenção da Malária entre Mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos”

Distrito de Meluco – Cabo Delgado



Ferraz Fai Sufo
Dionisio Agostinho
Novembro de 2017

Índice

Acrónimos.....	3
Sumário executivo:	4
1.-Contexto do projecto:	6
1.1-Objectivos.....	6
1.2.-Custo:.....	7
1.3.-Área de cobertura:	7
1.4.-Beneficiários:.....	7
3.- Ligação do projecto com os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social:.....	11
4.- Envolvimento das comunidades nas actividades do projecto:.....	12
5.- Criação de capacidades locais:	12
6.-Funcionamento e sustentabilidades dos nucleos de saúde:	14
6.1.- Funcionamento.....	14
6.2.- Sustentabilidade	15
7.- Gestão do projecto	16
8.- Recomendações	17

Acrónimos

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APEs	Agentes Polivalentes Elementares de Saúde
GD	Governo do Distrito
MdE	Memorando de Entendimento
MT	Matronas Tradicionais
PC	Protocolos de Colaboração
PQG	Plano Quinquenal do Governo
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
US	Unidade Sanitária

Sumário executivo:

O projecto de prevenção da Malária entre mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos, implementado pela KULIMA, com um co-financiamentos da PROBITAS, Fontilles e a própria KULIMA no distrito de Meluco, está alinhado com as políticas nacionais e com a estratégia do sector de saúde no combate a Malária, uma das grandes causas de morte em Moçambique no geral.

O referido projecto, foi implementado no periodo de Julho de 2016 a Junho de 2017, e representou uma acção iniciada em 2011, onde Fontilles e KULIMA, começaram a trabalhar em 4 aldeias do distrito de Meluco, num projeto piloto de combate à Cólera, Malária e Lepra. O projecto tem 5 resultados esperados (i) Criada uma rede de promotores de saúde e matronas para combater a Malária e fomentar os partos seguros (ii) Informada e sensibilizada a população das aldeias beneficiadas para combater a Malária (iii) Criados os núcleos de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da Malária e o pleno funcionamento nas aldeias beneficiárias (iv) Completado o tratamento preventivo da Malária em mulheres grávidas com factores de risco (v) Completada a cobertura com redes mosquiteiras tratadas com insecticidas nas casas das mulheres grávidas e ou crianças menores de 5 anos . O custo total do projecto foi de 55.392 EU, dos quais 35.000 EU financiados pela PROBITAS; 10.392 EU pela Fontilles e 10.000 EU pela Kulima.

Realizações do Projecto:

1.-As comunidades abrangidas pelo projecto (Incucutuco, Incoripo, Kuero e Mingonha) mantém um sistema de vigilância epidemiológica de Malária e também o acompanhamento de mulheres grávidas pelas Matronas Tradicionais (MT), embora actualmente, findo o projecto, estas acções mostram algum decrescimo. Apesar disso, globalmente considera-se positivo, o principal desafio continua a ser o de segurar a contunuidade das actividades do projecto, para que o sistema criado seja mais funcional e contribua para a prevenção e combate da Malária e estimule ainda mais os partos institucionais;

2.-As actividades de sensibilização das comunidades beneficiárias levada acabo pelo projecto, permitiram aumentar o nivel de conhecimento sobre os métodos de prevenção e combate da Malária, tendo contribuido para a redução dos casos desta doença e consequentemente do número de óbitos causados pela mesma. Portanto, mudou significadamente as atitudes e comportamentos das pessoas. O desafio, como se disse, é como manter esta mudança para que perdure no tempo, mesmo sem o projecto;

3.-Foram criados núcleos de saúde nas comunidades como umas das estratégia do sistema de vigilância estabelecido, constituindo um valor acrescentado na prevenção e combate da Malária e não só, do acompanhamento das mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos. Todavia, estes núcleos não estão em pleno funcionamento, o que reduz de alguma foma a acção preventiva da Malária, concorrendo para um fraco alcance dos resultados. Portanto, o desafio é capitalizar o

funcionamento deste núcleos, assegurar a provisão de kit de medicamento nos mesmos e obviamente a sua conclusão no que tange a sua construção, incluindo a seu apetrechamento;

4.-Na vigência do projecto, foram distribuídas 1.500 redes mosquiteiras tratadas com insecticidas para mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos, incluindo alguns idosos. Sem dúvidas que esta medida também contribui muito para a prevenção da Malária neste grupo considerado de risco.

Gestão do projecto:

O projecto tinha uma estrutura coesa, com uma coordenação ao nível Provincial, e uma equipa de implementação ao nível local (distrital), composta por um supervisor apoiado por 12 Activistas Comunitários de Saúde (ACS) e 10 Matronas Tradicionais (MT). A equipa de implementação era responsável pela gestão das actividades do projecto no seu dia-a-dia e articulação com as autoridades locais e comunitárias sobre aspectos meramente operacionais, reservando os estratégicos, à coordenação do projecto. A coordenação acompanhou sempre os progressos do projecto através de visitas de monitoria e encontros de coordenação com os parceiros locais (Governo do Distrito e comunidades).

