

# ARQUITECTURA DA ASSISTÊNCIA AO DESENVOLVIMENTO DO SECTOR DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

Maputo, Dezembro 2018





# ARQUITECTURA DA ASSISTÊNCIA AO DESENVOLVIMENTO DO SECTOR DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

Maputo, Dezembro 2018

## Ficha Técnica

**Título:** Arquitectura de financiamento ao sector da saúde em Moçambique. Casos do PROSAÚDE e GFF

**Propriedade:** N'weti - Comunicação para Saúde

**Autores:** Egídio Guambe, Elísio Muendane & Lázaro Mabunda

**Equipa Técnica da N'weti:** Abby Buwalda, Andes Chivangue, Denise Namburete, Gildo Nhampuala & Sansão Dumangane

**Coordenação da Pesquisa:** Andes Chivangue

**Design Gráfico:** Maurício Matapisse

**Direcção Executiva:** Denise Namburete

**Ano:** Dezembro 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](http://www.nweti.org.mz) | Maputo-Moçambique

# ÍNIDE

Agradecimentos.....	1
Lista de Acrónimos e Abreviaturas.....	2
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	4
I. INTRODUÇÃO.....	10
II. ESTRUTURA DO RELATÓRIO.....	11
1. ABORDAGEM DE ESTUDO: ECONOMIA E SOCIOLOGIA POLÍTICA DA ACÇÃO PÚBLICA.....	13
2. METODOLOGIA.....	16
2.1. Técnicas de colecta de dados.....	16
2.1.1. Revisão documental e de literatura.....	16
2.1.2. Entrevista Semi-estruturada.....	16
2.1.3. Entrevista de grupo.....	17
2.1.4. Unidade de análise.....	17
2.2. Análise e interpretação de dados: parâmetros de comparação na base do “cubo de poder”.....	18
2.3. Limitações do Estudo.....	19
3. HISTORICIDADE DA SUCESSÃO DO REGIME POLÍTICO E GESTÃO DA SAÚDE. UM SECTOR “SACRIFICADO”?.....	21
3.1. “Escangalhar” a herança colonial e construir a nação pela saúde “socialista”.....	21
3.1.1. O sector da saúde e as políticas de ajustamento estrutural.....	22
4. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA INSTITUCIONAL DE SAÚDE.....	27
5. TENDÊNCIAS DO ORÇAMENTO DO ESTADO: CRESCIMENTO SEM EMANCIPAÇÃO.....	34
5.1. Quanto custa a saúde no Orçamento do Estado.....	36
5.2. Financiamento do sector da saúde.....	37
6. ESTUDOS DE CASO DA MUTAÇÃO DOS REGIMES DE AJUDA: O PROSAÚDE E O GFF.....	40
6.1. O Fim dos Fundos Comuns? O caso do PROSAÚDE.....	41
6.2. PROSAÚDE I; II e III: continuidade e ruptura.....	43

6.1. Níveis: Do centralismo administrativo ao retorno à dependência global.....	47
6.2. As dinâmicas de poder e controlo do PROSAÚDE.....	50
7. PROSAÚDE: DA FORTUNA À MISÉRIA.....	53
7.1. Mobilidade dos actores.....	56
7.2. Os efeitos das dívidas ocultas no sector da saúde.....	58
7.3. Gestão financeira e procurement.....	62
7.4. Eficiência: o hiato entre o planificado e o executado.....	63
7.5. Topping-Ups: do incentivo salarial ao descrédito do PROSAÚDE.....	64
7.6. Centralização dos recursos do PROSAÚDE.....	65
7.6. Financiamento, Investimento e Resultados: é possível?.....	68
7.6.1. O Desafio da equidade: entre o mito e a realidade.....	72
8. GFF: FINANCIAMENTO BASEADO EM RESULTADOS. REFORÇO AO CONDICIONALISMO DE ASSISTÊNCIA?.....	76
8.1. GFF: um novo mecanismo de financiamento ao sector da saúde.....	78
8.2. Adesão de Moçambique ao GFF. Entre entusiasmo e reserva.....	78
8.3. Dinâmicas de implementação do GFF. Estruturas de oportunidades e indicadores de desembolso baseado no desempenho.....	84
8.4. Algumas notas sobre expectativas e resultados do GFF.....	91
9. CONCLUSÕES.....	94
10. RECOMENDAÇÕES PARA GANHOS EFECTIVOS.....	98
Referências Bibliográficas.....	100



## Agradecimentos

A equipa de consultores agradece, em primeiro lugar, a N'weti - Comunicação para Saúde, particularmente a Denise Namburete, Abby Buwalda, Andes Chivangue, Sansão Dumangane e Gildo Nhapuala, pela confiança depositada e pelo acompanhamento em todas as fases do estudo.

Os nossos agradecimentos são extensivos ao Ministério da Saúde, aos Parceiros de Cooperação, às Direções Provinciais da Saúde de Gaza, Zambézia e Nampula, Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social de Chokwé, Mocuba e Nacala Porto, aos Directores, Administradores e profissionais de saúde das Unidades Sanitárias visitadas, pelo acolhimento, pelas informações fornecidas e interação permanente.

Endereçamos o nosso muitíssimo obrigado às organizações da sociedade civil, aos membros dos Comités de Saúde e de co-Gestão e Humanização da Saúde, académicos e cidadãos particulares com quem interagimos diariamente durante a pesquisa e que nos forneceram informações de grande valor para a riqueza do estudo que ora se apresenta.

Por fim os nossos profundos agradecimentos aos revisores independentes do documento pelo esforço de leitura e sugestões de melhoria, em particular aos revisores do MISAU, ao Sr. Bernhard Eder e ao Prof. Domingos de Rosário.

Egídio P. Guambe  
Elísio E. Muendane  
Lázaro Mabunda



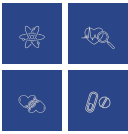
## Lista de Acrónimos e Abreviaturas

<b>AAA</b>	Agenda para a Acção de Acra
<b>AFD</b>	Agência Francesa de Desenvolvimento
<b>APE</b>	Agente Polivalente Elementar
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>CCC</b>	Comité de Coordenação Conjunta
<b>CCG</b>	Comité de Co-gestão
<b>CE</b>	Comissão Europeia
<b>CI</b>	Caso de Investimento
<b>CIP</b>	Centro de Integridade Pública
<b>CMAM</b>	Centro de Medicamentos e Artigos Médicos
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>CUT</b>	Conta Única de Tesouro
<b>DAF</b>	Administração e Finanças
<b>DFID</b>	Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional
<b>DLI</b>	Desembolso baseado no Desempenho
<b>DNAM</b>	Direcção Nacional de Assistência Médica
<b>DNSP</b>	Direcção Nacional de Saúde Pública
<b>DPC</b>	Direcção de Planificação e Cooperação
<b>DPS</b>	Direcções Provinciais de Saúde (DPS)
<b>DRH</b>	Direcções Nacionais de Recursos Humanos
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais de Saúde
<b>EFS</b>	Estratégia de Financiamento da Saúde
<b>ESMI</b>	Enfermaria de Saúde Materno Infantil
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FCMSM</b>	Fundo Comum de Medicamentos e Artigos Médicos
<b>FDC</b>	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>Gavi</b>	Aliança Gavi
<b>GFATM</b>	Fundo Global de Luta contra SIDA, TB e Malária
<b>GFF</b>	Global Financing Facility
<b>HIV</b>	Vírus de Imuno-Deficiência Adquirida
<b>IDA</b>	International Development Association
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IOF</b>	Inquérito aos Orçamentos Familiares
<b>IPCC</b>	Instituições de Participação e Consulta Comunitária
<b>MAEFP</b>	Ministério da Administração Estatal e Função Pública
<b>MdE</b>	Memorando de Entendimento
<b>MdP</b>	Manual de Procedimentos
<b>MEF</b>	Ministério da Economia e Finanças
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde
<b>MONASO</b>	Rede de ONGs nacionais que trabalham no HIV
<b>NAIMA+</b>	Rede de ONGs Internacionais que trabalham na saúde e HIV
<b>OCDE</b>	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
<b>ODS</b>	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável





<b>OE</b>	Orçamento do Estado
<b>OGE</b>	Orçamento Geral do Estado
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>OSC</b>	Organização da Sociedade Civil
<b>PAF</b>	Plano de Acção para o Fortalecimento
<b>PAP</b>	Parceiros de Ajuda Programática
<b>PARPA</b>	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
<b>PATA</b>	<i>Pooling Arrangement for Technical Assistance</i>
<b>PBF</b>	Performance-based Financing
<b>PC</b>	Parceiro de Cooperação
<b>PEPFAR</b>	Programa de Emergência dos EUA para o Alívio ao SIDA
<b>PES</b>	Plano Económico e Social
<b>PESS</b>	Plano Estratégico do Sector da Saúde
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PLASOC</b>	Plataforma Nacional da Sociedade Civil para a Saúde
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>POA</b>	Plano Operacional Anual
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>SDC</b>	Agência Suíça de Desenvolvimento e Cooperação
<b>SDSMAS</b>	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida
<b>SISTAFE</b>	Sistema de Administração Financeira do Estado
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>SRMNIA&amp;N</b>	Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente & Nutrição
<b>SWAp</b>	<i>Sector Wider Approach</i> (Abordagem Sectorial Ampla)
<b>TA</b>	Tribunal Administrativo
<b>UE</b>	União Europeia
<b>UFSA</b>	Unidade Funcional de Supervisão das Aquisições
<b>UGEA</b>	Unidade Gestora e Executora das Aquisições
<b>UNFPA/FNUAP</b>	Fundo das Nações Unidas para a População
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>URESS</b>	Unidade de Reforma do Sector de Saúde
<b>US</b>	Unidade Sanitária
<b>USAID</b>	Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional
<b>UTP</b>	Unidade Técnica Programática



## SUMÁRIO EXECUTIVO

O estudo sobre a arquitectura de assistência ao desenvolvimento no sector da saúde em Moçambique tem como objectivo compreender os elementos de força e as vicissitudes subjacentes à natureza de financiamento do sector da saúde via Orçamento do Estado. Esta análise tem como unidades de observação dois mecanismos de financiamento multilaterais: o PROSAÚDE e o Global Financing Facility (GFF). O primeiro é baseado nos princípios da Declaração de Paris (2005): apropriação, harmonização e alinhamento da assistência. O segundo, “emergente” (2016), é baseado numa abordagem de ajuda mediante resultados. Com o recurso ao trabalho de campo nos distritos de Chokwé, Nacala-Porto, Mocuba e na Cidade Capital Maputo, que constituem em mais de 50 entrevistas semi-estruturadas e 6 entrevistas de grupo focal, observação, e com base na revisão documental e bibliográfica, o estudo evidenciou que:

- i. A trajectória da construção do Estado Moçambique determina grandemente as modalidades de gestão do sector. De uma cultura administrativa centralizada, o sector da saúde é tributário de uma trajectória histórica de prestação de serviços centralmente planificada, o que dificulta grandemente a efectividade de muitas das políticas formuladas exclusivamente ao nível do topo em articulação entre as elites programáticas do sector e seus parceiros de cooperação. Apesar de um discurso sobre descentralização do sector, as práticas de gestão e administração do SNS continuam pilotadas e controladas a partir do MISAU central. Assim, este aparece como um actor dominador do sector e determinante tanto nas lógicas de redistribuição dos recursos, como na natureza do funcionamento do sistema. A adopção e construção de modelos de financiamento da saúde concebem-se exclusivamente como arranjos entre doadores e a estrutura do topo do sector. Assim, muito dificilmente estes são convertidos em práticas nos espaços de implementação nos escalões mais inferiores da hierarquia do MISAU.
- ii. No que concerne ao PROSAÚDE e GFF, existe um dilema de controlo e performance entre o MISAU e os doadores, na medida em que, embora ambos tenham como prioridade a melhoria da *performance* do sector da saúde, o MISAU, por seu turno, não dispõe de capacidade de *enforcement* para a implementação do quadro de incentivos institucionais atinentes a melhoria dessa *performance*. Deste modo, não obstante, o PESS





(2014-2019), formalmente, estabelecer o fortalecimento da capacidade institucional e da gestão financeira; encorajar a aceleração do processo de descentralização e desconcentração no âmbito da reforma do sector, em termos práticos, a sua implementação é procrastinada, o que indica a persistência da sobrevalorização do controlo político e administrativo em detrimento dos incentivos a *performance*. Este factor explica a razão porque os mecanismos de financiamento serem fortemente centralizados e, por isso, com um nível de apropriação e de resultados pouco motivadores para os agentes de implementação ao nível local. A experiência do PROSAÚDE tem movido uma onda de cepticismo em relação à performance do GFF, pois esta apropria-se das mesmas estruturas organizacionais e institucionais, outrora subversivas para o sucesso do PROSAÚDE.

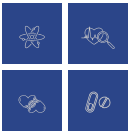
- iii. Existe uma divergência em termos de visões de financiamento que às vezes resulta em conflito entre o MISAU e os parceiros de cooperação, bem como entre os parceiros entre si. Ademais, as abordagens dos doadores sobre o financiamento mudam com o tempo, de acordo com as políticas de ajuda internacional definidas pelas sedes sociais dos países doadores e, às vezes, de acordo com o representante no país. Não existe uma linha única que oriente alguns doadores para a natureza dos modelos a que aderem para financiar. A actividade do *lobby*, seja do MISAU, seja de propaganda de modelos em circulação ao nível transnacional ou ainda das ONG/OSC, tende igualmente a influenciar as perspectivas adoptadas.
- iv. Existe uma tendência de descontinuidade entre os modelos de financiamento, o que cria, em alguns casos, crepitação entre os parceiros. Por exemplo, a adopção do GFF é, em alguns casos, entendida como substituição do PROSAÚDE sem com isso

acumular-se o aprendizado daí advindo. Em consequência, construiu-se um ambiente em que alguns parceiros e alguns funcionários do MISAU se posicionam como defensores do PROSAÚDE e outros como defensores do GFF. A possível complementaridade dos dois modelos desenvolve-se sobre interesses diferenciados e antagónicos, o que gera descontinuidade e pouco aprendizado para o SNS, dificultando a sustentabilidade do sector da saúde.

- v. Existem mecanismos e práticas de articulação assim como espaços definidos como de interacção e de construção conjunta de agendas, de acompanhamento e de avaliação das actividades implementadas no sector. Mas a influência dos actores nestes espaços é variável e as dissonâncias entre o previsto e o que factualmente ocorre tem sido enorme. De facto, se ao nível mais alto da gestão política (Comité de Gestão Sectorial) existe um espírito de inclusão das DPS e principalmente da sociedade civil, mesmo que seja apenas de legitimação, ao nível técnico (Comité de Coordenação Conjunta), o discurso mais especializado tende a ser excludente. Pouco a pouco produz-se uma tendência mais vertical de resposta aos interesses dos doadores e, sobretudo, às autoridades governamentais. Os outros actores envolvidos, sobretudo a sociedade civil, passam à dimensão de excluídos e autoexcluídos. Os espaços de articulação são, mormente, de legitimação do que de construção colectiva e têm pouca importância no reforço dos mecanismos de prestação de contas e na instauração de práticas de transparência e de confiança.

### Constatações em relação ao PROSAÚDE:

- i. O PROSAÚDE, baseado na abordagem SWAp, contribuiu para a redução dos custos de transacção envolvidos na gestão e coordenação da assistência externa ao sector. Igualmente, conferiu ao MISAU



uma visão mais alargada do sector e dos recursos colocados à sua disposição, permitindo assim planificar e gerir melhor o sector no seu todo. Apesar das vantagens referidas, o PROSAÚDE nunca se posicionou como uma alternativa credível em relação aos mecanismos de financiamento vertical. Uma vez que o volume de financiamento ao sector de saúde *off-budget* sempre foi superior ao financiamento *on-budget*, e parte dos parceiros de cooperação que integraram o PROSAÚDE não abandonaram os mecanismos de financiamento vertical.

- ii. Entre as diferentes edições do PROSAÚDE, I, II e III, a maior inovação verificou-se no PROSAÚDE III, com a introdução do Manual de Procedimentos de implementação do Memorando de Entendimento. Este marca, de certa forma, a tendência progressiva de abandono do princípio da autonomia administrativa do receptor da ajuda rumo à tutela coparticipada. Se nas primeiras duas edições do PROSAÚDE, I e II, o MISAU reivindicava para si o monopólio exclusivo das decisões sobre as prioridades e na alocação dos recursos, na última edição, este poder do MISAU encontra-se institucionalmente diluído e fragmentado, numa cadeia de multi-actores (doadores, especialistas, província, distrito).
- iii. A “crença cega” dos parceiros de cooperação no PROSAÚDE teve como resultado não intencional a restauração da hegemonia administrativa ao nível central em detrimento dos órgãos locais do Estado. A maior parte do orçamento externo contribuiu para reforçar o sector da saúde a nível central. Não obstante a abordagem SWAp inaugurada com o PROSAÚDE III ter despertado para capacitar o SNS a partir dos níveis intermédios e locais, em termos de recepção dos fundos e de decisão sobre a alocação, ainda persistem as iniquidades, isto é, as DPS e os distritos continuam ainda excluídos do processo decisório a favor das

elites programáticas do MISAU. A ausência de participação do distrito nos processos decisórios do PROSAÚDE assim como a demora na canalização dos fundos por parte de alguns parceiros de cooperação está na origem das rotinas de incerteza quanto à quantidade, temporalidade e finalidade a que se destina o Fundo Comum.

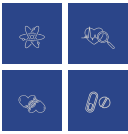
- iv. O PROSAÚDE tem vindo a transitar gradualmente de um Fundo próspero e estável para um Fundo de recursos reduzidos, de credibilidade reivindicada e pouco consensual entre os parceiros de cooperação. Concorrem para o declínio do PROSAÚDE um conjunto de factores, nomeadamente: mobilidade dos actores, problemas na gestão financeira e forte percepção de captura do sistema de *procurement* por parte de elites oligárquicas associadas à política partidária, fraca capacidade de absorção e de execução dos recursos, *toppings-ups* para a elite programática do sector e de confiança política do partido Frelimo em detrimento dos profissionais de saúde alocados nas Unidades Sanitárias, forte centralização dos recursos no MISAU em detrimento das DPS e SDSMAS, orientação para os processos e não para resultados de saúde, para além da fraca ligação entre o financiamento e os resultados, as dívidas ocultas e a retirada dos parceiros do apoio directo ao Orçamento, e, por último, mas não menos importante, mudanças internacionais nas abordagens da ajuda internacional. O decréscimo dos recursos do PROSAÚDE motivado pela retirada dos parceiros e redução dos desembolsos por parte dos parceiros que se mantiveram, para além de problemas de planificação, coordenação, harmonização e alinhamento entre os doadores e o MISAU são um estímulo à fragmentação da ajuda ao sector.



- v. Apesar de o MISAU, no contexto da abordagem SWAp, liderar o processo (*visible power*), existe uma forte percepção junto dos doadores de que a ineficiência e ineficácia do PROSAÚDE resulta da forte intrusão da elite política e oligárquica nos processos de gestão administrativa do MISAU. Por essa via, apesar do reconhecido compromisso dos tecnocratas do sector da saúde com a melhoria dos sistemas e procedimentos de gestão, o sector estruturou-se como um instrumento de reprodução de práticas neo-patrimoniais e, ao mesmo tempo, um factor de exclusão e de produção de marginalidades no acesso ao serviço de saúde para todos, em virtude da forte interferência da política (*invisibles powers*) na administração.
- vi. Em termos de resultados de Saúde, apesar de o sector da saúde estar a demonstrar um desempenho satisfatório em alguns indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil em 67% de 1990 a 2015; o incremento da taxa de vacinação e imunização na primeira idade de 59% em 1990 para 93% em 2014; a redução da mortalidade materna na ordem de 65%, saindo de 1390 mortes por 100 000 nados vivos para 489 mortes e uma redução modesta nos casos de tuberculose em 25,5% entre os anos de 1990 a 2014. Todavia, é complexo atribuir ao PROSAÚDE a responsabilidade pelo progresso nessas áreas devido à ausência de uma abordagem de *Value for Money* capaz de correlacionar objectivamente o impacto do financiamento aos resultados de saúde na população. A ausência deste instrumento de mensuração constitui uma janela de oportunidade para que tanto o sector da saúde assim como outros actores do sector se apropriem e reivindiquem para si os protagonismos dos resultados de saúde que não são necessariamente consequência directa da sua intervenção.

No que concerne ao GFF, as constatações são agrupadas em três aspectos nomeadamente: adesão ou formulação, implementação e resultados.

- i. No que concerne à adesão, para o caso de Moçambique, o processo de adesão foi relativamente precipitado por um contexto particular de crise da dívida e da credibilidade dos mecanismos de coordenação multi-actores, com particular enfoque para o PROSAÚDE. Para as autoridades públicas do sector, a implicação no novo modelo significou um alívio ao contexto de fortes restrições orçamentais e decréscimo do financiamento via PROSAÚDE e para os Parceiros de Cooperação significou um “mal necessário” para assegurar a continuidade da cooperação mantendo os reduzidos custos de transação e transferindo os riscos e o controlo para o Banco Mundial. Portanto, o que move a adesão do MISAU assim como os parceiros de cooperação sem que estejam claros nem conscientes da viabilidade do mecanismo é, sobretudo, a necessidade de mudar da situação (não favorável) em que se encontram.
- ii. Assim, o GFF avança sem necessariamente arrastar de forma convicta os seus aderentes. Entre uma clara ausência de conhecimento sobre o GFF, existe um entendimento de concorrência entre o PROSAÚDE e o GFF, e não necessariamente uma complementaridade como é normalmente avançado em discursos de adesão. O GFF, como uma plataforma de abordagem de financiamento integrado direccionado para a saúde da Mulher e Criança, não reúne necessariamente consenso nem em termos de mecanismos de canalização financeira nem em termos de abordagem tendente para a sub-sectorialização da assistência. Todavia, como um novo instrumento de financiamento, suscita uma expectativa maior para uma nova forma de articulação entre a multiplicidade de actores, sejam eles autoridades públicas, sector privado,



terceiro sector, assim como doadores. O financiamento baseado em resultados ainda se define de forma difusa e os actores envolvidos não têm uma visão estruturada para a sua implementação nem para o controlo dos seus resultados.

- iii. Quanto à implementação, o GFF baseia-se, fundamentalmente, em dois instrumentos, nomeadamente o Caso de Investimento e a Estratégia de Financiamento da Saúde. De facto, o primeiro é que é, verdadeiramente, o ponto de actuação, ou seja, que desenha as linhas de acção em termos de modalidades de intervenção. O segundo, o instrumento de financiamento de CI, trata-se ainda numa perspectiva que, para além da componente de sensibilidade sectorial, carece de vontade política na dimensão macro. Com efeito, muitos dos elementos levantados pela EFS carregam uma sensibilidade política não só eleitoralista ou de legitimação governamental, mas igualmente dos interesses económicos da elite política. É preciso recordar que o sistema governamental moçambicano é caracterizado por uma forte porosidade entre interesses políticos e económicos, o que pode concorrer grandemente para o sucesso da implementação do GFF. Uma grande parte das propostas de financiamento do sector no âmbito da EFS afecta aspectos político-económicos de grande interesse das elites políticas do regime do dia. Em relação à EFS, a sua implementação poderá conhecer contornos variáveis fortemente dependentes de compromissos políticos e económicos de uma elite que controla o sistema político-institucional moçambicano.
- iv. Quanto aos resultados, embora seja ainda prematuro avaliar os resultados do GFF, uma missão do Banco Mundial e do GFF que visitou Moçambique para avaliar o nível de implementação do processo reconheceu um atraso em quase todos os Indicadores de Desemolho baseados no Desempenho. Dos doze DLI, apenas três é que estavam em condições de serem cumpridos até o final,

nomeadamente: o DLI 1, correspondente à taxa de cobertura de partos institucionais nos 42 distritos seleccionados; o DLI 3, referente ao número de casais protegidos por ano pelo planeamento familiar e o DLI 7, concernente ao número de técnicos de regime especial de saúde afectos à rede primária. Os restantes DLI estavam em risco de não serem atingidos.

