

Assistência Farmacêutica em Moçambique: a ajuda externa na provisão pública de medicamentos

Pharmaceutical Services in Mozambique:
foreign aid in public provision of medicines

Marta Sachy¹
Celia Almeida²
Vera Lúcia Edais Pepe²

Abstract *This article examines the activities of national and international actors in Pharmaceutical Services (PS) in Mozambique from 2007 to 2012, focusing on the public provision of HIV/Aids, malaria and tuberculosis medicines. It describes how PS functions in the country, what actors are involved in this area and the relations among them, pursuing salient issues in the modus operandi of partners in cooperation. The methodology combines literature review, document survey and analysis and interviews. The theoretical and analytical framework was given by the policy analysis approach, focusing on the role of the State and its interrelations with other actors in foreign aid in PS, and also by the networks approach. It was concluded that the interactions among the actors involved is complex and characterised by operational fragmentation and overlapping of activities between entities, centralised medicine procurement in the hands of few agents, bypassing of national structures and disregard for the strengthening needed to bolster national health system autonomy. Despite some advances in the provision and availability of medicines for these diseases, external dependence is strong, which undermines the sustainability of PS in Mozambique.*

Key words *Pharmaceutical services, Foreign aid, Medicines, Global health initiatives (GHIs), Mozambique*

Resumo *Este artigo analisa a ação de atores nacionais e internacionais na Assistência Farmacêutica (AF) em Moçambique, no período de 2007 a 2012, com foco na provisão pública de medicamentos para HIV/Aids, malária e tuberculose. Descreve-se o funcionamento da AF no país; os atores que atuam nesse âmbito e as relações entre eles; discutem-se questões relevantes sobre o modus operandi dos parceiros de cooperação. A metodologia combinou: revisão bibliográfica, levantamento e análise documental e entrevistas. O marco teórico e analítico utilizou a análise de políticas públicas com foco no papel do Estado e suas inter-relações como os demais atores na ajuda externa na área farmacêutica e a abordagem de redes. Conclui-se que a interação entre os atores envolvidos é complexa, caracterizada pela fragmentação operacional e sobreposição de atividades entre diversos entes; centralização da aquisição de medicamentos na mão de poucos agentes; bypass das estruturas nacionais e desconsideração do necessário fortalecimento do sistema nacional de saúde para a construção de sua autonomia. Apesar de alguns avanços na provisão e disponibilidade de medicamentos para essas doenças, existe forte dependência externa nesse âmbito, o que obstaculiza a sustentabilidade da AF em Moçambique.*

Palavras-chave *Assistência farmacêutica, Ajuda externa, Medicamentos, GHI, Moçambique*

¹ Consultora independente.
Via Giuseppe Govone 60.
20155 Milão Itália.

marta.sachy@gmail.com

² Departamento de
Administração e
Planejamento em Saúde,
Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca,
Fiocruz. Rio de Janeiro RJ
Brasil.

Introdução

O artigo analisa a Assistência Farmacêutica (AF) em Moçambique no período 2007 a 2012, com foco na provisão pública de medicamentos, destacando os principais atores nacionais e internacionais que atuam nessa área e seu *modus operandi*.

Os medicamentos são considerados insumos essenciais e resolutivos para muitos cuidados em saúde e, por isso, são objeto de grande atenção e conflito em nível nacional e internacional. São classificados, por um lado, como bens públicos, cujo acesso é um dos direitos humanos fundamentais, relacionado ao direito à saúde e, portanto, devem ser garantidos pelos Estados. Por outro, são bens de consumo lucrativos e pertencem à esfera dos bens privados, na sua grande maioria produzidos e distribuídos pela indústria farmacêutica transnacional e sujeitos à lógica mercantil¹. Esta dualidade acompanha a implementação de políticas farmacêuticas nos diferentes países onde, teoricamente, é dever do Estado efetuar a mediação entre os interesses econômicos e comerciais privados e as necessidades da população. Esta mediação entre demandas sociais e desígnios econômicos se materializa na formulação e implementação de políticas públicas, entre elas a de Assistência Farmacêutica.

O mercado global de medicamentos tem um faturamento de cerca de U\$ 300 bilhões por ano, com crescimento contínuo e deverá alcançar cerca de U\$ 1.485 bilhões em 2021, sendo que a população do Norte global tem melhor acesso e é o principal consumidor deste bem².

Refletir sobre o acesso aos medicamentos ultrapassa a perspectiva de disponibilidade e acessibilidade geográfica e econômica. Implica considerar um campo multidimensional, onde o Estado deve assegurar o direito à vida e à justiça social, lidando, porém, com uma gama muito ampla de atores públicos e privados com interesses diversificados, muitas vezes em oposição³. O papel do Estado está, portanto, relacionado à sua capacidade de regulamentar a dinâmica do mercado e suas pressões, intervindo na proteção dos cidadãos e garantindo o direito à saúde e, conseqüentemente, o desenvolvimento local e global⁴.

O setor econômico tem um peso importante nessas políticas públicas: tanto pode contribuir para otimizar os recursos disponíveis (públicos e privados), quanto pode influenciar a regulamentação a seu favor e obstaculizar o cumprimento do dever do Estado.

O cenário torna-se ainda mais complexo quando se considera os diferentes atores trans-

nacionais que operam nos países em desenvolvimento, principalmente na África. Como muitos destes Estados não conseguem corresponder às suas obrigações assistenciais, devido à escassez de recursos orçamentários⁵, a ajuda externa na forma de doações de medicamentos –em espécie ou em recursos financeiros – é uma prática usual, que se configura como alternativa, sem ser, entretanto, isenta de problemas e dificuldades.

Assegurar a disponibilidade e o acesso aos medicamentos para populações gravemente afetadas por doenças e com grande parcela de baixa-renda é um tema importante, pois é um dos determinantes da saúde e uma das bases para o desenvolvimento social e econômico. Entender como ocorrem os processos de provisão/doação, e as dinâmicas que se estabelecem entre atores nacionais e internacionais, pode contribuir para evidenciar fortalezas e fraquezas desse processo, assim como para repensar as maneiras de melhorar o acesso aos medicamentos e aos cuidados em saúde. Pretende-se contribuir para a produção de conhecimentos sobre a ajuda externa aos países africanos neste âmbito.

Metodologia

Este artigo resulta de uma pesquisa do tipo estudo de caso exploratório. A análise de políticas públicas foi o marco teórico analítico empregado, centrando-se no papel do Estado e sua interação com diferentes organizações e instituições, nacionais e estrangeiras, na implementação de determinada política. Isto significou analisá-lo como: a) uma arena onde diferentes atores atuam como grupos de interesse ou coalizões econômicas e políticas⁶; e b) uma organização com autonomia relativa, irredutível a um único grupo de pressão, mas condicionada pelas inter-relações entre vários atores e outros Estados, num contexto transnacional⁷. Utilizou-se também a abordagem de redes, onde o Estado deveria ser o elemento mediador das interações entre os vários atores, o que pressupõe conflitos, cooperação, negociações e sistemas de compartilhamento de regras, numa estrutura complexa, dinâmica, multicêntrica e instável⁸.

A pesquisa foi desenvolvida com abordagem qualitativa, incluindo busca e revisão bibliográfica (dados secundários); e levantamento e análise documental, além de seis entrevistas com atores-chave, três em Moçambique e três no Brasil (dados primários). O levantamento documental considerou o período 1975-2012, analisando o

período 2007-2012. As entrevistas objetivaram identificar a percepção dos atores sobre o tema, a fim de complementar as informações encontradas e clarear *gaps* de conhecimento⁹. Limitações no trabalho de campo foram a dificuldade no levantamento documental e na coleta de dados sobre os recursos diretamente gastos para compra de medicamentos, bem como a negação de vários atores-chaves moçambicanos em conceder entrevista. O levantamento de dados foi conduzido à distância. O projeto foi aprovado pelo CEP/ENSP.