Em termos de eficiência de gestão, pode-se dizer que esta equipa conseguiu usar os recursos para o alcance dos resultados, mas podia ter feito um pouco mais se a sua gestão, principalmente da equipa de implementação, fosse muito criteriosa. Exemplo disso é a não total conclusão dos núcleos de saúde ora construídos, a não formalização da entrega dos referidos núcleos aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), entre outros factores.

Recomendações:

Olhando para a funcionalidade e sustentabilidade dos núcleos de saúde construídos pelo projecto, é urgente que a KULIMA formalize a entrega destes aos parceiros do projecto (Governo do Distrito e comunidades), ao mesmo tempo que comunica oficialmente o termo do projecto aos mesmos. Isto irá ajudar a apropriação não só das infra-estruturas por parte dos parceiros, como também das actividades do projecto, mantendo a sua continuidade.

1.-Contexto do projecto:

Os cuidados de saúde em Moçambique de uma forma geral, e na Província de Cabo Delgado em particular, constituem o grande desafio do Governo no sentido de garantir o bem-estar das populações, sendo este um dos fins do Estado Moçambicano. Por esta razão, o Plano Quinquenal do Governo – PQG, 2015 – 2019, no Objectivo Estratégico II, fala da necessidade da expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, reduzir a mortalidade materna, a morbimortalidade por desnutrição crónica, malária, tuberculose, HIV, doenças não transmissíveis e doenças preveníveis. Por conseguinte, indica entre outras, acções prioritárias como sendo:

- ❖ A expansão da cobertura dos serviços de saúde materna para aumentar os partos institucionais; e
- ❖ expandir os serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e combate à Malária.

O projecto de prevenção da Malária entre mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos, implementado pela KULIMA, com um co-financiamentos da PROBITAS, Fontilles e a própria KULIMA no distrito de Meluco, nas comunidades de Incucutuco, Incoripo, Kuero e Mingonha, no período de Julho de 2016 a Junho de 2017, representa uma acção iniciada em 2011, onde Fontilles e KULIMA, começaram a trabalhar em 4 aldeias deste distrito, num projeto piloto de combate à cólera, malária e lepra, respectivamente.

A rede sanitária do distrito é constituída por 5 centros de saúde distribuídos nas sedes dos postos administrativos de Meluco-sede, Posto Administrativo de Muaguide e as localidades de Minhanha, Imbada e Ravia. As doenças de notificação obrigatória mais frequentes no distrito são: Malária, diarreia e DTS/SIDA, sendo a Malária a doença que apresenta maior número de casos e a 1ª causa de morte¹. Ao nível da Província, em termos de incidência da Malária, o distrito de Meluco está com uma percentagem de 37.9%, sendo por isso considerado um dos distritos mais vulneráveis a esta doença.²

1.1.-Objectivos

O projecto, objecto deste relatório de monitoria e avaliação, estabeleceu os seguintes objectivos:

I. Geral:

- ❖ Redução da mortalidade e morbidade, causadas por Malária nas aldeias de Incucutuco, Incoripo, Kuero e Mingonha.

II. Expecifico:

- a) Criar um sistema comunitário de vigilância epidemiológica integrado nas estruturas locais de saúde para a luta contra a Malária.; e
- b) Aumentar o acesso ao diagnóstico, tratamento e prevenção da Malária em mulheres grávidas e crianças com menos de cinco anos de idade.

¹ Fonte: Plano Estratégico (PE) do distrito de Meluco

² Fonte: Balanço do Plano Económico e Social d Província-2016

1.2.-Custo:

O projecto de prevenção da Malária entre mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos, implementado pela KULIMA, tinha um orçamento total de 55.392 EU, assim distribuidos:

- ❖ PROBITAS 35.000 EU
- ❖ Fontilles 10.392 EU
- ❖ KULIMA 10.000 EU

O valor acima indicado, representou no periodo, **3.024.510,63** Meticais. Deste valor, foi gasto ao longo do projecto, 3.026.318,47 Meticais, representando uma execução na ordem de 100.06% aproximadamente.

1.3.-Área de cobertura:

O projecto foi implementado na Província de Cabo Delgado (norte de Moçambique), em 4 comunidades do distrito de Meluco, caracterizado por ser um dos mais extensos da Província com uma área de 5.799 Km² e menos habitado com uma população de cerca de 24.637 habitantes e com uma densidade populacional de 4 habitantes por Km², segundo o censo de 1997. Geograficamente o distrito de Meluco situa-se na zona centro da Província de Cabo-Delgado, distando 215 Km da Capital da Província a cidade de Pemba e faz limites com os seguintes distritos:

Ao Norte com os distritos de Mueda e Muidumbe, ao Sul com Ancuabe e Montepuez, ao Leste com Quissanga e Nordeste com o Distrito de Macomia.