No geral, pode-se concluir que existem quatro tendências de financiamento e que podem contribuir para o entendimento dos dois mecanismos em estudo e da arquitectura da assistência no geral:

- i. Existe um conjunto de parceiros focados exclusivamente no reforço do Sistema Nacional de Saúde. Estes são, sobretudo, pelo reforço dos mecanismos de financiamento via Fundo Comum-PROSAÚDE. Fazem parte, entre outros parceiros, a Itália, a Suíça, a Espanha e a Flanders. Em alguns casos, trata-se de doadores com pequena capacidade financeira, mas preocupados com a visibilidade do seu investimento. Manter-se no PROSAÚDE, apesar de uma onda de saída de grandes doadores, garante-lhes visibilidade mesmo com contribuições pouco significativas;
- ii. Outros doadores preferem trabalhar duplamente entre reforço do sistema e uma visão baseada em resultados. Para o caso do PROSAÚDE e GFF, a característica central deles é sobretudo de estar duplamente nos dois mecanismos. São geralmente doadores com maior poderio financeiro, como são os casos do Canadá e da Holanda. Em alguns casos, trata-se de actores que pretendem experimentar novas vagas de metodologias de financiamento sem uma posição estritamente construída;
- iii. Uma terceira tendência é de doadores que excluem o apoio directo ao sistema, preferindo acções mais verticais e de projecto ou apoio em produtos. No topo desta tendência estão os americanos, por



sinal, um dos grandes financiadores. No entanto, existem nesta linha outros parceiros que são relativamente flexíveis, como é o caso do Reino Unido que, depois de sair do PROSAÚDE, funciona em paralelo, mas com alguma abertura de colaboração directa via sistema;

- iv. E, por fim, uma quarta perspectiva de financiadores que participam em iniciativas globais de financiamento, como por exemplo no Fundo Global ou na Gavi, e ao nível nacional não focalizam muito as suas actividades para aspecto sectorial de saúde, pese embora sejam financiadores indirectos.

## O presente estudo recomenda que:

- Seja reforçada a descentralização dos serviços de saúde até aos níveis distritais. Com a nova legislação de descentralização, há um desafio de transferência de competências para os níveis dos órgãos de poder local;
- Os SDSMAS sejam unidades gestoras beneficiárias para que não estejam a reboque do orçamento do Governo distrital;
- Seja reduzido o financiamento baseado no topo do MISAU, privilegiando às unidades prestadoras de serviço, sobretudo as que revelam bom desempenho;
- Conformação do sector de Saúde com a Lei de acesso à informação (lei nº 34/2014, de 31 de Dezembro);
- Seja reforçada a abordagem SWAp como plataforma de coordenação, em alinhamento com as actividades do sector;
- Sejam fortalecidas as plataformas de concertação e diálogo entre os múltiplos actores do sector;
- Seja fortalecida a relação entre o MISAU e as OSC através da partilha de planos, apresentação de relatórios e complementaridades na implementação desde o nível local até ao nível central;
- Coordenação dos processos de monitoria e avaliação através de equipas multisectoriais, OSC/ONG, Universidades e outros interessados sob a liderança do MISAU;
- Assegurar a integração do Manual de Procedimentos do PROSAÚDE em todas as agendas ou iniciativas de apoio ao sector da saúde;
- Seja efectivada a separação do Sistema Nacional de Saúde do MISAU de modo a assegurar a transparência dos papéis de regulador, formulador de políticas, monitoria de políticas da implementação e provisão de serviços;
- Sejam reformados os mecanismos de orientação e alocação de gestores e administradores em funções de gestão e administração do sistema de modo a garantir que o pessoal clínico se dedique exclusivamente à prestação de serviços;
- Seja elaborada uma política nacional de cooperação/ de apoio/ de financiamento à saúde que possa estabelecer balizas no apoio providenciado pelos parceiros e contribuir para o alinhamento, harmonização e coordenação;
- Seja garantida a inclusão da sociedade civil/ cidadão/utente/sector privado e de outros actores relevantes não só no processo de formulação de políticas mas também na implementação através das monitorias e avaliações conjuntas e da intervenção dos Comités de Co-gestão e Humanização;
- Seja aprovada uma estrutura oficial e perene de coordenação da ajuda de modo a aglutinar, de forma vinculativa, todas as estratégias e programas de apoio ao sector da saúde, quer *on-budget* quer *off-budget*.



## I. INTRODUÇÃO

A N'weti Comunicação para Saúde pretende compreender a arquitetura da assistência ao desenvolvimento no sector da saúde, suas implicações para a gestão sustentável do sistema nacional de saúde (SNS) e os mecanismos de prestação de contas e responsabilização para os actores envolvidos. A partir do método de estudo de caso, o objectivo deste trabalho é o de analisar e identificar os elementos de força e as vicissitudes subjacentes à natureza de financiamento e modalidade de gestão até à provisão final do serviço ao cidadão. Portanto, procurar-se alcançar este objectivo a partir do acompanhamento de dois mecanismos diferentes de financiamento ao sector, nomeadamente o PROSAÚDE e Global Financing Facility (GFF)<sup>1</sup>. O PROSAÚDE é baseado nos princípios da Declaração de Paris (2005): apropriação, harmonização e alinhamento da assistência. O GFF é um mecanismo emergente em Moçambique e que data de 2015 e basea-se numa abordagem de financiamento por resultados na prestação dos serviços de saúde.

O trabalho pretende fazer uma etnografia que permita perceber as dinâmicas mais profundas que caracterizam a ajuda ao sector, demonstrando com evidências as suas limitações sob o ponto de vista de redução das iniquidades no acesso aos cuidados de saúde e garantias de melhorias da qualidade dos serviços em geral. Deste modo, pressupõe-se que as modalidades de ajuda, assim como os mecanismos de administração e implementação, podem informar muito sobre o funcionamento dos programas e projectos implementados, sobre a sustentabilidade da gestão do sector assim como sobre a melhoria da qualidade da saúde do usuário final. O estudo dos dois mecanismos de financiamento permitirá compará-los, não necessariamente com vista a encontrar o melhor entre os dois mas no sentido de identificar potencialidades e forças de cada mecanismo de financiamento e, finalmente, propor sugestões de melhoria dos processos, estruturas e mecanismos de financiamento, de cooperação entre as autoridades públicas do sector da saúde e os parceiros de cooperação, bem como com a sociedade civil, para uma gestão sustentável do sector.



1. O estudo de caso como metodologia não exclui a possibilidade de, em alguns casos, se chamar outras modalidades de financiamento para fundamentar as argumentações a partir de evidências empíricas.





## Especificamente, o estudo pretende:

- i. Descrever e caracterizar a historicidade da estrutura de funcionamento do sector da saúde.
- ii. Identificar e mapear as acções dos mecanismos de financiamento ao sector. Serão arrolados os recursos disponibilizados para os parceiros sobretudo do PROSAÚDE e GFF.
- iii. Efectuar um estudo etnográfico da gestão da implementação dos fundos de ajuda em áreas específicas. Adicionalmente, serão apresentadas as narrativas das percepções das comunidades beneficiárias sobre os resultados esperados da ajuda disponibilizada.
- iv. Descrever as modalidades de articulação entre o parceiro/doador, o implementador e autoridades públicas nacionais, locais no que concerne aos mecanismos de prestação de contas, monitoria e avaliação da gestão dos fundos de ajuda e os seus resultados.
- v. Identificar os resultados (*outcomes*) alcançados assim como os condicionalismos estruturantes dos dois mecanismos de assistência ao sector que influenciam na qualidade dos serviços de saúde disponibilizados.

## II. ESTRUTURA DO RELATÓRIO

O presente relatório é composto por três partes distintas: para além da introdução, a parte introdutória versa sobre o processo histórico da construção do sistema nacional de saúde e suas implicações para a configuração do assistencialismo no contexto actual; a segunda parte tem como objectivo fazer a descrição do sistema nacional de saúde, seus sistemas, actores, recursos e interesses assim como analisa as diferentes modalidades de apoio ao sector da saúde, a terceira parte aborda os dois mecanismos de financiamento em estudo, nomeadamente o PROSAÚDE e o GFF com o objectivo de identificar as principais virtudes, limitações e as correlações de força que se estabelecem entre os actores nos espaços de coordenação e de co-fabricação do sector da saúde. Não menos importante, o presente relatório apresenta as conclusões e as linhas de avanço para possíveis inovações e correções nos actuais modelos ou dispositivos de financiamento.



**ECONOMIA E  
SOCIOLOGIA  
POLÍTICA DA  
ACÇÃO PÚBLICA**

**1**



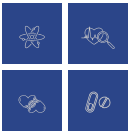
## 1. ABORDAGEM DE ESTUDO: ECONOMIA E SOCIOLOGIA POLÍTICA DA ACÇÃO PÚBLICA

Para apreender o modelo de financiamento do sector serão mapeados os actores que participam no PROSAÚDE e os envolvidos no GFF. Trata-se de estudar os actores para melhor compreender as alianças, interesses, conflitos e eventuais bloqueios na prossecução dos objectivos preconizados pelos dois mecanismos. Ademais, a partir da exploração da abordagem do “cubo de poder”, o mapeamento dos actores nos permitirá categorizá-los em termos de níveis, espaços e formas de envolvimento (vide *infra*). Ou seja, será possível determinar com mais precisão o peso de cada actor, desde o topo da alocação do financiamento para um determinado subsector ou espaço geográfico até os resultados obtidos na implementação, verificando os seus interesses visíveis, ocultos ou invisíveis bem como a capacidade de cada mecanismo deixar-se influenciar pelo contexto e criação do espaço para a integração de outros múltiplos actores envolvidos. Pressupõe-se que os recursos, os interesses assim como as representações dos actores sejam elementos condicionantes para o entendimento comparado dos resultados do modelo ou mecanismo de financiamento no sector da saúde. Parte-se do pressuposto de que, apesar dos constrangimentos impostos pelos modelos de financiamento, o MISAU e os parceiros de cooperação gozam sempre de uma margem de manobra que os permite escapar ao conjunto de constrangimentos impostos pelos acordos de assistência ao sector, apropriando-se selectivamente das instituições que maximizam os interesses que cada um dos actores da arquitectura do financiamento possui. É neste contexto em que é possível encontrar nos dois mecanismos de financiamento resultados intencionais e os não intencionais.

Neste âmbito foram, fundamentalmente, empregues três níveis de análise para o mapeamento dos actores, seus interesses, recursos e espaços de decisão ou de influência.

- (i) Um primeiro nível consistiu na identificação e categorização dos actores e o grau de influência e poder sobre o sector da saúde. Considera-se que cada actor possui um espaço de manobra para contribuir para as políticas de saúde. Em função do seu estatuto, acções, natureza da relação e o canal de realização das actividades, foi verificada a sua relevância na teia sectorial, mais particularmente, nos dois mecanismos em estudo. Este exercício permitiu ter





uma visão sobre a multiplicidade de actores, a sua relevância, suas visões e representações manifestas e latentes assim como os níveis de interacções entre eles, inferindo-se assim sobre a natureza das redes de colaboração ou de bloqueio na concretização *de facto* do serviço (política) de saúde.

- (ii) Mapear os recursos - a cartografia de recursos e as políticas de seu desembolso assim como de execução foram outros elementos usados para entender não só o impacto do modelo da ajuda no sector da saúde, mas também a natureza da gestão e sua materialização. Os recursos a que nos referimos não são apenas financeiros, provenientes da ajuda, mas também técnico-administrativos, políticos, conhecimento, temporais, etc., que permitem aos actores tomar posição na acção da gestão ou utilização dos fundos da ajuda. Dependendo destes recursos, estudou-se em termos concretos as dissonâncias discursivas do financiamento e da utilização dos recursos financiados. Existe algum divórcio entre a concepção performativa da ajuda e as vicissitudes da implementação no terreno, sobretudo no que se refere à igualdade de acesso ao serviço. Os actores só têm capacidade de agir, de posicionar-se e influenciar o processo a partir dos recursos de acção de que dispõem e que mobilizam em seu campo específico. Os meios de que os actores dispõem são importantes para inventariar a relevância de cada um para cada nível, formas e espaços de implementação.
- (iii) Mapear os interesses — os interesses perseguidos definem as preferências e as finalidades das acções. Podemos distinguir três tipos fundamentais de interesses: (a) de poder, que estão ligados à posição ocupada (administrativa, institucional, associativa, etc.) ou na representação dos outros actores. A vontade de ganho em termos de poder pode orientar, em termos gerais, as estratégias de aplicação dos meios da ajuda ao desenvolvimento do sector; (b) interesses

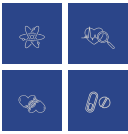
materiais relacionados com bens económicos, monetariamente quantificáveis, que os actores disponibilizam ou esperam captar no processo de materialização das actividades da ajuda e que guiam as suas acções, determinando a natureza de utilização dos fundos das actividades; (c) interesses ligados à identidade e simbólicos: certos actores agem para reafirmar as suas identidades (valor simbólico) ou agem em função dos valores em que acreditam.

Em função dos interesses dos actores, poderemos, portanto, posicioná-los dentro do mapeamento geral e das estratégias de intervenção. Os actores com interesses negativos, por exemplo, seriam aqueles que deveriam ser vigiados com mais atenção, enquanto que actores com interesses positivos seriam integrados e as suas potencialidades de contribuição exploradas, via construção de uma rede de actores favoráveis, elemento fundamental para a sustentabilidade desejada.

Estes níveis de mapeamento do financiamento do sector, aplicados com profundidade, permitiram construir evidências quanto à eficácia e resultados da arquitectura da ajuda ao sector e as modalidades de gestão da ajuda na implementação propriamente dita. Isso concorre para apreender, a partir de práticas, a interacção entre os actores de cooperação (doadores), as autoridades governamentais e administrativas, os implementadores assim como os beneficiários últimos das actividades, o cidadão. Permite ainda, mapear o tipo de financiamento, de decisões de implementação, de espaços de diálogo criados para a *accountability* (prestação de contas, responsabilidade e sanções) e envolvimento dos múltiplos públicos.

# METODOLOGIA

# 2



## 2. METODOLOGIA

De uma forma geral, o método aplicado é qualitativo, triangulando diversas abordagens usadas em ciências sociais para o estudo de políticas públicas em contextos de baixos níveis de institucionalização e sob regime de ajuda.

### 2.1. Técnicas de colecta de dados

#### 2.1.1. Revisão documental e de literatura

A revisão documental e da literatura obedeceu ao seguinte itinerário: (i) pesquisa da literatura sobre a temática em estudo; (ii) busca de documentos oficiais ao nível central, do MISAU, bem como dos parceiros signatários, os parceiros de implementação não estatais; (iii) entendimento do conceito de ajuda ao desenvolvimento do sector da saúde. O objectivo pretendido foi, primeiro, de entender o quadro institucional que informa o sector assim como as lógicas de financiamento. Em seguida, apreender, mais concretamente, a administração e materialização dos fundos de ajuda a partir da leitura de documentos sobre o funcionamento, tais como relatórios de avaliação, de acompanhamento e outros documentos produzidos no âmbito das organizações de implementação. Esta revisão documental foi informada e complementada por literatura académica especializada e por dados recolhidos no terreno para a identificação de *gaps* de operacionalização, mas também de casos explícitos de sucesso e de boas práticas que podem nortear visões e narrativas inovadoras para o financiamento do sector.

#### 2.1.2. Entrevista Semi-estruturada

As entrevistas semi-estruturadas jogaram um papel fundamental na construção dos dados. Para o efeito, foram realizadas cerca de 53 entrevistas que tiveram como unidade de observação quatro grupos de actores<sup>2</sup>, nomeadamente: (i) os parceiros de financiamento, (ii) as autoridades governamentais e administrativas do sector da saúde, (iii) organizações não governamentais e da sociedade civil bem como académicos, consultores, auditores e diversos especialistas na matéria de pesquisa, (iv) e, por último, o sector privado .

2. Vide a lista dos entrevistados nos anexos.





### 2.1.3. Entrevista de grupo

Com vista a captar o pensamento social dos beneficiários dos serviços de saúde ao nível da comunidade foram realizadas seis discussões de grupo focal. Os grupos focais foram essenciais para assegurar a participação social dos beneficiários na realização do estudo. Deste modo, os grupos focais tiveram uma composição mista, em média, 15 elementos, estratificados segundo o género (Homem ou Mulher) e grupo de pertença (plataformas da sociedade civil, organizações comunitárias de base, membros dos Comitês de co-Gestão e Humanização, agentes polivalentes, e grupos de apoio e adesão comunitária e de cuidadores). Portanto, foram realizadas, no total, 06 discussões com grupos focais nas três unidades de análise. No final, pouco mais de 90 pessoas participaram nas entrevistas.

**Tabela 1.** Distribuição da amostra

Província	Distrito	Nº De Grupos Focais	Participantes
Gaza	Capital provincial - Xai-Xai	01	15
	Distrito de Chokwé	01	15
Zambézia	Capital Provincial - Quelimane	01	15
	Distrito de Mocuba	01	15
Nampula	Capital Provincial - Nampula	01	15
	Distrito de Nacala-Porto	01	15
<b>Total</b>		<b>06</b>	<b>90</b>

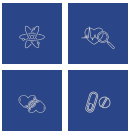
### 2.1.4. Unidade de análise

Este estudo decorreu em três províncias, nomeadamente Gaza, Zambézia e Nampula. A escolha destas três províncias fundamentou-se, por um lado, por obedecerem a um critério regional (Sul, Centro e Norte) e, por outro lado, por terem um significado político eleitoral. A saúde é um instrumento de transação política. Nesta óptica, a província de Gaza representa, historicamente, o eleitorado do partido no poder. Zambézia e Nampula são tradicionalmente territórios que votam na oposição<sup>3</sup>. Entretanto, nestas duas províncias, é possível observar resultados de saúde bastante diferenciados: a província de Zambézia é aquela que apresenta os indicadores mais baixos de saúde enquanto a província de Nampula tem mostrado um desempenho mediano.

Ademais, os dados do IMASIDA (2015), do IOF (2014) e do PNDRH (2015-2016) fornecem as evidências que fundamentam a necessidade de se observar o impacto do PROSAÚDE e perspectivar a implementação do GFF nas províncias alvo do estudo. Por exemplo, a província da Zambézia (42%) apresenta a taxa de cobertura de partos em unidades sanitárias mais baixa em relação às províncias de Nampula (68%) e Gaza (85%); Zambézia (46%) tem a percentagem mais baixa de partos assistidos por um profissional comparativamente a Nampula (74%) e Gaza (86%). A cobertura de todas as vacinas é pequena nas províncias de Zambézia (50%) e Nampula (52%) e grande na província de Gaza (85%). A prevalência da malária é maior nas províncias da Zambézia (68%) e Nampula (66%) e menor na província de Gaza (16%). A província de Nampula (5,7%) registou a menor prevalência de HIV-SIDA, seguida por Zambézia (15%) e a de Gaza (24,4%) registou a maior prevalência (IMASIDA, 2015).

As províncias de Zambézia e Nampula, embora sejam as mais populosas do que a província de Gaza, nelas, a procura (19%) dos serviços de saúde é maior do que a oferta disponível (14%), enquanto que, na província de Gaza, a procura (5,6%) é inferior à oferta (6.3%) (IOF, 2014). Em relação às

3. Para detalhes sobre as tendências eleitorais na província de Zambézia vide Sérgio Chichava, Uma Província « Rebelde ». O Significado do voto Zambeziano a Favor da Renamo, Maputo, IESE, Conference Paper, nº08, 2007.



10 profissões prioritárias, a província da Zambézia (66) tem tido, invariavelmente, os piores rácios em termos de médicos, enfermeiros, ESMI, técnicos de laboratório e de farmácia, seguida por Nampula (69), com um desempenho moderado, enquanto a província de Gaza (109) apresenta o melhor rácio na distribuição de profissionais pelas 10 áreas prioritárias (PNDRH, 2016).

Zambézia tem ainda a particularidade de beneficiar, desde 2018, do Plano Zambézia, do PEPFAR, um mega investimento no sector da saúde gerido pela DPS para fazer face às iniquidades registadas ao longo dos anos. Ademais, no âmbito da implementação do GFF, as três províncias fazem parte das prioridades de primeiro plano. Por isso mesmo, ao nível de distrito, observando os critérios de selecção dos 42 distritos beneficiários do financiamento do GFF, a pesquisa de campo abrangeu Nacala Porto (Nampula), Mocuba (Zambézia) e Chokwé (Gaza), distritos que fazem parte do plano de expansão do primeiro ano da implementação do GFF. Os dados de terreno dos locais seleccionados, igualmente, permitiram construir inferências e ilações generalizáveis da sua contribuição. Portanto, estes elementos fazem destas províncias objectos privilegiados de observação das dinâmicas do financiamento ao sector da saúde, tendo como base os dois mecanismos de financiamento em estudo.

## 2.2. Análise e interpretação de dados: parâmetros de comparação na base do “cubo de poder”

A análise de dados foi feita com recurso à técnica de análise de conteúdo, com base na ferramenta denominada “cubo de poder”. Trata-se de um instrumento concebido para analisar como as diferentes formas de poder e em diferentes níveis afectam o processo decisório. Adaptada com elasticidade para o estudo dos mecanismos de financiamento do sector da saúde, esta ferramenta permitiu construir parâmetros de comparação dos dois mecanismos de financiamento. Esta

ferramenta tem a vantagem de poder proporcionar, simultaneamente, um estudo dos níveis (vertical, de cima para baixo e vice-versa) e dos espaços (horizontal — a abertura ou não dos fóruns e arenas de decisão), avaliando os interesses dos actores (visíveis, ocultos e invisível) (vide a figura a seguir).

Figura 1. Modelo do Cubo de poder



Fonte: Gaventa, 2006

A partir desta ferramenta, o intento foi de comparar os dois mecanismos de financiamento do sector. Numa primeira fase, na vertente dos níveis, verificou-se a extractificação dos fóruns de decisão de financiamento assim como de implementação. O pressuposto é de que os níveis de decisão não equivalem necessariamente aos ajustes e arranjos nos momentos da implementação. As formulações das políticas de ajuda, muitas vezes baseadas em arranjos institucionais, ignoram os mecanismos de gestão e as dinâmicas de implementação, o que produz dissonâncias e desvios nos momentos da efectivação das actividades<sup>4</sup>. Estas dissonâncias podem ser importantes para produzir propostas de melhorias aos mecanismos de coordenação hierárquica.

Numa segunda fase, tratou-se de estudar os espaços de encontro e de concretização das actividades financiadas pelos dois mecanismos de financiamento e, daí, produzir inferências sobre as formas de interação entre os múltiplos actores envolvidos. Na última fase, a partir das formas (visível, oculto e invisível), a ferramenta permitiu analisar, de forma factual, as lógicas de poder manifestas ou latentes mobilizadas por detrás da

4. Peter L. Hupe e Michael J. Hill, « 'And the rest is implementation.' Comparing approaches to what happens in policy processes beyond Great Expectations », *Public Policy and Administration*, vol. 31 / 2, abril 2016, p. 103-121.





gestão de cada mecanismo de financiamento. Este exercício permitiu, igualmente, identificar as lógicas formais e informais que contribuem na efectivação da implementação dos programas resultantes do financiamento.