O sistema de saúde moçambicano e a Assistência Farmacêutica

Em Moçambique o Estado é quem garante o direito dos cidadãos à saúde, como promulgado na sua Constituição de 1975: “Todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da Lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública” (Art.89). Na revisão constitucional de 2004 foi explicitado que: “Compete ao Estado promover, disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento e de diagnóstico” (Art. 116/5). A AF e a organização desse subsetor foram prioridades políticas do governo socialista pós-independência em 1975, juntamente com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), definindo a saúde como fundamental para o desenvolvimento¹⁰.

O SNS moçambicano se organiza em quatro níveis de atenção. O nível central – Ministério da Saúde (MISAU) – coordena o sistema como um todo. Em 2012 possuía 1.277 unidades de saúde, 96% de atenção primária; 53 hospitais, sendo 41 de nível secundário, 7 de nível terciário e 5 centrais, de nível quaternário. A situação epidemiológica indicava, em 2015, que malária, doenças diarreicas, doenças respiratórias e HIV/Aids eram as principais causas de óbito¹¹.

Desde os anos 1970 Moçambique recebe doações emergenciais de medicamentos, sobretudo norte-americanas¹². Nos anos 1980 aderiu ao programa de reabilitação econômica do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial e foram implementadas a privatização das empresas nacionais, aumento da participação privada no setor de serviços e da atuação de ONGs no país (passando de 7 em 1980, a 70 em 1985 e 180 em 1990). A reforma econômica neoliberal, com diminuição dos gastos para o setor social, incluído saúde, foi condicionada pela adesão a essas políticas, o que se mantém até o presente.

O financiamento dos serviços de saúde, fator essencial na autonomia setorial¹³, em Moçambique é complexo e se inter-relaciona com a regulação para realizar atividades e programas; conta com a atuação de grande multiplicidade de atores, nacionais e internacionais. Em nível central, os recursos públicos em Moçambique são de dois tipos: *on-budget* e *off-budget*. Os primeiros se referem aos fundos que são incluídos na Conta Única do Tesouro e vinculados aos processos de planejamento, execução, contabilização e controle do Estado. São recursos públicos arrecadados - em nível central, provincial e distrital - e contribuições de alguns parceiros de cooperação¹⁴. Os recursos *off-budget* não integram o orçamento geral do Estado, sendo provenientes de vários doadores externos, e são destinados aos programas verticais, desvinculados da programação financeira estatal.

Em relação à AF foram criados vários órgãos a partir da independência: em 1975, a Central de Medicamento e Artigos Médicos (CMAM); em 1977, a FARMAC, empresa pública para nacionalizar as farmácias privadas oriundas do período colonial; em 1977 a MEDIMOC, empresa estatal de importação, integrando companhias privadas já existentes; e, em 1975, a Comissão Técnica de Terapêutica e Farmácia. Aprovaram-se legislações e protocolos, entre os quais destaca-se o Formulário Nacional de Medicamentos (FNM), que define a lista de medicamentos a serem utilizados nos serviços público e privado, revista nos anos 2007 e 2010 e utilizada até hoje. Essas medidas evidenciam a vanguarda da AF no setor público em Moçambique na década de 1970, comparado com outros países da região subsaariana – FNM moçambicano foi publicado meses antes da Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, documento de referência mundial¹⁵.

A provisão de medicamentos em Moçambique realiza-se em algumas etapas. O FNM indica a *seleção* dos produtos a serem disponibilizados. Há pequena *produção* nacional (21 medicamentos) pela Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM) - antirretrovirais, antibióticos, anti-inflamatórios, entre outros –, a partir de projeto de cooperação com o Brasil, centrado na transferência de tecnologia. Embora existam enormes dificuldades, esse projeto de cooperação continua em andamento, com o apoio técnico do governo brasileiro, executado por Farmanguinhos/Fiocruz¹⁶. O MISAU realiza o *registro* sanitário de cada medicamento que entra no país; todavia, até hoje, ocorrem importações realizadas por fornecedores pré-qualificados para doações, que nem sempre possuem registro nacional.

A aquisição é realizada de três maneiras, de acordo com o produto e os fornecedores: 1) pela “via dos kits” para os medicamentos essenciais, doados por organizações internacionais, em particular pelo *United Nations Children’s Emergency Fund* - UNICEF; 2) pela “via doadores” para os medicamentos dos programas verticais; e 3) pela “via clássica”, para os medicamentos de uso geral, isto é, aqueles medicamentos não incluídos nos dois grupos citados.

Na via dos kits, o nível central utiliza um “pacote” anual de medicamentos considerados “necessários”, sendo a demanda calculada a partir do número de consultas realizadas em cada unidade de saúde e da frequência esperada de utilização. Portanto, o cálculo destes medicamentos depende da *proxy* do consumo realizado, não considerando a real situação epidemiológica local, nem as práticas clínicas estabelecidas. A *via clássica* depende da demanda do nível central, que deve ser feita a cada quatro meses e considerar um estoque regulador. Os medicamentos dos programas verticais seguem quantificação e processos de aquisição próprios, definidos pelos diferentes doadores.

O protocolo de aquisição é realizado por dois tipos de licitação: “licitação competitiva limitada”, que inclui os fornecedores pré-qualificados; e “licitação competitiva internacional”, um processo aberto, requisitado por parceiros específicos, como o Banco Mundial, para implementar compras com fundos próprios. Existem também as compras de emergência, que possuem uma dinâmica mais célere e são efetuadas por licitações limitadas¹⁷. Esta última modalidade deveria ser utilizada, teoricamente, nos casos de extrema insuficiência de medicamentos ou desastres. Porém, devido às constantes rupturas de estoque, é implementada com frequência, porque permite uma compra rápida e abastece os serviços.

O processo de decisão e a operacionalização da Assistência Farmacêutica em Moçambique

O processo de decisão para a provisão de medicamentos em Moçambique depende da articulação e coordenação entre diferentes atores nacionais e internacionais.

Os Atores Nacionais

Os principais atores nacionais na provisão pública de medicamentos em Moçambique, em nível central, são: o Ministério da Saúde Moçambicano (MISAU) e o Ministério de Planificação

e Finanças (MPF), ambos com suas respectivas direções e divisões¹³ (Figura 1).

Essa inter-relação, muitas vezes apresenta diferentes níveis de prioridades e provoca problemas na provisão de medicamentos. Moçambique vem promulgando normas referentes à AF no país, que complementaram as já existentes (Quadro 1).

Além das instituições e órgãos estatais, existe um programa – o “PROSAÚDE” – financiado por doadores e gerenciado em coordenação com o Estado. Implementado em 2000, a partir da estratégia do *Sector Wide Approach* – SWAp (Abordagem Setorial Ampla), propunha articular vários financiamentos em um único fundo, de forma a obter maior eficiência nas intervenções; reduzir os custos de transações; incentivar o alinhamento e a coordenação na gestão dos recursos entre os doadores e a transparência na operacionalização e na utilização dos recursos pelo MISAU¹⁸. O PROSAÚDE é financiado com contribuições *on-budget*, e começou com 15 parceiros, entre os quais UNICEF e *Global Fund Against Aids, Tuberculosis e Malaria* (GFATM).

Uma avaliação da OMS sobre o setor farmacêutico no país, realizada em 2007¹⁹, recomendou instituir uma autoridade reguladora independente, dotada de autonomia administrativa e financeira, realizando ações de inspeção, registro, ensaio clínico e farmacovigilância, isto é, de regulação dos produtos farmacêuticos, inclusive os importados. Isso implicaria em uma importante reforma administrativa e até a finalização deste estudo essa autoridade não havia sido criada. Esta situação leva a dificuldades gerenciais nas importações, uma vez que vários medicamentos doados não têm registro em Moçambique e não estão incluídos nos guias terapêuticos. Entretanto, devido à extrema carência, é difícil para o Estado recusá-los.