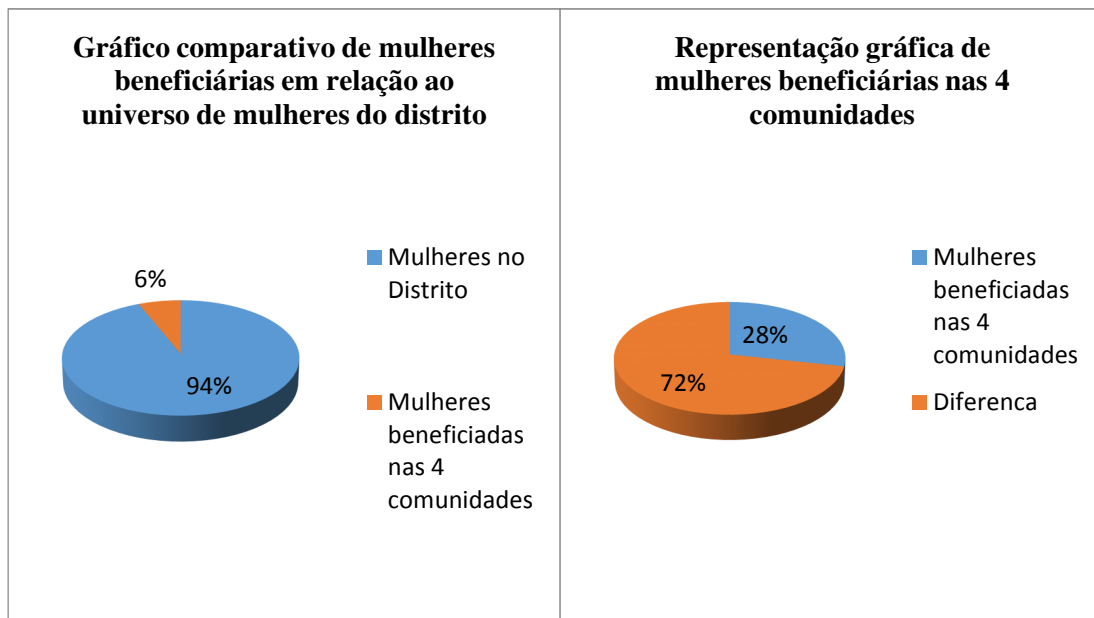
1.4.-Beneficiários:

O documento do projecto, indica como beneficiários directos um total de 2.429 pessoas, destes 1.070 mulheres e 1.355 crianças menores de 5 anos. Em termos de beneficiários indirectos, o mesmo documento aponta para 4.565 pessoas, sendo 890 mulheres e 2.344 crianças menores de 5 anos.

A tabela abaixo, mostra os dados actualizados da população nas 4 comunidades beneficiárias do projecto.

Dados actualizados da população nas 4 comunidades beneficiárias do projecto				
Nr.	Aldeia/Bairro	Nr. Homens	Nr. de Mulheres	Nr.Total
1	Incucutuco	1,157	1281	2,438
2	Incoripo	685	782	1,467
3	Kuero	965	937	1,902
4	Mingonha	259	769	1,028
		3,066	3769	6,835

Representação gráfica de número de mulheres beneficiárias do do projecto nas 4 comunidade seleccionadas e no distrito em geral.



Resultados esperados conforme o documento do projecto	Resultados alcançados	Comentários
R1: Criada uma rede de promotores de saúde e matronas para combater a Malária e fomentar os partos seguros.	Identificados e treinados 12 activistas de saúde dos 20 previstos, sendo 6 homens e 6 mulheres, representando um alcance de 60% e 10 matronas das 10 previstas, o correspondente a 100%.	De acordo com o relatório final do projecto, o número de activista de saúde que chegou ao fim do projecto é de 5, sendo 3 homens e 2 mulheres, o que corresponde a 42%. Nota de realce é o facto de que nenhum activista de saúde da aldeia Mingonha chegou ao fim do projecto, a pesas desta aldeia ser a única das 4 que mostra ações de sustentabilidades das actividades do projecto.
R2: Informada e sensibilizada a população das aldeias beneficiadas para combater a Malária	2.500 pessoas entre adultos, adolescentes e crianças, correspondente a 37%, do universo da população das 4 comunidades beneficiárias foi abrangida por campanhas de prevenção da Malária e partos institucionais.	As campanhas foram levadas a cabo através de peças teatrais, palestras e distribuição de panfletos/folhetos com mensagens sobre métodos de prevenção da Malária.
R3: Criados os núcleos de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da Malária e o pleno funcionamento nas aldeias beneficiárias	4 Núcleos de saúde criados e apetrechados em igual número de comunidades beneficiárias.	Para a criação dos núcleos de saúde, foram assinados 4 protocolos de colaboração, um para cada comunidade beneficiária. Porém, quase todos não estão ainda completamente concluídos e apenas um (Mingonha) está em funcionamento. Em relação ao apetrechamento, a missão de monitoria e avaliação encontrou em cada um dos núcleos, uma mesa plástica com 4 cadeiras e um kit de primeiros socorros. Além disso, estes núcleos ainda não foram formalmente entregues, à luz do Memorando de Entendimento entre a KULIMA e os SDSMAS. Não foi possível aferir o número de mulheres grávidas atendidas em consultas pré-natais, como também o número de mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos atendidos, tratados e ou diagnosticados, por não funcionamento pleno dos núcleos de saúde, incluindo a falta o registo dos utentes e não só, a falta de estrapulação de dados em relação a proveniência dos utentes ao nível da US