A partir dos indicadores do “cubo de poder”, extraíram-se ilações sobre os dois mecanismos de financiamento: o baseado na ideia de apropriação, harmonização e alinhamento da ajuda, ou seja, no apoio da gestão do sistema (PROSAUDE) e o baseado no desempenho e resultados e sob garantia de uma plataforma de uma multiplicidade de actores (GFF) e, finalmente, elaboraram-se conclusões sobre as zonas cinzentas e de experiência de sucesso. *In fine*, propor modalidades susceptíveis de gerar melhoria no desempenho da arquitectura de ajuda ao sector da saúde e do serviço em si.

## 2.3. Limitações do Estudo

Como qualquer pesquisa, existem limitações para uma plena construção de evidências e conclusões acabadas. Pode-se aqui apontar três principais limitações:

- (i) Limitação quanto à fiabilidade dos dados estatísticos do sector: existe uma contradição, às vezes abismal, quanto aos dados reais do financiamento, os indicadores numéricos são incompletos, não só pela incapacidade do MISAU de controlar os dados, mas igualmente porque um número não marginal dos recursos que financiam o sector não são registados no sistema financeiro do Estado, o que permitiria um entendimento mais real. A plataforma ODA Moz, por exemplo, que fornece informação oficial sobre a ajuda para o desenvolvimento, para além de se limitar à ajuda oficial, o número de parceiros e os dados financeiros não são realísticos, obliterando o contributo real dos parceiros de cooperação.
- (ii) Dificuldades de acesso aos documentos. Dada a sensibilidade do assunto pesquisado, é preciso frisar a dificuldade de aceder aos documentos e outros instrumentos de confrontação objectiva. Os documentos

sobre a avaliação, monitoria do sector são, muitas vezes, escamoteados e reservados ao esquecimento. Concorrem para isso, a dificuldade de organização de arquivos, o que permitiria uma maior acessibilidade da informação. Por exemplo, a página web do MISAU é apenas descritiva sobre o sector, não disponibiliza documentos mais importantes sobre a avaliação/auditorias das finanças do sector e nem sobre o desempenho financeiro dos parceiros;

- (iii) É importante realçar que, à excepção do PROSAÚDE e do GFF, grande parte dos fundos destinados ao sector da saúde são pouco documentados e outros, simplesmente, estão fora do controlo estatístico do MISAU, do MF e do governo, em geral. É neste âmbito que o acesso à informação sobre o financiamento global ao sector da saúde é bastante afectado pela escassez de informação da componente externa executada directamente pelos financiadores, cuja informação não é canalizada total e atempadamente ao sector<sup>5</sup>. Por essa via, esta análise fundamenta-se apenas nos dados disponíveis nos relatórios de execução orçamental dos fundos do PROSAÚDE.
- (iv) Limitação administrativa. Muito por conta da forte centralização administrativa do sector, ao nível local muito dificilmente os actores das DPS e SDSMAS se abrem ao diálogo realístico sobre o assunto por receio de sanções e outros tipos de represálias das autoridades centrais. Ademais, o MISAU é dos ministérios que pouco aplicam a lei de acesso à informação (lei n° 34/2014, de 31 de Dezembro), tem os seus critérios para permitir o acesso à informação, o que burocratiza exageradamente a realização de qualquer tipo de pesquisa.

Estas limitações, no entanto, não comprometeram as constatações e conclusões feitas. Através da triangulação de métodos, foi possível ultrapassar muitas das limitações aqui apresentadas, permitindo consistência na recolha e tratamento de dados.

5. Nicolas Drossos e Berta Bungele, *Diagnóstico dos Sistemas de Gestão de Finanças Públicas no Sector da Saúde em Moçambique*, Maputo, MISAU, 2016.

**HISTORICIDADE  
DA SUCESSÃO DO  
REGIME POLÍTICO  
E GESTÃO DA  
SAÚDE. UM SECTOR  
“SACRIFICADO”?**





### 3. HISTORICIDADE DA SUCESSÃO DO REGIME POLÍTICO E GESTÃO DA SAÚDE. UM SECTOR “SACRIFICADO”?

O sector da saúde é parte do processo histórico da construção do Estado moçambicano. Por essa razão, foi parte estruturante mas também estruturado pelo quadro de mudanças e de sucessão de regimes políticos do Estado. Neste sentido, esta parte do trabalho procura, de forma resumida, elaborar sobre a trajetória histórica do sector da saúde, ilustrando as mutações políticas e de gestão do mesmo sector que podem permitir apreender a sua modelagem e a natureza da configuração dos resultados de saúde que lhe são inerentes.

#### 3.1. “Escangalhar” a herança colonial e construir a nação pela saúde “socialista”

As primeiras opções da organização do sector logo a seguir à independência estruturam as lógicas por detrás do seu funcionamento e do seu desempenho. Existe, portanto, uma dependência do percurso (*path dependency*) e uma cultura política do sector que explicam a natureza da gestão do sector. Assim, as reformas que se observam na actualidade encontram-se informadas e condicionadas por dinâmicas deste período crucial. E, *in fine*, este tipo de leitura pode dar-nos a base para o entendimento das práticas da implementação da política de assistência ou, ao menos, dos aspectos preponderantes a tomar em conta para reforçar ou remediar a arquitectura da ajuda e da gestão do sector.

Alguma literatura sobre a história do sector da saúde em Moçambique considera terem existido, numa primeira fase, a seguir à independência, três grandes marcos iniciais da estruturação do sector e que determinam grandemente as modalidades da gestão actual: (i) a definição do serviço de saúde como prioritário e baseado no princípio de gratuidade dos cuidados; (ii) a tendência generalizada de diminuir o hiato de distribuição e acesso entre os meios rural e urbano; (iii) a centralização da

prestação e planificação do serviço de saúde em uma única estrutura nacional, o Estado. Portanto, em um sistema unitário e altamente centralizado que se concebia como acção unicamente estatal<sup>6</sup>.

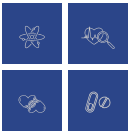
Este panorama de concepção do serviço de saúde estava intrinsecamente relacionado com a opção política da gestão do Estado. Ao sair da colonização, a orientação de tendência marxista-leninista oficializada aquando do terceiro Congresso da Frelimo, em 1977, ditou a natureza da organização e funcionamento de todos os sectores a estarem fortemente dependentes do Estado e centralmente planificados. Para o caso do sector da saúde (juntamente com o da educação), era de *per si* um fundamento da extensão territorial do poder político sobre o Estado. A tendência de expansão dos serviços até ao meio rural carregava simultaneamente uma ideologia de abrangência territorial da presença do Estado no quotidiano das populações. A procura pelo serviço e o seu acesso significava, por um lado, o direito esperado dos benefícios pela independência, por outro, o contacto com o Estado<sup>7</sup>.

A interdição das práticas ditas de “obscurantismo” (por extensão, isso incluía a “medicina tradicional”) baseada na ideia de “modernização autoritária” do partido-Estado, Frelimo, imprimiu grande esforço na exigência pelo serviço de saúde ao mesmo tempo que não havia capacidade para suprir a demanda. Com efeito, apesar de o número de unidades sanitárias, por exemplo, ter crescido exponencialmente de 326, em 1975, para 1195, em 1985<sup>8</sup>, assim como a aceleração da formação do pessoal de saúde e aumento de programas de cooperação para fazer face às limitações do período a seguir à descolonização, os problemas, em termos

6. Bernhard Weimer, « Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique », in: B. Weimer (org.), *Descentralizar o Centralismo. Economia política da descentralização*, Maputo, IESE, 2012, p. 423-456.

7. Egidio Guambe, *Réformer l'administration pour renégocier la centralité de l'Etat : une analyse à partir du cas des municipalités de Beira, Mueda et Quissico (Moçambique)*, Tese de Doutoramento em Ciência Política, Université de Bordeaux, 2016.

8. Shiyao Chao e Kees Kostermans, « Improving Health for the Poor in Mozambique: The Fight Continues », Working paper, p. 40. Bernhard Weimer, op. cit.. Arthur van Dienen, *Aid to Mozambique: an end to dependence? : an assessment of the quality of aid to Mozambique, with special reference to British and EC aid for health and education*, London, Christian Aid, 1999, 55 p.



de satisfação, agravavam-se<sup>9</sup>. Ou seja, a demanda pelos serviços de saúde, de longe, não correspondia à possibilidade de satisfação dos usuários. Entre a vontade autoritária de substituir as desigualdades de acesso ao serviço, marcados pelo sistema colonial e os modos “tradicionais obscurantistas” (ditos atrasados e feudais), construía-se um espaço de dissonâncias entre os objectivos manifestos e as práticas de terreno de concretização *de facto* da prestação do serviço.

A vontade socialista de saúde igualitária, de acesso universal gratuito e centralmente planificado não podia mais do que conhecer crises sucessivas ao ponto de ser ela mesma um dos elementos de fragilização da credibilidade do Estado, apesar de esforços consideráveis. Entre o autoritarismo da prestação, num contexto de precariedade de recursos (diversos), e as expectativas da euforia pela independência e acesso aos serviços, em particular aos da saúde, crescia o índice de desesperança do usuário e desconfiança em relação ao sector. A prestação de serviços de saúde constituía-se, pouco a pouco, num espaço “sacrificado”, no sentido em que, por um lado, não conseguia, dentro da orientação marxista-leninista do tipo “cima para baixo” e irreversível, cumprir com as orientações e obrigações instruídas ao nível da autoridade máxima do partido-Estado<sup>10</sup>. Por outro, o sector não conseguia satisfazer as aspirações eufóricas das populações sobre os benefícios da independência no acesso aos serviços e, por isso mesmo, era visto como um espaço de frustração. Ademais, o ideal de transformação da sociedade por inibição das práticas tradicionais de saúde encontrava incongruência pela incapacidade de dar cobertura em matéria de saúde convencional.

Os avanços da guerra entre a Renamo e a Frelimo (1977-1992)<sup>11</sup> agravaram ainda mais a incapacidade

9. Margaret Hall e Tom Young, *Confronting Leviathan: Mozambique since independence*, Athens, Ohio University Press, 1997.

10. As « ofensivas organizacionais » dirigidas directamente pelo Presidente Samora Machel retratam exactamente estes ataques à administração pública no geral para denunciá-la de incapacidade e de deformar os objectivos revolucionários do partido-Estado. A figura de « xiconhoca », « o burocrata » descrevia a figura do funcionário incapaz de materializar a visão de desenvolvimento projectada de modernização de Moçambique. Maria Paula Meneses, « Xiconhoca, o inimigo: Narrativas de violência sobre a construção da nação em Moçambique », *Revista Crítica de Ciências Sociais*, mai 2015, p. 09-52..

11. Dois anos a seguir à independência, Moçambique conheceu uma guerra que opôs a Frelimo, que liderou a luta de emancipação colonial, e a Renamo, um movimento de guerrilha que se originou a partir dos países vizinhos, Rodésia e África do Sul, e que, posteriormente, ganhou um espaço social no país.

de o sector poder imaginar-se como um espaço de melhoria da situação sanitária das populações. Estima-se que, nos meados dos anos 1980, quando a guerra de guerrilha encabeçada pela Renamo se transforma em guerra civil<sup>12</sup> e conhece o seu apogeu, cerca de metade das 1 195 unidades sanitárias foram encerradas, destruídas ou não funcionavam devidamente, para além da vandalização, desvio e roubo de medicamentos (dentro da estrutura da economia da guerra), assim como pessoal de saúde tomado refém pelas dinâmicas da guerra<sup>13</sup>.

A literatura é omissa sobre os efeitos deste período para as reformas subsequentes, mas sobretudo sobre a natureza da gestão do sector e da sua cultura administrativa. O autoritarismo — dentro do espírito do centralismo democrático do partido único — que caracteriza as modalidades de gestão, a relação entre os servidores e o utente, a participação e colaboração das comunidades na prestação do serviço, etc. são em parte explicados pela herança deste período pós-colonial. A necessidade de conservar o espaço vital de poder por via do controlo da extensão dos serviços de saúde ao nível do Estado transformou-se num modelo de cultura administrativa enraizada que, em certo grau, determina a arte de apropriação dos mecanismos de financiamento do MISAU e os próprios resultados das políticas de saúde. A abordagem *top-down* continua a informar os actores, processos e estruturas num contexto cuja retórica discursiva está orientada para o reforço da democratização, desconcentração e descentralização administrativa.

### 3.1.1. O sector da saúde e as políticas de ajustamento estrutural

No contexto das reformas da administração pública em geral que iniciam a partir dos finais dos anos 1980 e que, teoricamente, marcaram a transição de um modelo de gestão “socialista” centrado no Estado para uma gestão aberta inspirada nas lógicas neoliberais do mercado, concretamente nas políticas de ajustamento estrutural, quase todo o sector público conheceu mudanças, obviamente

12. Christian Geffray, *La cause des armes au Mozambique: anthropologie d'une guerre civile*, Paris, Karthala, 1990. Michel Cahen, *Mozambique, la révolution implosée: études sur 12 ans d'indépendance, 1975-1987*, Paris, L'Harmattan, 1987.

13. Eric Morier-genoud, Michel Cahen e Domingos M. Do Rosário, *The War Within: New Perspectives on the Civil War in Mozambique, 1976-1992*, S.I., James Currey Ltd, 2018, 288 p.



com intensidade variada<sup>14</sup>. O sector da saúde, em particular, conheceu alguns arranjos muito tímidos e não antecedidos por um entendimento estratégico para a sua reforma. E, por isso mesmo, o sector é marcado por processos de gestão incertos e por arranjos circunstanciais, tanto de funcionamento interno assim como de concretização dos serviços *de facto*<sup>15</sup>. Aliás, pela ausência de uma visão clara, a sustentabilidade do sector continua precária e muito dependente de momentos políticos e económicos instáveis. Tanto a agenda do Governo assim como dos seus parceiros de cooperação modificam continuamente o funcionamento do sector, este não se firmando sobre estruturas estáveis da sua acção contínua.

Basicamente, as reformas dos finais dos anos 1980 e início de 1990 visavam, para além da democratização, reduzir os custos da administração do Estado através de técnicas como o emagrecimento das estruturas salariais e a flexibilização da administração a partir de sub-reformas multissetoriais como privatizações, descentralização, terceirização, etc. No entanto, como em muitos casos de países africanos, estas reformas foram ajustadas de acordo com estruturas políticas contextuais e os seus resultados têm sido muito marginais e questionados<sup>16</sup>. Em Moçambique, em particular no sector da saúde, as adaptações às novas propostas de reformas foram marcadas pela persistência dos dogmas do primeiro período da independência *supracitados* e por uma instabilidade de gestão do sector. Em alguns casos, as reformas do sector confundem-se com negociações do regime político do dia e de recomposição autoritária que caracterizaram o pós-colonial ou arranjos das vontades das agências financiadoras.

Dentro do espírito das políticas de ajustamento estrutural, o sector tentou, pela primeira vez, em 1995, sistematizar as reformas, quando, com base na resolução n°4/95, aprovou a política do sector da saúde<sup>17</sup>. Este instrumento previa a divisão do

sistema em três subsectores: público, privado e comunitário. Reconhecia, portanto, não só a multiplicação de actores no sistema (sobretudo a entrada de diversos parceiros internacionais), mas igualmente, a estrutura múltipla de providência do serviço. Entretanto, como avançam alguns estudos, mesmo com esta tendência de multiplicação de actores não estatais na provisão do serviço, os dogmas do autoritarismo e da cultura política pós-colonial se mantiveram e o sector continua predominantemente dependente dos jogos políticos do dia<sup>18</sup>. Ademais, a multiplicação dos actores, sobretudo de doadores, foi acompanhada por uma fragmentação de estratégias de intervenção como resultado das múltiplas agendas dos parceiros, o que agravava a ineficiência de coordenação e, finalmente, a dificuldade do MISAU em particular de tomar conta do seu papel de gestão e alinhamento do sector<sup>19</sup>.

No que concerne, por exemplo, aos processos de *downsizing* (redução do pessoal), o sector da saúde, praticamente, não realizou modificações profundas. Como em muitos outros países africanos<sup>20</sup>, mais do que reduzir o pessoal — tanto que o sistema ainda se ressentia, em quantidade e qualidade, de recursos humanos —, para reduzir a massa salarial, a política centrou-se na pauperização da remuneração, o que concorreu para uma fuga de quadros para o sector privado, em emergência, sobretudo, no meio urbano ou para agências internacionais e ONGs. Estas agências e ONG's desenvolvem-se, parcialmente, por conta da subvenção do sector público, sobretudo no que concerne ao pessoal. Os funcionários apostam na duplicação de postos, ora no público, para garantir estabilidade da função, ora no privado, pela necessidade de complementaridade salarial, o que pode afectar o desempenho em ambos os sectores. Contraditoriamente, os actores das agências internacionais e as ONGs actuantes no sector apoiam-se grandemente em quadros retirados do sistema por motivações, sobretudo, salariais (uma

14. Anne Pitcher, *Transforming Mozambique: the politics of privatization, 1975-2000*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

15. Bernhard Weimer, op. cit.

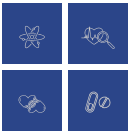
16. Charles Polidano, « Why Civil Service Reforms Fail », *Public Management Review*, vol. 3 / 3, septembre 2001, p. 345-361. Dele Olowu e James S. Wunsch, *Local Governance in Africa: The Challenges of Democratic Decentralization*, Boulder, Colo, Lynne Rienner Publishers Inc, 2003. Theodore Trefon, *Congo masquerade: the political culture of aid inefficiency and reform failure*, LONDON, Zed Books, 2011.

17. Resolução n°4/95, « Política para o sector de Saúde para 1995/1999 », *Boletim da República*, I Série, n°27.

18. Bernhard Weimer, op. cit.. Baltazar Chilundo, *Uma Análise de Economia Política dos Cuidados de Saúde em Moçambique para Informar a Fundação MASC*, Maputo, MASC, 2015.

19. Muriel Visser-Valfrey e Rariam Umarji, *Sector Budget Support in Practice: Health sector in Mozambique*, London, ODI & Mokoro, 2010. Baltazar Chilundo, *Uma Análise de Economia Política dos Cuidados de Saúde em Moçambique para Informar a Fundação MASC*, Maputo, MASC, 2015.

20. Jean-Pierre Olivier de Sardan e Valéry Ridde, *Une politique publique de santé et ses contradictions: la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, 2014, (« Hommes et sociétés »).



espécie de “apoio para fragilizar”). É verdade que o desenvolvimento de recursos humanos é uma das prioridades do sector<sup>21</sup>, mas, contrariamente ao enunciado (vide *infra.*), o financiamento direccionado para investimento em recursos humanos continua extremamente baixo e a política de retenção do pessoal no sistema, sobretudo o de nível médio, não é competitivo<sup>22</sup>.

A descentralização do sector ocorre igualmente num meio de receio político-administrativo. Por exemplo, a lei 2/97 bem como o decreto nº33/2006 preveem a transferência da competência para a gestão da saúde primária para os níveis municipais<sup>23</sup>, no entanto, até ao momento, apenas ao município da Cidade de Maputo é que foram atribuídas, desde 2009, algumas competências de gestão de Cuidados de Saúde Primários (CSP). E só a partir de 2013 é que factualmente este município começou a implementar algumas actividades em cerca de 28 centros de saúde. Mesmo neste caso, o acordo entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e o Município, para além de excluir os instrumentos financeiros da acção pública, ela retira do espectro da descentralização os programas de saúde pública (ex. saúde materno-infantil, saúde escolar, saúde de adolescente e jovem, etc.)<sup>24</sup>. Muito por conta de conflitos de poder político-administrativo, a descentralização para os municípios altamente urbanizados geridos por partidos da oposição, casos de Quelimane, Beira, Nampula, Nacala Porto, assim como, para os municípios geridos pelo partido no poder, mas com uma forte partilha do poder ao nível dos Conselhos Autárquicos, caso do município da Matola, conhecem e poderão conhecer uma resistência da administração central em transferir competências na gestão administrativa e financeira do sector.

Ao nível da desconcentração de competências, em particular para os distritos, por efeito das alocações financeiras dependerem exclusivamente da pilotagem directa do Ministério da Economia e Finanças (MEF). Observa-se alguma relativa flexibilidade na transferência de instrumentos financeiros de acção pública, tendo-se verificado, pela primeira vez, em 2016, algum incremento do orçamento ao nível distrital com tendência a superar as Direcções Provinciais de Saúde (DPS) (*cf. infra*)<sup>25</sup>. Entretanto, mesmo neste caso, nem todos os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social têm competência orçamental (não são unidades gestoras beneficiárias) para garantir uma maior inclusão dos actores locais na planificação e gestão do serviço.

Estas reformas de transição do regime ou do modelo de gestão do sector significaram igualmente a multiplicação de actores de financiamento. De um sector de quase exclusivo financiamento pelo Estado, a década de 1990 foi marcada pela entrada de diversos actores na assistência ao sector. Aliás, o documento da política de saúde define o financiamento ao sector como sendo resultado das negociações entre as elites programáticas do sector e os parceiros internacionais, estes últimos como complementares dos esforços do Governo<sup>26</sup>. No entanto, a multiplicação de actores de financiamento do sector significou não só a melhoria em termos materiais, mas também modificações em termos de focos de decisão do funcionamento e acções em matéria de saúde. Nos finais dos anos 1990 e início dos anos 2000, mais de 50% (chegou a cerca de 70 e 80%) do orçamento da saúde provinha de recursos externos. Esta realidade indicava, claramente, que os “donos” da política de saúde eram os actores externos e a contraparte moçambicana era, de facto, o elemento de complementaridade.

Numa fase ainda embrionária de entrada de muitos financiadores no final dos anos 1990, a estrutura de absorção e de coordenação entre estes não foi antecipada por uma política de gestão e, sobretudo, por uma política de emancipação da ajuda por parte do sector da saúde nem por uma plataforma única de interação entre o sector e os parceiros<sup>27</sup>.

21. Ministério da Saúde, Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) 2008-2015, Maputo, MISAU, 2008.

22. Ministério da Saúde, Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PNDRHS) 2016-2025, Maputo, MISAU, 2016, p. 38-46.

23. Actualmente esta legislação está em revisão em resultado da revisão pontual da Constituição. Vide a lei nº 1/2018, Boletim da República, I Série, nº 115, 12 de Junho de 2018; Lei nº 6/2018, Boletim da República, I Série, nº 152, 03 de Agosto de 2018. Trata-se de uma legislação que revê todo o pacote de governação local moçambicana.

24. O GFF, apesar de se definir como um mecanismo que privilegia a saúde da mulher e da criança, não aponta a descentralização do serviço como seu foco, a sua abordagem tende apenas a valorizar a subsectorialização, o que pode concorrer para reproduzir práticas de recentralização da gestão do sistema.

25. UNICEF, Informe orçamental 2017: Saúde, Maputo, UNICEF, 2017.

26. Resolução nº4/95, « Política para o sector de Saúde para 1995/1999 », Boletim da República, I Série, nº27.

27. E. Pavignani e J. R. Durão, « Managing external resources in Mozambique: building new aid relationships on shifting sands? », Health Policy and Planning, vol. 14 / 3, septembre 1999, p. 243-253.



