

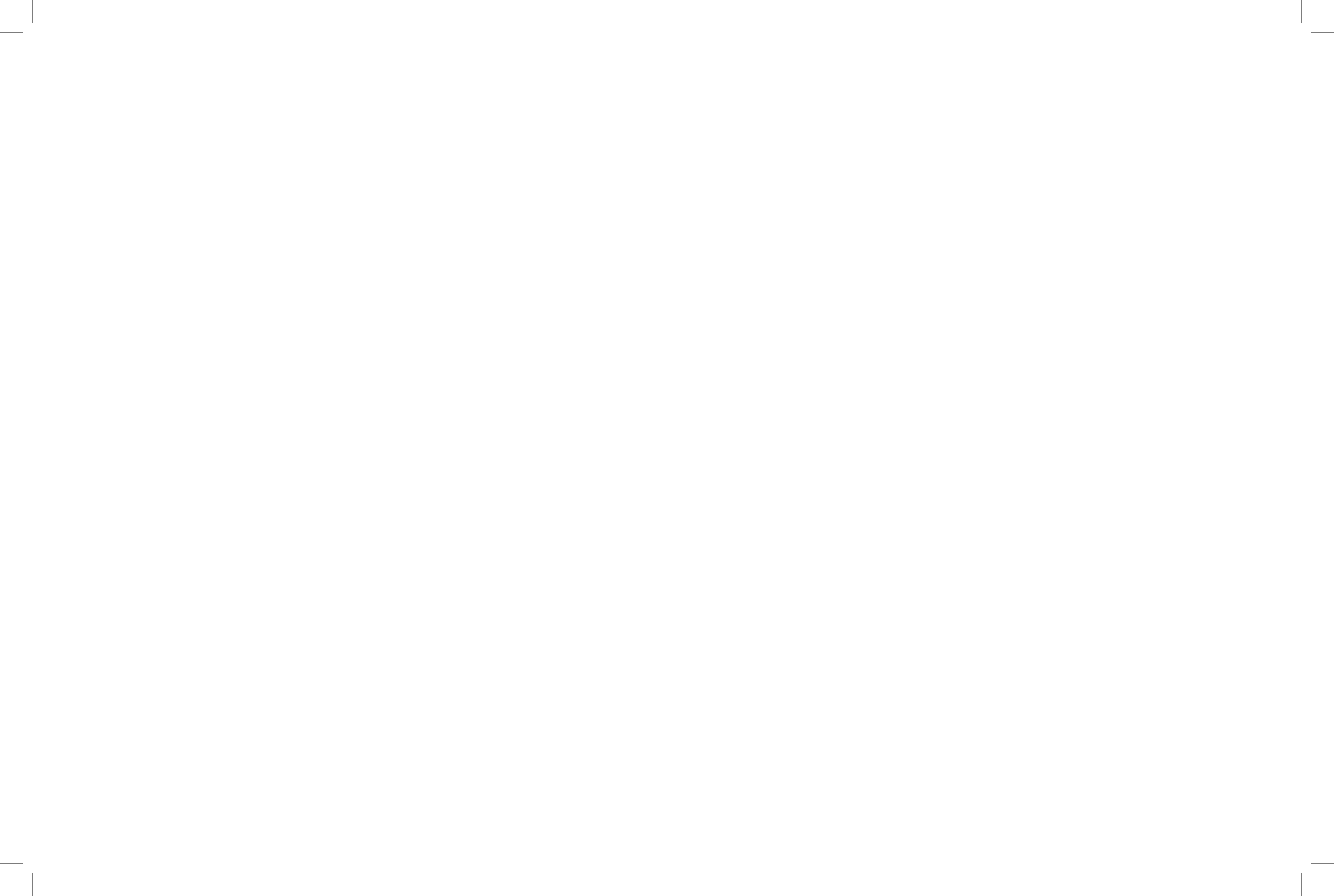
CCGH



Maputo | 2018



MAPEAMENTO DOS FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA GERAR MUDANÇAS NAS UNIDADES SANITÁRIAS:
**A EXPERIÊNCIA DOS COMITÉS DE CO-GESTÃO E HUMANIZAÇÃO
(CCGH) COMO MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE**



CCGH

Maputo | 2018



MAPEAMENTO DOS FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA GERAR MUDANÇAS NAS UNIDADES SANITÁRIAS:
**A EXPERIÊNCIA DOS COMITÉS DE CO-GESTÃO E HUMANIZAÇÃO
(CCGH) COMO MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE**

FICHA TÉCNICA

Propriedade: N'weti - Comunicação para saúde

Equipa Técnica: Denise Namburete, Andes Chivangue, Sansão Dumangane e Gildo Nhapuala

Coordenação da Pesquisa: Andes Chivangue

Design Gráfico: Maurício Matapisse

Direcção Executiva: Denise Namburete

Agradecimentos: CEP e IDS

Ano: Abril de 2018



Rua Lucas Elias Kumato | N° 288 | Bairro da Sommerschield
Tel (+258) 214852/53 | Cel (+258) 823079630 | Fax: (+258) 21485256
Website: www.nweti.org.mz | Maputo-Moçambique

Índice

LISTA DE ABREVIATURAS.....	2
1. SUMÁRIO EXECUTIVO.....	3
2. CONTEXTO DA PARTICIPAÇÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS NO SECTOR DA SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.....	4
3. OBJECTIVOS E METODOLOGIA.....	8
3.1. Objectivos.....	8
3.2. Metodologia e Referencial Conceptual da Acção Colectiva.....	8
3.2.1. Metodologia.....	9
3.2.2. Nota Explicativa sobre a Natureza do Estudo e seus Limites.....	10
3.3. Referencial Conceptual da Acção Colectiva.....	11
4. PERFIL E A EXPERIÊNCIA DOS COMITÉS DE CO-GESTÃO NA INDUÇÃO DE MUDANÇAS NAS US.....	13
4.1. Perfil dos Comités de co-Gestão e Humanização.....	13
4.2. A Experiência de Acção Colectiva do Comité de co-Gestão e Humanização de Mazivila.....	14
4.3. A Experiência de Acção Colectiva do Comité de co-Gestão e Humanização de Olombe.....	19
4.4. A Experiência de Acção Colectiva do Comité de co-Gestão e Humanização da Praia de Bilene.....	21
4.5. A Experiência de Acção Colectiva dos Comités de co-Gestão dos Centros de Saúde de Chimundo e Coca Missava em Chibuto.....	23
4.5.1. Comité de co-Gestão e Humanização de Chimundo.....	23
4.5.2. Comité de co-Gestão e Humanização de Coca Missava.....	24
5. ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO E O PAPEL DO EXECUTIVO LOCAL NA GERAÇÃO DE MUDANÇAS.....	25
5.1. Envolvimento Comunitário e sua Influência na Fortificação dos Mecanismos.....	25
5.2. A Influência do Executivo Local no Estímulo às Mudanças.....	26
6. A INFLUÊNCIA DOS PARCEIROS DE IMPLEMENTAÇÃO A ACTUAREM LOCALMENTE.....	28
7. REFLEXÕES FINAIS E CONCLUSÕES.....	29
8. RECOMENDAÇÕES.....	31
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

- APE's – Agentes Polivalentes Elementares
- CEP – Cidadania e Participação
- CCL – Concelho Consultivo Local
- CcGH – Comité de co-Gestão e Humanização
- CLC – Concelho de Líderes Locais
- CPC – Cartão de Pontuação Comunitária
- CMC – Concelho Municipal de Chubuto
- CS – Centro de Saúde
- DPS – Direcção Provincial de Saúde
- LOLE – Lei dos Órgãos Locais do Estado
- MISAU – Ministério da Saúde
- OCB's – Organizações Comunitárias de Base
- ODS – Objectivos de Desenvolvimento Sustentavel
- OIE – Órgãos Locais do Estado
- ONG's – Organizações Não-Governamentais
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PESOD – Plano Económico e Social do Distrito
- PNQH – Programa Nacional de Qualidade e Humanização
- PESS – Plano Económico e Social do Sector
- SDSMAS – Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
- SISTAFE – Sistema de Administração Financeira do Estado
- SMI – Saúde Materna e Infantil
- UGB – Unidade Gestora Beneficiária
- US – Unidade Sanitária
- TARV – Tratamento Anti-Retroviral

O presente relatório representa uma pesquisa exploratória e descreve os incentivos que mobilizam os actores locais a operarem mudanças nas Unidades Sanitárias (US). Trata-se de um exercício com objectivo de analisar a influência dos Comités de co-Gestão e Humanização (CcGH) como principais agentes de mudanças e catalisadores de dinâmicas de prestação de contas nas US.

1. Sumário Executivo

O presente relatório representa uma pesquisa exploratória e descreve os incentivos que mobilizam os actores locais a operarem mudanças nas Unidades Sanitárias (US). Trata-se de um exercício com o objectivo de analisar a influência dos Comités de co-Gestão e Humanização (CcGH) como principais agentes de mudanças e catalisadores de dinâmicas de prestação de contas nas US. Neste sentido, aborda-se o alcance da acção colectiva deste mecanismo local e sua relação dialógica com os dispositivos políticos de natureza macro que regulam o Estado e o sector em particular. A pesquisa constatou que as estratégias de actuação variam entre as US e são influenciadas pelo grau de desenvolvimento económico da região onde se encontra inserido o Centro de Saúde (CS), histórico de experiências profissionais dos seus membros e níveis de apropriação das noções de cidadania e participação.

A estrutura de incentivos por detrás da actuação do mecanismo está relacionada com ideologias de desenvolvimento comunitário, altruísmo, reconhecimento pessoal e compensação material. Muitos destes membros emprestam o seu tempo e sabedoria aos Comités movidos pelas representações sociais construídas em torno da imagem da US. Contudo, esta participação conflitua com actividades de subsistência em época chuvosa, levantando amiúde o problema de incentivos materiais e, no geral, a questão da sua sustentabilidade.

As percepções de poder para a indução de mudanças variam entre os CcGH havendo, contudo, certa convergência para a ideia segundo a qual a comunidade detém o poder de protestar e o governo o de concretizar as necessidades das populações. O principal meio de engajamento entre os CcGH e os diversos actores que apoiam o sector é o relatório das sessões. No entanto, os grupos mais dinâmicos utilizam-no apenas como mero instrumento informativo, quando os menos estruturados o têm como principal meio de apresentação de preocupações. Importa referir que dada a reduzida eficácia deste instrumento, existe uma forte tendência para a utilização de mecanismos informais para colocar reclamações ou solicitar encontros com os responsáveis de topo, sendo o telemóvel o mais predominante.

A pesquisa verificou que parte das mudanças são imprimidas por parceiros de implementação do MISAU a operarem no distrito, incluindo organizações locais, ainda que estas o façam numa extensão bastante limitada. O foco do apoio destas organizações centra-se nas questões de natureza biomédica, nomeadamente a reabilitação de infraestruturas, provimento de material médico-cirúrgico e auxílio em exames laboratoriais. Não obstante, quando recebem solicitações de apoio em equipamento de outra natureza, desde que para o benefício da US, estes parceiros colocam à disposição recursos materiais e financeiros para o efeito.

Portanto, muitas das mudanças ocorrem fora do quadro orçamental e de planificação do distrito. Com efeito, os processos de planificação e orçamentação são excludentes, o que se traduz no esvaziamento do poder dos actores estatais locais. Esta limitante remete para um problema mais geral relacionado com descentralização, especificamente a descentralização financeira.

É fundamental referir que a presente pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Programa Cidadania e Participação (CEP), consórcio liderado pela COWI e que incluía outros seis membros – nacionais e internacionais – nomeadamente N’weti, CESC, Save the Children Internacional, IDS, Kwantu e a Oxford Policy Management do Reino Unido. O programa, que terminou em finais do ano passado, procurava elevar o engajamento do cidadão na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e educação. O Programa CEP contava com o financiamento do DFID, Irish Aid e Danida.