		sede de Meluco. Mais ainda, a missão de monitoria e avaliação, não encontrou nenhum estudo anual de base comunitária sobre a Malária, como previsto no documento do projecto.
R4: Completado o tratamento preventivo da Malária em mulheres grávidas com factores de risco		Não foi possível aferir o nível de alcance deste resultado, por falta de informação e também a falta do estudo anual de base comunitária sobre a Malária, como se disse.
R5: Completada a cobertura com redes mosquiteiras tratadas com insecticida nas casas das mulheres grávidas e ou crianças menores de 5 anos.	1.500 redes mosquiteiras tratadas com insecticida distribuídas para mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos.	As 4 comunidades beneficiárias do projecto recolheram o projecto pela distribuição de redes mosquiteiras que contribuiu significativamente para a prevenção da Malária. Todavia, a missão de monitoria e avaliação, não conseguiu aferir o número exacto de redes mosquiteiras distribuídas, devido a disparidade de dados, como indica a tabela abaixo.

Dados comparativos sobre a distribuição de Redes mosquiteiras

Fonte: Relatório Final do Projecto			
Comunidade	Mulheres	Crianças	Idosos
Kuero	65	150	45
Ncoripo	115	135	0
Incucutuco	200	150	0
Míngonha	90	98	12
Samora Machel*	105	65	0
Outros	400	0	0
Total	975	598	57
TOTAL GERAL	1,630		

Fonte: Listas de distribuição de Redes			
Comunidade	Mulheres	Crianças	Idosos
Kuero	41	98	0
Ncoripo	45	126	0
Incucutuco	29	126	0
Míngonha	19	79	8
Outros	0	0	0
Total	134	429	8
TOTAL GERAL	571		

*Aldeia não beneficiária no quadro do projecto, mas constante no gráfico sobre a distribuição de redes, pag. 20 do relatório final do projecto

3.- Ligação do projecto com os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social:

No quadro da implementação do projecto, foi assinado um Memorando de Entendimento (Mde) entre a KULIMA e os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), como forma de estabelecer um acordo formal entre as partes, visando o desenvolvimento de acções conjuntas de prevenção e combate a Malária. Referira-se que a luz deste documento, cada uma das partes tinha responsabilidades específicas. A missão de monitoria e avaliação do projecto, em contacto com as partes signatárias do documento em referência, constatou sim ter havido cumprimento das obrigações das partes, no que tange a assistência técnica, organização e gestão da actividades, incluindo a disseminação e divulgação de informação. Porém, alguns aspectos de natureza conceptual e definição de critérios de elegibilidade das comunidades beneficiárias, não foram partilhadas, o que levanta dúvidas da parte do Governo do Distrito (GD), sobre como estas comunidades foram seleccionadas ou seja, qual foi a base da escolha das comunidades beneficiárias do projecto. Aliás, o GD, através dos SDSMAS diz mesmo que se tivesse sido consultado sobre a elegibilidades das comunidades a beneficiarem do projecto, teria sugerido ou indicado outras, ainda que não fossem todas diferente, olhando primeiro, pela taxa de incidência da Malária ao nível de cada comunidade do distrito e, em segundo lugar, a distância entre estas comunidades com as Unidades Sanitárias (US) periféricas. Portanto, ficou claro que o Governo do Distrito não ficou bastante informado/envolvido logo no inicio sobre a área geografica de actuação do projecto. Mas ainda assim, este preferiu aceitar o projecto, porque na sua visão, iria de alguma forma contribuir para a redução da Malária no distrito, que constitui também sua prioridade, tendo em conta que Meluco, é um dos distritos com elevada taxa de incidência ao nível da Provincia. Aliás, neste distrito, a Malária e a primeira causa de morte.