As agendas, assim como a natureza de intervenção, variaram muito de acordo com a perspectiva e interesse que cada doador desenhava desde o seu contexto de origem, alterações e jogos políticos das suas fontes iniciais, etc<sup>28</sup>.

Assim, da multiplicação dos actores de fornecimento de serviços de saúde (privados, públicos, comunitários), bem como das fontes de financiamento, o sector da saúde transformou-se num mosaico de complexidade em termos de coordenação das acções e esforços de melhoria do desempenho. Desde os anos de 1990 até a actualidade, por exemplo, esforços têm sido feitos para identificar um mecanismo de coordenação da gestão dos recursos aplicados ao sector.

Como se apresenta *infra*, diversos ensaios e testes de modelos foram implementados. A ausência de um mecanismo de absorção e de coordenação único da ajuda ao sector torna-o vulnerável a incongruências e baixos níveis de prestação de contas e transparência entre os actores.

Como resultado da trajectória histórica dos regimes políticos, o sector da saúde vai se configurar, por um lado, por uma herança de uma cultura de autoritarismo administrativo e muita influência política, tributária do período de tendência socialista e do centralismo democrático do pós-colonial. E, por outro lado, por uma descoordenação e concorrências de agendas de assistência ao sector (uma anarquia de assistência ao desenvolvimento) resultantes das reformas neoliberais dos anos 1990. A confiança entre os múltiplos actores e a construção de uma agenda de intervenção conjunta sobre o sector está refém de incertezas e estratégias diversas até em momento de ensaio de mecanismo de coordenação como veremos para os casos do PROSAÚDE e do GFF.



28. Lies Steurs, European aid and health system strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund, Centre for EU Studies Ghent University, 2018.

**CARACTERIZAÇÃO  
DO SISTEMA  
INSTITUCIONAL  
DE SAÚDE**

**4**





## 4. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA INSTITUCIONAL DE SAÚDE

A composição do sector da Saúde compreende, fundamentalmente, três níveis de organização administrativa: o nível central, provincial e distrital. O nível central corresponde ao guia sectorial, representado pelo Ministério da Saúde (MISAU), que se apoia, dentro da hierarquia territorial, em 11 Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e 154 Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS). O sector inclui, igualmente, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), o Conselho Nacional de Combate ao Sida (CNCS), quatro Hospitais Centrais, cinco Hospitais Gerais, oito Hospitais Provinciais e um Hospital Psiquiátrico. Igualmente, subordinam-se ao MISAU o Instituto Nacional de Saúde e o Instituto de Medicina Tradicional.

Em termos de provisão *de facto* do serviço, o sector está organizado em torno de quatro níveis essenciais: (i) o nível primário composto pelos centros de saúde, (ii) o nível secundário que compreende os hospitais distritais, rurais e gerais, (iii) nível terciário constituído por hospitais provinciais e o nível quaternário que compreende os hospitais centrais e especializados: o Hospitais centrais da Maputo, Beira e Quelimane.

É na base desta plataforma que se realizem grande parte das actividades de saúde. Na base de uma hierarquia necessária, gradualmente, o serviço concentra-se ao nível do topo. Em termos de financiamento, dentro desta escala, não existe uma estratégia bem definida, tanto do Governo assim como dos seus parceiros. Em geral, grande parte da despesa observa-se ao nível do topo, mas isso não resulta de um processo estrategicamente planificado ou de uma abordagem baseada numa real política de cuidados preventivos. Como acima referido, a discussão via DSS, ao nível da base por exemplo, é ainda muito embrionária e, parcialmente por conta disso, a participação da comunidade em termos de práticas e comportamentos saudáveis é baixa, o que pode encarecer os níveis mais altos da estrutura de prestação dos serviços.

Fundamentalmente, esta estrutura é de funcionamento oficial e é gerida pelo MISAU, apesar de, em alguns casos, a efectivação das actividades incluir acções de actores não estatais. Grosso modo, pode-se afirmar que o sistema de saúde moçambicano, em termos de prestação, é muito centrado no actor estatal. Igualmente, existem actores não estatais que operam em paralelo e em colaboração directa com autoridades estatais. A tabela abaixo tenta resumir o mapeamento dos actores actuantes no sector, tanto estatais como não estatais.



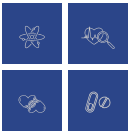


**Tabela 2.** Mapeamento dos actores do sector da saúde: interesses, recursos e representação

NATUREZA DO ACTOR	ACTOR	INTERESSE	RECURSO DE ACÇÃO	REPRESENTAÇÃO
ESTATAL	Governo	Mobilização de recursos para maior expansão e penetração política e territorial. Legitimidade governamental e eleitoral.	Materiais – infraestruturais de saúde. Político - capacidade decisória e de formulação de políticas nacionais. Posicional – poder administrativo e de mobilização de financiamento. Visão geral das políticas do país.	Existe uma percepção eleitoralista de que o serviço de saúde representa um dos sectores mais sensíveis da afirmação da legitimidade governamental. Uma das estratégias a este nível é a gratuitidade da saúde como uma conquista pós-colonial.
	MISAU	Actor central com interesse de regular e propor políticas do sector, para além de ser o maior provedor da rede de saúde.	Recurso de conhecimento – alberga a grande parte do pessoal de saúde. Gere a grande parte dos RHs do sector. Recurso político – actor com capacidade para falar em nome do interesse geral e capacidade de iniciativa de políticas sectoriais. Recursos materiais – disponibilidade de instrumentos de acção pública e de infraestruturas de gestão do sector.	Tem uma visão holística do sector. Um objectivo manifesto de redução das iniquidades de acesso ao serviço, sobretudo entre o rural e urbano, assim como de expansão do serviço de saúde. Uma visão baseada na gestão fortemente dependente do Estado. Portanto, a mesma entidade que regula, formula políticas, implementa, monitora, autoavalia-se e oferece os serviços de saúde, criando sérias barreiras à cadeia de provisão de serviços e de responsabilização. Igualmente, existe uma concepção muito especializada em termos biomédicos da gestão do sector. A grande parte dos gestores de topo são de formação sem uma grande visão em matéria gestão.
	Direcção Provincial de Saúde	Actor local de nível intermédio. Tem interesse de coordenação provincial, representação dos interesses centrais e de controlo e monitoria da prestação dos SDSMAS.	Recurso posicional – proximidade intermédia entre os níveis de prestação de serviço na comunidade e a visão estratégica do MISAU. Recurso de conhecimento – relativamente especializado, com recursos humanos competentes, apesar de um baixo nível de permanência. Recurso material – por causa da sua posição, tem sido o ponto focal de coordenação na implementação de projectos verticais dos parceiros e ONGs.	Tem uma percepção, basicamente, de representação dos órgãos centrais. Uma visão muito difusa e de dupla subordinação à política do Governo Provincial e do MISAU. A parceira com projectos verticais é normalmente secundarizada em detrimento de interesses políticos centrais.



	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social	Actor de interface e operacionalização de facto da prestação do serviço de saúde.	Recurso posicional – é o ponto de contacto quotidiano, através de acções dos CPS; comités de saúde, comités de co-gestão das unidades sanitárias.	Representa o último nível de administração do SNS. É o ponto de encontro entre as aspirações dos cidadãos e a política abstracta do serviço de saúde do Governo. O entendimento geral do serviço e do sector por parte do usuário é geralmente construído a partir de ilações ligadas a este nível, Entendidas como simples réplicas de ordens centrais.
	Ministério da Economia e Finanças	Actor central de gestão e finanças do Estado. Tem interesse burocrático de racionalidade financeira.	Recursos financeiros – dispõe de prerrogativa financeira para influenciar as decisões da agenda pública. Posicional – ocupa uma posição privilegiada na definição das prioridades de intervenção estatal e de alocação de recursos financeiros.	A sua representação sobre a saúde pode ser classificada como indiferente por conta da ausência de um conhecimento profundo dos aspectos técnicos do sector. Isso pode resultar do seu baixo envolvimento na elaboração de instrumentos e políticas sectoriais. Tem uma representação muito técnica, e em termos financeiros, do sector. A visão holística de racionalidade financeira pode resultar na limitação de investimento no sector, que o considera não produtivo, dada a incapacidade de absorção dos recursos alocados pelo MEF. Por vezes, a alocação de recursos para o sector é influenciada pelo facto de este receber apoio externo.
	Assembleia da República	Elo institucional de representação social. Um interesse sobretudo eleitoralista manifesto pela competição política partidária.	Recurso político – capacidade de controlo do executivo através da aprovação ou não das propostas orçamentais e da legislação sectorial.	Uma representação muito difusa do sector. A Comissão dos Assuntos Sociais do Género, Tecnologia e Comunicação Social, a que responde directamente pelos assuntos relativos à saúde na AR, é apontada como sendo pouco proactiva e interventiva para influenciar o processo decisório na formulação da agenda pública em matéria de saúde. Deficientes capacidades de análise, monitoria e formulação de políticas, em particular do sector da saúde. É actor muito orientado pelas dinâmicas partidárias clientelistas e de acomodação dos militantes.
Doadores/parceiros de cooperação e ONGs				



Multilaterais	OMS, UNICEF, Banco Mundial, FNUAP e ONUSIDA			
Bilaterais	AECID, AFD, BTC, Agência Canadiana, CDC, USAID, Fundação Clinton, DANIDA, DFID, EU, GIZ, Flanders Delegation, Friends in Global Health, OIM, Cooperação Italiana, Embaixada dos Países Baixos, PEPFAR, Embaixada da Irlanda, Cooperação Suíça para o Desenvolvimento	A natureza dos interesses destes actores é muito diversificada e, por isso mesmo, com uma complexidade de agendas conforme a política das suas origens. A diversidade de interesses e a fragmentação das agendas dificultam grandemente a coordenação do sector. Igualmente, as abordagens de assistência ao sector são muito variáveis, dificultando os mecanismos de articulação da prestação de contas. Em geral, o interesse manifesto enquadra-se dentro da agenda da política de ajuda ao desenvolvimento.	Recursos financeiros – a grande parte dos parceiros de cooperação dispõe de recursos financeiros, dos quais dependem muitas das actividades do sector. Muitas vezes, os recursos são de uso restrito, o que constitui ilhas de financiamento e de efectividade. Recursos técnicos – por motivações sobretudo salariais, as agências de cooperação atraem quadros de qualidade, com um alto grau de conhecimento técnico do sector. No entanto, as agências são afectadas pela sazonalidade dos técnicos, sobretudo ao nível das embaixadas e das agências de desenvolvimento internacional, que, constantemente, mudam de funcionários.	Pese embora existam alguns actores de cooperação que apoiam as acções governamentais em matéria de saúde, a visão geral destes é, sobretudo, agir através de acções fora do actor estatal, apoiando projectos verticais e organizações não governamentais actuantes. Alguns actores preferem mesmo nunca investir no apoio ao Orçamento do Estado ou participar em fundos de gestão comum e de coordenação de intervenção. Uma abordagem central dos parceiros é baseada no emponderamento e inclusão das comunidades. Existe uma tendência ao desvio do Estado, dentro da abordagem de reformas neoliberais de “Estado mínimo”. Os baixos níveis de confiança e uma percepção de ausência de mecanismo de gestão transparente podem estar a ditar as lógicas de acção.
Iniciativas globais	GFATM, Global Alliance for Improved Nutrition, Aliança Gavi, Global Fund (GF) e Global Fund Facility (GFF)			
INGOs	NAIMA+	Prestação de serviços. Extensão do papel do SNS.		
ONGs	Amodefa, Pathfinder, Save the Children, World Vision, SolidarMed, PSI, Aga Khan, Medicus Mundi, Médicos sem Fronteiras, Jhpiego, CIC FHI360, ICAP, Forum Mulher, Wiwanana, N'weti, CESC, FDC, ICRH-Mozambique, Malaria Consortium, etc.	Operam de forma variada, com um interesse muito difuso e incerto. Mesmo que tenham uma visão e missão, os seus objectivos e interesses podem variar de acordo com a orientação dos fundos e agenda dos financiadores.	Recursos de intermediação – tem capacidade de jogar um papel social e de pressão às autoridades públicas. Recursos de implementação - são agentes de reinterpretção das agendas nos contextos de implementação.	A ideia de base destes actores é sobretudo de monitoria e avaliação da acção governamental e inclusão social na formulação de políticas. Tendem igualmente a representar os interesses das comunidades, ainda que de forma limitada.



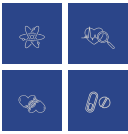
A multiplicidade de actores no sector da saúde não equivale à existência de uma plataforma de acção única. Pelo contrário, pela diversidade de agendas e de interesses e das representações que se tem sobre a concepção do serviço, constituem-se espaços de conflitos manifestos ou latentes. Em termos de relevância e capacidade de acção, a influência dos actores é variável de acordo com as fases de acção.

(i) **Ao primeiro nível de formulação e decisão das políticas** do sector, a acção continua do domínio aparente das autoridades estatais mas fortemente pilotado pelos doadores. Na medida em que, todas as políticas do sector são fabricadas por iniciativa dos doadores, desenhadas por consultores contractados pelos doadores e sob contróle e monitoria dos mesmos, embora no fim o MISAU tenha que assumir o produto final. Portanto, prevalece no sector a ideia de **“acção pública” fortemente centrada no Estado**, na qual o MISAU representa o **actor-rei** de grande conhecimento holístico, tanto do nível sectorial assim como territorial — elabora, implementa, avalia as suas próprias políticas, mas que na essência não tem contróle da formulação de políticas. Por exemplo, os Planos Estratégicos do Sector da Saúde são predominantemente concebidos para o MISAU e não pelo MISAU. A nova abordagem do GFF, ainda embrionária, vem reforçar cada vez mais o *status quo*, a partir da sua perspectiva colaborativa de assunção de casos de investimento e planificação do financiamento, muito baseada em consultoria e assistência técnica. Obviamente, isto poderá ter problemas de apropriação e, novamente, colocar-se em causa a sustentabilidade do sector. Até a actualidade, os grandes instrumentos de orientação do sector, as infraestruturas de gestão do serviço bem como os recursos humanos estão, basicamente, sob alçada da administração do Estado, sendo geridos pelo MISAU. Por isso, mesmo a tendência de verticalização do financiamento por projectos perde alguma estrutura bem estabelecida do sector. Nesta fase, a influência das organizações não governamentais é muito reduzida. Aliás, muitas organizações da sociedade civil não conhecem ou são excluídas das esferas de decisão das agendas do sector.

(ii) **Ao nível de implementação.** Por conta dos recursos financeiros, nesta fase, são sobretudo os parceiros de cooperação que são relevantes. O sector é fortemente dependente do financiamento externo, apesar de, nos últimos anos, ter reduzido o financiamento via fundos comuns, sobretudo do PROSAÚDE, e haja um relativo crescimento do financiamento do Estado em resultado da crise de confiança e consequente declínio do financiamento directo. O retorno à natureza projectista que caracteriza o financiamento do sector é determinante na existência de áreas com maior financiamento do que outras e, por isso mesmo, de maior incidência de acções de implementação. A constatação observada é de que, apesar da tendência de redução do investimento directo a partir das autoridades estatais, as actividades executadas tendem a recuperar a base dos instrumentos e visão do Governo. Ou seja, de forma fragmentada, existem actividades que correspondem ao planificado ao nível estratégico (PESS) pelo MISAU. No entanto, as actividades dispersas dificultam a articulação de esforço e capacidade de coordenação historicamente atribuída ao MISAU via, por exemplo, PROSAÚDE. Ademais, há sobreposição a vários níveis de actuação no terreno, uma total falta de controlo das actividades do MISAU sobre o que efectivamente está acontecendo nos níveis hierarquicamente mais baixo. As províncias ficam, até certo ponto, ilhas de implementação de projectos verticais, às vezes não registados nem no e-SISTAFE nem na Conta Única de Tesouro (CUT). Além de que cria uma tendência para desigualdade no acesso ao serviço, constituindo-se ilhas de áreas de sucesso e outras com grandes *deficits*<sup>29</sup>. A este nível de implementação, as ONGs têm uma grande importância por serem elas as intermediárias dos financiadores que optam pela via vertical<sup>30</sup>. Grande parte das ONGs nacionais e internacionais é dependente dos mesmos financiadores de que depende o Estado. Apesar de a NAIMA+, por exemplo, ter grande relevo para a articulação da rede das

29. Richard C. Crook, « Rethinking civil service reform in Africa: 'islands of effectiveness' and organisational commitment », *Commonwealth & Comparative Politics*, vol. 48 / 4, 2010, p. 479-504.

30. Erika Lopez Franco e Sansão Dumangane, *N'weti's Community Scorecard Experience in Nampula: A Case Study*, N'weti, N'weti-Comunicação para a Saúde, 2015.



ONGs internacionais do sector, ainda existe uma grande fragilidade sobretudo no que concerne à colaboração nas actividades.

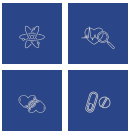
**(iii) Ao nível de monitoria e avaliação,** como se acaba de avançar, as acções ocorrem de forma isolada e cada doador tem os seus próprios critérios de avaliação. As autoridades públicas do sector, nomeadamente o MISAU tem pouca capacidade de monitorar todos os actores que intervêm no sector seja pelo não conhecimento de todas as actividades dos parceiros, seja pela opacidade de alguns parceiros no fornecimento de informações sobre os seus orçamentos reais, actividades, resultados, etc. Ademais, cada financiador define critérios próprios de avaliação de desempenho do sector da saúde e, dificilmente, as autoridades públicas têm capacidade de responder às demandas de cada um dos parceiros de cooperação tomados individualmente. Portanto, tanto a fragmentação do financiamento e multiplicidade de agendas, bem como a fragmentação das actividades tornam complexa a capacidade de coordenação do sector por parte do MISAU. Aliás, os fóruns e espaços de encontro entre os actores estatais, os parceiros e os intermediários de implementação são ainda embrionários e frágeis. Os mesmos não permitem a construção, a gestão e avaliação conjunta das actividades levadas a cabo. Assim, não só as agendas dos doadores são diversas, igualmente os seus actores intermediários agem de forma isolada, sob uma base fluída de imprevisibilidade. A confiança nas autoridades públicas é baixa, o que mina a possibilidade de colaboração.

No entanto, neste nível de monitoria e avaliação, alguma relevância deve ser atribuída aos actores das organizações da sociedade civil. Pese embora alguma abertura e aplicação de modelo de participação das comunidades na acção pública com o exemplo dos Cartões Pontuação Comunitária (CPC), a natureza da acção de muitas das OSC, não apenas do sector da saúde, centra-se muito nos processos de monitoria da acção governamental e na avaliação dos resultados alcançados na actividade

administrativa. Ou seja, trata-se, geralmente, de comparar os enunciados propostos pelas políticas e os efeitos alcançados, ou ainda, as modalidades de tal alcance. Esta natureza de acção, simplesmente de *watch-dog*, é também resultado de uma cultura política centralizadora que vê os serviços como sendo de pura responsabilidade governamental ou estatal. Prevalece a ideia de que o serviço de saúde é fortemente da responsabilidade do Estado. Aliás, no âmbito deste tipo de acção, mesmo não se podendo generalizar, instalou-se um ambiente de desconfiança e de baixo nível de colaboração entre as OSC e as autoridades públicas na formulação e implementação de políticas. Os níveis de tensão poderão acentuar-se sobretudo em contextos de precariedades e competição por recursos escassos dos parceiros de financiamento. Estas rivalidades baixam toda a possibilidade de colaboração, alianças e acumulação de sinergias entre as autoridades públicas do sector e ONG's, sobretudo nacionais. Por exemplo, a experiência do Cartão de Pontuação Comunitária, muito explorado por algumas OSC, tem dito um impacto diferenciado em função do nível da administração pública, isto é, no nível local o CPC demonstra algumas evidências de fortalecer os processos de programação do sector da saúde enquanto ao nível central o cenário é ainda incipiente carecendo sobretudo de mais acções de advocacia para que se possa reconhecer a relevância da ferramenta no sector da saúde. Uma lição particular foi retirada muito recentemente, quando o MISAU, com influência do Banco Mundial, adoptou a experiência dos CPC desenvolvidos por OSC para avaliação de desempenho da implementação do CI (mais precisamente do PforR) do lado da procura, portanto do utente dos serviços de saúde. No entanto, ainda existe reticência para delegar completamente este tipo de actividade de longa experiência das OSC. Muito provavelmente, o ambiência de colaboração poderá melhorar se estes actuais inputs das OSC servirem favoravelmente para os desembolsos no âmbito da implementação do CI, como veremos mais adiante.

**TENDÊNCIAS  
DO ORÇAMENTO  
DO ESTADO:  
CRESCIMENTO SEM  
EMANCIPAÇÃO**

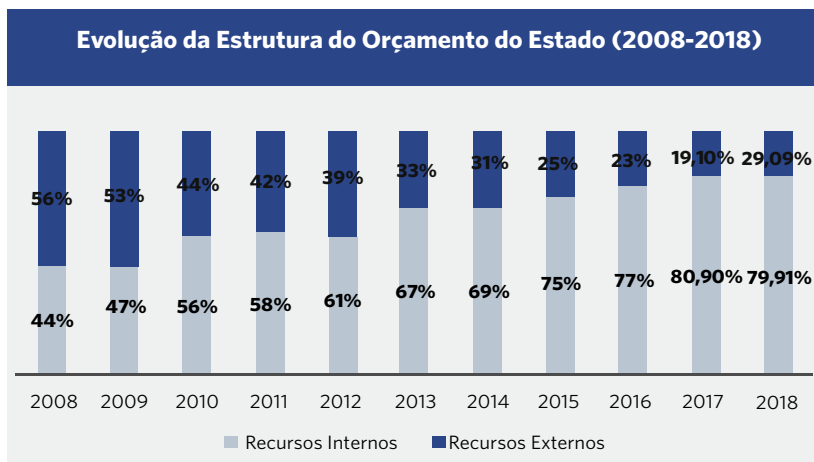




## 5. TENDÊNCIAS DO ORÇAMENTO DO ESTADO: CRESCIMENTO SEM EMANCIPAÇÃO

Durante o seu percurso, desde a independência até hoje, Moçambique especializou-se como um Estado sob regime de ajuda, figurando como um dos maiores países recipientes da ajuda externa no mundo. Dados da OCDE indicam que, durante três anos consecutivos, 2009, 2010 e 2011, Moçambique posicionou-se como o quarto maior receptor da ajuda externa em África, tendo recebido uma média anual de cerca de 2 bilhões de USD<sup>31</sup>. Entre as contribuições individuais dos 19 doadores membros da Parceria do Apoio Programático mais os 2 Membros Associados, podemos constatar que o Banco Mundial (16%), os Estados Unidos da América (12%) e a Comissão Europeia (11%) foram entre 2005 e 2012, os 3 maiores provedores de AOD para Moçambique. No entanto, o ano de 2010 marca uma inversão na representação do financiamento externo no Orçamento do Estado, como ilustra o gráfico abaixo:

**Gráfico 1.** Evolução da estrutura do Orçamento do Estado



Fonte: Relatório de Execução Orçamental

Ciente do desafio de reforçar a autonomia orçamental do País, o Governo preconizou, na sua Política de Cooperação Internacional, a gradual Redução destes níveis da dependência. Com efeito, tem-se registado notáveis progressos nesta área<sup>32</sup>. Em 1996/97, o Apoio Directo ao Orçamento por parte dos doadores internacionais tinha um peso de 60% no total dos recursos disponíveis para o financiamento de 100% do défice; mais recentemente, esse peso diminuiu para um (peso no total das despesas) valor entre 40%

31. Cristina Matusse, Hanifa Ibrahim, Fernando Ngoca [et al.], Coordenação & Eficácia da Ajuda em Moçambique, 3a Edição, Maputo, MPD, 2013.