2. Contexto da Participação e Prestação de Contas no Sector da Saúde em Moçambique

O regulamento da Lei dos Órgãos Locais do Estado, conhecida por LOLE, no seu capítulo VIII, consagrado à cidadania e participação, indica explicitamente que os Órgãos Locais do Estado (OLE) têm o dever de “assegurar a participação dos cidadãos, das comunidades locais, das associações e de outras formas de organização” (Artigo 100 do Regulamento da Lei dos Órgãos Locais do Estado, aprovado pelo Decreto n° 11/2005 de 10 de Junho de 2005) . Para o efeito, os cidadãos organizam-se em Comitês Comunitários e os órgãos locais estão por lei obrigados, dentre vários, a colaborar prestando informação, esclarecimentos, considerar as sugestões e informações providenciadas pelos comités¹. No artigo 113 do mesmo regulamento, os comités são definidos como “formas de organização das populações para permitir que as comunidades se mobilizem na identificação e procura de soluções dos seus problemas” (Artigo 113, LOLE). Os comités podem ser constituídos para apoiar na gestão dos recursos naturais, nas escolas, unidades sanitárias e outro tipo de instituição de natureza não lucrativa.

Na dimensão de políticas, ao nível macro, as questões de participação no sector da saúde são, em primeira instância, informadas pelo Plano

O regulamento da Lei dos Órgãos Locais do Estado, conhecida por LOLE, no seu capítulo VIII, consagrado à cidadania e participação, indica explicitamente que os Órgãos Locais do Estado (OLE) têm o dever de “assegurar a participação dos cidadãos, das comunidades locais, das associações e de outras formas de organização” (Artigo 100 do Regulamento da Lei dos Órgãos Locais do Estado, aprovado pelo Decreto n° 11/2005 de 10 de Junho de 2005) .

1. Veja-se os pontos n° 2 do artigo 100; ponto n° 1 do artigo 102, nas alíneas a) e b).

Uma das formas de participação no sector da saúde é garantida através dos CcGH. Trata-se de um mecanismo constituído pelos representantes da comunidade e da unidade sanitária.

Económico e Social do Sector (PESS), 2014-2019. Este documento orientador faz referência ao papel da saúde da comunidade e a importância da melhoria de comportamentos e práticas individuais e comunitárias. Por sua vez, o PESS 2014-2019 está em consonância com documentos de organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), sob o “guarda-chuva” de meta-narrativas como os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Com efeito, no mais recente Plano Estratégico (2018-2022) da OMS, para além da saúde materno-infantil, a saúde comunitária representa uma das áreas de maior destaque. A actuação dos CcGH é feita ao abrigo da Estratégia Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde (2017-2023), sendo o envolvimento comunitário uma das principais formas de interacção entre a comunidade e as US para a discussão de questões tais como educação para a saúde, higiene e saneamento, *stock out* de medicamentos, incluindo aspectos como subornos cujo tratamento é feito ao abrigo da Estratégia Nacional para a Prevenção e Combate às Cobranças Ilícitas (2017-2023).

Uma das formas de participação no sector da saúde é garantida através dos CcGH. Trata-se de um mecanismo constituído pelos representantes da comunidade e da unidade sanitária. Este mecanismo começou a ser implementado no âmbito da Estratégia de Envolvimento Comunitário, de 2004, e da Estratégia Nacional de Promoção de Saúde, de 2015, ambas lançadas pelo MISAU. Os CcGH têm como principal atribuição monitorar o funcionamento

das US, actuando nas questões relativas à qualidade de atendimento, gestão de filas, transparência na gestão de medicamentos e limpeza (MISAU, 2017). Este arranjo é tributário de formas de organização tais como Concelhos de Base nos hospitais, ligação Povo – Hospital (que incluíam enfermeiros, pessoal de lavandaria e cozinheiros), Agentes Polivalentes Elementares (APE’s) e Parteiras Tradicionais.

O contexto da operacionalização dos CcGH foi caracterizado por certa dificuldade relacionada com o seu escopo de actuação e a limitada compreensão por parte dos seus componentes sobre os seus papeis. Tal como referem Macuane et al. (Sd), o quadro de políticas do sector parece ser robusto, contudo a sua implementação tem sido constrangida por factores relacionados com o baixo desenvolvimento socioeconómico do país. A presente pesquisa sobre os CcGH aprofunda algumas dimensões desse contexto, discutidas na pesquisa formativa acima mencionada, e revela que os perfis dos membros da comunidade pertencentes a estes arranjos, incluindo os níveis de inserção do pequeno e médio empresariado nestas áreas rurais, têm influência directa no desempenho deste tipo de mecanismo de participação.

Outra limitação fundamental que não tem sido referida nas discussões sobre formas de participação e prestação de contas está relacionada com a desarticulação existente entre os diversos documentos de política, estratégias e normas. Por exemplo, embora a “Estratégia Nacional de Promoção de Saúde 2015-2019” inclua, na figura do quadro de

resultados e produtos, a importância de se reforçar a capacidade dos Comitês de co-Gestão para advocacia e implementação de intervenções de promoção de saúde (MISAU, 2015), este documento aborda a participação de forma bastante unidirecional, na medida em que às comunidades e organizações só cabe o papel de receber formações sobre higiene e disseminação de práticas saudáveis na comunidade. Deste modo, o documento é virtualmente autista no que concerne às prevalentes dinâmicas de participação e prestação de contas que estão a ocorrer no meio rural. Com efeito, os CcGH participam na gestão das US quando fazem a recepção e armazenamento de medicamentos, quando são informados sobre as receitas e na mobilização de recursos financeiros e materiais para a melhoria das condições de prestação de serviços aos utentes.

Por outro lado, os resultados do presente estudo confirmam constatações de pesquisas anteriores, segundo as quais os espaços consagrados por dispositivos como a Lei dos Órgãos Locais do Estado não têm servido de garantia de participação e debate devido a limitações de diversa natureza. Por exemplo, de acordo com Chilundo et al. (2015:24) “na maioria dos casos, os membros dos Concelho Consultivo Local (CCL) têm um nível de escolaridade baixo e limitada capacidade técnica para poder contribuir em discussões sobre questões de desenvolvimento. Ademais, as reuniões dos CCLs na prática são presenciadas pelas autoridades locais e isto geralmente impede a participação. Portanto, a participação através dos CCLs nem sempre garante

que as comunidades locais possam influenciar as agendas locais de desenvolvimento”. Estas dinâmicas do contexto tendem a reproduzir-se também em mecanismos como os CcGH, gerando limites nos níveis de abertura e na sua actuação.

Não obstante o seu número crescente ao longo de todo o país (veja-se tabela 1), os CcGH têm sido apontados como ineficientes devido, não só aos baixos níveis de literacia dos grupos que os compõem mas também, à falta de incentivos, dependência pelas ONG’s e fraca apropriação das suas atribuições. Críticas adicionais indicam que a agenda deste tipo de arranjo é influenciada pelas ONG’s devido ao peso financeiro destas. Contudo, a percepção das comunidades é de que os Comitês elevam a consciência sobre os benefícios dos cuidados de saúde especializados, melhora a comunicação entre a comunidade e as US e incrementa os níveis de confiança em relação ao Sistema Nacional de Saúde (Chilundo et al. 2015).

Tabela 1: Evolução cumulativa dos Comitês de co-Gestão e Humanização por província, 2012-2017

Província	US	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cabo Delgado	124	3	35	48	60	60	72
Niassa	176	14	99	0	109	109	109
Nampula	227	59	62	62	103	103	103
Tete	133	11	0	0	20	20	26
Zambézia	253	29	59	0	107	107	113
Manica	118	10	90	0	113	113	113
Sofala	158	22	0	0	29	29	90
Inhambane	137	0	0	18	21	21	34
Gaza	145	6	7	17	26	26	43
Maputo Prov.	117	39	0	0	63	63	63
Maputo Cidade	38	0	14	0	16	16	26
Total	1626	193	301	145*	276*	302	792

Fonte: MISAU (2017)

O lento processo de descentralização constitui outro aspecto que condiciona a eficácia dos CcGH. De facto, os processos de planificação e orçamentação não são inclusivos e excluem actores fundamentais, sobretudo ao nível dos distritos. Grande parte dos recursos financeiros do sector da saúde são geridos no MISAU, sendo o Hospital Central de Maputo o principal beneficiário das maiores verbas.

O lento processo de descentralização constitui outro aspecto que condiciona a eficácia dos CcGH. De facto, os processos de planificação e orçamentação não são inclusivos e excluem actores fundamentais, sobretudo ao nível dos distritos. Grande parte dos recursos financeiros do sector da saúde são geridos no MISAU, sendo o Hospital Central de Maputo o principal beneficiário das maiores verbas. Este padrão tem um forte impacto na capacidade da US em melhorar as suas condições de prestação de serviços e agir em função dos contextos em que se encontram. Neste sentido, a análise de Weimer (2012: 444-445) é elucidativa quando refere que “os SDSMAS, como todas as outras autoridades sectoriais distritais, não são normalmente uma Unidade Gestora Beneficiária (UGB), como definida no e-SISTAFE. Como tal, os fundos do OE são geridos globalmente como orçamento do governo distrital. Há problemas de gestão resultantes desta estrutura que têm um efeito negativo na prestação de serviços.” Assim, temos uma notória contradição pois as “instituições locais têm mais responsabilidades, mas pouca autonomia na planificação, orçamentação e execução.” A análise apresentada neste documento evidencia algumas destas limitações já apresentadas pela literatura e revela o carácter exclusivista dos processos de planificação e orçamentação do país.

Os problemas e ineficiências acima indicadas poderão reflectir a abordagem sectorial que tem sido consagrada às questões da participação e prestação de contas. Efectivamente, o Programa Quinquenal do Governo 2015-2019 conserva os

seus esforços para questões de carácter biomédico como expansão dos serviços, aumento de técnicos e da disponibilidade de medicamentos. A evidência produzida neste documento mostra ser igualmente importante que mecanismos similares aos CcGH, enquanto ferramentas de apoio no provimento dos serviços público humanizado e de qualidade ao nível local, concretamente nas US, sejam considerados no quadro dos compromissos políticos definidos pelo Governo.



3. Objectivos e metodologia

3.1. Objectivos

Geral:

Analisar os processos através dos quais acções de engajamento dos Comitês de co-Gestão e Humanização geram mudanças em termos de melhoria da qualidade dos serviços de saúde ao nível dos distritos.