Constata-se também elevada fragmentação do sistema de saúde e, concomitantemente, da provisão de medicamentos (*kits*, via clássica e programas verticais), o que conduz a problemas de gestão e à sobreposição de atividades, num contexto de escassez de recursos humanos, muitas vezes não capacitados adequadamente para lidar com essa multiplicidade de atores. Observam-se ainda inúmeras debilidades estruturais e lentidão na tomada de decisão, devido às diferentes instituições envolvidas. A dependência operacional do Ministério da Saúde das decisões do Ministério de Planificação e Finanças, que regula as licitações, atrasa ainda mais o processo de provisão de medicamentos, em detrimento, muitas vezes, das necessidades da população¹⁷.

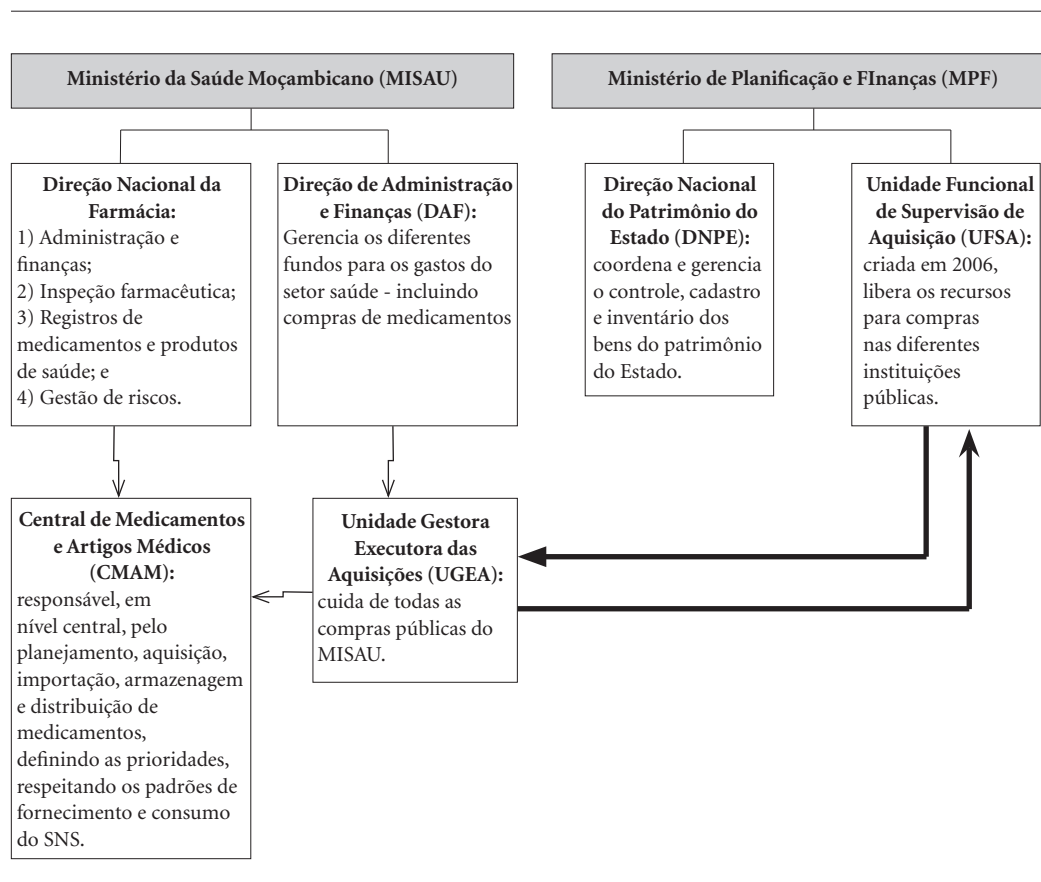


Figura 1. Órgãos Federais que atuam na provisão de medicamentos em Moçambique, 2015.

Fonte: elaboração própria.

Os atores internacionais

Há relevante atuação de numerosos atores internacionais na provisão de medicamentos em Moçambique, com papel destacado no abastecimento de medicamentos. A dependência financeira de Moçambique da ajuda externa no orçamento público do setor saúde em 2011 foi de cerca de 81%, aproximadamente 60% para a compra destes insumos¹⁷.

Entre esses atores estão as *Global Health Initiatives* (GHI), uma forma de Parcerias Público-Privadas (PPP) que atua também na área de provisão medicamentos. As PPP surgiram na segunda metade dos anos 1990, no âmbito da ajuda internacional para o desenvolvimento, supostamente para melhorar a contribuição do setor privado nesse processo, e cresceram rapidamente a partir dos anos 2000, vinculadas à agenda neoliberal de reformas setoriais, assumida pela ONU, principalmente pela OMS na gestão

de Gro Brundlandt (1998-2003)¹³. São consideradas, por alguns autores, “ações humanitárias” na provisão de assistência médica e sanitária, cujo foco principal, em sinergia com a agenda global de saúde, são as doenças infecciosas e as denominadas doenças negligenciadas²⁰. Brugha (2008 *apud* Biesma et al.²¹) definem as GHI como “uma *blueprint* de financiamento, recursos, coordenação e/ou implementação para o controle de [determinadas doenças] [...] em países [em desenvolvimento ou muito pobres] em mais de uma região do mundo”.

As PPP e as GHI possuem distintas características, seja na estrutura, organização, áreas de intervenção, critérios de elegibilidade dos projetos e países, origem dos recursos, mecanismos de atuação –modalidades de decisão, gestão e avaliação das atividades-, seja nos serviços ou nos produtos que proporcionam. São financiadas por meio de recursos destinados para doenças específicas (principalmente HIV/Aids, malária e

Quadro 1. Principais normas referentes ao Sistema Nacional de Saúde e à Assistência Farmacêutica em Moçambique, 2015.

Nº	Lei/norma	Conteúdo
1	Decreto-Lei nº 5, de 19 de agosto de 1975 (República de Moçambique)	Dispõe sobre a nacionalização das clínicas privadas e conceptualização do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
2	Decreto nº 31, de 28 de outubro 1975 (Conselho dos Ministros)	Determina o novo registo obrigatório de todos os produtos farmacêuticos.
3	Portaria nº 27, de 25 de janeiro de 1977 (Ministério da Saúde)	Publicação do Formulário Nacional de Medicamentos elaborado pelo Comissão Técnica de Terapêutica e Farmácia.
4	Diploma Ministerial nº 84, de 28 de outubro de 1981 (Ministério da Saúde)	Define utilização de nomes genéricos no FNM e utilização medicamentos.
5	República Popular de Moçambique. Maputo, de 10 de Maio de 1989	Aprova o Manual de Normas e Procedimentos para a Distribuição e Cobrança de Medicamentos.
6	Lei nº 25, de 31 de dezembro de 1991 (Presidência da República)	Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Saúde.
7	Lei nº 4, de 14 de janeiro de 1998 (Presidência da República)	Define como conduzir o processo de seleção de medicamentos e a sua vinculação com o registo nacional, seguindo a normativa internacional da OMS, que recomenda a seleção de medicamentos certificados por ela, assim como fornecedores pré-qualificados para atuar no país
8	Decreto nº 54, de 13 de dezembro de 2005 (Conselho dos Ministros)	Determina modalidade de contratação pública pelo Estado, com as modalidades de licitações.
9	Diploma Ministerial nº 138, de 24 de outubro de 2007 (Ministério da Saúde)	Proclama o Departamento Farmacêutico como órgão diretamente subordinado ao MISAU
10	Diploma Ministerial nº 36, de 29 de setembro 2008 (Ministério da Saúde)	Define a obrigatoriedade do registo de medicamentos.
11	Despacho Ministerial nº 24, de 30 de setembro de 2009 (Ministério da Saúde)	Define o gerenciamento das doações de medicamentos.
12	Decreto nº 15, de 24 de maio 2010 (Conselho dos Ministros)	Regula a provisão realizada pelas agências governamentais subordinadas aos órgãos centrais ou às autoridades locais; e criação Unidade Funcional de Supervisão das Aquisições, no de Planeamento e Finanças
13	Diploma Ministerial nº 54, de 23 de março de 2010 (Ministério da Saúde)	Aprova Lista de Medicamentos Essenciais em Moçambique.
14	Lei nº 15, de 10 de agosto de 2011 (Presidência da República)	Regulamenta as Parcerias Públicos Privadas (PPP) em Moçambique, conhecida como Lei das PPP.
15	Decreto Presidencial nº 34, de 23 de novembro de 2015 (Presidência da República)	Atribui as competências do MISAU na área Farmacêutica