32. Ibidem.







a 20%<sup>33</sup>. Como ilustra o gráfico acima, de 2010 a 2018, o peso do financiamento externo decresceu significativamente. Para esta tendência concorrem dois factores: por um lado, a promessa do sector da indústria energética e extractiva emergente, que constitui a base de fundamentação de uma narrativa chauvinista, de emancipação e de recentralização do poder, muitas vezes pouco percebida pelos parceiros de apoio programático, como se pode notar no discurso de investidura de Armando Guebuza em 2010, após a vitória nas eleições gerais de 2009:

“A auto-estima do moçambicano, o seu orgulho pela sua história, cultura e feitos cristalizou-se (...) vamos intensificar as acções tendentes a desencorajar a prática de mão-estendida, essa degradante atitude de querer depender de terceiros mesmo quando podemos, nós próprios, pensar, conceber e produzir e, nesses terceiros, buscar o complemento ou enriquecimento das nossas acções”<sup>34</sup>

E, por outro lado, a crise das dívidas ocultas, no ano civil de 2016, orientaram a decisão dos parceiros de apoio programático de suspender a ajuda directa ao Orçamento do Estado como uma das modalidades preferenciais de ajuda ao desenvolvimento<sup>35</sup>. Contudo, dados das entrevistas efectuadas apontam que as dívidas ocultas funcionaram principalmente como factor *déclencheur* e não necessariamente como factor *causal*<sup>36</sup>. Deste modo, a redução do financiamento ao Orçamento do Estado por via do Fundo Comum do PROSAÚDE deveu-se, por um lado, às mudanças globais dos paradigmas de apoio ao orçamento, com foco nos resultados em detrimento dos processo e procedimentos e, por outro lado, à crescente desconfiança em relação aos modelos de governação política, caracterizados pelo re-centralismo democrático e pela “política do *Big Man*” vigente de 2004 a 2014<sup>37</sup>.

33. Vânia Duarte, « Economia moçambicana e principais desenvolvimentos: notas da visita a Maputo », Mercados Financeiros, abril 2017.

34. Discurso de investidura de Armando Emílio Guebuza, 14 e janeiro de 2010. « Discurso de Investidura de Armando Emílio Guebuza - 14/01/2010 », Armando Guebuza Blog, 2010.

35. Jason Beste e James Pfeiffer, « Mozambique's Debt and the International Monetary Fund's Influence on Poverty, Education, and Health », *International Journal of Health Services*, vol. 46 / 2, 2016, p. 366-381.

36. Entrevista com MC, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, 10 Julho de 2018.

37. Elísio Emanuel Muendane, *Dynamiques urbaines et volatilité du vote lors des élections municipales de 2013: le cas de la ville de Maputo*, Dissertação de Mestrado em Ciência Política, Institut d'études politiques de Bordeaux, 2016, p. 44.

Entretanto, a redução do apoio ao orçamento pelos doadores não significa que estes deixaram de ajudar o país, ao contrário, a ajuda continua mas por outras modalidades. Existem, de facto, quatro modalidades de apoio dos doadores, nomeadamente (i) apoio directo ao Orçamento de Estado; (ii) apoio programático; (iii) apoio a projectos e (iv) apoio por resultados<sup>38</sup>. Parece evidente que a suspensão do apoio dos parceiros internacionais sentiu-se de forma mais clara nas duas primeiras modalidades<sup>39</sup>. A opção pela verticalização da ajuda via projectos, uma abordagem de apoio privilegiada pelos Estados Unidos da América, parece estar a ganhar mais terreno do que a abordagem que passa pelo fortalecimento institucional do Estado e dos seus programas. A título ilustrativo, de 2011 a 2013, uma média de 62% do financiamento externo foi canalizada via projectos contra 22% via apoio geral ao Orçamento do Estado e, por último, 15% via Fundos Comuns<sup>40</sup>. Apesar de parecerem mais efectivos sob ponto de vista do alcance dos resultados definidos pelos doadores, uma vez que existe permite um controlo directo dos modos de gestão por parte dos doadores, esta modalidade traduz alguma fraqueza na sustentabilidade para o sector, para além dos elevados custos de transação, implícitos na gestão destes fundos esta modalidade é um estímulo ao *brain-drain* pois existe uma tendência objectiva de atracção dos melhores profissionais para os projectos, fragilizando, em última instância, o que se pretende fortalecer, isto é, o sistema de saúde. Portanto, apoio ao sector da saúde que resulta do apoio programático e do apoio via projectos verticais produz, em certa medida, resultados contraproducentes na medida em que melhora os indicadores de saúde, fragilizando o sistema nacional de saúde em recursos, sobretudo humanos, assim como financeiros no que diz respeito à imprevisibilidade dos recursos e total ausência de controlo dos recursos dos doadores pelo MISAU.

38. Lies Steurs, Jan Orbie, Sarah Delputte[et al.], « EU Donors and health system strengthening: the love-hate relationship with the Global Fund », *Development Studies Research*, vol. 5 / 1, 2018, p. 1-13.

39. Vânia Duarte, “Economia...op. cit.

40. Cristina Matusse [et al.], *Coordenação...op. cit.*



## 5.1. Quanto custa a saúde no Orçamento do Estado?

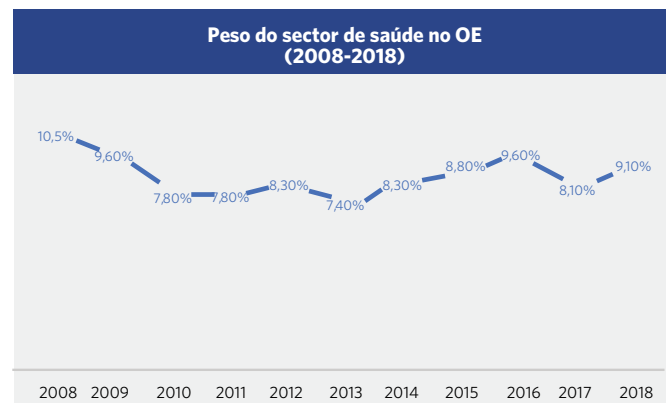
WE COMMIT OURSELVES to take all necessary measure to ensure that the needed resources are made available from all sources and that they are efficiently and effectivelly utilized. In addition, WE PLEDGE to set a target of allocating at least 15% of our annual budget to the improvement of the health sector<sup>41</sup>.

Este registo é um compromisso financeiro feito pelos Chefes de Estado dos países africanos de alocar 15% do Orçamento do Estado para a erradicação do HIV-SIDA, tuberculose e outras doenças relacionadas e infecciosas, simbolizando o reconhecimento do impacto vital da saúde sobre o desenvolvimento. Este compromisso foi reiterado numa Cimeira Especial sobre HIV/SIDA, Tuberculose e Malária, em 2006, em Abuja, e na 15ª Sessão Ordinária da Cimeira da UA, em 2010, em Kampala. No entanto, uma avaliação feita em 2011 indica que a promessa ainda não foi, em grande medida, cumprida, dado que apenas 6 países<sup>42</sup> de um total de 53 Estados membros da União Africana cumpriram os compromissos de Abuja de financiamento do sector da saúde. Além disso, 32 países de um total de 53 Estados-membros da UA continuam a investir menos do que 20.00\$ per capita no sector da saúde, um valor inferior à metade que a OMS recomenda, 40.00 \$<sup>43</sup>.

Moçambique é um dos 32 países com níveis de investimento doméstico no sector da saúde pouco adequado para enfrentar uma combinação de problemas de saúde diversos, bem como reformar os sistemas de saúde. Existe, neste sentido, uma discrepância entre o discurso e a prática. O sector da saúde, embora exaltado como um dos sectores prioritários no discurso político, todavia, tem sido um dos que menos recursos tem recebido do

Orçamento do Estado (OE)<sup>44</sup>. Nos últimos dez anos, a média de fundos alocados ao sector, provenientes do OE, foi de 9,5%, muito abaixo do mínimo de 15% recomendado pela Declaração de Abuja de 2001. O ano de 2008 foi o único em que o peso da saúde atingiu os 10%, enquanto 2013 representa o período em que o sector pesou menos no Orçamento do Estado. Em termos globais, desde 2008, a tendência do peso do sector tem oscilado entre os 7% e 9%. A grande redução do peso do sector da saúde registou-se entre os anos 2010 e 2014, enquanto que de 2013 a 2016 o peso do sector da saúde registou um aumento de 7,4 % para 9,6%. Em 2017, o peso do sector reduziu para 8,10% e tem vindo a mostrar, em termos nominais, uma tendência crescente durante o primeiro trimestre de 2018.

Gráfico 2. Peso do sector da saúde no OE



Fonte: REO (2008 – Primeiro trimestre 2018)

Estes dados são relativamente contrários ao argumento da UNICEF segundo o qual a grande redução do peso do sector da saúde no orçamento, que se verificou de 2013 a 2014, foi devido à redução considerável do financiamento dos doadores ao MISAU, que saiu de 10,1 biliões de Meticals em 2013 para MT 1,7 biliões de Meticals em 2014<sup>45</sup>. O gráfico acima exposto, por seu turno, evidencia que o peso do sector da saúde aumentou no período das dívidas ocultas e da retirada do financiamento

41. OUA, « Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related Infectious Diseases », Abuja, 2001, p. 5.

42. Ruanda 18,5%, Botswana e Níger 17,8%; Malawi 17,1%; Zâmbia 16,4% e Burkina Faso 15,8%.

43. Comissão da União Africana, « Nota Informativa: 10 anos após o “Compromisso de Abuja” de atribuir 15% dos Orçamentos Nacionais ao Sector da Saúde », 2011.

44. N'weti, « Orçamento da saúde: a disparidade entre o discurso político e a prática », Policy Brief, p. 1-6.

45. UNICEF, Informe orçamental · Saúde, Maputo, 2017, p. 5.



externo ao Orçamento do Estado<sup>46</sup>. Entretanto, os dados corroboram significativamente as estatísticas da UNICEF, que situam o ano de 2017 como o ano em que a redução do peso do sector está correlacionada com a redução do apoio directo ao OE. Portanto, o peso do sector da saúde no Orçamento do Estado parece aumentar quando o apoio externo reduz. O aumento do peso em contextos de crise não significa factualmente melhor prestação de serviço de saúde. Portanto, nota-se que o aumento do peso do sector da saúde num contexto de redução dos recursos externos denota que convenientemente opta-se por reduzir a alocação dos recursos domésticos ao sector da saúde como um estratégia de mobilização de financiamento externo para o sector. Entretanto essa opção política reduz o controle do sistema deixando os doadores livres para de forma fragmentada criarem ilhas de iniquidades e de excelência.

Por fim, a materialização da meta de Abuja de 15% apenas pode não melhorar a saúde de forma significativa. O investimento no sector da saúde, tanto em termos percentuais como per capita, deve aumentar juntamente com o investimento nos determinantes sociais<sup>47</sup>, para que se possa aumentar as oportunidades de concretizar os objectivos no domínio da saúde. Ou seja, torna-se importante reiterar não apenas os referidos compromissos, melhorar a eficiência da despesa dos recursos, como também intensificar os esforços para honrar os tais compromissos, incluindo melhorias como a combinação do investimento per capita com a afectação orçamental percentual, bem como reforçar isto com maiores investimentos em determinantes cruciais como melhor abastecimento da água potável e saneamento, educação para os funcionários da saúde e maior investimento em produtos de base e farmacêuticos, os quais não são previstos nos orçamentos do sector da saúde.

## 5.2. Financiamento do sector da saúde

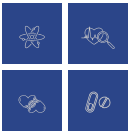
Moçambique experimentou diversos modelos de ajuda ao sector da saúde. Essencialmente, existem dois modelos concorrentes de apoio ao sector, nomeadamente o modelo *on-budget* e o *modelo off-budget*<sup>48</sup>. O primeiro significa que os recursos são registados na Conta Única do Tesouro (CUT), geridos a partir do SISTAFE, e nos relatórios de execução orçamental, que são apresentados ao Parlamento. O apoio é directo ao Orçamento do Estado. Deste modo, os recursos são conhecidos, contabilizados e auditados pelo Tribunal Administrativo. Neste modelo, a execução financeira é da responsabilidade do Estado. O segundo modelo, por seu turno, funciona na lógica do “escapismo”, o que significa que os fluxos financeiros contornam o sistema da administração financeira do Estado, portanto, não são registados na CUT, não são auditados e muito menos apresentados ao parlamento. Estes financiamentos são, geralmente, executados pelas ONG’s e pelo sector privado, através de projectos verticais. O terceiro modelo, por sua vez, é uma hibridização dos dois primeiros, que compreende o registo dos fundos na CUT mas a sua execução é totalmente feita fora do Estado. Por último, está o modelo de prestação de ajuda não financeira, isto é, a construção de infra-estruturas, fornecimento de equipamentos, medicamentos, artigos médicos, contraceptivos. etc.

No sector da saúde ocorre, portanto, uma sedimentação, hibridização e segmentação dos diferentes modelos de financiamento ao sector. As diferentes modalidades de financiamento do sector da saúde podem informar a natureza dos actores, seu poder e a representação que têm sobre o Estado e sobre o sector da saúde gerido pelas autoridades públicas, em particular. O Fundo Comum PROSAÚDE (*on-budget*), por exemplo, é grandemente constituído por doações que derivaram do apoio de um grupo de parceiros bilaterais e multilaterais (UNICEF e UNFPA), sobretudo nórdicos e da Europa, com uma visão de reforço do papel do Estado e do SNS. O

46. A forma como a UNICEF faz o cálculo das contribuições difere da fórmula do MEF, que inclui o serviço da dívida nos cálculos das alocações orçamentais.

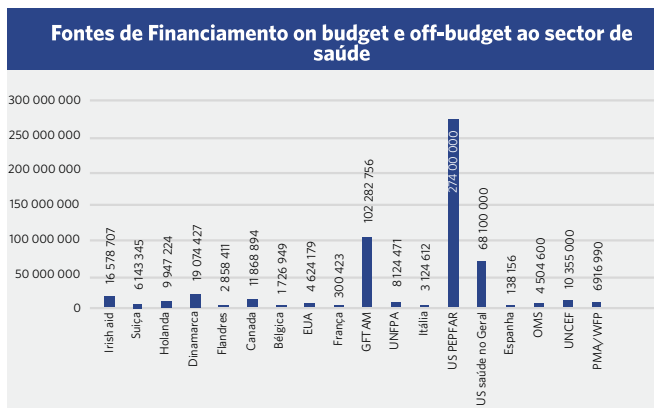
47. Paulo Buss e Alberto Filho, « A Saúde e seus determinantes sociais », Revista Saúde Colectiva, vol. 17 / 1, 2007, p. 77-93.

48. Enrico Pavignani, Stefan Sjölander e Dag Aarnes, “Moving on-budget... op. cit., p. 21.



apoio vertical tem sido a panaceia dos Estados Unidos, através do PEPFAR (implementado através da USAID e do CDC), com uma representação minimalista sobre o papel do Estado. Por sua vez, o modelo de ajuda não financeira ao sector da Saúde é característico de países como a Índia e o Japão, que financiam a construção de infra-estruturas hospitalares, centros de formação de profissionais da saúde e fornecem bolsas de estudo, oferecem capacitação institucional e, ainda, fornecem medicamentos. O gráfico abaixo dá uma ideia geral e comparada dos fundos do sector da saúde, por fonte de financiamento.

**Gráfico 3.** Fonte de financiamento on-budget e off-budget ao sector de saúde



Fonte: Inquérito aos Fundos Externos, 2015

A análise da contribuição para o ano de 2015, por origem de financiamento externo, independentemente do mecanismo através do qual se apoia o sector da saúde, evidencia que os projectos verticais oriundos do governo Americano (US-PEPFAR e US-saúde no geral), em conjunto, constituem mais de 62% dos fundos externos em 2015. Assim, não é surpreendente afirmar que mais de um terço dos recursos destinados à saúde em Moçambique provém da rubrica “off budget”. Dos 167 apoios externos previstos para 2015, apenas 21 (12.5%) são on-CUT e on-budget<sup>49</sup>. Estes dados mostram que a abordagem dos fundos comuns, da qual emerge o PROSAÚDE, nunca se constituiu como um modelo dominante de prestação de

ajuda ao sector da saúde<sup>50</sup>, mas uma alternativa, pouco sucedida, de reivindicação do monopólio do mercado da ajuda externa (uma espécie de actores organizados para fazer face ao gigante financeiro do sector, que são os EUA).

Todavia, é importante frisar que, embora o PROSAÚDE não disponha da maior capacidade financeira em relação ao financiamento vertical, este tem sido citado, muitas vezes, como o melhor exemplo da demonstração das vantagens da Abordagem Sectorial Ampla para Programação (SWAp) em Saúde, em termos de reforço à liderança do governo, definição de política e foco estratégico melhorado, utilização mais eficaz da ajuda ao sector da saúde e menores custos de transacção<sup>51</sup>. O financiamento on-budget comparativamente ao off-budget é realçado como aquele capaz de garantir uma melhor capacitação institucional do sector, uma maior aprendizagem e maior sustentabilidade, independentemente dos resultados de saúde propriamente dito.



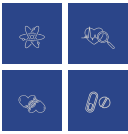
49. Baltazar Chilundo, Uma análise...op. cit.

50. Muriel Visser-Valfrey e Mariam Bibi Umarji, « Sector Budget Support in Practice Case Study Health Sector in Mozambique », London, Overseas Development Institute, 2010.

51. DPC Ministério da Saúde, Termos de Referência Swap, Maputo, MISAU, 2007.

**ESTUDOS DE CASO  
DA MUTAÇÃO DOS  
REGIMES DE AJUDA:  
O PROSAÚDE E O GFF**





## 6. ESTUDOS DE CASO DA MUTAÇÃO DOS REGIMES DE AJUDA: O PROSAÚDE E O GFF

Esta parte do trabalho tenta ilustrar, empiricamente, as mutações dos mecanismos de ajuda a partir de dois casos particulares, o PROSAÚDE e GFF. Trata-se de dois mecanismos que se fundam em matrizes diferentes. O primeiro parte da ideia de apropriação, harmonização e alinhamento do processo de financiamento que surge no contexto da introdução da abordagem SWAp (2000) e da Declaração de Paris (2005). O segundo, muito focado nos resultados, define-se como um modelo de correcções e performativo em termos de acções desenvolvidas para maiores ganhos do sector. Portanto, em alguns casos, este último conceitua-se como complementar e como exclusivamente inovador dos processos de financiamento e de gestão estratégica do sector da saúde.

Esta secção preocupa-se menos em definir os modelos em causa, mas apresentar as representações dos actores em termos da eficácia dos mecanismos e as suas limitações na melhoria da prestação do serviço de saúde. De forma breve, pode-se afirmar que existe um certo hiato entre o discurso central sobre as modificações dos modelos e as práticas de gestão do sector nos níveis locais, sejam provinciais ou distritais. As evidências permitem descortinar a existência de um dilema de controlo<sup>52</sup> no MISAU, na medida em que, mesmo tendo como prioridade a performance do sector da saúde, não estão muito receptivos a uma eventual perda de controlo dos processos de gestão financeira.

Em termos de estrutura, esta secção inicia com a apresentação dos dois mecanismos de financiamento em estudo, as razões da sua adopção para, posteriormente, debruçar-se sobre as significações para a gestão do sector e para a prestação do serviço de saúde, em última instância.



52. Flávio da Cunha Rezende, « Why do administrative reforms fail ? », Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 17 / 50, 2002, p. 123-142.



## 6.1. O Fim dos Fundos Comuns? O caso do PROSAÚDE

Moçambique torna-se um país independente em 1975 e, dois anos depois, assiste a uma guerra civil devastadora, que fez do sistema nacional de saúde um alvo preferencial<sup>53</sup>. Estima-se que no fim da guerra, em 1992, quase metade das 1,195 unidades sanitárias que existiam foram encerradas ou não estavam funcionais. No contexto da guerra e próximo dos Acordos de Paz, assistiu-se a uma multiplicação e proliferação de programas e projectos de assistência humanitária, geralmente, impulsionados por ONGs humanitárias. Este período foi marcado pelo início da fragmentação da ajuda ao sector da saúde. O excesso de agências doadoras e as prioridades dos doadores, refletidas em uma infinidade de projetos e mecanismos de financiamento, agravados pelo reduzido controlo do governo sobre as finanças públicas, começaram a ser cada vez mais reconhecidos como um dos mais importantes empecilhos ao progresso<sup>54</sup> nos sectores sociais prioritários. Os múltiplos procedimentos e modalidades de intervenção dos doadores criaram estruturas paralelas, enfraquecendo a capacidade dos Estados dos países em desenvolvimento.

Em resultado de inúmeras críticas a fragmentação, mas sem pôr em causa o tratamento macro-económico prescrito pelas políticas de ajustamento estrutural, em 1996 logo após a realização das primeiras eleições democráticas, em 1994, observa-se a emergência, ao nível do sector da saúde, do PATA (*Pooling Arrangement for Technical Assistance*), por sinal o primeiro Fundo Comum a ser estabelecido no sector da saúde em Moçambique, gerido pelo Ministério da Saúde, administrado pelo PNUD e financiado pelos governos dos Países Baixos, da Noruega e Suíça. Em decorrência disso, em 1998, um grupo técnico consultivo recomenda que o sector da saúde adopte a Abordagem Sectorial Ampla (SWAp)<sup>55</sup>. Esta nova abordagem baseia-se

na constatação de falta de eficiência e eficácia das modalidades fragmentadas de financiamento.

Em resposta, o Ministério da Saúde assina uma declaração de intenção de se mover nessa direção. Neste âmbito, é formado o Comitê de Coordenação do Sector (CCS) e o Fundo Comum para a Indústria Farmacêutica é estabelecido pela Agência Suíça de Desenvolvimento e Cooperação (SDC). Na sequência do sucesso da iniciativa lançada pelo SDC, é formalmente estabelecido o Fundo Comum Provincial, em 1999. Os recursos são alocados com base nos processos provinciais de planificação integrada, adoptados por todas as autoridades provinciais de saúde em meados dos anos 90. Como consequência, o Ministério do Plano e Finanças cria uma unidade para apoiar o desenvolvimento do SWAp do sector da saúde.

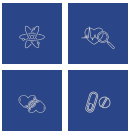
Com o reforço para a introdução do SWAp do sector da saúde, a comunidade internacional pretendia reduzir as imposições do período de ajustamento estrutural com base em abordagens de “parceria” com os países beneficiários. É neste contexto que, no início dos anos 2000, é assinado o Memorando de Entendimento de Kaya Kwanga. Este estabelece o código de conduta de coordenação entre os parceiros de cooperação (PCs) e o MISAU, assente no fortalecimento do papel de liderança do Governo no sector da saúde, através de uma utilização cada vez maior dos mecanismos de gestão nacionais, respeitando as estruturas, os ciclos e as prioridades de planificação do MISAU. Este definia-se, a partir daqui, como o líder no sector, que coordenaria as actividades sectoriais através de fundos comuns, limitando assim a fragmentação projectista dos financiadores. Neste contexto, o reforço das capacidades institucionais do aparelho de Estado e a boa governação eram apresentados como condições prévias de apropriação e objectivo da assistência internacional.