Específicos:

- Descrever os incentivos que motivaram actores tais como os CcGH, directores das US, funcionários dos executivos distritais e parceiros a desencadear acções que levaram ao reforço do quadro de pessoal da US, provimento de equipamento, murro de vedação, fonte de água, energia eléctrica e infraestruturas diversas nos CS de Mazivila, Olombe, Bilene, Chimundo e Coca Missava;
- Narrar os mecanismos de interacção concretos, procedimentos, incluindo as acções levadas a cabo, colectiva ou individualmente, por estes agentes de mudança nos processos de “advocacia” que despoletaram as mudanças pretendidas;
- Discutir a eficácia dos CcGH como mecanismos de participação e prestação de contas a nível local e sua influência na geração de mudanças na US;

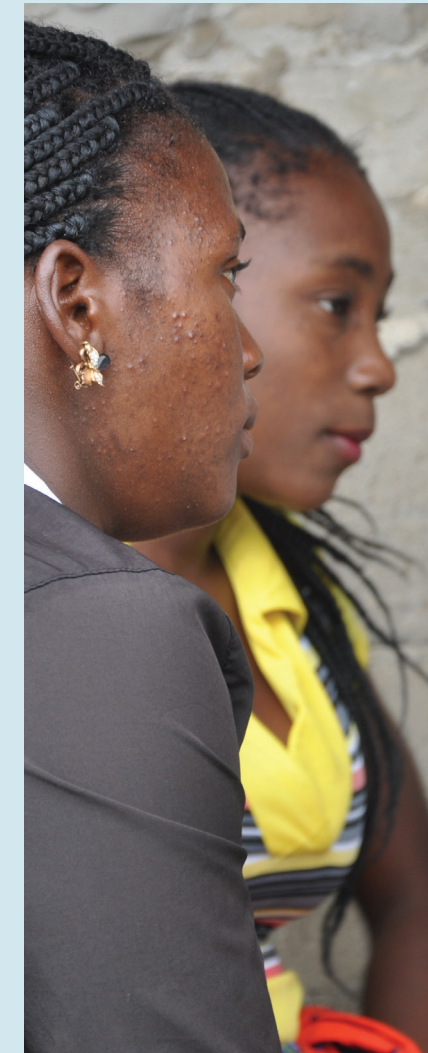
- Avaliar a eficácia dos mecanismos de comunicação entre os CcGH, os SDSMAS e parceiros, especificando os bloqueios e desinibidores de mudanças;
- Descrever as dinâmicas de poder entre os diferentes agentes de mudança e especificar a fonte de poder dos actores predominantes.

3.2. Metodologia e Referencial Conceptual da Acção Colectiva

3.2.1. Metodologia

O presente estudo exploratório foi operacionalizado através da técnica da análise de conteúdo, concretamente na modalidade da análise temática. Este tipo de análise procura revelar as representações sociais ou juízos dos locutores a partir de um exame de certos elementos constitutivos do discurso. A análise temática subdivide-se em categorial (em que os temas evocados são agrupados em categorias) e análise de avaliação (que incide sobre o juízo de valor do informante) (Câmara, 2013). No presente estudo privilegiou-se a primeira das duas opções.

A recolha de dados foi feita com recurso a entrevistas semiestruturadas às lideranças distritais e membros dos CcGH, incluindo parceiros que apoiam as US sanitárias. Foram feitas entrevistas de profundidade a um representante do SDSMAS, dois chefes do posto (os três são membros do Concelho Consultivo





Distrital) e dois responsáveis pelo envolvimento comunitário. Adicionalmente, foram conduzidos sete grupos focais, dos quais dois compostos por colégios de estruturas locais, tal como se pode observar na tabela abaixo:

Designação do Grupo Focal	Total de participantes por GF	Sexo		Média de idade	Mudanças pesquisadas
		F	M		
CcGH do CS de Mazivila	10	F	7	50	Aumento de pessoal
		M	3		
Líderes Comunitários de Mazivila	09	F	4	51	Ibidem.
		M	5		
CcGH do CS da Praia do Bilene	12	F	4	54	Aquisição de máquinas de lavar
		M	8		
CcGH do CS de Olombe	12	F	8	45	Aquisição de cacifos, incineradoras, fossas biológicas e secretárias
		M	4		
Líderes Comunitários de Olombe	24	F	11	61	Ibidem.
		M	13		
CcGH do CS de Chimundo	3	F	3	49	Construção de uma vedação e fonte de água
		M	0		
CcGH do CS Coca-Missava	4	F	2	55	Construção de uma casa de espera para mulheres grávidas
		M	2		

As discussões com os grupos focais foram feitas em *xichangane*, língua predominante entre os representantes das comunidades nos Comitês. As entrevistas foram posteriormente transcritas para língua portuguesa e os excertos utilizados como referências empíricas são citados nesta mesma língua. Neste documento a unidade de discussão são os Comitês de co-Gestão e Humanização das unidades

sanitárias de Mazivila, Olombe, Bilene, Chimundo e Coca-Missava. Dado algumas realizações terem sido concretizadas por parceiros do MISAU a operarem nos distritos, foram encetadas tentativas para ouvir estes actores, no entanto, sem sucesso. Contudo, das conversas informais foi possível recolher material adicional e proceder à confirmação de alguns dos aspectos levantados pelos grupos focais.

É de centros de saúde como estes que nos chegam histórias de superação de alguns dos principais desafios na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O relatório resultante desta pesquisa concentra-se na análise das dinâmicas de microestrutura, consistentes com as histórias de sucesso recolhidas no âmbito das actividades do CEP. A devolução de uma ambulância para utilização pela comunidade, os desafios da gestão de recursos pelos serviços distritais e a redução de cobranças ilícitas, de situações de mau atendimento e aumento da disponibilidade de medicamentos constituem exemplos ilustrativos dessas realizações, ainda emergentes e localizadas, mas com forte potencial para gerar efeitos multiplicadores ao nível das US do país.

Questões Norteadoras

- Que tipo de incentivos, materiais e imateriais, induzem atitudes, práticas e acções de mudanças nos CS de Olombe, Mazivile e Praia de Bilene, Chimundo e Coca-Missava?
- A que tipo de mecanismos de comunicação os agentes de mudança recorrem para canalizar os fluxos de informação (sejam elas solicitações ou queixas) aos provedores de saúde e respectivas autoridades distritais?
- Que factores explicam a abertura de alguns provedores para o acolhimento das iniciativas dos utentes e qual é a percepção desses actores governamentais em relação aos agentes causadores de mudanças?

- Qual é o formato de engajamento privilegiado pelos agentes de mudanças para solucionar problemas nas unidades sanitárias?
- Que dinâmicas de poder, entre os principais actores, explicam que em algumas US, determinada acção produza resultados positivos, em termos de melhoria de qualidade dos serviços de saúde, e outras não?

3.2.2. Nota Explicativa sobre a Natureza do Estudo e seus Limites

A escolha dos locais para a realização da pesquisa foi feita pelos gestores séniores do programa Cidadania e Participação e teve como critérios o facto de nestas US terem ocorrido mudanças sobre as quais não havia um conhecimento profundo, sendo que para o efeito era necessário um estudo de natureza qualitativa que permitisse perceber os factores que os desencadearam e os actores envolvidos. Interessava aprofundar as motivações para as mudanças, em particular por parte dos provedores. De uma lista de 18 tópicos constantes do plano de acção para os distritos de Bilene, Chókwe e Chibuto, foram seleccionados cinco assuntos para serem pesquisados. A limitação do estudo, em termos de sua abrangência, prendeu-se com questões logísticas, tendo sido escolhidos aqueles locais facilmente acessíveis a partir de Maputo.

A escolha dos locais para a realização da pesquisa foi feita pelos gestores séniores do programa Cidadania e Participação e teve como critérios o facto de nestas US terem ocorrido mudanças sobre as quais não havia um conhecimento profundo, sendo que para o efeito era necessário um estudo de natureza qualitativa que permitisse perceber os factores que os desencadearam e os actores envolvidos.



Durante a vigência do programa, o CEP foi publicando histórias de mudanças resultantes do engajamento de indivíduos ou grupos. Portanto, não houve neste texto a preocupação em documentar as alterações em si - até porque as entrevistas mostraram não haver muito a explicar sobre isso - mas descrever como estas aconteceram. Para esta pesquisa optou-se por recorrer aos Comitês de co-Gestão e Humanização como unidade de análise e através destes explorar-se a forma como essas mudanças imprimidas através da acção colectiva aconteceram no quadro dos arranjos institucionais estabelecidos ou em construção. Deste modo, cada CcGH representa um grupo focal. Todos os CcGH objecto desta análise foram criados em 2015.

Dado as entrevistas terem sido feitas em *xichangane*, por ser obviamente a língua que os grupos dominam, alguns dos conceitos poderão ter ficado perdidos durante a tradução, não permitindo aos informantes compreender cabalmente as questões que lhes eram colocadas. Este aspecto foi particularmente notório quando eram solicitados para falar dos incentivos que os motivavam a participar dos mecanismos e, sobretudo, quando lhes era pedido que descrevessem, com detalhe, os procedimentos e as acções concretas que utilizaram para gerar as mudanças pretendidas: os grupos referiam-se apenas ao relatório das sessões mensais e às chamadas telefónicas.

Outro limite fundamental prende-se com o tempo consagrado ao processo de recolha de dados. As entrevistas foram feitas em cinco dias e os horários

dos encontros estiveram sujeitos a várias alterações, com muitas entradas e saídas dos técnicos de saúde durante as sessões. Embora com variações de acordo com a localização das US, a presença de líderes nos mecanismos poderá ter inibido os restantes membros de se expressarem livremente. Este cenário observou-se de forma inequívoca em Olombe, em que para cada questão colocada a equipa de pesquisadores tinha de insistir que outros elementos, para além do líder da comunidade, falassem pois aquele acabava sempre por estabelecer o quadro de referência para as discussões. No entanto, é importante reconhecer que, neste local específico, quase todas as estratégias para gerar um debate aberto foram ineficazes. O domínio da liderança sobre os outros membros era simplesmente esmagador.

3.3. Referencial Conceptual da Acção Colectiva

Os órgãos locais propostos pelo LOLE enquadram-se perfeitamente no contexto de arranjos institucionais desenhados para gerar mudanças sociais, no sentido de melhoramento na gestão de recursos naturais comuns da comunidade, redução dos custos na aplicação de estratégias de sobrevivência, sua utilização como espaço para a introdução de incentivos que levem à adopção de tecnologias novas, redução da vulnerabilidade, mitigação dos efeitos adversos das políticas públicas, etc. (Fabusoro & Sodiya 2011). Neste sentido, e sob o ponto de vista

conceptual, estes arranjos inscrevem-se na noção de acção colectiva, definida como qualquer acção que promova o interesse de um grupo (Becker & Tausch, 2015). A acção colectiva, enquanto referencial teórico-conceptual, apresenta subconjuntos, nomeadamente a acção social, a acção conjunta e a actividade cooperativa. Em todas as variantes salientam-se as ideias de “intenções partilhadas” e organização e unificação da *agency* intencional (Chant, 2007).

No contexto moçambicano, as instituições locais, no sentido de órgãos locais, não só constituem uma tentativa de incorporar as estruturas de poder tradicional, mas também a dimensão do conhecimento indígena ao serviço da mudança social. Deste modo, as lógicas da acção colectiva são induzidas pelo Governo, através da criação de instituições, para garantir que de forma organizada as pessoas alcancem maior retorno conjunto em termos de benefícios no acesso a serviços públicos. Portanto, só para referência do leitor, do lado oposto à acção colectiva institucionalizada encontram-se as suas formas disruptivas e radicais que incluem sabotagem ou violência, muitas vezes accionadas por questões relacionadas com a privação relativa, nomeadamente a fome extrema, a fragmentação identitária, dentre outros (Fabusoro & Sodiya, 2011).

Embora o quadro legal para a participação no país seja descrito como sendo robusto, a sua implementação parece responder à falência ideológica de um Estado capaz de fazer chegar os serviços públicos a todos. Assim, a emergência de arranjos locais como os

CcGH, não só resultam do compromisso para a construção da cidadania, mas também podem ser vistos como mecanismos com forte potencial para ultrapassar as fragilidades e incapacidades do Estado, podendo minimizar o sentimento de marginalização que atravessa as comunidades rurais e, em última instância, permitir uma aproximação entre os governantes e as suas constituíncias. No entanto, tal como a evidência desta nota de pesquisa o demonstra, os resultados desta coalizão de arranjos instituições locais variam de acordo com diversos factores e, sobretudo, essa participação não é extensiva, por exemplo, à organização e gestão de recursos financeiros, como reflexos dos bloqueios impostos pelo lento processo de descentralização no seu contexto mais geral. Assim, tudo indica haver, em alguns domínios da *agency* ao nível local, uma contradição entre a acção colectiva promovida pelo Estado nesse nível e os pré-requisitos de carácter macro para que os CcGH alcancem seu total potencial.