Para além da questão da elegibilidade das comunidades beneficiárias, os SDSMAS ressaltaram a falta de articulação na distribuição das redes mosquiteiras e de enxovais para as parturientes. O entendimento do sector é que o mecanismo de distribuição adoptado pela KULIMA, coloca em causa as politicas estabelecidas pelo sector sobre por exemplo, os estímulos que tendem a aumentar os partos institucionais. Só para dar alguns exemplos, a KULIMA distribuía os enxovais ás parturientes fora das US, exepctuando os primeiros 4 que foram oferecidos dentro da US da vila -sede. Mais do que isso, este mecanismo não coordenado com os SDSMAS, começou a gerar um clima de desconforto por parte das outras parturiente vindas das outras comunidades, ao verem a vizinha da cama ao lado, dentro da US a receber um enxoval e ela não. Isto começou a ser vistopelo sector como factor que poderá eventualmente desmotivar as mulheres das outras comunidades em se dirigir às US para efeitos de parto, achando a medida discriminatória. O mesmo aconteceu em relação as redes mosquiteiras que a sua distribuição também não foi criteriosa, havendo por isso casos de duplicidade na sua recepção. Ou seja, uma mulher (das comunidades beneficiárias), chegava a receber duas ou treê vezes, sendo uma ou duas pelo projecto (no inicio e nas consultas pré-natais) e a terceira na distribuição geral feita pelos SDSMAS que abrange todos agregados familiares. O Governo do Distrito entende que se tivesse havido coordenação e planificação conjunta, teria se maximizado os recursos (redes mosquiteiras

e enxovais), e teria seguido a política do sector, distribuindo por exemplo os enxovais dentro das US e para todas parturientes, por formas a estimular os partos institucionais ao nível do distrito e não apenas naquelas comunidades onde o projecto desenvolveu as suas actividades.

4.- Envolvimento das comunidades nas actividades do projecto:

À semelhança do que foi feito com os SDSMAS, a KULIMA assinou com as comunidades beneficiárias do projecto (Kuero, Ncutuoco, Incoripo e Mingonha), um Protocolo de Colaboração (PC) no âmbito da implementação do projecto, com o intuito de buscar maior engajamento destas comunidades nas actividades do projecto. De notar que foram subscritores destes protocolos, para além das partes acima indicadas, os SDSMAS, como entidade responsável da área ao nível do distrito e na visão de sustentabilidade. Aqui, a missão de monitoria e avaliação do projecto notou ter havido envolvimento das comunidades locais em geral e muito particularmente das suas lideranças que muito se engajaram na mobilização dos membros da comunidade para apoiar de forma voluntária os esforços do projecto.

Para as comunidades locais, o projecto foi visto desde logo como um grande ganho, a avaliar pelas várias dificuldades em termos de atendimento em tempo útil nas US sobre por exemplo, o tratamento da Malária e não só, mas também o acompanhamento e aconselhamento das mulheres grávidas. Entretanto, esta força de vontade destas comunidades em se envolverem nas actividades do projecto, conheceu algum decréscimo na fase terminal do projecto devido a má colaboração/coordenação com a equipa de gestão local (de Meluco), que enveredou por uma conduta pouco digna, o que culminou com a rotura do relacionamento com as autoridades comunitárias (líderes comunitários), incluindo matronas e de mais membros da comunidade. Foi notório aqui, o desgaste quase que total da imagem do supervisor do projecto, incluindo alguns activistas. Aliás, as comunidades de forma unânime disseram que se houvesse continuidade do projecto, iriam pedir o afastamento completo da equipa acima referida, para permitir que o projecto alcance os objectivos e resultados pre-definidos. Razões específicas desta rotura, serão melhor afluídos no ponto 7 (gestão do projecto).

5.- Criação de capacidades locais:

Uma das actividades previstas no documento do projecto, está relacionada com a criação da capacidade técnica ao nível local, através de selecção e treinamento de activistas comunitários de saúde (20) previsão, documento de projecto, contratos (12) e matronas tradicionais (10) para assegurar um melhor desempenho do projecto e não só, mas também com os olhos postos na sustentabilidade, pós projecto. Por isso, e de forma estratégica, este pessoal foi recrutado e treinado localmente.

O relatório final do projecto, indica terem sido realizadas acções de formação no domínio de saúde das comunidades, e controle da Malária para os activistas, enquanto que as matronas

beneficiaram de treinamentos também em saúde da comunidade, prevenção da Malária e partos institucionais. Este pessoal local, ficou assim distribuído:

1. **Activistas Comunitários de Saúde (ACS)** - Kuero (3); Incucutuco (3); Incoripo (3) e Mingonha (3).
2. **Matronas Tradicionais (MT)** - Kuero (3); Incucutuco (2); Incoripo (2) e Mingonha (3).

A missão de avaliação aferiu a existência desta equipa, e teve um contacto directo com algumas matronas que mostraram terem aprendido muito com o projecto, e que os conhecimentos estão sendo posto em prática no dia-a-dia, na assistência às mulheres grávidas principalmente e também na prevenção da Malária. Além disso, e caso mesmo para dizer que a capacidade técnica está lá, é o facto de que algumas matronas até conseguem fazer um teste rápido de Malária, como acontece com Amélia Sarangue, matrona da aldeia Mingonha. Duma forma geral, as matronas contactadas, mostram terem adquirido conhecimento e habilidades para o seu trabalho, o que diferencia com os métodos antigos que eram usados antes desta aprendizagem com o projecto. No entender destas matronas, o projecto contribuiu significadamente para a prevenção da Malária e no aumento dos partos institucional no distrito. Apesar deste aparente sucesso do ponto de vista de capacidades, o trabalho das matronas não é ainda assim muito eficaz por falta de material de trabalho como luvas, lanternas e outros. Porém, e mesmo assim, há uma demonstração clara de vontade e do saber que pode ser muito bem explorado/aproveitado em benefício das comunidades locais, quer nas medidas de prevenção e combate da Malária, como no estímulo dos partos institucionais.