Fonte: Elaboração própria.

tuberculose), ou para uma ação particular (por exemplo, imunização e produção de vacinas), na via *off budget*. Operam em muitos países simultaneamente, mobilizam grande quantidade de recursos e utilizam as mesmas estratégias de coordenação e implementação independentemente das diferentes situações locais.

Os principais atores internacionais envolvidos na provisão de medicamentos em Moçambique estão sintetizados no Quadro 2.

A ajuda externa para HIV/Aids, Malária e Tuberculose em Moçambique

Estas três doenças foram estudadas tanto por serem consideradas na agenda global dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), quanto por serem as que mais se beneficiam da ajuda externa. Os principais atores internacionais envolvidos na provisão de medicamentos para cada uma dessas doenças, e as relações entre eles, estão sintetizados na Figura 2.

Na luta contra a epidemia de HIV/Aids, atuam 18 organizações internacionais, articuladas entre

Quadro 2. Principais atores internacionais que atuam na provisão de medicamentos em Moçambique, 2015.

Instituição ou organização	Tipo de organização e atuação
Organizações internacionais multilaterais	
OMS / ONU	Responsável pela saúde na ONU. Orçamento composto por contribuições regulares dos Estados-membro e extra-orçamentárias voluntárias para programas específicos, de doadores (países e organizações). Maior doador é os EUA, seguido da FBMG. Empresas farmacêuticas como a GlaxoSmith Kline também são doadores da OMS. Para Moçambique fornece instrumentos como a lista de fornecedores pré-qualificados; programas de emergência; documentos para melhoria da política farmacêutica e apoio ao sistema de fortalecimento do sistema farmacêutico ²² .
UNICEF / ONU <i>United Nations Children's Emergency Fund</i>	Estabelece parcerias com várias organizações para a provisão de medicamentos em 190 países, terceirizando alguns aspetos de assistência técnica. Atua em Moçambique no abastecimento contínuo dos kits, principalmente de antimaláricos, em colaboração com o PMI ²³ .
Iniciativas e parcerias público-privadas globais	
RBM - Roll Back Malaria Partnership	PPP - tem como objetivo arrecadar e mobilizar fundos para coordenar ações contra a malária. Foi criada pelo Banco Mundial, OMS, PNUD e UNICEF e seus fundos são doados pelo GFATM, PMI, <i>WB Malaria Booster Program</i> , UK, FBMG ²⁴ .
Stop TB Partnership	PPP - objetiva erradicar a TB, financiada pelo GFATM, agências nacionais e fortes parcerias com BM, OMS, UNITAID, Fundo Global e agências da ONU para expansão da observação direta do tratamento e de medicamentos multirresistentes, incluindo o tratamento para HIV/TB. Em Moçambique financia o processo de provisão de produtos e abastecimento de anti-TB a partir de um único mecanismo internacional, o <i>Global TB Drug Facility (GDF)</i> . É um agente de aquisição criado pela IDA Foundation, utilizando como implementador o GFATM ²⁵ .
UNITAID – Innovation for Global Health	PPP - objetiva a busca de novos meios de prevenção, tratamento e diagnóstico para HIV/Aids, TB e malária –rápidos, económicos e efetivos. Utiliza abordagem de negociação com o mercado e financia as suas ações por meio de parte de impostos nacionais e de taxas aéreas de alguns países. A implementação das atividades é efetuada por governos locais, parceiros de cooperação, organizações internacionais e não governamentais ²⁶ .
AMFm – Affordable Medicine Facility for Malária	Iniciativa criada em 2010 para luta contra a malária, hospedada e gerenciada pelo GFATM (<i>Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria</i>). Financiada principalmente pela UNITAID e implementada pelo GFATM para providenciar antimaláricos a preços mais acessíveis ²⁷ .
GDF – Global Drug Facility	PPP – Criada em 2001 pelo Stop TB, foi hospedada pela OMS, em Genebra, até 2014. Desde 2015 é hospedada pela <i>United Nations Office for Project Services (UNOPS)</i> . A OMS é o principal parceiro e membro do <i>Coordinating Board and Executive Committee</i> da GDF. É hoje o único mecanismo de procura de medicamentos e de serviços de aquisição de drogas para TB no mundo. Financiado principalmente pela UNITAID entre 2007 e 2014. Atua por meio de concursos internacionais, com a pré-qualificação de fornecedores e a entrega dos produtos até o destino ²⁵ .
SWAP - Sector Wide Approches	Estratégia de cooperação internacional proposta pela cooperação dinamarquesa para o desenvolvimento, sobretudo nos países com menor nível de renda. Implementada em Moçambique em 2000, estimulando a criação do PROSAÚDE ¹⁸ .

continua

si. Em 2012, 96% dos recursos destinados ao orçamento contra o HIV dependia de doações, entre as quais as mais importantes eram as do GFATM e do PEPFAR, seguido do MAP e UNITAID².

O PEPFAR²⁸ assinou, em 2009, um documento a fim de apoiar o Plano Estratégico de Resposta ao HIV/Aids (PEN 2005-2009) de Moçambi-

que. No mesmo ano, apesar da recomendação da OMS²⁹ de utilizar na primeira linha de tratamento o Tenofovir no lugar da Azidotimidina (AZT), devido à menor toxicidade do primeiro, isso não foi implementado em Moçambique, pois o abastecimento já contava com a provisão de AZT doado pelos parceiros³⁰.

Quadro 2. Principais atores internacionais que atuam na provisão de medicamentos em Moçambique, 2015.