Os CcGH fazem parte de um programa mais geral sobre qualidade e humanização dos serviços de saúde e pretende valorizar os utentes, os trabalhadores, gestores e a sociedade, estimulando a participação dos mesmos na gestão da Unidade Sanitária. Os CcGH representam a última estrutura na cadeia de tomada de decisão, sendo composto, em primeiro lugar, por um Comité Nacional de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde, dirigido pela Ministrada da Saúde e a operar a nível central.

4. Perfil e a Experiência dos Comités de co-Gestão na Indução de Mudanças nas US

4.1. Perfil dos Comités de co-Gestão e Humanização

Os CcGH fazem parte de um programa mais geral sobre qualidade e humanização dos serviços de saúde e pretendem valorizar os utentes, os trabalhadores, gestores e a sociedade, estimulando a participação dos mesmos na gestão da Unidade Sanitária. Os CcGH representam a última estrutura na cadeia de tomada de decisão, sendo composto, em primeiro lugar, por um Comité Nacional de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde, dirigido pela Ministrada da Saúde e a operar a nível central. A seguir, encontra-se o Secretariado Técnico de Qualidade e Humanização, que coordena e apoia o processo de implementação da Estratégia Nacional de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde. Na Província encontram-se os Comités Provinciais de Qualidade e Humanização, que representam um espaço consultivo e orientador e é presidido pelo Director Provincial de Saúde. As atribuições de implementação estão a cargo dos Comités Distritais de Qualidade e Humanização. Este mecanismo, dentre várias funções, está encarregue de implementar ferramentas, realizar formações e monitorar. Finalmente, estão os Comités de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde nas Unidades Sanitárias (MISAU, 2017).

O Programa Nacional de Qualidade e Humanização constitui uma operacionalização da missão, objectivos e princípios constantes da Estratégia de Envolvimento Comunitário (2004) e, em última instância, a Estratégia Nacional de Promoção de Saúde 2015-2019. Com efeito, e embora não esteja explicitamente mencionado em nenhuma destes documentos, os CcGH – juntamente com os Concelhos de Líderes Comunitários (CLC), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agente Polivalente Elementar (APE), Activista Promotivo (AP) e Parteira Tradicional (PT) – fazem parte das estruturas de base comunitária cujos objectivos gerais centram-se na promoção da auto-responsabilidade da colectividade e dos indivíduos, melhoria da qualidade de serviço de saúde prestado, melhoria do funcionamento das Unidades Sanitárias e aumento da eficácia e eficiência do sistema (MISAU, 2004).

Em termos de perfil, o CcGH das Unidades Sanitárias coordena e implementa as actividades de qualidade e humanização nas Unidade Sanitária, fazendo a ligação entre esta e a comunidade. Por outro lado, tem como objectivo reforçar a política institucional de resgate de valores humanitários e de garantia de qualidade nos serviços de saúde, em benefício dos utentes e trabalhadores através da gestão participativa. Relativamente às suas funções, os CcGH visam (1)

conduzir um processo permanente de mudança de cultura no atendimento, promovendo o respeito e a dignidade humana; (2) aprimorar as relações entre trabalhadores e os utentes, dos trabalhadores com a Direcção, dos trabalhadores entre si, e da Unidade Sanitária com a comunidade; (3) elaborar o plano de implementação da Estratégia de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde; (4) difundir a Qualidade e a Humanização de maneira a estimular a participação dos trabalhadores, gestores e da comunidade nas acções desenvolvidas na Unidade Sanitária; (5) estabelecer intercâmbio técnico-científico com outras instituições que desenvolvam políticas, acções, projectos, programas de Qualidade e Humanização, inclusive com o MISAU; (6) avaliar e divulgar os resultados da Qualidade e Humanização segundo os indicadores e parâmetros definidos como prioritários (MISAU, 2017).

No que à composição concerne, os CcGH são constituídos pelo Director da Unidade Sanitária ou seu representante, Enfermeiro Chefe da Unidade Sanitária, enfermeira de SMI – Chefe de Monitoria e Avaliação, Administrador (administrativo), representante dos serviços da US, representante eleito dos Serventes, representante do Comité de Saúde (membro da Comunidade), representante do Município, Líderes Comunitários, Praticantes da Medicina Tradicional, Líderes Religiosos, Sector Privado, Associações Locais Relevantes, representante dos APEs, representante dos Parceiros que apoiam a Unidade Sanitária e agentes económicos (Ibidem).

4.2. A Experiência de Acção Colectiva do Comité de co-Gestão e Humanização de Mazivila

Mazivila é um Posto Administrativo do distrito de Bilene Macia, na Província de Gaza. No Centro de Saúde de Mazivila os membros do CcGH referiram que a qualidade de atendimento na US era afectada pela sobrecarga de horário e de trabalho aos quais estava sujeito o pessoal técnico, ruptura de *stock* de medicamentos e falta de privacidade no atendimento, derivada da exiguidade de espaço suficiente para a realização das diversas actividades de forma separada. Estas limitações geravam problemas como longas filas de espera, mau atendimento e, nalguns casos, desistências. Não obstante a relativa solidariedade dos utentes face às condições de funcionamento na US, os técnicos também se ressentiam, embora raramente o verbalizassem ou manifestassem essa preocupação aos seus superiores hierárquicos. Os CcGH têm representado um eficaz veículo para a colocação dos desafios do sector, nos níveis mais baixos, aos decisores e planificadores políticos. Com efeito, o CcGH de Mazivila conseguiu que fosse contratado um técnico de farmácia e que um compartimento para farmácia fosse criado. Estas conquistas são recebidas com júbilo apesar de, no geral, as percepções indicarem a necessidade de se fazer muito mais de modo a garantir acesso a cuidados de saúde com qualidade.



Na US de Mazivila, um dos veículos que terá motivado os membros da comunidade a participarem dos CcGH tem a ver com a incitação que os próprios técnicos faziam aos pacientes para que estes manifestassem o seu descontentamento nos encontros públicos com o administrador, em vez de o fazerem na US onde o poder de decisão era limitado.

Os membros da comunidade pertencentes ao Comité compreendem que as limitações no sector de saúde, em particular nas unidades sanitárias do distrito, resultam da escassez de recursos financeiros, e não propriamente da ausência de vontade política. Contudo, este entendimento contrasta com a ênfase que dão ao engajamento constante que tiveram de fazer junto do governo local para que as mudanças indicadas acontecessem. De facto, foram necessários vários relatórios para que o governo local solucionasse as suas preocupações. Por outro lado, a emergência dos CcGH como espaços de participação não significaria muito se não tivesse sido acompanhada pela disseminação dos direitos e deveres dos utentes. À semelhança do que ocorreu em todas as US, onde a pesquisa foi realizada, o programa Cidadania e Participação foi mencionado como tendo “descoberto o véu às comunidades”, abrindo assim espaço para diálogo entre provedores e utentes.

Importa referir que as dificuldades descritas num dos parágrafos acima criavam desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, pois as longas filas propiciavam ambiente para cobranças ilícitas e priorização de familiares e amigos no atendimento. Esses privilégios eram estendidos a activistas e pessoal colaborador de organizações parceiras da saúde a implementarem actividades no distrito. Houve uma primeira tentativa de resolução destas questões com recurso a estratégias incipientes de acção colectiva desencadeadas por iniciativa da própria comunidade, no entanto, dada a falta de coordenação entre os seus membros e, sobretudo, a falta de conhecimento dos

procedimentos, incluindo direitos e deveres, essas tentativas iniciais falharam. Actualmente, o Comité reúne-se pelo menos uma vez por mês, a cada dia 12, e tem sessões extraordinárias.

Na US de Mazivila, um dos veículos que terá motivado os membros da comunidade a participarem dos CcGH tem a ver com a incitação que os próprios técnicos faziam aos pacientes para que estes manifestassem o seu descontentamento nos encontros públicos com o administrador, em vez de o fazerem na US onde o poder de decisão era limitado. Todavia, o sentimento dos técnicos da US é de que as pessoas não estão interessadas em exercer o seu direito de cidadania, preocupando-se apenas em ver o seu problema pessoal resolvido sem olhar para a comunidade como um todo. O extracto mais abaixo ilustra essa desolação que caracteriza a classe de provedores desta US em particular:

Nós falamos com as pessoas para encaminharem estas dificuldades. O problema [da qualidade de atendimento] tem a ver com a falta de técnicos. Por exemplo, agora quando um paciente vem para dar parto tem que fazer CD4, tem que fazer rastreio à tuberculose e o mesmo paciente tem que colher carga viral. Só um único paciente. E é o mesmo técnico que deve atender e o paciente acaba levando 30 a 40 minutos a ser atendido. É complicado porque o mesmo técnico tem que atender TARV e doenças gerais. Dissemos aos membros da comunidade para reclamarem, mas... é difícil compreender esse povo porque o que

querem é só serem atendidos e voltarem para casa. Então você diz que tem que pedir... ele naquele momento só ouve, mas já para praticar é difícil².

O principal instrumento de engajamento dos CcGH, em geral, são os relatórios produzidos em cada reunião deste mecanismo local. Este documento é redigido por um membro da comunidade e posteriormente entregue ao enfermeiro da US que, por sua vez o encaminha ao responsável pelo envolvimento comunitário, posicionado na Macia e, finalmente, entregue ao Director dos Serviços Distritais da Mulher, Saúde e Acção Social (SDSMAS). O Comité reportou ter feito engajamentos fora da plataforma habitual – o relatório – tendo algumas vezes procurado o Director Distrital para dialogar pessoalmente e apresentar-lhe o problema da falta de técnicos. É num destes encontros que foi explicado aos membros da comunidade que a demora na contratação do pessoal resultava do facto de os técnicos estarem ainda em formação académica.

Por seu turno, a Direcção Provincial de Saúde (DPS) faz visitas regulares aos CcGH, através das quais procede a auscultações sobre as preocupações deste. Nestes encontros, os membros do Comité têm de forma reiterada, procurado exprimir o seu descontentamento com o facto de não possuírem crachás ou camisetas que os identifiquem durante a sua actividade na US. Muitos deles relataram ter sido vítima de agressão verbal por parte de utentes que não os conheciam. A ausência de resposta a

esta situação tem servido de desincentivo para alguns membros, o que enfraquece o mecanismo e periga a sua sustentabilidade. Contudo, a questão dos incentivos vai muito para além de provimento de camisetas e crachás, há um sentimento geral de que o projecto CEP e o SDSMAS deviam conceder outro tipo de recompensas, designadamente as de natureza material, pelo tempo que os membros despendem nos encontros. Os representantes do provedor confessaram que houve momentos em que fizeram desvio de aplicação de recursos e utilizaram-nos para preparar lanches, servidos após os encontros do CcGH. A falta de regularidade com que são servidos tem sido motivo de insatisfação, pois tudo indica ter havido um compromisso informal que previa o provimento de alimentação aos membros da comunidade que prestassem serviço à US.

O apoio à US pelos representantes da comunidade parece conflitar com outras actividades de subsistências que estes membros devem realizar para garantir a sua sobrevivência. Em épocas chuvosas os membros abandonam o mecanismo e vão cultivar, o que enfraquece a participação nos processos de tomada de decisão e monitoria da qualidade de serviços. Os membros deste Comité vivem o conflito entre garantir o que comer através da actividade agrícola e participar na melhoria das condições de acesso à saúde. Este conflito é capitalizado por alguns dos membros do CcGH para negociar com os parceiros de implementação a introdução de incentivos financeiros e materiais.