Em 2001, o Plano Estratégico para o Sector da Saúde (PESS 2001-2005), que incluía uma Abordagem Sectorial Ampla (SWAp), é formalmente aprovado pelo Conselho de Ministros e endossado para todos os membros do SWAp. O Plano Estratégico torna-se o documento de referência para o governo através

53. Enrico Pavignani e Joaquim Ramalho Durão, « Aid, Change and Second Thoughts: Managing external resources in the health sector in Mozambique », Maputo, Ministry of Health, 1997.

54. Enrico Pavignani, Stefan Sjölander e Dag Aarnes, « Moving On-Budget in the Health Sector of Mozambique: Requirements, Features and Implications of Future Aid Management and Financing Mechanisms », Maputo, 2002.

55. Javier Martínez, « Implementing a sector wide approach in health: the case of Mozambique », 2006.



do qual os parceiros de cooperação priorizam o financiamento e as suas intervenções na área de saúde. Em 2003, o Fundo Comum PROSAÚDE é oficialmente estabelecido<sup>56</sup>. Para além de uma linha de financiamento comum, o PROSAÚDE visava criar um fórum de discussão e análise de políticas e estratégias relacionados com o sector da saúde bem como a possibilidade de haver espaço para um diálogo técnico entre o MISAU, outros Ministérios-chave, Conselho Nacional de Combate ao SIDA e os seus Parceiros de Cooperação (Bilaterais, Multilaterais, iniciativas globais, organizações da sociedade civil, ONGs nacionais e internacionais, sector privado, associações médicas e instituições académicas), no contexto do PARPA e do desenvolvimento socio-económico do país, independentemente das modalidades de ajuda.

As vantagens anunciadas do PROSAÚDE foram:

- i) a garantia duma alocação de fundos via *on-budget* e *on-CUT* de modo a assegurar mais eficiência na atribuição dos fundos disponibilizados ao sector da saúde, conducentes ao fortalecimento dos sistemas do Governo da República de Moçambique para o aprovisionamento, desembolso e gestão dos recursos de saúde;
- ii) uso de sistemas comuns destinados à utilização eficaz e eficiente dos recursos destinados à saúde;
- iii) o uso de instrumentos nacionais padrão para planificar, elaborar orçamentos, gerir, fazer avaliações e auditorias;
- iv) uso de mecanismos semelhantes para a gestão de todos os fundos, o que reduziria os custos de transações – menos trabalho burocrático, menos pessoal e menos tempo para processar e fazer a contabilidade dos fundos dos parceiros de cooperação.

Os princípios gerais do SWAp Saúde requerem:

- Que a liderança efectiva do processo SWAp e o poder de decisão no sector da saúde pertençam ao MISAU;
- Que o diálogo efectivo entre o MISAU e os PCs seja aberto, transparente e que a prestação de contas seja mútua;
- Que os mecanismos de apoio dos PCs estejam alinhados, tanto quanto possível, com os sistemas nacionais e de acordo com os compromissos de harmonização e alinhamento da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda e, além disso, que haja simplificação e melhor coordenação dos sistemas nacionais, na medida do possível;
- Os PCs devem providenciar apoio ao sector da saúde no contexto do Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS), de forma a facilitar o desenvolvimento de um processo coerente de elaboração de planos e orçamento, um processo de avaliação de desempenho anual, bem como um processo comum de diálogo sobre a política alinhado, na medida do possível, com outros processos em curso a nível governamental.
- Que o reforço institucional e do processo de reforma no MISAU, a nível central, provincial e distrital, recebam das partes a atenção necessária, de modo a atingir os objectivos do PESS: aumentar o acesso aos cuidados de saúde; melhorar a qualidade dos serviços; melhorar o uso eficiente dos recursos e reforçar os sistemas de apoio para os serviços de saúde.
- O diálogo entre o MISAU e os PCs deverá focalizar as questões estratégicas e não os detalhes da prática de implementação (“micro-gestão”).

Durante a vigência do PROSAÚDE, foram conseguidos os seguintes avanços:

<sup>56</sup>. MISAU, MEF e PC, « Memorando de Entendimento-Fundo Comum de Apoio ao Sector de Saúde (PROSAÚDE) », 2003.





- O Ministério da Saúde (MISAU) e os Parceiros de Cooperação reúnem-se regularmente para a obtenção de consensos sobre as prioridades e estratégias chave do sector;
- A integração do Fundo Comum Provincial (FCP) e do Fundo Comum de Medicamentos e Artigos Médicos (FCMSM) no PROSAÚDE com a finalidade de criar um mecanismo comum de financiamento ao sector da saúde;
- Harmonização dos sistemas e procedimentos para a adopção das regras do Governo (integração do PES e POA, lei do SISTAFE, lei de aquisição de bens e serviços etc.);
- Avaliação Anual do Desempenho do Sector entre o MISAU e os PCs alinhada com o ciclo de planificação do governo e, conseqüentemente, com a Revisão Conjunta dos Parceiros de Ajuda Programática (PAPs);
- Auditorias anuais dos fundos comuns preparadas conjuntamente e efectuadas de forma transparente.

Em suma, o PROSAÚDE, baseado na abordagem SWAp, pretendia contribuir para a redução dos custos de transacção envolvidos na gestão e coordenação da assistência externa ao sector. Igualmente, conferiu ao MISAU uma visão mais alargada do sector e dos recursos colocados à sua disposição, permitindo assim planificar e gerir melhor o sector no seu todo. Apesar das vantagens referidas, alguns parceiros, como os EUA, continuam a agir de forma isolada e outros de forma dupla, contribuindo no fundo comum do PROSAÚDE e em programas paralelos. A coordenação teve tendência de ganhar alguma forma. No entanto, como se discutirá posteriormente, a vida do PROSAÚDE não se instituiu e nem criou uma arquitectura única válida e estável. Entre *deficit* de confiança, baixos níveis de transparência e prestação de contas, o abandono dos parceiros de cooperação tende novamente a fragmentar as vias de financiamento e o MISAU, actor de coordenação, fragiliza-se

cada vez mais. O sector continua fragmentado e “sacrificado”. A teia de financiamento e de funcionamento complexificou-se e os mecanismos de articulação tendem a enfraquecer, criando ou reforçando assim espaços de opacidade e baixos níveis de credibilidade do serviço. As práticas do sector parecem indicar uma dificuldade em alcançar a sustentabilidade na prestação dos serviços, com iniquidades no seu acesso a ganharem cada vez mais espaço, a retrair-se a abertura às abordagens colectivas de constituição do sector. Mesmo com novas perspectivas de coordenação, como o GFF, a abertura do sector continua muito comprometida na medida em que o autoritarismo de prestação de serviços tende a reforçar-se.

## 6.2. PROSAÚDE I; II e III: continuidade e ruptura

Baseada na trajetória do Fundo Comum PROSAÚDE 2003 – 2017, esta parte do trabalho examina as rupturas e continuidades das três edições do Fundo Comum, isto é, PROSAÚDE I (2003-2008); PROSAÚDE II (2008-2017) e PROSAÚDE III (2017-2021). A análise dos memorandos de entendimento ilustra que, de uma forma geral, existem, entre os PROSAÚDE I, II, III, mais pontos de continuidade do que de descontinuidade, pese embora os pontos de descontinuidade sejam de real relevância para a estruturação da governação do mecanismo da ajuda. Os pontos em comum em todas as edições do PROSAÚDE são, por um lado, a adoção da abordagem sectorial ampla na programação, que assenta nos princípios de alinhamento, apropriação, harmonização e liderança. É, portanto, consensual a ideia de que quanto maior for o alinhamento dos parceiros de cooperação aos *timings* e processos de planificação e orçamentação do país bem como à liderança do sector da saúde nos processos de gestão dos fundos maior será a redução dos custos de transacções e maior será o fortalecimento da capacidade institucional do SNS. Por outro lado, persistem e são reforçados os fluxos e itinerários financeiros, os mecanismos de prestação de contas e de gestão financeira.



Apesar da continuidade (*de jure*) da abordagem Swap, as diferentes edições do PROSAÚDE simbolizam um conjunto de ajustamentos e mutações incrementais, que ilustram uma tendência progressiva de abandono do princípio da autonomia administrativa do receptor da ajuda rumo à tutela coparticipada (*de facto*). Portanto, a trajetória das edições do PROSAÚDE revela uma transição paradigmática dos modelos de pilotagem da ajuda externa. Isto é, é notória a transição duma abordagem de “gestão” do sector da saúde para uma abordagem de “governança”, onde o MISAU, ao nível central, não aparece como o único actor relevante do processo político e decisório dos mecanismos através dos quais os fundos externos do PROSAÚDE devem ser pensados e geridos. Em outros termos, se nas primeiras duas edições do PROSAÚDE, o MISAU reivindica para si o monopólio exclusivo do

processo político da gestão da ajuda ao sector, na última edição este poder do MISAU encontra-se institucionalmente diluído e fragmentado, através do Manual de Procedimentos de implementação do Memorando de Entendimento (MdE) o PROSAÚDE 2017, numa cadeia de multi-actores (doadores, especialistas, província, distrito) que participam e controlam os processos de planificação e de orçamentação do sector da saúde. A tabela abaixo indica as mutações ocorridas no PROSAÚDE, tendo em conta alguns parâmetros de comparação objetivamente verificáveis nos memorandos de entendimento, nomeadamente a estrutura de coordenação, o monopólio ou interferência na definição de prioridades de financiamento, os critérios de alocação de recursos, as normas de implementação.

**Tabela 3.** Mutações do PROSAÚDE I, II, III

	PROSAÚDE I	PROSAÚDE II	PROSAÚDE III
<b>Estrutura de coordenação e decisão</b>	CCS-CGF-GT-(Swap) Unidades orgânicas	CCS-CGF-GT-(Swap) Unidades orgânicas	CCS-GCC-UTP-GT-(Swap)_CP Especialistas
<b>Auditoria</b>	Empresa independente selecionada pelo MISAU e PC em colaboração com o TA	TA auditoria do PROSAÚDE Auditoria privada e independente do processo de procura e da procura de medicamentos Gestão de Finanças Públicas	Auditoria externa, privada e independente TA e IGF auditorias complementares PEFA, PETS, PER
<b>Definição de áreas prioritárias de financiamento</b>	Exclusiva ao MISAU, sem ingerência dos PC	Exclusivo ao MISAU, sem ingerência dos PC	MISAU com interferência dos PC
<b>Critério de alocação</b>	Central-Provincial	Central-Provincial-Distrital	Distrital-Provincial – Central
<b>Normas de implementação</b>			Manual de Procedimento de implementação do Memorando PROSAÚDE III

**Fonte:** adaptado pelos autores a partir dos MdE e outros documentos de PROSAÚDE



Como ilustra a tabela acima, as mudanças ocorreram sobretudo em cinco disposições, nomeadamente a estrutura de coordenação e de decisão, nos actores das auditorias, na autonomia na definição das áreas prioritárias, nos critérios de alocação de recursos e nas instituições, isto é, nas normas de implementação dos acordos de financiamento.

**I) Ao nível da estrutura de coordenação e decisão do PROSAÚDE** — houve alternância dos actores do processo decisório. A criação da Unidade Técnica Programática (UTP), composta por especialistas que prestam apoio técnico e monitoram a implementação do MdE, significou a preponderância dos especialistas contratados sobre os Directores das Unidades orgânicas do Ministério. Se nos PROSAÚDE I e II os Directores Nacionais detinham o monopólio da tomada de decisão, o PROSAÚDE III, ao contrário, relativiza o poder dos Directores Nacionais e concentra o poder na Unidade Técnica e Programática (UTP) composto por especialistas contratados e integrados nas Direcções Nacionais das respectivas áreas de actuação do MISAU, nomeadamente nas Direcções Nacionais de Recursos Humanos (DRH), de Planificação e Cooperação (DPC), de Administração e Finanças (DAF), de Saúde Pública (DNSP) e de Assistência Médica (DNAM)<sup>57</sup>.

**II) Ao nível das auditorias** - esta é a componente mais volátil, o que revela uma correlação de forças entre PCs e o MISAU em relação à natureza da auditoria às contas do PROSAÚDE. O PROSAÚDE I privilegiava uma auditoria independente enquanto que o PROSAÚDE II reiterava a preponderância do Tribunal Administrativo e da Inspeção Geral de Finanças como os principais *players* da actividade. No entanto, o PROSAÚDE III voltou a dar primazia às auditorias independente, privada e externa, subalternizando a auditoria das instituições nacionais. Esta correlação de forças em relação à natureza dos actores da auditoria justifica-se pela proporção da politização das instituições de controlo financeiro do Estado, que reduzem

significativamente o grau de independência e da fidelidade dos resultados, mas também, pela inconsistência entre a expectativa da auditoria e os resultados por parte dos parceiros de cooperação, para quem as auditorias realizadas pelas instituições do Estado eram pouco informativas, por não responderem, em simultâneo, aos elementos financeiros e programáticos. No entanto, a auditoria externa, apesar de garantir a transparência necessária, participa pouco no fortalecimento do sistema de controlo financeiro como um todo.

**III) Definição das áreas prioritárias de financiamento** - o PROSAÚDE III, contrariamente aos dois primeiros, introduz uma inovação quanto à ingerência dos parceiros na priorização das áreas de financiamento. Se nas duas primeiras edições aos PCs era vetada a possibilidade de destinar qualquer fundo do PROSAÚDE para qualquer objectivo específico, cabendo ao MISAU alocar todos os fundos disponíveis às prioridades de saúde, através do Plano Operacional Anual, o PROSAÚDE III, ao contrário, enaltece o papel dos parceiros de cooperação na definição das áreas prioritárias de financiamento, nomeadamente CSP; Prestação de serviços materno, infantil, neonatal, nutrição, saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, dando prioridade aos níveis primário e secundário e ao fortalecimento do sistema de planificação, orçamentação, gestão de finanças públicas, de recursos humanos, aquisições e reformas de descentralização. A definição de áreas prioritárias de financiamento resulta da incapacidade dos parceiros de cooperação de controlarem efectivamente para que áreas, de facto, os recursos da ajuda eram alocados e que mais valia estruturavam na melhoria da prestação de serviços de saúde.

**IV) Critérios de alocação dos fundos por níveis da administração** - o PROSAÚDE I e II eram caracterizados por uma discricionariedade do MISAU na alocação dos fundos pelos centros de custos existentes. No entanto, embora o PESS tenha como visão a cobertura

57. MISAU e Parceiros de cooperação, Manual de Procedimentos para implementação do Memorando de Entendimento do PROSAÚDE III, Maputo, 2017, p.9.



universal, o que significa a priorização dos distritos como receptores primários da ajuda, a alocação dos recursos não obedecia a critérios de equidade o que justificava que grande parte dos recursos se encontrasse concentrados ao nível central. O PROSAÚDE III, por seu turno, interpõe uma inovação, fixando os critérios de alocação dos recursos, que privilegiam grandemente os distritos, com mais ou menos 80% dos fundos e o nível central com apenas 20%. Portanto, é evidente a transição de um critério de alocação de recursos que respeitava a abordagem *top-down* para uma abordagem *bottom-up*. Este critério é claramente uma tentativa de forçar as reformas de descentralização no sector.

#### V) Normas de implementação do MdE -

o PROSAÚDE III, diferentemente dos PROSAÚDE I e II, introduz um quadro de normas de procedimento de implementação do Memorando de Entendimento. O Manual de Procedimento é parte integrante do MdE e detalha os procedimentos a adoptar no âmbito do MdE. Este fixa o conjunto de orientações e procedimentos específicos a serem executados pelo MISAU e pelos PCs, tendo em conta o marco legal e institucional do país e do sector, as estratégias e políticas do governo, especialmente as sectoriais. As orientações e procedimentos, embora se afirme que têm um carácter meramente operacional, funcionam como um mecanismo de *enforcement* para a aceleração das reformas, das modalidades e das práticas de gestão do MISAU.

#### VI) Volatilidade de parceiros de cooperação -

Na fase embrionária do PROSAUDE I, o Fundo tinha nove (9) parceiros de cooperação. O número de parceiros assistiu a um incremento significativo relativamente ao PROSAÚDE II, passando de nove (9) para quinze (15) parceiros. Entretanto, O MdE referente ao PROSAUDE III mostra claramente uma redução drástica dos PC's, se comparado com o PROSAUDE II, de quinze (15) para cinco (5)<sup>58</sup>.

Em suma, os PROSAÚDE I, II e III simbolizam a transição de uma abordagem de autonomia administrativa e de gestão para uma tutela coparticipada. Entre as três edições, o PROSAÚDE I é, sobretudo, uma edição de instalação das bases da abordagem SWAp, o PROSAÚDE II é mais orientado para o reforço da gestão financeira e para os mecanismos de prestação de contas e, por último, o PROSAÚDE III, para além do foco nos mecanismos de prestação de contas e gestão financeira, está orientado para uma maior coparticipação e controlo dos processos decisórios pelos parceiros de cooperação, retirando o monopólio ao MISAU. A introdução do Manual de implementação do memorando de entendimento é uma evidência clara da formatação dum instrumento que regula e constrange as práticas de gestão financeira do MISAU.

“A principal inovação do PROSAÚDE foi o Manual de Procedimento porque determinou os critérios de distribuição dos recursos, porque sempre se investiu os recursos nos níveis mais altos, em vez de se investir os recursos onde as pessoas tem maior necessidade. O Manual de Procedimento impõe objectivamente que os recursos tenham de ir aos distritos, aos cuidados de saúde primária<sup>59</sup>”

O PROSAÚDE III é o que introduz o maior volume de mudanças incrementais. As mesmas foram influenciadas pelas práticas administrativas autoritárias de gestão do sector da saúde que acompanharam as fases anteriores do PROSAÚDE (sobretudo o PROSAÚDE II) no contexto da governação de Armando Emílio Guebuza. Neste período, a ausência de transparência na gestão dos fundos gerou desconfiança junto dos parceiros de cooperação em relação a gestão dos fundos de financiamento<sup>60</sup>. A exigência de maior descentralização dos recursos, transparência na gestão financeira e no *procurement* e o fim da rúbrica dos *topping-Ups* para os quadros do sector da saúde e de confiança político-partidária configuram exemplos ilustrativos da crença existente no seio dos parceiros de cooperação de que os fundos do PROSAÚDE estavam a ser consignados para o fortalecimento de uma elite programática com fortes influências políticas, em detrimento do sistema de saúde como um todo.

58. MISAU e Parceiros de cooperação, Memorando de entendimento PROSAÚDE III, Maputo, 2017, p. 10-11.

59. Entrevista com DC, Departamento de Planificação e Cooperação, MISAU, Maputo, 5 de Agosto de 2018.

60. Entrevista com MJ, Centro de Integridade Pública, Maputo, 7 Julho de 2018.



## 6.1. Níveis: Do centralismo administrativo ao retorno à dependência global

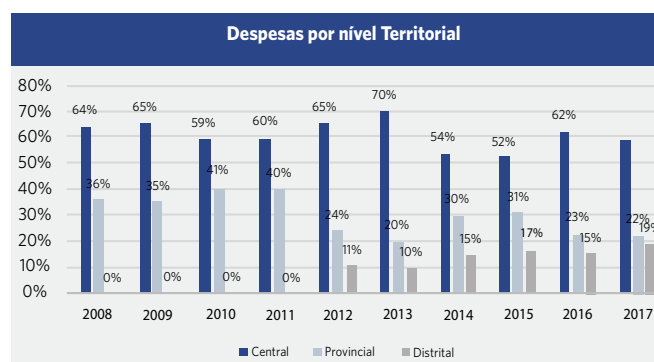
Indubitavelmente, o PROSAÚDE é uma construção externa apropriada pelo governo moçambicano na perspectiva do SWAp-Saúde. Este surge em resposta ao regime de financiamento, instalado na altura, que consistia na apropriação dos condicionalismos impostos pelos principais *players* (BM e FMI), onde cabia apenas aos países beneficiários importar as regras de jogos impostas. Com a Declaração de Paris<sup>61</sup>, aprovada em 2005 e aperfeiçoada na Agenda para a Acção de Acra (AAA)<sup>62</sup>, aprovada em 2008, e de Busan<sup>63</sup> em 2011 a ajuda mediante condicionalismo dá lugar à ajuda mediante eficácia, que se estrutura em cinco princípios, nomeadamente apropriação, alinhamento, harmonização, resultados e a responsabilidade mútua. Pretendeu-se, com a Agenda de Paris, consolidar a mudança no paradigma de desenvolvimento e ultrapassar as dificuldades colocadas pelos condicionalismos que presidiam a imposição de modelos de ajustamento estrutural, sobretudo durante os anos 80 do século XX.

Deste modo, o SWAp-Saúde caracteriza-se por uma concepção mais aberta e participativa, mas que depende da boa governação e do empenho dos governos dos países no processo de tomada de decisão. Em outros termos, este novo paradigma inspirado nas prescrições da Declaração de Paris de 2005 procura dar maior autonomia aos países beneficiários de influenciarem ou criarem suas próprias políticas sem nenhuma imposição vinda dos doadores, cabendo a estes últimos respeitar a liderança dos países parceiros e ajudá-los a reforçar a sua capacidade de exercerem e alinharem-se com as políticas e/ou estratégias dos parceiros beneficiários<sup>64</sup>. Uma das grandes vantagens deste paradigma é a de obrigar os países beneficiários a exercerem liderança na formulação e implementação das suas estratégias nacionais de desenvolvimento. Isto é, apesar da dependência económica e

financeira, existe uma crença de que a eficácia da ajuda depende significativamente da apropriação pelas autoridades nacionais das políticas, e menos da interferência dos parceiros de cooperação.

No entanto, o PROSAÚDE foi, de certa forma, um instrumento através do qual os doadores engendram, por um lado, o seu apoio diminuindo o nível de fragmentação que se fazia sentir no sector, mas, por outro lado, foi um mecanismo instrumentalizado para a restauração da hegemonia administrativa ao nível central em detrimento dos órgãos locais do Estado no processo de formulação de políticas do sector da saúde contribuindo, grandemente, para o aumento das iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Numa perspectiva territorial, pode-se constatar que a maior parte da despesa do sector da saúde foi realizada ao nível central e, seguidamente, pelas províncias e, por último, pelos distritos. Estes últimos, embora sejam considerados, na engenharia institucional do Estado, a unidade de base de planificação, foi-lhes reservado um papel subalterno na decisão sobre a alocação dos fundos, assim como, na recepção dos fundos externos. O gráfico abaixo ilustra a alocação da despesa por nível territorial.

**Gráfico 4.** Despesa de saúde por nível territorial



**Fonte:** Unicef (2016) REO-DAF MISAU (2017)

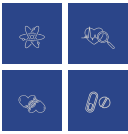
A fusão do Fundo Comum Provincial e de Medicamentos no PROSAÚDE, num contexto em que as reformas de descentralização nunca encontraram incentivos para a sua implementação efectiva, contribuiu significativamente para a consolidação do centralismo gestor do MISAU.

61. OCDE, «Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda ao desenvolvimento», OCDE, 2015.

62. «Agenda para Acção de Acra», 3o Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda, 2008.

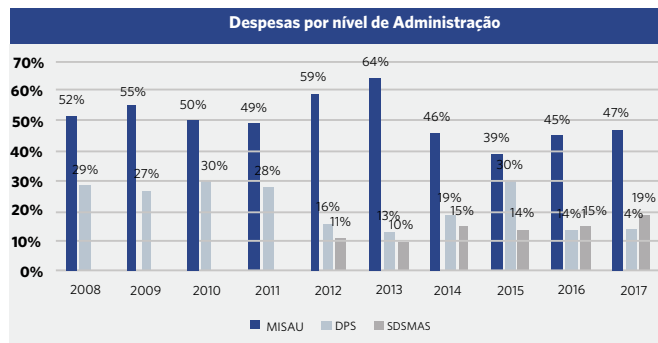
63. «Parceria de Busan para uma cooperação eficaz para o desenvolvimento», 4o Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda, 2011.