Instituição ou organização	Tipo de organização e atuação
Agências, institutos, PPP e iniciativas norte-americanas	
USAID – United States Agency for International Development	Agência bilateral de cooperação, atua como principal implementador de projetos ligados às atividades de programas norte-americanos em saúde, com apoio logístico e operacional, sobretudo o PEPFAR e o PMI ²⁸ .
CDC -Center of Diseases Control and Prevention	Centro de pesquisa do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA; atua fornecendo medicamentos antirretrovirais e antimaláricos e apoia programas como PEPFAR e PMI. Presente em Moçambique desde 2007 com foco nas três doenças ¹⁸ .
Deliver Project	Gerenciado pela USAID em colaboração com a UNICEF, objetiva fortalecer o sistema de abastecimento de medicamentos e a logística da AF em Moçambique; capacitação local para gestão de insumos contra malária e assistência técnica ao MISAU, fornecida pelo PMI e PEPFAR ³¹ .
JSI –Research & Training Institute	Instituto não governamental de pesquisa ligado à empresa <i>John Snow, Inc.</i> (JSI Inc.) que se ocupa de promover assistência técnica, consultoria e pesquisa para a melhoria da saúde global. Essa empresa opera há trinta e cinco anos em parceria com governos, organizações e profissionais, nos vários países onde a USAID atua. A JSI possui parcerias com trinta e seis organizações, envolvendo também GHI como o STOP TB e o GFATM ³¹ .
MSH - Management Science for Health	ONG norte-americana, realiza pesquisas e presta suporte técnico para gestão de projetos dos EUA em nível global. Financiada por seis governos (entre os quais EUA, Suécia, Quênia e Malawi); sete atores privados (entre os quais FBMG, Pfizer, Inc., Fundação Rockefeller, Shell); nove agências multilaterais (entre as quais Banco Mundial, Fundo Global e OMS); dezoito entre ONGs e vários parceiros (entre quais Save the Children) e duas universidades (uma no EUA e uma no Quênia) ¹⁸ .
PEPFAR - President's Emergency Plan for Aids Relief	PPP norte-americana criada para unificar estratégias de atuação sobre a epidemia de HIV/Aids em nível global, financiada por cota de impostos nacionais. Possui oito grupos implementadores, sendo o mais importante a USAID. Executa atividades de cuidados assistenciais, tratamento, profilaxia e prevenção vertical ²⁸ .
PMI - President's Malaria Initiative Fighting Malaria and Saving Lives (PMI)	Iniciativa que objetiva reduzir morbi-mortalidade por malária, financiada por recursos fiscais, cujos programas são gerenciados e implementados por USAID e CDC. Coleta dados de saúde de outras fundações, tais como <i>Clinton Health Access Initiative</i> (CHAI) para implementar a assistência técnica na quantificação do abastecimento de antimaláricos ³¹ .
PFSCM - Partnership for Supply Chain Management	ONG criada <i>ad hoc</i> por institutos de pesquisas dos EUA -o <i>Management Science for Health</i> (MSH) e o <i>JSI Research & Training Institute</i> , financiada pela USAID, atua na provisão, fornecendo apoio técnico e operacional ao PEPFAR, PMI, UNICEF, GFATM e UNITAID ³¹ .
PPM - Pooled Procurement Mechanism	Conhecido como <i>Voluntary Pooled Procurement</i> (VPP), é um mecanismo utilizado pelo GFATM para melhoria da compra e da logística de medicamentos nos países. Em Moçambique foi inicialmente utilizado para tal, mas, a partir de 2010 a USAID passou a administrar este agente por meio da PFSCM ¹⁸ .

continua

Dados de 2012 mostram que ocorreu aumento da dispensação de tratamento com antirretrovirais (TARV), diminuição da prevalência e da incidência do HIV, aumento da cobertura e do tratamento - pediátrico, adultos e mulheres -, da prevenção da transmissão vertical em grávidas e diminuição da mortalidade²⁸. Porém, na Avaliação Conjunta do MISAU (2012)³² registrou-se

que, apesar da melhoria nos resultados com os programas verticais das doações, a cobertura para prevenção da transmissão vertical e do TARV, pediátrico e adultos era insuficiente.

Nas atividades de controle da malária estão envolvidas 18 organizações internacionais de diferentes naturezas. A análise dos dados evidencia que a prevalência, a incidência e o número de ca-

Quadro 2. Principais atores internacionais que atuam na provisão de medicamentos em Moçambique, 2015.

Instituição ou organização	Tipo de organização e atuação
SCMS - Supply Chain Management System	Mecanismo de procura, estabelecido em 2005, que se encarrega da programação e provisão de antirretrovirais para o PEPFAR e de antimalárico para o PMI, administrado pelo USAID e implementado pela PFSCM ³³ . Em Moçambique se ocupa do apoio técnico para programação e abastecimento dos programas norte-americanos.
Fundações privadas	
CHAI - Clinton Health Access Initiative	Fundação privada norte-americana busca soluções locais para problemas de saúde. Atua na HIV/Aids, malária e vacinas. Em Moçambique recebe financiamentos da FBMG e da UNITAID para implementação de programas específicos e atua como agente de aquisição identificando fornecedores de matéria prima para medicamentos ²⁸ .
FBMG - Fundação Bill & Melinda Gates	Fundação privada norte-americana, financia pesquisas biomédicas na área de ciência e tecnologia em doenças infecciosas (HIV/Aids, TB e malária) e outras. Em Moçambique financia alguns programas, como <i>Roll Back Malaria</i> e GFATM ³⁴ .
IDA Foundation - International Dispensary Association	Empresa social holandesa que se ocupa de fornecer medicamentos e insumos médicos para organizações de saúde em nível mundial. Entre esses produtos os mais importantes são o mecanismo de contratação de procura do GFATM e apoio ao <i>Global Drug Facility</i> contra a TB. Recebe financiamentos do GFATM, UNITAID, Banco Mundial e OMS ²⁶ .
Iniciativas globais em saúde (Global Health Initiatives - GHI)	
GFATM - Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis e Malaria	PPP - financia atividades para prevenção e tratamento de HIV/Aids, TB e malária. Recebe 95% de recursos doados por 54 países, oriundos da Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD), os demais 5% vem do setor privado -FBMG- e da UNITAID. O GFATM lançou e aprovou duas Rondas em Moçambique: a Ronda 2 (28 milhões de dólares) e a Ronda 6 (36 milhões de dólares), tendo como objetivo a prevenção, cuidado, suporte e tratamento de pessoas com malária ²³ . O GFATM era membro do PROSAÚDE, porém passou em 2008 a implementar um mecanismo independente por meio da Unidade de Planificação Gerencial do Global Fund no MISAU ¹⁸ .
MAP - Multi Country Africa Program	Mecanismo de empréstimo do Banco Mundial para prevenção, tratamento, trabalho comunitário e fortalecimento do sistema de saúde; oferece também suporte técnico e consultorias por meio de abordagens multi setoriais e multi agências, criando parcerias com o setor privado e a sociedade civil. Implementou um projeto em Moçambique, no período 2010-2014, para provisão de medicamentos em parceira com UNICEF, UNAIDS e GFATM ³⁵ .
Produção nacional de medicamentos: cooperação bilateral Brasil-Moçambique	
Farmanguinhos/Fiocruz	Transferência de tecnologia para instalação da SMM - Sociedade Moçambicana de medicamentos, fábrica para produção de ARVs e outros medicamentos. Tem desempenhado papel ativo no projeto de cooperação Sul-Sul para incentivar a produção de medicamentos no país ¹⁶ .
Fiocruz África	Escritório de Representação da Fiocruz na África: articula, acompanha e avalia os programas de cooperação em saúde da Fiocruz no continente africano, com sede em Maputo, Moçambique ¹⁶ .

Fonte: Elaboração própria a partir de várias fontes citadas no quadro.

sos notificados diminuíram entre 2007 e 2012³⁶. No mesmo período, as recomendações da OMS levaram a duas mudanças na guia terapêutica nacional. Isso teve consequências na disponibilidade de medicamentos devido à falta de financiamento para as linhas recomendadas, escassez de produção em nível global e dificuldade de modificação dos *kits* já existentes. Foi registrada também lentidão, por parte do Estado, na aprovação

e liberação dos novos produtos, quando disponíveis, provocando atrasos na provisão.