O principal instrumento de engajamento dos comités, em geral, são os relatórios produzidos em cada reunião deste arranjo local. Este documento é redigido por um membro da comunidade e posteriormente entregue ao enfermeiro da US que, por sua vez o encaminha ao responsável pelo envolvimento comunitário, posicionado na Macia e, finalmente, entregue ao Director dos Serviços Distritais da Mulher, Saúde e Acção Social (SDSMAS).

² Técnico e membro do CcGH de Mazivila.

A participação e empenho nas actividades do CcGH é influenciado pelas relações de género e poder entre a comunidade e os provedores. Com efeito, quando questionados sobre quem, dentre homens e mulheres, se dedicava mais ao trabalho na US, os informantes referiram-se às mulheres, embora realçando que desde a constituição dos Comités a participação dos homens foi sempre diminuta.

A participação e empenho nas actividades do CcGH é influenciado pelas relações de género e poder entre a comunidade e os provedores. Com efeito, quando questionados sobre quem, dentre homens e mulheres, se dedicava mais ao trabalho na US, os informantes referiram-se às mulheres, embora realçando que desde a constituição dos Comités a participação dos homens foi sempre diminuta. Reiteraram que independentemente desse desequilíbrio de género, só a introdução de estímulos materiais, concretamente os de carácter financeiro, pode ajudar a incrementar os níveis de compromisso dos membros, tal como expresso na citação abaixo:

Esses que desistiram... o argumento é de que vem aqui fazer o quê se não se ganha nada com isto? Por que gastar nosso tempo, que estaríamos a fazer nossas coisas, pois se pelo menos nos dessem incentivo então poderíamos ver o que fazer. Agora, vir para aqui, ficar todo o dia, nesta altura da sementeira, é muito difícil porque aqui vive-se da agricultura, não há outra coisa. Agora, quando pensam em ficar aqui sentem que estão a despende muito do seu tempo... mas se por acaso tivessem um pouco de incentivo aqui podia se trabalhar bem, muito até³.

Embora todos corroborem com esta intervenção, ela deve ser vista com cautela, pois trata-se de um Agente Polivalente (AP) com grande cultura de activismo em organizações parceiras do MISAU a operar nos distritos. Portanto, seria necessário verificar se os outros membros não estariam a ser instrumentalizados a aderir a uma lógica que reflecte

as dinâmicas viciosas da ajuda ao desenvolvimento, perigando os valores altruístas que alguns dos membros mostraram no início da sessão do grupo focal.

A relação de poder entre as autoridades da saúde e a comunidade é percebida, por estes últimos, como sendo de partilha e fortificação mútua. Todavia, trata-se de uma compreensão de fractura na medida em que os representantes da comunidade sentem que detêm o poder de *agitar massas* e as autoridades o de realizar os desejos daquelas. Este entendimento é consistente com os procedimentos utilizados na preparação do principal instrumento de engajamento, o relatório. Efectivamente, para além de ser redigido pelos representantes da comunidade, tal como referido em parágrafos anteriores, são estes mesmos elementos que o assinam. Os técnicos e enfermeiros escusam-se a fazê-lo dado experiências anteriores, levadas a cabo por este grupo, de solicitação de apoio em recursos humanos e material, terem redundado em fracasso.

Os líderes comunitários mostraram conhecimento sobre as hierarquias da governação local e os processos de tomada de decisão. No entanto, revelaram não conhecer os consumidores últimos dos relatórios produzidos pelos CcGH, apesar de estarem informados sobre todas as actividades realizadas por este mecanismo. Curiosamente, o grupo focal dos líderes comunitários indicou partilhar o mesmo entendimento sobre quem, dentre o governo e a comunidade, tinha maior poder de gerar mudanças ao nível das US:

3. Membro do CcGH de Mazivila.

É o governo... porque o Governo é mãe e pai, todos nós estamos de olhos virados para o governo pois este é que nos ajuda em tudo. Para que as coisas deem certo o governo deve estar na dianteira. Mesmo tendo poder, se o governo chegar e barrar não vai acontecer nada daquilo que desejamos. Mas se o Governo disser abram caminho quero passar, as pessoas vão abrir... Mesmo dormir nas matas dormíamos lá, mas o governo combateu por nós até que conseguíssemos dormir nas nossas casas.⁴

Contudo, tal como demonstra a última parte do excerto acima, esse poder do Governo parece assentar em narrativas da guerra dos 16 anos cujas dinâmicas observaram variações regionais e, por conseguinte, de caráter étnico. Neste ponto, seria interessante perceber de que forma essas cosmogonias afectam a percepção sobre participação e as relações de poder entre provedores do sector da saúde e as comunidades. Por outro lado, a emergência do conceito de Governo-pai, remete para uma forte herança do período da modernização coerciva, socialização do campo ou socialista como, de forma simplificada, é comum designar-se esta fase da história de Moçambique pós-colonial. Nesse período, a participação era feita de forma particular e envolvia os Tribunais Comunitário, Grupos Dinamizadores e, na área de saúde, a instituição dos APE, sendo que esta última figura foi recentemente recuperada e suas atribuições expandidas.

Outrossim, há o entendimento, por parte da liderança comunitária, de que a participação da população só é expressiva quando esta paga impostos. São essas contribuições que posteriormente revertem para a própria comunidade. Daí fazer sentido que as demandas de melhoria das condições de trabalho nas US sejam canalizadas aos organismos estatais com recursos e poder de decisão. Este discurso sobre o reforço do pacto social através da contribuição fiscal tem sido reiterado pelos administradores e chefes de posto como uma das formas de garantia de participação e exercício de cidadania, muito em consonância com a asserção de que *não existe representação sem o pagamento de imposto*. Todavia, à semelhança de todos os outros, o CcGH do Centro de Saúde de Mazivila não está integrado nos processos de planificação e orçamentação levados a cabo ao nível local. Portanto, este modelo de participação beneficiaria com a inclusão deste mecanismo na fase inicial do ciclo orçamental, concretamente na área da saúde, pois garantiria não só o alinhamento entre a planificação e as reais necessidades da comunidade, bem como uma melhor demanada de prestação de contas e, em último plano, uma melhor cidadania orçamental e fiscal.

Em termos gerais, as mudanças relacionadas com o aumento de pessoal e criação de um compartimento para a farmácia, no centro de saúde de Mazivila, resultam do diálogo entre os provedores e a comunidade, no contexto da actividade do CcGH. Esta realização é percebida como sendo acção exclusiva do executivo local, apesar de saberem da existência de

Em termos gerais, as mudanças relacionadas com o aumento de pessoal e criação de um compartimento para a farmácia, no centro de saúde de Mazivila, resultam do diálogo entre os provedores e a comunidade, no contexto da actividade do CcGH.

4. Líder de Mazivila. Depoimento obtido através de um Grupo Focal.

Olombe também faz parte do distrito de Bilene Macia, na Província de Gaza. Os membros do CcGH da US de Olombe indicaram a aquisição de cacifos, de uma incineradora e de fossas biológicas como principais melhorias introduzidas por via da acção cívica no âmbito do projecto CEP.

parceiros que colaboram com o sector da saúde para a melhoria da qualidade da prestação de serviços. Importa realçar que as motivações por detrás do engajamento dos membros da comunidade, e das lideranças, em actividades que visam melhorar as condições da US estão essencialmente centradas no altruísmo e desejo de ver a comunidade a desenvolver-se, reconhecimento pessoal, incluindo algum desejo de compensação material. As noções, apresentadas por estas lideranças, de cidadania fiscal, compromisso com a causa e a forma como os benefícios do desenvolvimento devem retornar a si através do trabalho não podia ter melhor elaboração. O trecho mais abaixo revela essa riqueza:

Trabalho para a minha comunidade para que esta esteja bem, para que a comunidade tenha uma boa saúde, para que não haja barulho aqui, não existam pessoas que se violem e que todos se entendam e trabalhem, façam limpezas. Isso alegra-me porque a comunidade que lidero está bem. Quando as pessoas gostam da sua liderança, e se alegram com isso, então você também se alegra. Então, quando eu ando pelas ruas e as pessoas reconhecem o meu trabalho fico orgulhoso de mim próprio. Fico feliz quando as pessoas dizem que nesta comunidade vivem bem graças a mim. Assim, quando passo pela rua e eles estão a comer convidam-me também para comer. Não como forma de pagamento pelo meu trabalho, mas porque reconhecem o meu desempenho. Então, partilham comigo os frutos desse desenvolvimento e bem-estar⁵.

5. Líder de Mazivila. Depoimento obtido através de um Grupo Focal.

4.3. A Experiência de Acção Colectiva do Comité de co-Gestão e Humanização de Olombe

Olombe também faz parte do distrito de Bilene Macia, na Província de Gaza. Os membros do CcGH da US de Olombe indicaram a aquisição de cacifos, de uma incineradora e de fossas biológicas como principais melhorias introduzidas por via da acção cívica no âmbito do projecto CEP. Contudo, algumas destas realizações foram possíveis sem recurso ao orçamento distrital. Embora os membros não saibam, alguns destes bens foram conseguidos com o apoio de parceiros do sector, nomeadamente a Elizabeth Glaser. Realizações adicionais como a colocação de sistema de abastecimento de água adjacente à US obedeceram ao padrão de realizações que antecedem as visitas de altas figuras do Estado ou como o resultado do provimento de bens de clube que precedem o ciclo eleitoral do país.

O modelo de engajamento é semelhante ao dos outros CcGH, consistindo essencialmente no relatório das reuniões. Não obstante, os representantes da comunidade são unânimes em considerar este meio pouco eficaz pois as respostas aos seus pedidos levam tempo a serem concretizados. Assim, os membros proactivos acabam por predispor-se a contactar as lideranças do sector para, pessoalmente, apresentarem as suas inquietações. Neste processo, procedimentos informais tais como chamadas telefónicas são utilizados para assegurar que esses encontros aconteçam. Relativamente à demora,

há exemplos de pedidos que foram submetidos em princípio do ano passado e até ao momento em que decorriam os grupos focais para este relatório não tinham sido concretizados.

Neste Comité, a reputação constitui um dos principais valores que impulsiona os seus membros a dedicarem seu tempo, trabalho e inteligência por uma causa comum e sem nenhum tipo de compensação material. As ideologias de desenvolvimento constituem o segundo elemento mais importante e nesse contexto a US é vista como um espaço de socialização, transmissão de valores de limpeza e bem-estar, aumentando assim o prestígio da comunidade perante as outras circunvizinhas. Esta percepção é reforçado pelo sentimento de pertença que atravessa todos os representantes da comunidade no Comité. Com efeito, referem que a US é sua e é a eles que cabe preservar e cuidar:

O CS é algo precioso em todo o mundo, quando não há Centro de Saúde também não há vida. E onde existe um CS tem que haver pessoas que se reúnam para cuidá-lo pois não há mais ninguém que o possa fazer se não formos nós os da comunidade. [...] O CS não é dos enfermeiros, é dos residentes da comunidade. Mesmo que o enfermeiro A. seja transferido para outro sítio, o CS fica aqui e quem deve zelar por ele somos nós. Assim, eu agradeço bastante por estar aqui no CS, mantê-lo limpo e em boas condições. Caso contrário, teríamos pessoas a passar por ali e a comentar as más condições, desprestigiando toda a comunidade⁶.

Em termos gerais, os integrantes do Comité parecem conhecer algumas das suas atribuições. Referiram-se ao apoio na organização das filas, limpeza e participação em encontros. Neste grupo de Olombe a acção colectiva estende-se à mobilização para a construção de infraestruturas, ainda que com material precário. Por exemplo, para ultrapassarem os dramas resultantes da falta de camas suficientes para a maternidade, os seus membros reuniram-se e decidiram que deviam construir uma casa de espera para mulheres grávidas. A comunidade forneceu a sua força de trabalho e algum material local como caniço. O SDSMAS participou com cimento e chapas de zinco. Por outro lado, tudo indica que os gestores da US procedem a uma consulta mínima aos membros do CcGH na planificação, contrastando com o caso de Mazivile.