64. Raquel Freitas, «Apropriação e desenvolvimento: Do discurso à prática na Declaração de Paris», *Análise Social*, 2012, p. 818-841.



Numa comparação entre a alocação dos fundos em função da fonte de origem, interna e externa, constata-se que os desembolsos externos têm sido gastos ao nível central, ao passo que, os recursos internos, embora centralizados, têm sido mais partilhados com a província e o distrito<sup>65</sup>. Portanto, existe uma tendência de centralização rígida dos recursos externos e uma descentralização modesta dos recursos de investimento interno isto porque estes recursos transitam directamente do MEF para as províncias e distritos sem a interferência do MISAU. Esta modalidade de transferência dos recursos internos, tem estado a estruturar uma arena de conflitualidade entre o MISAU e o MEF pois com a crescente transferência directa do MEF para os governos distritais e SDSMAS aumenta a responsabilização para com o MEF e não para o MISAU representando uma perda de poder do MISAU e reforço do poder do MEF. Em termos da redistribuição orgânica das despesas, historicamente, o MISAU absorveu a maior parte da despesa do sector da saúde.

**Gráfico 5.** Despesa por nível da administração do sector



Fonte: UNICEF (2015-2017)

Do lado do MISAU, uma das razões para o centralismo gestor prende-se com a economia de escala, na medida em que para a compra de medicamentos e materiais médico-cirúrgicos, por exemplo, era mais económico se as aquisições fossem feitas ao nível central do que na província ou distrito<sup>66</sup>. Para além do argumento económico, não menos importante, foi o forte centralismo resultante da política de

restauração autoritária, iniciada, principalmente, no segundo mandato do Presidente Armando Guebuza, como se reflecte no discurso abaixo:

“Na altura do Ivo Garrido, houve diminuição de apoios pelos doadores porque ele dizia que se não é aquilo que eu quero, vocês não fazem nada, quem decide aqui sou eu. Pensava-se que ao dar autonomia ao MISAU de tomar decisões em relação à alocação dos fundos, o processo de descentralização iria continuar e não foi o que aconteceu. O governo na altura (do Ivo Garrido) queria centralizar as decisões e o financiamento do PROSAÚDE, o que veio a fortificar a centralização na tomada de decisões e na alocação de Fundos”<sup>67</sup>.

Não obstante, o PESS 2014-19 tenha a descentralização como o ponto de partida da agenda da reforma do sector da saúde, a autonomia da liderança do MISAU traduziu-se num autoritarismo administrativo, contribuindo para a redução dos espaços de negociação entre os múltiplos actores envolvidos na abordagem SWAp-Saúde. Em suma, o processo de descentralização no sector da saúde, pela sua lentidão, contraria a retórica do MISAU, em benefício da resiliência de uma gestão centralizada e baseada na lógica *top-down*<sup>68</sup> herdada da trajetória de construção do Estado-nação no pós-colonial<sup>69</sup>.

Como consequência de algumas pressões de parceiros no contexto de crise de confiança no PROSAÚDE, desde 2016 - 2017, existe uma tendência, embora fraca, para a valorização dos SDSMAS, que passaram, respectivamente, a absorver mais 1% e 4% dos gastos comparativamente à sua contraparte provincial. Para tal, o MdP do PROSAÚDE III estipulava que:

“80% do total do fundo PROSAÚDE III será repartido entre as 11 províncias, de acordo com os seguintes critérios de equidade. Por seu turno, 80% do total provincial disponível será alocado entre os SDSMAS e o remanescente percentual de 20% será indicativamente alocado para as DPS e as instituições subordinadas alinhadas, com o foco do PROSAÚDE. 80% do total do

65. FMO, UNICEF e ROSA, op. cit., p. 16.

66. Entrevista com CD, Departamento de Planificação e Cooperação, MISAU, Maputo, 5 de Agosto de 2018.

67. Entrevista com EM, DFID, Maputo, 15 de Agosto de 2018.

68. Lúcio Posse, « Descentralização no sector de saúde em Moçambique: Um processo sinuoso », Maputo, IESE, 2018, (« IDEAIS »), p. 2.

69. Michel Cahen, op. cit.



fundo disponível por cada província, por sua vez, será alocado entre os respectivos SDSMAS da província, de acordo com os critérios de equidade. Por fim, aos órgãos de nível central cabe uma alocação de 20% e serão direcionadas as áreas estratégicas prioritárias do PROSAÚDE<sup>70</sup>.

O MdP do PROSAÚDE III versava ainda sobre os critérios de alocação dos salários e remunerações, estipulando que o Fundo Comum somente financia despesas de salários e remunerações a nível do sector da saúde, priorizando os órgãos locais (província e distrito). Deste modo, as categorias profissionais cobertas por estes mecanismos são o pessoal técnico que aguarda nomeação por um período não superior a 24 meses. Este dispositivo, em outros termos, limitava o financiamento de despesas com os *Toppings-Ups* para figuras da elite programática e administrativa do sector. Ademais, para além das estruturas de diálogo ao nível central, o PROSAÚDE III prevê a criação de estruturas de negociação provincial, como estruturas intermédias e intermediárias entre as prioridades dos distritos e o comando decisório situado ao nível central.

Embora tardia e titubeante, o quadro de reformas introduzidas pelo PROSAÚDE III através do Manual de Procedimentos representa um impulso para a descentralização do sector, ao afirmar que as práticas participativas administrativas devem começar ao nível distrital, que é, por excelência, a arena de implementação das políticas de saúde, mas também, uma enunciação clara da necessidade de esvaziar o conteúdo do poder hegemónico do MISAU ao nível central. Todavia, com o reforço contínuo do orçamento dos distritos as DPS percebem o seu papel como secundarizado e difuso<sup>71</sup>. Neste novo contexto de incremento das alocações para os governos distritais o seu papel de controlo e monitoria dos distritos, na forma como executado, perde força ilustrando a fraca compreensão do papel da DPS no novo contexto de alocação privilegiando os SDSMAS.

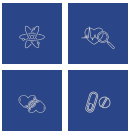
Não obstante a abordagem SWAp renovada com o PROSAÚDE III, ter despertado para conceder mais poder aos níveis intermédios e locais do sistema

nacional de saúde, em termos de recepção dos fundos, ainda persiste a exclusão dos níveis mais baixos da hierarquia ministerial, isto é, as DPS e os distritos continuam ainda excluídos do processo decisório a favor das elites programáticas do MISAU ao nível central. A ausência de participação do distrito nos processos decisórios do PROSAÚDE assim como a demora na canalização dos fundos por parte de alguns parceiros de cooperação está na origem das rotinas de incerteza quanto à quantidade, temporalidade e finalidade a que se destina o fundo. É por essa razão que existe uma multiplicidade de finalidades do Fundo Comum, o que torna difícil a estruturação de indicadores comuns de avaliação do PROSAÚDE ao nível das 11 províncias do país. Em outros termos, em alguns distritos, o PROSAÚDE só servia para o pagamento dos funcionários “fora do quadro”, enquanto que em outros casos servia para a reabilitação de unidades sanitárias, aquisição de bens, serviços e de equipamentos. Portanto, o manifesto grau de incerteza dos distritos e províncias quanto à recepção do fundo resulta, em parte, do monopólio do processo decisório ao nível do MISAU e dos PCs. Por exemplo, o termo “esporádico” é recorrente ao nível dos distritos visitados para demonstrar o grau de incerteza e de irregularidade do Fundo do PROSAÚDE. Esta incerteza deriva do facto da ausência de inclusão dos actores locais no processo decisório e da demora na canalização dos fundos por parte de alguns parceiros de cooperação de tal forma que, a irregularidade do apoio e a imprevisibilidade são os manifestos de que a alocação do PROSAÚDE não considerou o perfil de saúde de cada província e distrito.

Por fim, um movimento de retorno aos níveis globais de decisão tem estado a reivindicar maior poder na decisão sobre a alocação dos fundos e tem estado, por conseguinte, a estruturar, tendencialmente, as decisões de desembolso dos doadores via PROSAÚDE e o crescente descrédito dos mecanismos do fundo comum a favor de abordagens baseadas no desempenho, bem como a mudança nas prioridades dos doadores em Moçambique, um movimento do *aid effectiveness* para o *aid for trade*, adoptado por grande maioria dos países europeus e informado pelo *boom* dos recursos minerais e energéticos em Moçambique.

70. MISAU, MEF e PC, « Manual de procedimentos para implementação do Memorando de Entendimento do PROSAÚDE III », 2017.

71. Intervenção de ND, OSC, Maputo 4 de Novembro de 2018.



## 6.2. As dinâmicas de poder e controlo do PROSAÚDE

No contexto da interação entre o MISAU e o parceiros de cooperação e outros intervenientes no âmbito do PROSAÚDE, não existem, na essência, actores que detêm o controlo das formas de exercício do poder, ela é circunstancial e dependente do nível do processo de tomada de decisão. Todavia, o MISAU, no contexto da abordagem SWAp que confere plenos poderes de liderança ao MISAU - este aparece como (*visible power*), os parceiros de cooperação (*hidden power*) e os poderes políticos (*invisible power*). Em concreto, as dinâmicas de poder interferem uma na outra, o que pode até certo ponto ter participado para o declínio do financiamento por via do Fundo Comum.

Um dos princípios maiores da abordagem SWAp requer que a liderança efectiva do PROSAÚDE e o poder de decisão no sector da saúde pertençam ao MISAU, conforme documentam os Memorando de Entendimento. Para além de presidir a estrutura de gestão e de coordenação do PROSAÚDE, o MISAU é o responsável pela gestão dos fundos, incluindo a atribuição dos fundos de acordo com as prioridades de política e estratégia, e assegurando que são seguidos os procedimentos dos sistemas de contabilidade geralmente aceites nos cânones do SISTAFE. Ademais, o MISAU é formalmente soberano na definição das áreas onde pretende alocar os fundos, sem ingerência dos parceiros de cooperação. Estas disposições indicam, visivelmente, a autonomia aparente e o poder que o MISAU detinha no controlo da agenda, a autonomia decisória na alocação dos recursos pelos diversos centros de custo. A lógica de financiamento do PESS e, por conseguinte, do SNS como um todo, impossibilitava os PCs de interferirem nas decisões do MISAU, pois, o financiamento era direccionado para o PESS e não para áreas específicas e de interesse dos PC, como é tradição no contexto das relações bilaterais. Este arranjo, de alguma forma, reduzia, factualmente, o poder e a visibilidade dos parceiros de cooperação no processo de tomada de decisão, assim como no controlo efectivo do impacto do financiamento na melhoria da prestação de serviços.

Apercebendo-se da autonomia de acção e da margem de manobra que o SWAp-Saúde conferia ao MISAU na decisão sobre a alocação autoritária dos fundos no PROSAÚDE II, reforçam-se o MdE III passando este a incluir um Manual de Procedimentos de implementação que confere aos parceiros de cooperação o poder de decidir objectivamente sobre as áreas prioritárias para onde se deve canalizar o investimento, assim como os critérios de redistribuição dos fundos pelos três níveis da administração (central, provincial e distrital), também como sobre quem beneficiaria dos *toppings-ups*. Neste sentido, as áreas prioritárias foram fixadas no reforço dos cuidados primários, melhoria da saúde materno-infantil, neonatal, saúde sexual e reprodutiva nos níveis primários e secundário e foi ainda definido que 80% dos fundos deveriam ser alocados para as 11 províncias e seus respectivos distritos e apenas 20% deveriam ser alocados para o nível central. Não menos importante, o MdP limita o pagamento de subsídios salariais extras (*topping-Ups*) destinados a todos ou parte dos funcionários do sector da saúde ligados à gestão do projecto. Estas medidas revelam, efectivamente, o retorno das imposições dos parceiros de cooperação sobre as modalidades de gestão dos fundos. Deste modo, pese embora o MISAU detenha o poder formal, os PCs do PROSAÚDE III recuperam, significativamente, o poder de decisão na definição das áreas prioritárias e nas modalidades de alocação dos recursos. O extracto seguinte é indicativo dessa tendência:

“Se o ministério fosse forte, determinaria balizas, mas ser forte significa ter capacidade financeira, técnica, ter autonomia. Há perda de foco por parte do MISAU pela fraca liderança, capacidade técnica, financeira, o MISAU é bastante volátil. Essa volatilidade faz com que, às vezes, os parceiros convirjam em algumas áreas, por exemplo, as doenças infecto contagiosas, com enfoque para o HIV, TB e Malária, que são áreas muito abastadas, e temos outras áreas que não são abastadas assim porque não são aéreas de enfoque dos parceiros, isto porque os parceiros olham para o retorno, eles investem e eles querem ver mudanças. Grosso modo, o nosso sistema de saúde não tem um projecto de emancipação da





dependência. Para que a gente tenha projecto de emancipação da dependência, precisamos de recursos (humanos, financeiros, etc.), por um lado, e, por outro, de capacidade (que haja pessoas formadas). Essa falta de pujança por parte do MISAU faz com este seja muito vulnerável, ou seja, os parceiros vêm com a sua própria agenda e o MISAU responde de acordo com o que os parceiros trazem, não tem um punho firme”<sup>72</sup>.

Estas medidas dos parceiros de cooperação, com vista a reivindicar o poder do MISAU, derivam sobretudo da existência de factores político-partidários e económicos, que funcionam como poderes invisíveis no sector, que têm a capacidade de moldar as fronteiras psicológicas e ideológicas dos tecnocratas do sector. O comando político influencia como as pessoas pensam, esse nível de poder molda as crenças, o senso de identidade e a aceitação do *status quo* dos funcionários do sector - até mesmo sua própria superioridade ou inferioridade.

“Há pessoas competentes no MISAU, há capacidade, mas necessitamos de trabalhar juntos. Para que o MISAU tenha essa capacidade de correr, é preciso que se empondere as pessoas, as estruturas locais de prestação de serviços, provinciais, mas também as pessoas dentro do MISAU que têm essa capacidade de alcançar os resultados. Parece que o MISAU está preso às elites políticas, está mais sensível a questões políticas”<sup>73</sup>.

Este extracto do discurso de um PC ilustra a percepção forte da existência de constrangimentos políticos na efectividade do desempenho técnico e burocrático. Uma das áreas de enorme interferência política é, sobretudo, a área dos negócios da saúde. Num contexto de grande promiscuidade entre interesses económicos e posições políticas, existe uma percepção pública de que as decisões sobre os vencedores dos concursos de fornecimento e aprovisionamento são económica e politicamente

motivadas<sup>74</sup>. Os negócios com a saúde são um elemento de estruturação do poder político e de estabelecimento de relações de patronagem e clientelistas entre a economia e a política. A elevada autonomia do PROSAÚDE, o fluxo massivo de recursos e a fraca capacidade institucional tiveram como resultado o problema da captura das elites políticas e económicas, como se pode interpretar no extracto do discurso abaixo:

“o PROSAÚDE não teve mecanismos de controlo que lhe permitissem captar para onde vão os recursos, então, permitiu que muita gente se beneficiasse desses recursos, não para fins que eram necessários”<sup>75</sup>

Os apelos sistemáticos para a transparência e prestação de contas no sector da saúde são mais expressivos como resultado da correlação de forças entre os parceiros de cooperação e a elite oligárquica instalada no Aparelho do Estado. Esta elite reivindicava, com sucesso, o monopólio da oferta de medicamentos e artigos médicos como forma de extração de rendas, desvirtuando, por conseguinte, os procedimentos *standards* de *procurement*. A monitoria do processo de *procurement* ao sector da saúde feita pela sociedade civil apontam para existência de conexões entre os principais beneficiários das adjudicações dos concursos do MISAU e os financiadores da campanha eleitoral do partido Frelimo e do seu candidato à presidência da República, Filipe Nyusi, que viria a ser eleito Presidente da República<sup>76</sup>. Portanto, apesar do compromisso dos tecnocratas do sector da saúde com a melhoria dos sistemas e procedimentos de gestão, por consequência da intrusão da elite oligárquica e partidária, o sector da saúde estruturou-se como instrumento de reprodução de práticas neo-patrimoniais e, ao mesmo tempo, um factor de exclusão e de produção de marginalidades no acesso ao serviço de saúde para todos.

72. Entrevista com TM, Faculdade de Medicina, Maputo, 8 de Julho 2018.

73. Entrevista com AD, Embaixada do Canadá, Maputo, 20 de Julho de 2018.

74. CIP, « Negócios questionáveis do sector da saúde (I): Conheça os fornecedores estratégicos do MISAU e saiba quanto ganham », Maputo, CIP, 2017, (« Anticorrupção, Transparência, Integridade »).

75. Entrevista com MJ, Centro de Integridade Pública, Maputo, 7 Julho de 2018.

76. Edson Cortês e Borges Nhamire, « As redes de negócios milionários do Ministério da Saúde - Quem são, como actuam, quanto ganham? », Maputo, CIP, 2017, (« Anticorrupção, Transparência, Integridade »).

**PROSAÚDE: DA  
FORTUNA À MISÉRIA**



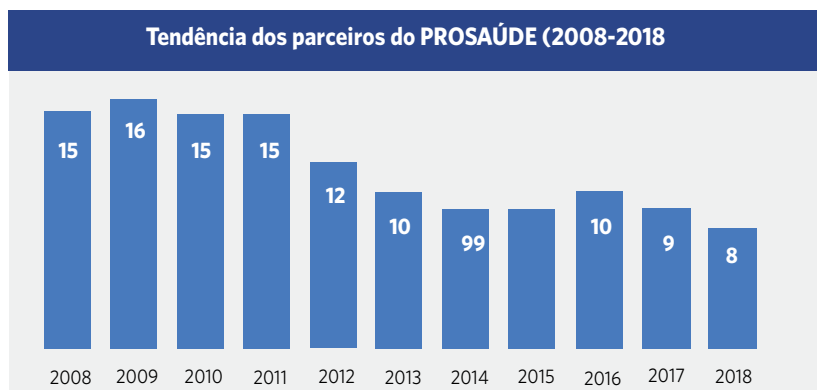


## 7. PROSAÚDE: DA FORTUNA À MISÉRIA

“O SWAp-Saúde de Moçambique passou a ser amplamente citado nos círculos internacionais de políticas de saúde, particularmente porque os acordos e processos ligados a ele - o código de conduta do parceiro, a estratégia sectorial, os mecanismos de coordenação e revisão - foram desenvolvidos e implementados de forma bastante rápida. Para muitos observadores externos, o SWAp da Saúde em Moçambique sintetizou todas as vantagens do sector de trabalho: liderança governamental melhorada, maior política sectorial e foco estratégico, uso mais eficaz da ajuda ao sector da saúde e menores custos de transacção”<sup>77</sup>.

A citação acima revela o enorme entusiasmo em torno da adopção e apropriação da abordagem SWAp para o sector da saúde. Este período (2008-2013) marca o momento de fortuna do PROSAÚDE, cujo ano de pico foi 2008, momento em que a contribuição dos parceiros de cooperação atingiu o limiar histórico de pouco mais de 91 milhões de dólares americanos. O “marketing” institucional do PROSAÚDE, como um caso de sucesso, consistiu, em parte, no processo de mobilização e atração de um número considerável de Parceiros de Cooperação e de financiamento para aderirem ao PROSAÚDE, entre 2008 e 2012, como uma alternativa de financiamento à verticalização, pelo seu grau de credibilidade e confiança mútua estruturado ao longo do seu processo de implementação do PROSAÚDE.

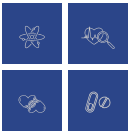
**Gráfico 6.** Tendência dos parceiros do PROSAÚDE



Fonte: REO (2008-2018)

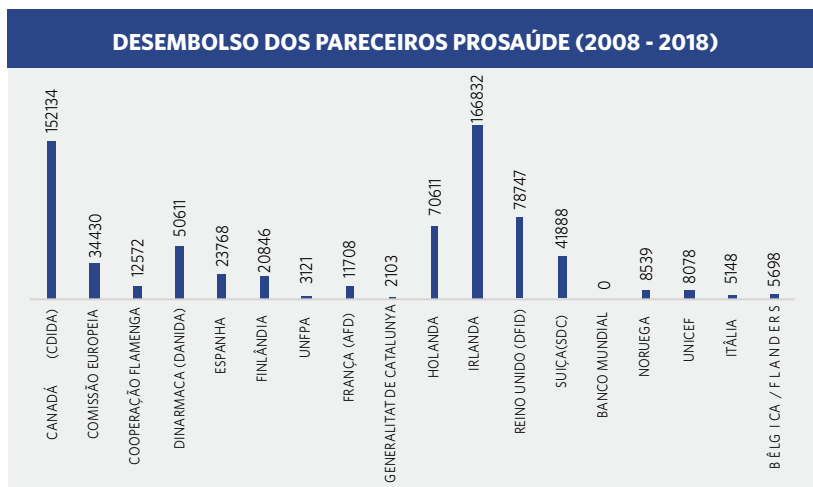


77. Javier Martínez, op. cit., p. 1.



Os dados ilustram que, para além do crescimento do número de parceiros que canalizaram o apoio via Orçamento do Estado (OE), os parceiros de cooperação contribuíram, via Conta Única do Tesouro (CUT), com cerca de 696 milhões de dólares para o fortalecimento do sistema e alcance do desiderato do direito universal à saúde. O gráfico abaixo indica o contributo desagregado de cada um dos parceiros do PROSAÚDE:

**Gráfico 7.** Desembolso dos parceiros de PROSAÚDE



**Fonte:** Adaptado pelos autores com base nos REO's DAF-MISAU (2008-2018)

Como se pode notar, a Irlanda, o Canadá, o DFID e a Holanda figuram como os principais financiadores do sector da Saúde por via do PROSAÚDE enquanto a Generalitat de Catalunya, o UNFPA, a Itália e a Flanders lideram a lista dos actores com menos investimentos no Fundo Comum. A Irlanda tem sido o parceiro que contribui para o pagamento dos salários dos profissionais fora do quadro, o que significa que apesar de estarem integrados no PROSAÚDE os doadores gozavam de autonomia de acção para efectuarem as suas escolhas sobre as prioridades de financiamento. A tabela abaixo apresenta o mapeamento do desempenho dos parceiros do fundo do PROSAÚDE na última década.



**Tabela 4.** Mapeamento do desempenho dos parceiros de cooperação do PROSAÚDE (2008-2018)

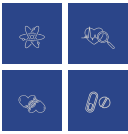
Nr	Parceiros de cooperação	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
1	Canadá (CIDA)	5736,050	6565,451	8698,173	9331,260	34198,350	32184,778	31508,271	9497,543	8456,335	5957,509	0,000
2	Comissão Europeia	6483,497	11749,003	8265,475	7932,510	saida	fora					
3	Cooperação Flamengo	3138,030	4050,526	2739,398	2644,170							
4	Dinamarca (DANIDA)	4450,484	4498,143	6584,469	7077,741	0,000	5173,306	5143,945	5436,963	6868,421	5377,462	0,000
5	Espanha	4070,190	4180,935	4082,251	3966,225	2027,027	0,000	1342,300	1342,300	1687,290	1069,730	0,000
6	Finlândia	7838,896	8108,041	4898,565								
7	UNFPA	50,000	500,000	500,000	500,000	500,000	400,000	350,000	140,795	90,000	90,000	0,000
8	França (AFD)	3824,909	3800,469	4082,251								
9	Generalitat de Catalunya	725,189	706,314	671,652								
10	Holanda	4819,277	4729,730	9525,253	9254,595	10810,812	9600,000	10738,400	11133,388			
11	Irlanda	24490,730	20000,000	18490,938	17848,147	18243,245	14400,000	16107,570	16107,570	11248,575	9894,986	0,000
12	Reino Unido (DFID)	13496,480	9919,000	11335,800	10899,000	11077,850	10887,096	11132,143				
13	Suíça (SDC)	3536,693	3461,721	3543,124	5136,612	4839,200	5518,022	6050,419	5613,526	0,000	4188,713	0,000
14	Banco Mundial											
15	Noruega	8538,635										
16	UNICEF		1200,000	1200,000	1200,000	1200,000	1200,000	600,000	477,906	500,000	500,000	0,000
17	Itália			1088,600	1057,668	1124,321	0,000	671,150	671,150	0,000	534,751	0,000
18	Bélgica/ Flanders						1200,000	0,000	2358,874	0,000	2139,460	0,000
	Total	91199,060	83469,333	85705,949	76847,928	84020,805	80563,202	83644,198	52780,015	28850,621	29752,611	0

Fonte: Adaptado pelos autores REO DAF-MISAU (2008-2018)

\*Os dados de 2018 correspondem ao primeiro semestre de 2018.