No caso da tuberculose (TB), em Moçambique existem 10 organizações internacionais em atuação. Os dados epidemiológicos indicam um aumento da prevalência e da incidência e não houve variação relevante na taxa de óbitos. Aumentou a cobertura da estratégia de Tratamento Diretamente Observado de Curta Dura-

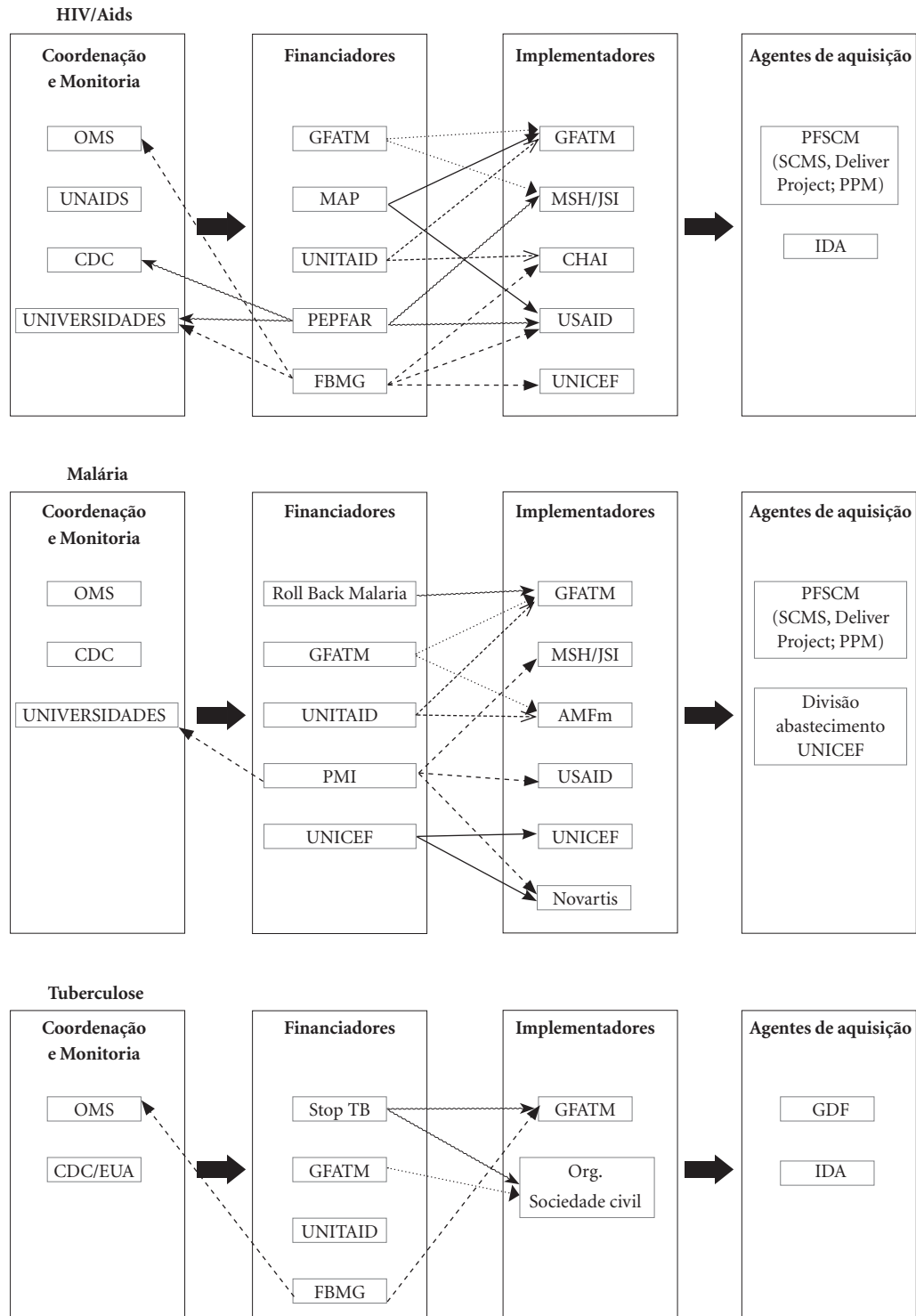


Figura 2. Relações entre as principais organizações internacionais que atuam na provisão de medicamentos para o combate à epidemia de HIV/Aids, à Malária e à TB em Moçambique, 2015.

Fonte: elaboração própria.

ção (*Direct Observed Treatment, Short Course*), contribuindo na diminuição do abandono de tratamento, e registro de 82% de cura dos casos diagnosticados³⁷.

Viabilização e operacionalização da ajuda na provisão de medicamentos em Moçambique

Os atores internacionais mais importantes que atuam na provisão de medicamentos em Moçambique articulam-se entre si, mas cada um deles tem um *modus operandi* próprio, seja no financiamento ou na operacionalização, seguindo canais distintos de abastecimento.

Muitos atores participam dos comitês e dos conselhos de administração de outras instituições, ou são hospedados em outras organizações (por ex. a UNITAID está hospedada na OMS; a USAID participa do *Executive Board* do Stop TB; a IDA é financiada pela ONU e o Banco Mundial). Este aspecto pode significar tanto uma forma de aumentar a coordenação e diminuir os custos de transação das organizações, como uma estratégia para centralizar as informações e dificultar a elaboração e a implementação de propostas nacionais técnico-políticas diferentes das preconizadas pelos doadores.

As mesmas organizações podem desempenhar papel de financiadores, implementadores ou ambos, dependendo da sua natureza, das parcerias que estabelecem e do papel que ocupam num determinado programa. Algumas empresas farmacêuticas financiam provedores de medicamentos, como a UNICEF e o GFATM. Fundações privadas, como a FBMG, também apoiam financeiramente organizações multilaterais, como a OMS ou fundos específicos, como o GFATM, o que pode significar importante interferência no processo decisório¹³.

Existem ainda ligações com instituições de pesquisa (sobretudo norte-americanas) que elaboram documentos técnicos, influenciando a atuação das *Global Health Initiatives* (GHI). Por exemplo, o *Supply Chain Management System* (SCMS), que é relacionado ao *JSI Research & Training Institute* – ambas organizações não governamentais financiadas por programas norte-americanos –, possuem numerosas parcerias com universidades, como Harvard, John Hopkins e *Columbia University*, assim como o PEPFAR e o PMI têm relações financeiras estreitas com a Universidade de Seattle²⁸.

Em contraste com o elevado número de atores envolvidos no financiamento, coordenação e

monitoramento, observa-se escassez dos “agentes de aquisição”, ou seja, de organizações intermediárias utilizadas para assistência técnica e compra de grandes quantidades de medicamentos. Esses agentes são os mesmos para muitos parceiros e, em geral, são capitaneados por instituições norte-americanas, principalmente ligadas à PFSCM, financiada pela USAID, que gerencia a provisão de medicamentos para PEPFAR, PMI, UNICEF, GFATM e UNITAID. O *Deliver Project*, financiado pela UNICEF, se ocupa da provisão de antimaláricos para o PMI e a UNICEF e da distribuição de antirretrovirais para PEPFAR. O *Global Drug Facility* é o único mecanismo fornecedor de medicamentos contra a TB; e a *IDA Foundation* busca medicamentos para o GFATM, que é também seu financiador.

A utilização por parte de diferentes programas e GHI dos mesmos agentes de aquisição (*IDA Foundation*, GDF, PFSCM) conduz a uma concentração dos processos gerenciais que suplanta as regulamentações nacionais existentes, impondo a “harmonização das necessidades e vontades dos doadores” que operam *off-budget*³⁸, nem sempre respeitando as necessidades da população, nem diminuindo a fragmentação das ações ou melhorando o processo de coordenação.

A verticalização na administração de recursos *off-budget* é justificada pela necessidade de economizar nos custos de transação. Não reforça o planejamento, a gestão, o monitoramento e a avaliação da provisão de medicamentos pelos órgãos públicos locais, enfraquecendo a administração do Estado, que não é considerado na tomada de decisão quanto à alocação dos fundos e recebe esses recursos de forma imprevisível e instável, devido aos requisitos exigidos para os desembolsos, sem poder questioná-los³⁹.