No que concerne às relações de género e poder, enquanto as mulheres percebem a si mesmas como as que têm motivação para se envolverem no dia-a-dia da US, o Chefe da Localidade é a entidade visto como aquela que mais poder detêm de tornar as mudanças possíveis. A motivação das mulheres assenta na experiência da maternidade e o acompanhamento das crianças e adultos em situação de enfermidade, daí seu peso na US, quando comparadas aos homens. O poder do Chefe do Posto parece não assentar na pessoa em si mas na posição que ocupa, pois o cargo permite aceder a corredores de tomada de decisão inacessíveis aos demais membros da comunidade.

Em termos gerais, os integrantes do Comité parecem conhecer algumas das suas atribuições. Referiram-se ao apoio na organização das filas, limpeza e participação em encontros. Neste grupo de Olombe a acção colectiva estende-se à mobilização para a construção de infraestruturas, ainda que com material precário.

6. Membro do CcGH de Olombe. Depoimento obtido através de um Grupo Focal.

Os membros do CcGH da US de Olombe indicaram a aquisição de cacifos, de uma incineradora e de fossas biológicas como principais melhorias introduzidas por via da acção cívica no âmbito do projecto CEP. Contudo, algumas destas realizações foram possíveis sem recurso ao orçamento distrital.

4.4. A Experiência de Acção Colectiva do Comité de co-Gestão e Humanização da Praia de Bilene

O CcGH da Praia de Bilene é o mais dinâmico e melhor estruturado dos cinco abordados nesta pesquisa. A participação da comunidade e prestação de contas inicia com a criação do CcGH em 2015 e os membros se têm encarregado de amplificar o aprendizado sobre direitos e deveres, tanto junto dos pacientes quanto dos provedores de serviços. Muitas das mudanças ocorridas nesta US resultam do empenho dos membros que, para além do engajamento com as autoridades locais através do relatório e encontros populares, organizam periodicamente campanhas de *fund raising* e *peditórios* junto dos agentes económicos, autoridades municipais e congregações religiosas locais. Por exemplo, um empresário local ofereceu sanitas para substituírem as latrinas em estado avançado de degradação e aumentar o número de sanitários disponíveis na US. Por seu turno, a Igreja Pentecostal financiou o gradeamento de duas portas de acesso ao estabelecimento. Por via de outros empresários foi possível angariar recursos e doações de materiais como colchões e chapas de zinco.

Na mesma lógica de mobilização de recursos fora do orçamento distrital, este Comité conseguiu uma série de compromissos, ainda que de carácter informal, com individualidades do ramo empresarial para a construção de espaços de triagem e recuperação de um compartimento degradado para sua utilização como casa de espera para mulheres grávidas. Este

Comité demonstra ter uma *visão* sobre o tipo de US que pretende ter no futuro e seus membros parecem ter clareza sobre o tipo de objectivos a perseguir para conseguir alcançar esse objectivo. Este nível de organização é consistente com o sentimento de pertença identificado noutros Comités. Contudo, essa noção de pertença não parece constituir, só por si, motivação por detrás da entrega dos seus membros. A este esforço subjazem as experiências profissionais passadas que impelem os agentes a utilizar a sua criatividade e experiência ao serviço do mecanismo. Paradoxalmente, e contrastando com as dinâmicas verificadas em outras unidades sanitárias cobertas por esta pesquisa, o sentimento de pertença parece uma reacção à percepção de um certo abandono pelo governo, tal como o depoimento mais abaixo indica:

Somos esquecidos pelo Estado. [Risos]. O Governo é que se esqueceu de nós. Esta US parecia muito pequena, mas depois da formação deste Comité vimos que está a desenvolver, está limpa, há bom atendimento e dispõe de medicamentos. [...] Nós do Comité fazemos pedidos porque como pessoas singulares não temos possibilidades de investir na melhoria das condições de atendimento e tratamento aqui no centro. Esta US pertence a nós cidadãos deste país, deixando de lado o governo, a nós próprios.

Outro elemento que faz parte da estrutura de incentivos responsável pelo despoletar de mudanças é a necessidade de matizar a pobreza em que vivem muitos dos grupos sociais destas comunidades. A opulência traduzida pelas grandes mansões erguidas

no centro da vila contrasta com o cenário de carência manifestada pelos representantes das comunidades que vivem na cintura da Vila-Sede. Os proprietários destas mansões são altos dirigentes do Estado e empresários politicamente bem colocados que, por frequentarem sazonalmente a zona para efeitos de lazer e optarem por clínicas privadas situadas em Maputo e no estrangeiro, não têm contribuído para a melhoria das condições da US. Excepção vai para um ex-ministro do período da governação de Samora Machel, actualmente desempenhando actividades como empresário, que através de um representante no CcGH procura dar o seu apoio doando colchões, redes mosquiteiras tendo, inclusivamente, se predisposto a pagar os salários dos funcionários da US por cinco meses.

Neste CcGH está muito mais visível a relação entre a construção de cidadania participativa e a fortificação das narrativas de desenvolvimento, tal como observamos em outros locais. E uma particularidade que ressalta em todos os sites é que a ideia de *bindzo*, termo *xichagana* para designar desenvolvimento, está intrinsecamente ligado ao sentido de comunhão e de grupo. Por exemplo, alguns membros deste CcGH frequentemente comparam o Centro de Saúde às suas próprias casas e a comunidade à sua família. A esta comparação está sempre subjacente a noção de cidadania como um dos principais motores do desenvolvimento. Note-se que neste sentido, o conceito de desenvolvimento afasta-se da lógica assente no individualismo, aproximando-se à ideia de comunhão e inclusão.

A visão que este grupo tem sobre o tipo de US que pretende ter no futuro influencia sobremaneira os seus níveis de organização. De facto, e contrastando com todos os outros locais visitados, estes foram para além da interiorização dos seus direitos e deveres, estando os seus membros divididos em comissões de trabalho, designadamente a de conservação da unidade sanitária (pequenas reparações e manutenção), o de higiene e ambiente (limpezas e organização dos gabinetes) e a comissão de palestras (encarregue pela disseminação de direitos e deveres). É interessante verificar que em questões transversais, mais relacionadas à parte biomédica, as comissões tendem a trabalhar conjuntamente. Por exemplo, em relação ao TARV, o Comité tem feito campanhas de sensibilização junto da comunidade para o cumprimento da medicação.

O lema deste CcGH assenta no papel da mobilização. Tudo isto explica parte do sucesso deste mecanismo na monitoria da qualidade de serviços e melhoria das condições gerais da US. Outra explicação para este dinamismo tem a ver com passadas experiências profissionais dos membros que o compõem. Efectivamente, muitos deles foram activistas em organizações como a Visão Mundial e a Udeba, tendo inclusivamente trabalhado em Organizações Comunitárias de Base (OCB's). A religião constitui outro elemento determinante para a coesão e estímulo. O presidente do CcGH, para além de ser militar na reserva, é pastor de uma igreja local. No decurso da sessão do grupo focal, muitos mencionaram a religião como um dos factores por detrás da sua motivação em



O CS de Chimundo beneficiou de melhorias relacionadas com a construção do muro de delimitação da US e um sistema de abastecimento de água. A estratégia para a obtenção de material é similar ao do Comité do CS da Praia de Bilene, consistindo no encaminhamento de cartas de pedido de apoio.

colocar o seu saber e tempo ao serviço da comunidade. Quando comparado com os comités de outros sites, neste não se observaram as distorções introduzidas pelos projectos de desenvolvimento, o que poderá indicar a ausência de dilemas de sustentabilidade do Comité, tal como ilustra o seguinte pronunciamento de um dos seus membros: *nós não conseguiremos voltar atrás. Nós agora somos o CEP porque defendemos nossa região, não deixaremos a nossa US, mesmo tropejando, porque não estamos sozinhos neste trabalho. Numa linguagem simples, há uma frase que diz os governos mudam, mas o Estado fica. Mesmo sem governador, o Centro de Saúde vai funcionar*⁷.

4.5. A Experiência de Acção Colectiva dos Comités de co-Gestão dos Centros de Saúde de Chimundo e Coca Missava em Chibuto

4.5.1. Comité de co-Gestão e Humanização de Chimundo

O CS de Chimundo beneficiou de melhorias relacionadas com a construção do muro de delimitação da US e um sistema de abastecimento de água. A estratégia para a obtenção de material é similar ao do Comité do CS da Praia de Bilene, consistindo no encaminhamento de cartas de pedido de apoio. No

entanto, este Comité cinge-se apenas a entidades públicas. Algumas dessas cartas obtiveram resposta satisfatória por parte do Concelho Municipal de Chibuto (CMC) que se prontificou a erguer o muro de vedação e colocou água corrente nas instalações da US. Interessaria aqui perceber se o auxílio prestado pelo Concelho Municipal à US inscreve-se no quadro do processo de descentralização do sector da saúde que prevê a assunção, por parte das autarquias, da gestão da US sob sua jurisdição. Todavia, a pronta resposta do CMC tem a ver com a ocorrência de um vendaval que assolou a região Sul no ano passado, tendo ficado a US parcialmente destruída.

Embora esta pesquisa esteja preocupada apenas com as mudanças que aconteceram, alguns dos relatos providenciados pelos representantes deste Comité levantam questões sobre o estabelecimento de prioridades nas mudanças que se pretende levar a cabo. Por exemplo, a US não possui uma fossa biológica para os restos embrionários das mães que dão à luz nesta US. As placentas são depositadas nas latrinas utilizadas pelos utentes. Não obstante o pessoal técnico referir que toma todos os cuidados necessários, não deixa de ser uma quebra de protocolo que periga a saúde dos doentes. Apesar do conhecimento dos membros do Comité, a submissão de pedidos para resolver esta situação não parece representar uma prioridade. Isto poderá significar que tal como muitos outros, este mecanismo necessita de uma melhor organização e consciência sobre os aspectos da parte biomédica nos quais pode contribuir. Aqui, emerge a necessidade de uma

⁷ Membro do Comité de co-Gestão e Humanização do Centro de Saúde da Praia do Bilene. Depoimento obtido através de Grupo Focal.

consistente partilha de boas práticas, sendo que o CcGH da Praia de Bilene constituiria um modelo para esse efeito.

Em termos organizacionais o grupo está bastante limitado, sem clareza sobre como deve actuar e apesar da aparente divisão de tarefas, todos fazem tudo. Ficou evidente que a preocupação principal deste grupo é a limpeza. É igualmente notória neste mecanismo a ausência de experiência em activismo. Por exemplo, a presidente fez carreira militar, tendo também experiência como servidora em outros sectores da Função Pública. Por outro lado, os membros do Comité de co-Gestão e Humanização são os mesmos que fazem parte do Comité de Escola. O argumento para esta acumulação de papéis tem que ver com a percepção de existência de grande similaridade dos desafios enfiados nos dois sectores. O facto de o Comité ser constituído apenas pelas estruturas do bairro o torna elitista e autista face às preocupações das populações.