Infelizmente a missão de avaliação e monitoria, não conseguiu encontrar-se com todos os activistas, por estes não se encontrarem nas comunidades naquele período, com a excepção de Incucutuco e Incoripo, onde a missão conseguiu interagir com estes. Ainda assim, tomou atenção o facto de só 41,6% deste (5), terem chegado no fim do projecto, como enunciado no relatório final, com a alegação de motivos disciplinares. Porém, o referido documento não indica o período em que estes ACS deixaram o projecto e sobretudo que medidas foram adoptadas para minimizar os seus efeitos. Numa primeira vista, o abandono/saída dos ACS, pode ter trazido algumas consequências negativas, se olharmos o desempenho do projecto na parte terminal e sobre tudo a sustentabilidades das suas actividades pós termo, incluindo o funcionamento das infra-estruturas construídas pelo projecto (núcleos de saúde). A aldeia Mingonha, foi a mais prejudicada em termos de assistência provida pelos ACS ao não ter ficado nenhum dos afectos naquela. Entretanto, e de forma menos explicativa, esta é que mostra maior continuidade das acções do projecto, com funcionamento do núcleo de saúde, o que mostra a capacidade de mobilização das autoridades comunitárias e sua ligação com o Agente Polivalente Elementar de saúde (APEs), que faz parte da extensão dos SDSMAS ao nível das comunidades locais. Aliás, este facto dá fé o pronunciamento dos SDSMAS sobre a elegibilidade. Mingonha está muito interessado em manter viva as acções do projecto, incluindo o núcleo de saúde porque situa-se a cerca de 7 km aproximadamente da vila sede onde tem US. Portanto, o funcionamento daquele núcleo faz diferença porque é o mais próximo para os seus habitantes.

6.-Funcionamento e sustentabilidades dos nucleos de saúde:

O documento do projecto indica como sendo uma das suas estratégias deste projecto, a construção/criação de quatro (4) núcleos de saúde, um (1) em cada uma das comunidades beneficiárias, incluindo o seu apetrechamento. A missão de monitoria e avaliação, aferiu a existência destas infra-estruturas nas respectivas comunidades, encontrando-se em diferentes estágios, sendo que três estão parcialmente concluídos, Mingonha, Kuero e Incoripo, e um em fase ainda de construção (Ncucutuco).

6.1.- Funcionamento:

Os núcleos de saúde ora construídos, conforme descrito acima, não estão a funcionar em pleno como era de esperar, a avaliar pela crescente necessidade/procura de assistência médica por parte das comunidades locais. Neste momento, o melhor exemplo encontrado de funcionamento destes núcleos de saúde, foi o da aldeia de Mingonha, onde está lá sempre presente e a trabalhar, o Agente Polivalente de saúde daquela aldeia, coadjuvado pelas matronas, que vão aperfeiçoando as suas técnicas e práticas no seu dia-a-dia, auxiliados naturalmente pelo APES.



Neste núcleo, um dos testemunhos do seu funcionamento, para além da presença das figuras acima indicadas, é também a existência de kit de medicamentos básicos. Um líder comunitário confidenciou a missão de monitoria e avaliação que dos 4 núcleos construídos, aquele era o melhor que se pode encontrar neste momento, e que o segredo do sucesso prende-se pelo comprometimento das lideranças locais, aliado à sua capacidade de organização e mobilização das famílias e a cima de tudo, a estreita ligação com o APES. A missão soube também que por causa da forte ligação do APES com o núcleo de saúde local, os SDSMAS têm alocado com alguma regularidade os kits de medicamento. Aliás, mesmo para os SDSMAS, aquele núcleo é uma referência, no lote dos 4 construídos. Por isso, estes procuram também assegurar o seu funcionamento pois, na verdade, este representa uma mais valia, se considerarmos que esta aldeia é a que se localiza mais distante da US sede, em relação as restantes. Com todos factos atrás mencionados, na análise da missão, o sucesso deste núcleo, temde facto a ver com a sua localização em relação a US mais proxima, sendo por isso visto pela comunidade como algo a capitalizar porque assim os servicos de saúde “básicos” ficam mais próximo, ao contrário do que acontece por exemplo com o núcleo de Kuero, que dista há cerca de 500 metros da US sede e que as pessoas deste bairro, preferem acederem imediatamente a própria US, pensando que podem ter melhor diagnóstico e por consequente, melhor tratamento.