No período considerado (2007-2012) foram registradas três rupturas de estoque: duas dos antimaláricos, em 2009 e 2010, devido à mudança de linha terapêutica e à falta de adequação na operacionalização da distribuição dos medicamentos; e em 2011, momento em que foram encontrados medicamentos fora de prazo, em condições não adequadas de armazenamento e inventários desatualizados, devido às máquinas obsoletas utilizadas para preencher o sistema de informação nacional em saúde e, paralelamente, às exigências de registro dos medicamentos dos doadores¹⁴.

Após pressão dos parceiros, o MISAU criou oito grupos para elaborar novos mecanismos de quantificação, na perspectiva de evitar essas rupturas. Entretanto, não se modificou a questão

da insuficiência de recursos humanos, nem tampouco foram substituídos os equipamentos que contribuem para a debilidade dos sistemas de informação. Essa dinâmica introduziu a ingerência externa no processo de quantificação, inclusive alterando o período de estoques de segurança para um mês, e não três meses, como definido anteriormente pelo MISAU³⁹.

A imprevisibilidade de desembolsos dos parceiros – que em geral dependem de protocolos internos específicos dos doadores - obriga o Estado moçambicano a utilizar os mecanismos de aquisição de emergência, “induzidos” pela falta de planificação conjunta. Essa modalidade de compra, por um lado, enfraquece a estrutura de planejamento e gestão dos órgãos nacionais de saúde, pois não seguem os processos administrativos e financeiros pré-estabelecidos; e, por outro, não possibilitam construir um histórico de programação para a provisão de medicamentos a longo prazo. Isso também tem implicações na sustentabilidade econômica de todo o setor, confirmando a falta de alinhamento entre doadores e receptor.

A presença das numerosas GHI atuando no país por longos períodos, mas sem cobrir totalmente a demanda necessária de medicamentos, pode representar mais um obstáculo ao desenvolvimento do sistema nacional de saúde, pois a recepção de ofertas por tempo prolongado pode induzir o enfraquecimento das instituições nacionais, que não contabilizam os recursos necessários para a sua sustentabilidade, criando a “tirania das ofertas”³. Os produtos doados são aceitos não porque respondam à necessidade nacional do bem público, mas porque seria insustentável a sua recusa.

Segundo Castel Branco⁴⁰, a dependência da ajuda pode também afetar a cultura institucional, a governança e a interação entre atores, dificultando a elaboração de propostas inovadoras e contrárias ao discurso dominante, assim como modela a estrutura da economia e da sociedade segundo as prioridades dos parceiros de cooperação. O poder de negociação dos atores envolvidos é desigual e a dinâmica cotidiana legítima esta lógica, influenciando a percepção dos receptores em nível nacional sobre suas próprias capacidades.

O Estado é debilitado ainda pela “drenagem interna” de recursos humanos nacionais, que são estimulados a trabalhar em organizações internacionais, ou mesmo não governamentais, com melhores salários e condições de trabalho. E os funcionários públicos estatais que permanecem devem atender às exigências nacionais e às contínuas

demandas de elaboração de projetos (para receber as doações) e de prestações de contas aos doadores, sob pena de suspensão das intervenções. Esta situação, na prática, impossibilita a “apropriação” dos processos por parte do Estado moçambicano, além do risco de total desabastecimento no caso de eventual retirada do apoio externo.

Considerações finais

Os principais resultados encontrados apontam a grande complexidade das relações entre atores nacionais e internacionais, caracterizada por fragmentação, interdependência e sobreposição, o que limita o poder de decisão do Estado moçambicano e dificulta sua liderança operacional, enfraquecendo ainda mais o sistema de saúde, em princípio frágil, devido à falta de capacidade instalada adequada e à alta dependência da ajuda externa. Embora se constate alguns benefícios na provisão e acesso aos medicamentos, estes se relativizam no aprofundamento da análise, pois essas atividades ocorrem paralelamente ao funcionamento do sistema de saúde, não contribuem para o seu fortalecimento nem para a maior autonomia do Estado na implementação de suas políticas.

É inegável que nas doenças estudadas - HIV/Aids, malária e TB - houve melhoras, devido ao aumento das ações na AF, maior disponibilidade de medicamentos que influenciaram positivamente a cobertura e acesso aos tratamentos e promoveram melhores condições de vida a muitos doentes; permitiram a implementação de estratégias para diminuição do preço global desses insumos por meio do aumento da demanda; forneceram mecanismos para diversificar os fundos destinados à compra de medicamentos; e incentivaram o Estado a elaborar planos estratégicos para responder às condicionalidades operacionais dos doadores. Ao mesmo tempo, essa dinâmica estimulou tentativas de interação e maior participação dos diversos atores – que nem sempre coincidem com melhor coordenação; canalizaram os fundos externos para organizações não-governamentais ou da sociedade civil; e proporcionaram algum fortalecimento da assistência técnica às instituições estatais⁴¹.

Existem, entretanto, aspectos controversos que levam a questionar a validade das intervenções. Há predominância de atores internacionais norte-americanos, com certa continuidade – os EUA atuam em Moçambique, segundo diferentes mecanismos, desde os anos 1980, com a entrada do país no Fundo Monetário Internacional

(FMI). Um dos resultados negativos da atuação das diferentes PPP e iniciativas está relacionado à falta de uma abordagem holística do sistema de saúde²¹, o que obstaculiza o seu fortalecimento. A falta de alinhamento com as políticas nacionais, consideradas obsoletas e ineficazes pelos parceiros, justificam o seu *modus operandi* independente, que conduz à fragmentação operacional e à negligência em relação à regulamentação nacional, assim como à utilização de provisão definida segundo a perspectiva de cada interveniente.

Não foi possível neste estudo aprofundar a elucidação do significado operacional de conceitos como - harmonização, apropriação, inclusividade, transparência, alinhamento, responsabilidade mútua, gestão de resultados e sustentabilidade - que foram discutidos, formulados e reiterados em diferentes reuniões internacionais - Declarações de Roma em 2003, Paris em 2005, Accra

em 2008 e Busan em 2011 -, como princípios e instrumentos para melhorar a efetividade da ajuda externa para o desenvolvimento global, assim como para operacionalizar as ações dos doadores. Entretanto, a partir das constatações deste estudo, pode-se inferir que o cumprimento das normativas aprovadas nessas reuniões não levaram à melhoria da efetividade da ajuda em Moçambique, mas à grande concentração de poder na mão dos doadores ou “parceiros” de cooperação.

Apesar de não pretender fornecer recomendações, vale ressaltar a importância de considerar os medicamentos como um bem público, um dos insumos garantidores do direito à saúde e, portanto, colocar como prioridade os cuidados sanitários nacionais *vis a vis* os objetivos e os indicadores delineados por atores internacionais e, possivelmente, superar ou minimizar a lógica mercantil embutida nessa dinâmica.

Colaboradores

M Sachy, C Almeida e VL Edais Pepe participaram da concepção e estrutura do artigo, da análise e interpretação dos dados; da redação e revisão crítica do seu conteúdo; e da aprovação final da versão a ser publicada. São, assim, corresponsáveis em todos os aspectos do trabalho.

Agradecimentos

Este artigo é um dos produtos da dissertação de mestrado de Marta Sachy, defendida no PPGSP da ENSP/Fiocruz, em 2015. Agradecemos a colaboração do Dr. Ericson Santos, que apoiou, na medida do possível, o trabalho de campo da pesquisa em Maputo, Moçambique. Os resultados aqui apresentados são, entretanto, de nossa inteira responsabilidade.