4.5.2. Comité de co-Gestão e Humanização de Coca Missava

Este Comité foi criado em 2015 e beneficiou de melhorias tais como a implantação de um furo de água e energia eléctrica, preocupações reiteradamente apresentadas nos seus relatórios e encontros públicos com as autoridades locais. Parece melhor estruturado em relação ao anterior. Em termos de organização está dividido em acção social (para gerir

conflitos entre pacientes e enfermeiros), limpeza e sensibilização. Para além do presidente, há um vice a coadjuva-lo, uma secretária e um tesoureiro. Apesar de haver encontros, os processos de tomada de decisão seguem uma lógica hierarquizada, como se mimetizassem a estrutura burocrática do aparato estatal nacional. A sua actuação limita-se à US e a aspectos relativos à gestão de filas. Os seus integrantes também reclamam a falta de elementos que os distingam dos demais utentes. Contudo, a necessidade de crachás e camisetes parece residir no desejo de consolidar hierarquias e exercer certo poder sobre os demais membros da comunidade, tal como se pode aferir do extracto abaixo:

Assim, quando estou ali a trabalhar, também sou pessoa como qualquer um dos que está ali. Não tenho nada que mostre que eu e eles somos diferentes. Alguns sabem meu nome, que pertenço ao Comité e que estou ali para ditar regras sobre isto e aquilo, mas não há diferença entre eu e o utente⁸.

Apesar de produzirem relatórios em cada reunião, há neste Comité uma preferência pelo contorno de procedimentos, recorrendo a meios informais para contactarem os responsáveis pelo sector da saúde no distrito. Esta opção poderá justificar-se pelo facto de raramente, após seu encaminhamento, o técnico responsável por tramitar o “expediente” providenciar retorno ao Comité. A comunidade percebe-se a si própria como detentora de poder e é essa lógica que informa a sua actuação junto das autoridades



8. Membro do CcGH de Coca-Missava. Depoimento obtido através de um Grupo Focal.



governamentais. À semelhança de outros locais, o epicentro dos esforços da acção colectiva centram-se em questões tais como a construção da casa de espera para mulheres grávidas em que os membros contribuíram com material convencional e recursos financeiros.

Os incentivos para participar neste mecanismo comunitário, para além das ideologias de modernização e desenvolvimento que caracterizam todos os CcGH, estão relacionados com a necessidade de deixar um legado e motivar futuras gerações para o trabalho abnegado em prol da comunidade. Iniciativas como a construção da casa de espera para mulheres grávidas representa também um sinal para o executivo local, visualizado como um modo de pedido de ajuda:

O que fazemos demonstra que temos necessidades, mas não possuímos condições de as suprir. A melhor forma de pedir ajuda é mostrar o que é possível com os recursos que temos. Os outros vão apoiar para complementar. Se queremos subir uma árvore e estamos a ter dificuldades, não ficamos simplesmente a olhar a árvore, vamos tentando e os outros nos vão apoiar enquanto nos esforçamos⁹.

9. Ibidem.

5. Envolvimento Comunitário e o Papel do Executivo Local na Geração de Mudanças

5.1. Envolvimento Comunitário e sua Influência na Fortificação dos Mecanismos

A ligação entre o CcGH e o a direcção do SDSMAS é garantida por uma figura responsável pelo envolvimento comunitário, em geral um técnico de medicina. Dentre várias atribuições, esta figura encaminha os relatórios produzidos pelos Comitês. Contudo, os próprios mobilizadores da comunidade reconhecem que grande parte das inquietações colocadas pelos populares representados no CcGH foram resolvidos porque houve pressão do projecto CEP. Esta evidência corrobora as percepções sobre demora e descaso, do lado do provedor, relatadas por membros de alguns dos Comitês entrevistados, daí a preferência pelo contacto pessoal aos membros da direcção do SDSMAS. Por outro lado, revela a fragilidade desta figura como garantia para a colocação das preocupações da comunidade na agenda dos tomadores de decisão, fazendo emergir uma das várias dimensões do problema de sustentabilidade em torno dos Comitês. Muitos dos problemas do sector, ao nível do distrito, só obtêm resposta do executivo local quando apresentados pela comunidade, o que em certa medida acaba por desmotivar a colocação

dos mesmos pelos técnicos - os primeiros a ter um primeiro contacto com esses desafios no decurso do seu trabalho. Reconhecem que os períodos eleitorais e as visitas de altas individualidades do estado também são catalisadores de mudanças.

Os responsáveis pelo envolvimento da comunidade sentem que o empenho dos Comités depende da atitude e entrega dos presidentes. Estes devem ser activos e capazes de criar comprometimento e coesão no seio dos grupos, aliado à determinação em fazer as coisas acontecerem. O exemplo do CcGH do Bilene foi amiúde referido, mas não conseguiram explicar a razão por que esta experiência não tem sido capitalizada para impulsionar os Comités de outras US.

Relativamente ao seu próprio trabalho, enquanto responsáveis pelo envolvimento comunitário, o sentimento face à forma como os seus superiores hierárquicos os veem é dúbio. Por um lado, têm a impressão de serem vistos como bons profissionais porque dão seguimento aos assuntos. No entanto, há momentos em que, pela atitude das suas chefias, sentem acusações silenciosas, como se eles fossem procurar mais problemas de solução complexa. O mesmo sucede em relação aos resultados do Cartão de Pontuação Comunitária (CPC), colhidos em parceria com as Organizações Comunitárias de Base, algumas vezes são encarados com cepticismo, julgando-se haver exageros ou colocação de agendas que não representam os verdadeiros interesses da comunidade. Contudo, um deles repisou que

foi indicado para ocupar aquela posição por ser competente, sensível e comprometido com o bem-estar das pessoas, tal como atestado o excerto abaixo:

Eu me recordo quando o Director me chamou para responder por essa área. Ele disse 'eu conheço aquela sua parte [preocupação com os outros], gostaria que você respondesse pelo gabinete comunitário. Primeiro disse-lhe que eu não era da medicina preventiva e não sabia se estava à altura. Mas ele insistiu. Como eu já andava preocupada com o facto de em todos os sítios, casamentos... funerais... festas... falarem mal dos serviços de saúde, perguntei-me a mim própria por que não dar gás para o sucesso do meu distrito? Então aceitei¹⁰.

5.2. A Influência do Executivo Local no Estímulo às Mudanças

As entrevistas de profundidade, feitas a membros seniores da administração do distrito, permitiram perceber que antes da revitalização ou criação dos CcGH havia certa complacência relativamente às transgressões e violações de protocolos que ocorriam um pouco por todas as US. A disseminação de direitos e deveres nem sempre foi vista por estes actores como acção desejável, mas sim como a colocação de desafios com os quais o executivo não estava preparado para lidar, sobretudo num sector em que a Inspeção Geral é pouco actuante. Por outro lado, a resistência resultava também das desarticulações sectoriais e do facto de muitas destas transgressões



Aspecto notável refere-se ao facto de, apesar de tudo, as lideranças acreditarem ter havido benefício mútuo com a divulgação de direitos e deveres, pois reduziu a disfunção institucional e porque começa a enraizar-se a importância da prestação social de contas.

às normas e protocolos terem ficado rotinizadas, estruturando inclusivamente certas representações sociais sobre o sector.

Aspecto notável refere-se ao facto de, apesar de tudo, as lideranças acreditarem ter havido benefício mútuo com a divulgação de direitos e deveres, pois reduziu a disfunção institucional e porque começa a enraizar-se a importância da prestação social de contas. Algumas decisões que resultaram em mudanças nas US estão relacionadas com as discussões e decisões tomadas pela Secretaria Administrativa e pelo Concelho Consultivo do Posto. Todavia, os processos de tomada de decisão nestes fóruns, longe de serem consensuais, geram animosidade e alguma insegurança, como nos relata um dos Chefes de Posto:

Quando um individuo preparado e entendido numa matéria e com alguma capacidade de análise muito clara, quando coloca um problema da comunidade consegue ver no rosto e na forma de responder de um dirigente que só recebe...enfim...porque foi dito mas não se conforma. Acha que, talvez, lá na base você podia ter resposta. Mas nós temos que perceber que um posto, uma localidade não tem orçamento. Depende das instituições superiores que estão no centro do distrito. [Quando são colocadas questões da comunidade] você acaba percebendo que o dirigente só está a ouvir mas não toma a sério. Por que? Porque as respostas não aparecem e não há sentido de seguimento. Isso até certo ponto cria um bate-boca entre os chefes de posto, directores de serviço¹¹.

No excerto acima, é evidente o conflito dentro do Aparelho do Estado devido à concentração na gestão dos recursos financeiros públicos. Alguns destes dirigentes, para ultrapassarem as limitações impostas pela falta de recursos, apelam para os parceiros de implementação que actuam no seu território, chegando mesmo a referir que vendem as preocupações da comunidade. Não obstante, apesar desse apoio, estes informantes questionaram as motivações e interesses subjacentes a essa ajuda, replicando na base os discursos proferidos nos corredores de decisão em Maputo. À semelhança das lógicas verificadas no CcGH da Praia de Bilene, no Posto de Mazivila a liderança principal apela aos agentes económicos locais, incluindo familiares e amigos relativamente abastados. O dirigente procura mobilizar o espírito empreendedor dos nativos. Curiosamente, esta atitude não encontra eco no CcGH do Centro de Saúde com o mesmo nome.

O entendimento de alguns membros do executivo local, mormente os que se situam mais abaixo na hierarquia, é de que muitos problemas nas US podem ser ultrapassados se a planificação for inclusiva, em vez da prevalecente realidade em que está limitada a um pequeno extracto de burocratas com pouco conhecimento do terreno. O sentimento é de que os planificadores devem sair dos gabinetes e inteirar-se melhor das expectativas das populações, o que implica envolvimento na verdadeira asserção da palavra. Sentem que o grande desafio é o distanciamento entre a militância política e o recurso à meritocracia no exercício das atribuições.

11. Chefe do Posto. Entrevista, Outubro de 2017

O discurso da alta liderança do distrito coloca assento tónico nas mudanças sob o ponto de vista da participação das comunidades. Reitera que muitos dos problemas que surgem nas US estão para além da capacidade dos seus gestores e o contributo de parceiros como a Elizabeth Glaser e a JHPiego tem sido salutar para resolver ou minimizar situações com potencial impacto negativo na qualidade dos serviços de saúde.

No que concerne à insuficiência de pessoal técnico nas US, o executivo reconhece que a lentidão na resposta reside no carácter bastante verticalizado do sistema de recursos humanos pois as solicitações do distrito têm de ser respondidas pela sede em Maputo. Assim, a satisfação das demandas locais pelos actores na base acaba por ser limitada. Por exemplo, o TARV foi mencionado como o serviço que tem estado a gerar pressão sobre as US e tem havido lentidão na resposta, sob o ponto de vista de provimento de pessoal. No centro desta constatação está o já mencionado problema da descentralização. As dinâmicas no distrito exigem processos de tomada de decisão mais céleres e crescente autonomia. É nesse contexto que o executivo tomou a iniciativa de, com o apoio da Elizabeth Glaser e outros parceiros, prover nos próximos tempos às US com electricidade, água e máquinas de lavar.

A dependência pelo apoio de organizações a operarem no distrito, mesmo para a aquisição de equipamento informático e material de escritório, tem que ver com as limitações que o SISTAFE impõe ao distrito

relativamente à despesa. Com efeito, na orgânica de funcionamento dos serviços distritais não consta orçamento para este tipo de bens, designado por bens de capital. Este tipo de necessidade é solicitado via PESOD. Contudo, para materiais não muito caros como chapas de zinco para casa de espera para mulheres grávidas o executivo assume quebrar protocolos, recorrendo à linha do orçamento para manutenções. Não foi possível aferir as consequências administrativas, ou de outra índole, que advém deste desvio na gestão das finanças do sector a nível do distrito.