6.2.- Sustentabilidade:

Uma das premissas do projecto, era a continuidade das actividades após o seu termo, e os núcleos de saúde, constituíam uma das estratégias desta continuidade, para além obviamente do pessoal local treinado, como os ACS e as MT. Portanto, em termos de viabilidade, como indicado no documento de projecto, e olhando o actual cenário, se pode dizer que os resultados alcançados pelo projecto, não poderão continuar por muito mais tempo porque não houve uma estratégia bem definida do fim/retirada do projecto. Isto nota-se pelo facto de que até hoje, as pessoas aguardarem pelo anúncio do fim/retirada do projecto, embora este já não está lá, e também a passagem/entrega formal dos núcleos de saúde os SDSMAS e ou às comunidades locais, como previsto na cláusula 3, no seu ponto 1.2, do Protocolo de colaboração.

Informações colhidas no terreno, dão conta de que as acções do projecto, eram muito mais notórias ou visíveis na sua fase de implementação, o que mostra claramente que os resultados alcançados nesta fase, não tem hoje a mesma visibilidade. Ou seja, o seu impacto é relativamente menor. Assim, fica a ideia de que o projecto trouxe sim mudanças significativas durante o seu período de implementação o que foi positivo sem dúvidas, mas que em termos de impactos este não conseguirá atingir os níveis esperados. Um elemento não menos importante neste domínio de sustentabilidade, tem a ver não só com o engajamento das partes envolvidas, mas também com o período de vigência do próprio projecto (um ano), tendo em conta que no caso deste, mexe com a mudança de atitudes e comportamentos, incluindo os aspectos ligados aos hábitos e costumes locais. Porém, acredita-se que este cenário pode ser contornado, com a transformação dos núcleos de saúde, em locais de trabalho fixo dos APEs, juntamente com as matronas que tem estado a fazer um belíssimo trabalho nas comunidades, com todas as dificuldades que enfretam no seu trabalho, como já referido. Alguns APEs, mesmo nas comunidades beneficiárias do projecto, como Incoripo por exemplo, trabalham nas suas residências e não necessariamente nos núcleos de saúde como era de esperar, se tomarmos em linha de conta os compromissos assumidos pelas partes quer no MdE, como nos PC. Ou seja, regista-se nos dias de hoje, um aproveitamento parcial dos núcleos de saúde, o que de alguma forma representa um desperdício de recursos.

Neste momento, a continuidade das acções do projecto, é assegurada basicamente pelas matronas, estas sim continuam a desenvolver as suas actividades, pese embora não ao mesmo ritmo anterior, factor associado a falta de material como foi já referido, e ainda o crónico problema de “incentivos” para este grupo. A questão de incentivos, foi o denominador comum em todos os encontros que a missão de monitoria e avaliação manteve com este grupo específico, incluindo até os líderes. Aqui fica também a ideia de o projecto, eventualmente não terá clarificado desde o início, qual seria contribuição das comunidades locais neste projecto, fazendo por exemplo referência a primazia do trabalho voluntário, por se tratar de um interesse colectivo e que beneficia directamente as próprias comunidades. Sustenta a ideia, o facto de que hoje, nestas comunidades fala-se de existência de dívidas que o projecto tem para com alguns membros das comunidades, por alegadamente estes terem prestado alguns serviços relacionados com a construção dos núcleos de saúde. O supervisor, no lugar de priorizar a mobilização social com apoio das lideranças comunitárias, preferiu estimular uma participação baseada em incentivos,

com promessas de compensação pelo trabalho realizado. Esta estratégia, retraiu o voluntarismo das comunidades que começaram a ver um trabalho por incentivos/remunerado.

Dos activistas, nada se pode dizer porque, como se sabe, muitos deixaram o projecto antes do seu termino e os cinco que teriam chegado ao fim, não tem hoje qualquer ligação com o sistema comunitário de vigilância epidemiologica nas comunidades abrangidas pelo projecto, que seria por exemplo o desenvolvimento de algumas actividades de sensibilização nestas comunidades, acções coordenadas com as MT e ou os APES, etc.

7.- Gestão do projecto:

Pelo organigrama da estrutura do projecto, vemos uma estrutura coesa em termos de ligações entre a equipa de coordenação do projecto, implementação e os beneficiários. O que vale dizer que este projecto tinha a parte de coordenação, assumida pelo Delegado Provincial da Kulima em Cabo Delgado, a equipa de implementação, composta por 1 supervisor e 12 activistas (esta baseada no terreno, Meluco) e responsável pela gestão das actividades do projecto no seu dia-a-dia e articulação com as autoridades locais e comunitárias sobre aspectos meramente operacionais, reservando os estratégicos, à coordenação do projecto.

A coordenação acompanhou sempre os progressos do projecto, através de visitas de monitoria e encontros de coordenação com os parceiros locais locais (Governo do Distrito e comunidades), como atestam e bem, os relatórios produzidos neste âmbito.