Referências

1. World Health Organization (WHO). 2015. *Pharmaceutical Industry*. [acessado 2015 Jul 12]. Disponível em: <http://www.who.int/trade/glossary/story073/en/>
2. QuintilesIMS Institute. *Outlook for Global Use of Medicines through 2021*. 2016. [acessado 2018 Jan 6]. Disponível em: http://www.imshealth.com/en/thought-leadership/quintilesims-institute/reports/outlook_for_global_medicines_through_2021
3. Cassier M, Correa M. Access to Medicine in Developing Countries: Ethical Demands and Moral Economy. *Developing World Bioethics* 2014; 14(2):ii-viii.
4. Paumgarten FJ, Nascimento AC. Regulação Sanitária de Medicamentos. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MAO, Jaramillo NJ, organizadoras. *Assistência Farmacêutica: Gestão e Prática para Profissionais da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 207-220.
5. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência Farmacêutica. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Política e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª ed. revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 657-668.
6. Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. The advocacy coalition framework: An assessment. Sabatier PA, editor. In: *Theories of the policy process: Theoretical lenses on public policy*. Boulder: Westview Press; 1999. p. 117-166.
7. Skocpol T. Bringing the State Backing in - Strategies of Analysis in Current Research. In: Evans PB, Rueschemeyer D, Skocpol T, editors. *Bringing The State Back*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985. p. 4-37.
8. Zurbriggen C. La utilidad del análisis de redes de políticas públicas. *Argumentos* 2011; 24(66):181-209.

9. Reed MS, Graves A, Dandy N, Posthumus H, Hubacek K, Morris J, Prell C, Quinn CH, Stringer LC. Who's in and why? A typology of stakeholder analysis methods for natural resources management. *J Environ Manage* 2009; 90(5):1933-1949.
10. Weimer B. Saúde Para o Povo? Para Um Entendimento da Economia Política e das Dinâmicas da Descentralização no Setor da Saúde em Moçambique. In *Moçambique: Descentralizar O Centralismo, Economia Política, Recursos e Resultados*. Maputo: IESE; 2012. p. 423-488.
11. Moçambique. Ministério da Saúde (MISAU). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA)*. Maputo: MISAU; 2015.
12. Abrahamsson H, Nilsson A. *Moçambique em transição: um estudo da história de desenvolvimento durante o período 1974-1992*. Maputo: Padrigu; 1994.
13. Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(Supl. 2):1-15.
14. Moçambique. Ministério da Saúde (MISAU). *Relatório da Revisão do Sector de Saúde. 2012*. Maputo: MISAU; 2012.
15. Martins H. Uma Política Farmacêutica de Tipo Novo: Princípios Orientadores e Resultados Práticos da Experiência Moçambicana. *Rev Adm Publ* 1985; 19(1):147-157.
16. Rodrigues RD. *Cooperação internacional da Fiocruz: o caso do projeto de instalação da fábrica de medicamentos em Moçambique* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2014.
17. Durão JR, Regúlez F. *Avaliação Rápida: Aproveitamento de Medicamentos no Setor Público*. Maputo: MISAU; 2011.
18. Global Fund. Escritório da Inspeção Geral (GFATM) Audit of Global Fund Grants to the Republic of Mozambique, *Report GF-OIG-11-018*, 28 Agosto 2012.
19. World Health Organization (WHO). *WHO External Evaluation of the Pharmaceutical Sector in Mozambique. Consolidate Report*. July 2007 [cited 2014 May 10]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21541en/s21541en.pdf>.
20. Van Dijk DPJ, Dinant G-J, Jacobs JA. Inappropriate Drug Donations: What has Happened Since the 1999 WHO Guidelines? *Educ Health* 2011; 24(2):462-474.
21. Biesma RG, Brugha R, Harmer A, Walsh A, Spicer N, Walt G. The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy Plan* 2009; 24(4):239-252.
22. Bujones AK. *Mozambique in Transition and the Future Role of UN*. New York: Center on international Cooperation; 2013.
23. United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF). *Supply annual Report*. Copenhagen: UNICEF; 2016.
24. Ingabire CM, Alaii J, Hakizimana E. Community Mobilization for Malaria Elimination: Application of an open space methodology in Ruhha Sector, Rwanda. *Malaria J* 2014; 13(167):3-8.
25. Arinaminpathy N, Cordier-Lassalle T, Anant Vijay D, The Global Drug Facility and its role in the market for tuberculosis drugs. *Lancet* 2013; 382(9901):1373-1379.
26. Innovation for Global Health (UNITAID). *CHAI, UNITAID and DFID Announce Lower Prices for HIV/AIDS of the World Health Organization UNITAID*. 2011. [acessado 2015 Jun 10]. Disponível em: <https://donttradeourlivesaway.wordpress.com/2011/05/19/clinton-health-access-initiative-unitaid-and-dfid-announce-lower-prices-for-hiv-aids-medicines-in-developing-countries/>
27. Yamey G, Schäferhoof M, Montagu D. Piloting the Affordable Medicines Facility-malaria: what will success look like? *Bull World Health Organ* 2012; 90(6):452-460.
28. President's Emergency Plan For Aids Relief (PEPFAR). *Quadro de Parceria de Apoio À Implementação da Resposta Nacional de Moçambique ao HIV/Sida Entre o Governo da República de Moçambique e o Governo dos Estados Unidos de América. Estratégia Quinquenal 2009-2013*. Maputo: PEPFAR; 2009
29. Tang MW, Kanki PJ, Shafer RW. A review of the virological efficacy of the 4 world health organization-recommended tenofovir-containing regimens for initial HIV therapy. *Clin Infect Dis* 2012; 54(6):862-875.
30. Médecins Sans Frontières (MSF). Losing Ground. How Global Fund Shortage and PEPFAR cuts are jeopardising the fight against HIV and TB. *MSF Issue Brief* 2012:1-11.
31. USAID/Deliver Project. *Use of Incentives in Health Supply Chains; A Review of Results Based Financing in Mozambique's Central Medical Store*. Arlington: USAID; 2014.
32. Moçambique. Ministério da Saúde (MISAU). *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde (ACA XI)*. Maputo: MISAU; 2012.
33. Meny I, Thoening JC. *Las Políticas Públicas*. Barcelona: Editorial Ariel S.A.; 1992.
34. Noronha AB. Filantropocapitalismo: o que esse termo representa para a saúde no mundo. Fundação Rockefeller e Fundação Bill e Melinda Gates: a filantropia que define os rumos da saúde internacional/global. *Revista Rets* 2014; 6(21):8-16.
35. World Bank (WB). *The Multi-Country AIDS Program. Context and Objectives*. Washington: WB; 2011.
36. World Health Organization (WHO). *WHO Statistics*. Geneva: WHO; 2013.
37. Sachy M. *A Assistência Farmacêutica no Sistema de Saúde de Moçambique: um olhar sobre a provisão de medicamentos no setor público* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2016.
38. Ott R. *System strengthening or undermining progress towards the long term goal of a sustainable supply chain: A Case Study of the Mozambican pharmaceutical sector* [essay]. Zurich: NADEL MAS- Center for Development and Cooperation; 2014.
39. Wagenaar BH, Gimbel S, Hoek R. Stock-Outs of Essential Health Products In Mozambique- Longitudinal Analyses From 2011 To 2013. *Trop Med Int Health* 2014; 19(7):791-801.
40. Castel-Branco CN. Dependência de Ajuda Externa, Acumulação e Ownership. Contribuição Para Um Debate de Economia Política. *Cadernos IESE* 2011; 7:1-59.
41. Wafula F, Agweyu A, Macintyre K. *Procurement Cost Trend for Global Fund Commodities: Analysis of Trends for Selected Commodities 2005-2012*. Nairobi: Aidspan Working Paper; 2013.

Artigo apresentado em 15/01/2018

Aprovado em 12/03/2018

Versão final apresentada em 10/04/2018