6. A Influência dos Parceiros de Implementação a Actuarem Localmente

Os parceiros mais citados durante os grupos focais foram a Elizabeth Glaser e a JHPiego. Tal como foi referido na secção sobre a metodologia, não foi possível efectuar entrevistas formais com estes actores. Todavia, em conversas informais com colaboradores destas organizações confirmaram algumas das informações providenciadas pelos CcGH e membros do executivo local. A Elizabeth Glaser representa um dos parceiros ao qual o SDSMAS tem recorrido com frequência para solucionar as demandas de natureza biomédica e, em certa dimensão, as de carácter social com forte impacto na qualidade de serviços. Efectivamente, este parceiro tem prestado forte apoio

Os parceiros mais citados durante os grupos focais foram a Elizabeth Glaser e a JHPiego. Tal como foi referido na secção sobre a metodologia, não foi possível efectuar entrevistas formais com estes actores. Todavia, em conversas informais com colaboradores destas organizações confirmaram algumas das informações providenciadas pelos Comités e membros do executivo local.



às US do meio rural, fortificando sectores como Saúde Materna e Infantil (SMI), aconselhamento e testagem voluntária, laboratório e melhoria da qualidade dos dados para verificação de questões como níveis de retenção. A aquisição de secretárias, cacifos, incineradoras e fossas biológicas foi igualmente feita por esta organização.

Outro parceiro relevante é a JHPiego, actor que opera na área da circuncisão masculina. Embora mencionado em menor grau nos locais onde decorreu a pesquisa, tem sido relevante realizando pequenas obras de beneficiação, designadamente em pinturas e construção de fossas biológicas. A JHPiego parece cobrir os sites onde a Elizabeth Glaser não se encontra presente. Tal como foi acima referido, um aprofundamento na análise da relevância destes actores seria fundamental para se perceber de que forma sua actuação impacta os processos de planificação e orçamentação locais e os eventuais bloqueios que isso origina nas pressões de descentralização geradas pelos agentes na base.

7. Reflexões Finais e Conclusões

A estratégia adoptada pelo CcGH da Praia de Bilene para obter recursos, fora do quadro do orçamento do Governo, demonstra como uma abordagem, ainda que embrionária, de filantropia e responsabilidade social pode constituir um importante mecanismo

de financiamento ao sector de saúde. Contudo, é fundamental que se tenha presente os limites de tal tipo de abordagem por três importantes razões: a primeira está necessariamente relacionada com a dimensão económica, concretamente em relação à limitada capacidade da responsabilidade social empresarial em interferir estruturalmente na base produtivo do distrito ou posto administrativo e gerar efeitos na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Segundo, os CcGH situados em áreas com fraca actividade empresarial, tal como acontece com o caso de Olombe, dificilmente pode recorrer a este tipo de abordagem para a resolução dos problemas das US, dado nessas regiões existirem apenas pequenos cantineiros em processo de reinstalação pós-guerra. O terceiro limite está associado a um possível efeito *crowding out* da responsabilidade do governo em continuar a investir no sector.

A pesquisa constatou que nenhum dos CcGH objecto desta análise esteve representado por todos os seus membros, gerando importantes lacunas nas discussões promovidas pelos mecanismos. Por seu turno, com a excepção das visitas de monitoria e auscultação, não foram mencionadas quaisquer formações nem trocas de experiências, o que poderá revelar uma fraca interacção entre os diferentes níveis de concretização do Programa Nacional de Qualidade e Humanização (PNQH). Este achado da pesquisa é consistente com outros resultados, nomeadamente o de O’Laughlin (2010) quando esta refere que a discussão sobre a melhoria da qualidade dos serviços de saúde passa por saber-se de que modo a

formação dos profissionais de saúde, a manutenção das infraestruturas e provimento de medicamentos aos cuidados primários podem ser rapidamente melhoradas naquelas áreas onde a privação de rendimento é generalizada.

Outro fundamental sinal de alarme está relacionado com o facto de nem mesmo ao nível do SDSMAS haver indicação de utilização dos termos de referência do PNQH, sendo que as discussões sobre o sector de saúde são feitas nos Concelhos Consultivos e centram-se nas necessidades diárias de gestão da parte biomédica dos serviços de saúde. Efectivamente, no *Health Service Delivery in Mozambique*, Molina & Martin (2016) indicam que os gestores das unidades sanitárias apontam o Governo distrital como a principal autoridade a decidir nas questões do dia-a-dia. Adicionalmente, e reforçando os achados desta pesquisa, os resultados do *Service Delivery Indicators* mostram que as formações do pessoal (5.6%), questões de planificação e orçamentação (7.5%) e a competência (19.7) foram os aspectos menos mencionados¹² pelos profissionais de saúde inquiridos.

Os CcGH, como mecanismos de acção colectiva, só vingaram ao abrigo da institucionalização da participação promovida pelo Estado. Com efeito, nos espaços onde a comunidade tentou por ela própria resolver os problemas enfrentou dificuldades e insucesso. Sob o ponto de vista teórico-conceptual, as dinâmicas de acção colectiva parecem ser informadas por duas lógicas que dialogam entre si.

Por um lado, temos a necessidade de a comunidade organizar-se para melhorar as condições de prestação de serviços de saúde, por outro, observa-se uma manipulação da percepção geral sobre a capacidade de as lideranças comunitárias agitarem massas. Os gestores governamentais estão cientes deste poder, o que os impele a ter de ir satisfazendo algumas das exigências da comunidade, ainda que seja a título de medida paliativa, pois tal como é apresentado no *Relatório de Pesquisa Formativa* do CEP (2014), os espaços de participação do cidadão configuram-se igualmente oportunidades de legitimação de agendas e programas governamentais, sobretudo os não consensualizados pela comunidade e até mesmo partidos políticos.

Ao longo do presente texto ficou evidente que o poder sobre a gestão dos recursos financeiros representa um determinante sobre a capacidade dos distritos, e das unidades sanitárias, para tomarem decisões em matérias correntes como a ampliação de infraestruturas, a gestão de *stocks* de medicamentos e contratação de pessoal. Esta constitui uma das diversas limitações que geram disfuncionalidades no sistema de saúde, concretamente ao nível das US, criando problemas como *stock out* de medicamentos, absentismo, precariedade das instalações sanitárias, cobranças ilícitas e mau atendimento (N'weti, 2016). Contudo, tal como argumentam Sherr et al. (2013) as US constituem os núcleos do sistema de saúde que poderão transformar o processo de descentralização no sector da saúde em sucesso. Os autores confirmam a existência de desafios em



12. Para detalhes veja-se a tabela 25 do *Health Service Delivery in Mozambique*



Moçambique para apoiar suficientemente e construir capacidade de planeamento, alocação de recursos e gestão financeira para as lideranças. Portanto, os CcGH, enquanto espaços de participação e prestação de contas não escapam a estas limitações estruturais, enfraquecendo igualmente as iniciativas e esforços de acção colectiva que visam melhorar a qualidade de serviços de saúde.

8. Recomendações

- As variações verificadas no desempenho dos CcGH, mais do que reflectirem as baixas qualificações, constituem acima de tudo a consequência da ausência, tanto na Estratégia de Envolvimento Comunitário quanto na de Promoção de Saúde, de qualquer orientação sobre a natureza dos Comitês, sob o ponto de vista organizacional, incluindo áreas de actuação. Uma actualização dos dispositivos que norteiam a participação da comunidade deve incluir a harmonização de parâmetros e linhas orientadoras sobre áreas de actuação comuns sem, contudo, coartar os espaços para a criatividade e ajustamento de certas iniciativas aos contextos locais.
- A pesquisa apurou que as ricas experiências dos Comitês melhor organizados não são capitalizadas para reforçar o desempenho dos mais fracos. Os parceiros de implementação do

projecto CEP poderão ter secundarizado as trocas de experiência. Futuros projectos que actuem na capacitação dos Comitês têm de incluir nos seus objectivos a partilha de boas práticas, não apenas entre os grupos sob responsabilidade de um parceiro, mas de forma mais ampla, envolvendo todos os actores.

- As mudanças nas US, embora induzidas pela comunidade e dirigentes locais, a sua concretização só tem sido possível através do apoio financeiro de parceiros. Um dos principais bloqueios para uma maior contribuição do SDSMAS na solução dos problemas tem sido o carácter exclusivista dos processos de orçamentação. Esta análise mostra que só uma efectiva descentralização financeira é que pode conferir poder decisório ao distrito e, conseqüentemente, capacidade de estes agentes operarem as mudanças necessárias nas US.
- Os Comitês Provinciais e distritais devem cumprir com os TORs do Programa Nacional de Qualidade e Humanização, realizando formações que incluam a demonstração do fluxograma dos documentos produzidos pelo CcGH e os respectivos níveis de tomada de decisão.

9. Referências Bibliográficas

Câmara, Rosana Hoffman (2013). “Análise de Conteúdo: da Teoria à Prática em Pesquisas Sociais Aplicadas às Organizações”. *Revista Internacional de Psicologia*, 6 (2), 179-191.

CEP (2014). *Relatório de Pesquisa Formativa. Saúde e Educação de Qualidade: Gaza, Manica, Nampula e Zambézia*. Cidadania e Participação: Maputo.

Chant, Sara Rachel (2007). “Unintentional Collective Action”. *Philosophical Explorations*, 10:3, 245-256.

Chilundo, Baltazar, Boaventura Cau, Tavares Madede, Osvaldo Matavele (2015). *Uma Análise de Economia Política dos Cuidados de Saúde em Moçambique para Informar a Fundação MASC*. Centro de Pesquisa em População e Saúde: Maputo.

Fabusoro, E., C.I. Sodiya (2011). “Institutions for Collective Action among Settled Fulani Agro-Pastoralists in Southwest Nigeria”. *Journal of Agricultural Education and Extension*, 17:1, 53-68.

Macuane, José Jaime, Sandra Guiamba, Domingos do Rosário. (S/A). *Relatório da Pesquisa Formativa. Envolvimento do Cidadão e Organizações da Sociedade Civil na Prestação de Serviços do Sector de Saúde – Doze Distritos seleccionados das Províncias de Cabo Delgado e Niassa*. CESC, Nweti & CIP: Maputo.

MISAU (2015). *Estratégia Nacional de Promoção de Saúde 2015-2019[2024]*. Direcção Nacional de Saúde Pública: Maputo.

MISAU (2017). *Estratégia Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização dos cuidados de Saúde. Programa Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde, 2017-2023*. Direcção Nacional de Assistência Médica: Maputo.

MISAU (2017). *Estratégia Nacional para a Prevenção e Combate às Cobranças Ilícitas, 2017-2023*. Direcção Nacional de Assistência Médica: Maputo.

MISAU (2017). *Termos de Referência dos Comitês de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde em Moçambique*. Programa Nacional de Qualidade e Humanização. Maputo.

MISAU (2004). *Estratégia de Envolvimento Comunitário*. Maputo.

Molina, Ezequiel, Gayle Martin (2016). *Health Service Delivery in Mozambique*. International Bank for Reconstruction and Development / World Bank: Washington DC.

N'weti (2016). *A Perspectiva dos Utentes sobre a Qualidade e Humanização dos Serviços Públicos de Saúde*. Nweti: Maputo.

O'Laughlin, Bridget (2010). *Questions of Health and Inequality in Mozambique*. Cadernos IESE N° 4, IESE: Maputo.

República de Moçambique. *Programa Quinquenal do Governo para 2015-2019*. Imprensa Nacional de Moçambique: Maputo.

Sherr, Kenneth, Fatima Cuembelo, Cathy Michel, Sarah Gimbel, Mark Micek, Marina Kariaganis, Alusio Pio, João Luis Manuel, James Pfeiffer, Stephen Gloyd (2013). "Strengthening Integrated Primary Health Care in Sofala, Mozambique". *BioMed Central Health Service Research*, 13 (Suppl 2): S4, 1-12.

Weimer, Bernard (2012). "Saúde para o Povo? Para um Entendimento da Economia Política e das Dinâmicas da Descentralização no Sector de Saúde em Moçambique". In Bernard Weimer (org.), *Moçambique: Descentralizar o Centralismo. Economia Política, Recursos e Resultados*. IESE: Maputo.





www.nweti.org.mz