Analizando a eficiência, no sentido de ver se os recursos disponíveis do projecto ajudaram no alcance dos resultados, pode se dizer sim, contribuíram para os resultados alcançados até ao fim do projecto, a avaliar pelas acções que o projecto realizou nos vários domínios, como sejam treinamentos do pessoal local, campanhas de saúde para sensibilização das comunidades locais, através de peças teatrais, palestras e distribuição de panfletos/folhetos, e o que trouxe de alguma forma, mudança de atitudes e comportamentos visíveis ainda nos dias de hoje; construção e apetrechamento dos núcleos de saúde, embora não completamente concluídos e equipados. Além disso, e muito significativo ainda, a distribuição de redes mosquiteira para as famílias, e de enxovais para parturientes, embora estes em número quase insignificante. Todavia, existiram problemas de ordem logística, quer na distribuição de redes e enxovais, como na construção e apetrechamento dos núcleos de saúde, o que criou um espírito de rejeição da equipa de implementação do projecto por parte dos beneficiários por estes entenderem que havia descaminho dos recursos do projecto para fins ilícitos. Aliás, os beneficiários, chegaram mesmo a apontar casos de venda de redes mosquiteiras e enxovais por parte do supervisor do projecto e não só, com também o não encaminhamento completo dos materiais para a construção dos núcleos de saúde, o que se reflecte na sua não total conclusão. Neste caso, citam os beneficiários e a título de exemplo, a quantidade de cimento alocada que não cobriu as necessidades totais para construção das referidas infra-estruturas. Desta maneira, pode-se concluir que a equipa de implementação do projecto, não foi muito eficiente na sua gestão. Os beneficiários acham mesmo que o projecto poderia ter produzido muito mais resultados do que foram alcançados no período da sua vigência. A coordenação do projecto procurou corrigir a situação mas já se estava

na fase terminal do projecto, por isso os seus efeitos quase que não significaram melhoria de gestão. Ainda assim, as medidas tomadas ficaram como um exemplo da necessidade de uso racional dos recursos disponível.

8.- Recomendações:

- a. Em relação a sustentabilidades das actividades, o que inevitavelmente passa também pela sustentabilidade núcleos de saúde construídos pelo projecto, a missão de monitoria e avaliação entende ser urgente uma comunicação formal aos parceiros do projecto (Governo do Distrito e comunidades), sobre o termo do projecto e consequentemente a passagem da gestão dos referidos núcleos de saúde aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, para que estes, com a sua vasta equipa de colaboradores ao nível das comunidades locais, (APES) e MT essencialmente, assegurem o funcionamento dos núcleos, ao mesmo tempo que os SDSMAS garantem a alocação de kit de medicamentos básicos;
- b. A dar fé os pronunciamentos quer do Governo do Distrito, como das comunidades beneficiárias sobre o período de vigência do projecto, considerado bastante curto a olhar pela complexibilidade das acções propostas (sensibilização), entre outras, que mexem com a mudança de atitudes e comportamentos, algo que não acontece instantaneamente por ser um processo, recomenda-se que no futuro, para projectos desta natureza, deve-se estabelecer um período de vigência razoável, superior a um ano pelo menos;
- c. O Governo e as comunidades locais, melhor conhecem os problemas locais, incluindo até alternativas de solução, que obviamente podem precisar de alguma contribuição externa. Por isso, não se deve trazer soluções (externas) que não tenham sido partilhadas e discutidas antecipadamente. Neste sentido, a missão de monitoria e avaliação recomenda que projectos futuros, precisam ser apresentados e discutidos com as partes envolvidas antes da sua execução, para que todos compreendam muito bem os objectivos, resultados esperados, estratégias de implementação e mais importante ainda os beneficiários directos e os critérios da sua elegibilidade, incluindo o papel de cada um para evitar dualidade de critérios que podem não conformar os envolvidos (Governo e comunidades) sobre determinados elementos, como aconteceu neste, na escolha das 4 comunidades em que por exemplo o Governo do Distrito entende que no quadro das políticas do sector de saúde, haviam comunidades mais elegíveis do que as seleccionadas pelo projecto;
- d. Ao nível de gestão, é preciso no futuro estimular o envolvimento dos parceiros (Governo e comunidades), através de encontros regulares previamente planificados que ao mesmo tempo serviriam de mecanismos de acompanhamento dos progressos do projecto, cuja também introdução de medidas correctivas nos casos que se julgarem necessários, assegurando desta forma, o uso racional dos recursos e consequentemente alcance dos objectivos e resultados. Além disso, é preciso que nos futuros projectos, se busquem recursos humanos com competências comprovadas de gestão para as áreas específicas,

para evitar situações já apontadas no ponto 7 deste relatório, que de alguma forma comprometem o sucesso do projecto.

- e. Ainda que o projecto tenha chegado ao fim, mas considerando que quase todos núcleos não estão completamente concluídos, a missão de monitoria e avaliação, recomenda a KULIMA que no processo de formalismo do anúncio do termo do projecto e de entrega dos núcleos de saúde aos SDSMAS/comunidades, discuta os mecanismos de conclusão da construção destes para que os “novos gestores” assumam esta responsabilidade.