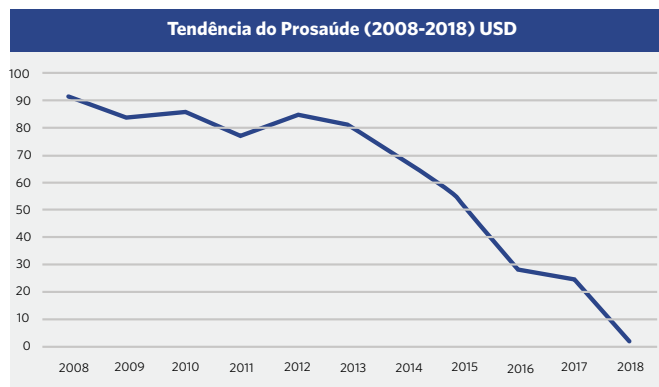
#### Legenda

	Entrada
	Saida
	Fora



No entanto, os fundos do PROSAÚDE têm revelado uma tendência decrescente de forma proporcional ao número de parceiros de cooperação que têm estado a abandonar o mecanismo. O declínio do PROSAÚDE tem como marco o ano de 2013, período que marca o início do ciclo eleitoral no país e as discussões sobre a sucessão de Armando Guebuza começam a ganhar relevância, num contexto de instabilidade política e militar. Nos anos 2017 e 2016, tanto o compromisso assim como o desembolso não atingiram, pela primeira vez, o limiar de 50 milhões de dólares para o sector e, finalmente, em 2018, ainda não foi desembolsado nenhum financiamento, embora tenha havido um compromisso dos doadores. O gráfico abaixo, ilustra de facto a tendência decrescente dos fundos do PROSAÚDE.

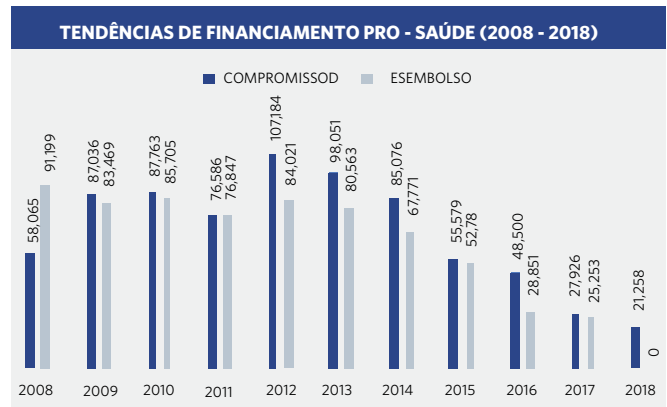
**Gráfico 8. Tendência do PROSAÚDE**



**Fonte:** REO DAF-MISAU (2008-2018)

Se, por um lado, tem havido uma redução significativa dos desembolsos do PROSAÚDE, ao longo dos últimos exercícios económicos, por outro lado, a discrepância entre o compromisso e o desembolso real tem estado igualmente a aumentar, o que revela uma mudança das prioridades dos parceiros, bem como a desconfiança em relação aos sistemas de gestão financeira do MISAU. A título ilustrativo, o primeiro semestre de 2018 registou o maior *hiato* da história do financiamento ao sector da saúde, como revela o gráfico abaixo. Este *hiato* deveu-se, sobretudo, à decisão dos parceiros de cooperação de suspender o apoio directo ao orçamento como consequência da ausência de esclarecimento dos contornos das dívidas ocultas.

**Gráfico 9. Tendência de financiamento PROSAÚDE**



**Fonte:** Adaptados pelos autores dos REO's DAF-MISAU (2008-2018)

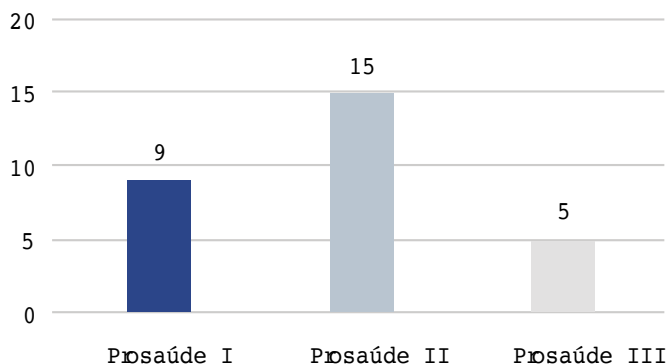
Enquanto o PROSAÚDE regista cerca de 21 milhões em compromissos *on-budget* e *on-CUT* em 2018, em contrapartida, cerca de USD 350 milhões foram canalizados em espécie ou através de ONG's fora do OE e da CUT<sup>78</sup>. Este dado revela que o decréscimo dos recursos externos inscritos no OE e do nível de desembolsos dos parceiros de cooperação, para além de problemas de planificação, coordenação, harmonização e alinhamento entre os doadores e o MISAU, são um estímulo à fragmentação da ajuda ao sector<sup>79</sup>. Concorrem para o declínio do PROSAÚDE um conjunto de factores, nomeadamente: mobilidade dos actores, dívidas ocultas, problemas na gestão financeira e no sistema de *procurement*, fraca eficiência, *toppings-ups*, forte centralização dos recursos, orientação para os processos e não para o resultado e mudanças internacionais nas abordagens da ajuda internacional.

## 7.1. Mobilidade dos actores

A queda dos fluxos financeiros do PROSAÚDE deriva da mobilidade dos doadores. O gráfico abaixo mostra a tendência dos parceiros do PROSAÚDE de 2003 a 2017. No geral, grande parte dos parceiros de cooperação tem vindo a abandonar a modalidade de financiamento via Fundo Comum.

78. Baltazar Chilundo, « Ciclo de Monitorização do IHP+ de 2016, Moçambique. », Maputo, MISAU, 2016.

79. Marina Karagianis e Lídia Chongo, « Avaliação Conjunta Anual ACA XVI - 2016 », Maputo, MISAU, 2017.

**Gráfico 10.** Parceiro de PROSAÚDE I, II, III

Fonte: MdE PROSAÚDE I, II e III

Como se pode observar, o PROSAÚDE I iniciou com um conjunto de 9 parceiros (Irlanda, DFID, Noruega, Comissão Europeia, Suíça, Finlândia, Dinamarca, Holanda e Canadá); este número de parceiros aumentou para 15 no PROSAÚDE II (Canadá, Agência Catalã de Cooperação para Desenvolvimento, Comissão Europeia, Flanders, Agência Francesa de Desenvolvimento, Irlanda, Finlândia, Noruega, Espanha, Suíça, Dinamarca, Holanda, Reino Unido, Fundo das Nações Unidas para Infância e o Fundo das Nações Unidas para a População) e, na última revisão do PROSAÚDE, decresceu para 5 parceiros (Itália, Irlanda, Suíça, Fundo das Nações Unidas para Infância e o Fundo das Nações Unidas para a População). A saída dos parceiros de cooperação do Fundo Comum é uma das evidências do declínio da abordagem SWAp para o sector da saúde.

Contudo, apesar do declínio do número de parceiros, existem duas categorias de parceiros de cooperação: por um lado, os parceiros “fiéis” ao PROSAÚDE (Irlanda, Suíça, Itália, Flanders, Espanha, UNICEF e UNFPA), isto é, aqueles que sempre apoiaram o Fundo, mesmo no contexto da crise das dívidas e da retirada do apoio dos parceiros via OE e, por outro lado, os parceiros “infiéis”, aqueles que abandonaram o Fundo Comum (Holanda, Finlândia, DFID, Noruega, Banco Mundial, França, Cooperação Europeia, Cooperação Flamengo e a Generalitat de Catalunya), sobretudo com a descoberta das dívidas ocultas.

Deste modo, entre os parceiros fiéis, a crença que justifica a sua continuidade no Fundo Comum deriva, em primeiro lugar, das vantagens do SWAp-Saúde como uma arena de coordenação e de negociação co-participada das políticas de saúde; em segundo, da própria falta de clareza do GFF e do seu foco minimalista, que se concentra apenas no apoio a SSRMNI&N e não no fortalecimento do sistema de saúde, de forma holística, como apregoa o PROSAÚDE; em terceiro lugar, o PROSAÚDE III já orienta o foco para SSRMNI&N, dando, portanto, evidências de que o GFF irá operar numa lógica de duplicação de esforços e, por último, o PROSAÚDE oferece maiores garantias para a sustentabilidade das acções, para além de reduzir os custos de transacções e a burocracia.

Todavia, não é menos verdade que parte dos parceiros que permaneceram no PROSAÚDE, sobretudo os parceiros com menos capitais, o fazem na crença de ampliar o seu espaço de influência sobre as políticas de saúde, situação esta que seria complexa ou contrariada, num contexto da presença dos parceiros de cooperação que têm maiores recursos e capitais de influência. A título ilustrativo, a Flanders aparece na reconfiguração do PROSAÚDE como o *frontliner* do processo. Esta posição assumida, para além dos capitais de visibilidade acumulados, vai permitir-lhe pilotar as políticas de saúde em função das suas representações sociais e crenças associadas sobre a saúde.

Por seu turno, os parceiros conotados por “infiéis” partilham a crença das irregularidades processuais como estando na origem da sua retirada do Fundo Comum. Para estes, o PROSAÚDE está inquinado de práticas consolidadas de gestão financeira subversiva. Estas práticas rotineiras estruturam o quadro de oportunidades de corrupção dentro do sistema de *procurement*<sup>80</sup>. Estes factores combinados influenciam o real impacto do seu financiamento ao nível das populações. Ademais, não se pode ignorar o facto de que os factores de natureza macro ou global têm estado a estruturar as decisões de desembolso dos doadores via PROSAÚDE, notadamente: alternâncias políticas e da ideologia do financiamento dos doadores; crescente descrédito dos mecanismos de Fundo

80. Birgit Weyss, « Analysis of Procurement Concerns identified in relevant documents and by selected sector working groups », Maputo, DFID Mozambique, 2012.



Comum; crescente migração do Norte de África para a Europa, o que obriga as sedes sociais dos doadores a reorientarem os investimentos da ajuda para dentro dos seus países; reorientação da ajuda para países do Norte de África como forma de estancar os movimentos migratórios. Por último, mas não menos importante, a mudança nas prioridades dos doadores em Moçambique, num movimento do *aid effectiveness* para o *aid for trade*, adoptado por grande maioria dos países europeus e informado pelo *boom* dos recursos minerais e energéticos em Moçambique.

Em suma, o PROSAÚDE transitou de um fundo estável para um fundo altamente instável e pouco preferencial de canalização de ajuda ao sector da saúde. A insatisfação de grande parte dos doadores foi agravada pelo problema das dívidas ocultas, justificando a saída de financiadores relevantes, tais como DFID e Holanda, bem como a sua adesão ao *Global Financing Facility* (GFF), liderado pelo Banco Mundial, como mais uma alternativa concorrencial de financiamento ao sector, capaz de garantir maior eficiência na gestão dos fundos e incentivar o desempenho. Ademais, a mobilidade de actores relevantes do PROSAÚDE para GFF pode também ser influenciada pelas dinâmicas de poder, interesse e ganhos na viabilização das suas agendas. É importante realçar que o GFF não é necessariamente um substituto do PROSAÚDE, mas sim uma alternativa de financiamento que reivindica o monopólio da solução para os problemas do sector da saúde. De facto, mesmo reconhecendo as inúmeras vantagens do PROSAÚDE em relação à apropriação, alinhamento e harmonização e responsabilização mútua, a retirada dos doadores de peso do PROSAÚDE para o GFF fragiliza a abordagem do Fundo Comum gerando desarticulação entre os doadores e ambiguidades em relação aos modelos de financiamento.

O MISAU, estrategicamente, desenvolveu um Plano de Implementação para o Caso de Investimento do GFF que incorpora os fundos do PROSAÚDE (vide *infra*). Deste modo, espera-se que o PROSAÚDE contribua para o Caso de Investimento com 20,700 milhões de dólares anuais. Os fundos do PROSAÚDE

serão canalizados para iniciar a implementação do Caso de Investimento, contribuindo com salários do pessoal de áreas prioritárias, entre outras, das seguintes categorias: ESMI, anestesiológicos, instrumentistas e médicos; pagamento de estagiários da formação médica especializada; para além da comparticipação na construção e apetrechamento de hospitais distritais<sup>81</sup>. A comparticipação na aquisição de medicamentos e artigos médicos com os fundos do Pró-saúde não é consensual. Os parceiros que financiam o Pró-rejeitaram o uso desses fundos para o efeito.

## 7.2. Os efeitos das dívidas ocultas no sector da saúde

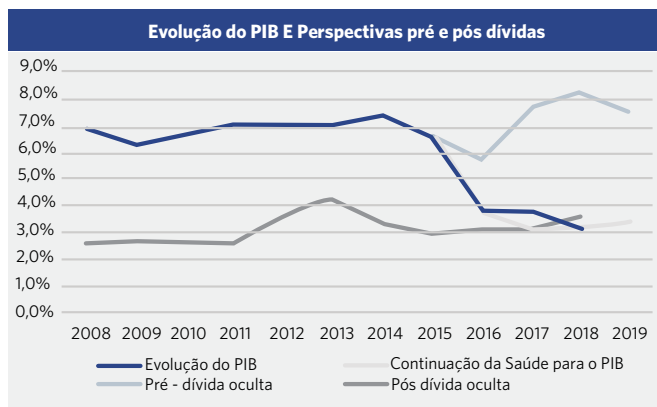
Com a governação de Filipe Nyusi (2014-2019), o país herda uma crise financeira precipitada pelas “dívidas ocultas”<sup>82</sup> e com reflexo nos níveis de crescimento económico. A descoberta das dívidas ocultas não foi a condição necessária, mas serviu de impulso irreversível para o abandono do PROSAÚDE por parte de alguns parceiros de cooperação. Evidentemente, as dívidas ocultas são uma questão nacional que transcende o sector da saúde, mas com impactos significativos sobre o crescimento económico e, por consequência, sobre o financiamento ao sector da saúde. No período pré-divida oculta, esperava-se um crescimento consistente com o valor máximo em 8%. No entanto, com as dívidas ocultas vislumbra-se um abrandamento progressivo do crescimento económico, fixando o valor mais baixo em 3,1%<sup>83</sup>. O gráfico abaixo ilustra os cenários de crescimento económico pré e pós dívida.

81. MISAU, « Caso de Investimento para Saúde Sexual Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil, Adolescente e Nutrição (SSRMNIA&N) », Maputo, 2018.

82. Edson Cortês, Velhos Amigos, Novos Adversários, As Disputas, Alianças e Reconfigurações Empresariais na Elite Política Moçambicana, Tese de Doutoramento em Antropologia, Universidade de Lisboa. Instituto de Ciências Sociais, 2018.

83. BANCO MUNDIAL, Actualidade económica de Moçambique: Tirando proveito da transformação demográfica, Washington, DC, BANCO MUNDIAL, 2017.



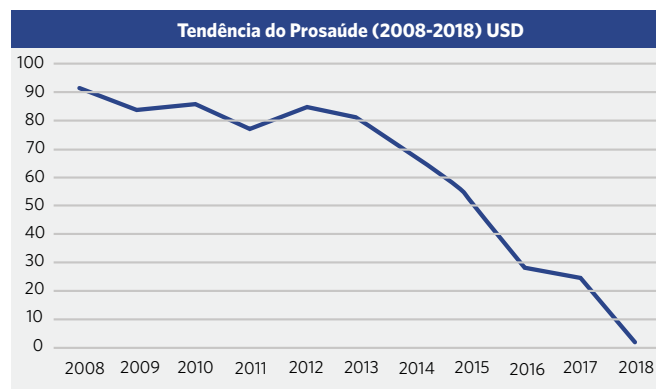
**Gráfico 11.** Evolução PIB pré e pós dívidas

Fonte: INE (2017), Banco Mundial (2017) e PES (2018)

Como se pode observar no gráfico acima, no período pré-dívida as perspectivas de crescimento económico foram projectadas entre 7-8%, devido, sobretudo, aos mega-projectos da indústria extractiva e ao investimento público na área das infra-estruturas. Esperava-se que o crescimento se traduzisse no aumento do espaço fiscal (despesa) para a saúde, bem como na criação de mais oportunidades de geração de renda dos indivíduos e famílias e, conseqüente, melhoria das condições de vida e de saúde, bem como do PIB<sup>84</sup>. No entanto, o período pós-dívida revelou um crescimento médio de 3%, isto é, metade do que se esperava. Em geral, a retirada do apoio directo ao orçamento por parte dos parceiros de cooperação tem contribuído para a queda significativa da produção nacional, devido à escassez de recursos de investimento em áreas de impacto socioeconómico. Apesar dos aumentos substanciais das exportações de carvão e alumínio (os principais bens de exportação de Moçambique), de 2014 a 2018, a taxa de crescimento económico baixou 5%, situando-se nos 3,2%. Simultaneamente, a contribuição do sector da saúde para o PIB nacional registou um decréscimo de 4,3% em 2013 para 3,10% em 2017. Com efeito, é notável o decréscimo do financiamento externo e o crescimento das fontes internas, fundamentalmente, movido pelo financiamento via impostos resultantes das receitas de ganhos de capital do sector extrativo do país<sup>85</sup>, como atesta o gráfico das fontes de financiamento.

84. Ministério da Saúde, Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019, Maputo, MISAU, 2013.

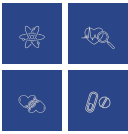
85. UNICEF, Informe Orçamental 2015, Maputo, UNICEF, 2015.

**Gráfico 12.** Evolução dos recursos por fonte de financiamento

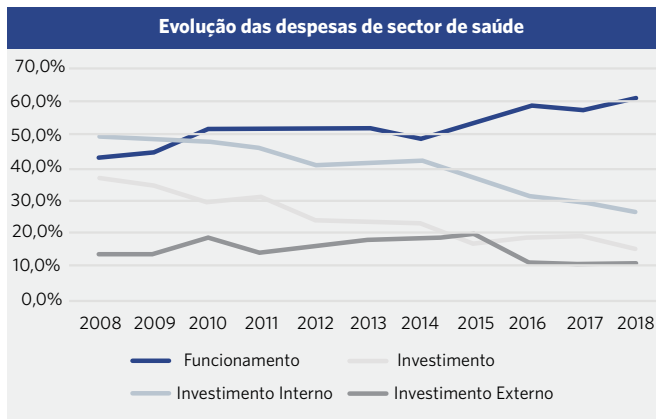
Fonte: REO (2008-2018)

A tendência de redução do PIB nacional e do PIB do sector, para além de revelarem as dificuldades que se impõem na materialização do Plano Económico e Social e, por inerência, do Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2014-2019), devido à insuficiência de recursos de alocação, revelam, sobretudo, que o crescimento económico dos últimos tempos não se traduziu, efectivamente, na redução da dependência da ajuda. Não é surpreendente, portanto, que após a suspensão do financiamento ao Orçamento do Estado por parte dos parceiros de cooperação, nos últimos anos, as despesas do sector da saúde tenham sido dirigidas para o funcionamento em detrimento de investimento<sup>86</sup>, ilustrando a incapacidade do sector da saúde de investir sem a contraparte proveniente do financiamento externo.

86. UNICEF, Informe Orçamental op. cit. A dotação orçamental de 2017 ao sector de saúde, indicavam que os recursos externos equivaliam apenas a 3 % do orçamento da saúde. Por conseguinte, 88 % dos recursos foram disponibilizados para os gastos de funcionamento, enquanto 12 % foram reservados para os gastos de investimento.



**Gráfico 13.** Evolução das despesas de saúde



Fonte: REO (2008-2018)

O gráfico acima demonstra que as despesas de funcionamento têm vindo a ganhar maior preponderância do que as despesas de investimento, grande parte suportada pelo financiamento externo. Este dado revela, por um lado, a forte dependência que o sector da saúde tem por capitais externos para o alcance de resultados de maior impacto na vida dos moçambicanos e, por outro lado, demonstra que, nos últimos anos, apesar de o volume de recursos internos estar a crescer, o seu contributo para a expansão do direito universal à saúde é contraproducente e não se tem traduzido no investimento na melhoria do acesso, qualidade e satisfação dos cidadãos-utentes, mas sim na manutenção do sistema de saúde.

Todavia, embora ainda não tenham sido objectivamente estimados pelo MISAU, a etnografia nas unidades sanitárias e as entrevistas realizadas nos pontos de uso em Mocuba, Nacala-Porto e Chokwé permitem constatar que os impactos da retirada dos actores se fazem sentir, contrariamente ao discurso central segundo o qual o sector da saúde tem estado a sobreviver à crise. Ou seja, os impactos relevantes do abandono ao apoio ao OE, por parte dos PC, têm estado a ser quotidianamente experimentados ao nível das unidades de prestação de serviços de saúde.

Para além de algumas actividades que não estão a ser realizadas, tais como a inspecção da saúde, após três anos de estagnação foram reiniciadas somente em 2018 as obras de construção e de conclusão dos Hospitais Distritais de Cuamba, Montepuez, Mocimboa da Praia, Macomia, Mopeia, Machaze, Jangamo, Macia e Fingoè; foram concluídos os Hospitais Distritais da Manhiça e de Memba e estão por construir os Hospitais distritais de Gilé, Pebane, Monapo, Ilha de Moçambique, Massinga e Mapai<sup>87</sup>. Segundo o FMO, a construção de 7 Hospitais Distritais nas Províncias teve um desempenho de apenas 43% enquanto que o início da construção de Hospitais Gerais (1) e Reabilitação de Hospitais Provincias (1) não foi realizado (0%)<sup>88</sup>.

Não obstante as competências dos profissionais de saúde existentes, a crise tem reduzido as capacidades de acção destes últimos. O seguinte extracto do discurso de um funcionário associado a uma unidade sanitária em Mocuba é ilustrativo dos efeitos da crise sobre a materialidade das unidades sanitárias:

Claro que sentimos os efeitos da crise. Há mudanças, há coisas que antes a gente conseguia ver e agora não temos, mesmo o fornecimento de material (material-cirúrgico e de limpeza, luvas, lençóis para cama dos pacientes, seringas) antes as quantidades eram significativas, mas agora foram reduzidas e é com esse pouco que a gente consegue se virar e é proibido dizer que não tem. A crise está a afectar sim. A situação está difícil; por exemplo, não estamos a dar medicamentos injetáveis porque não há seringas. Felizmente, nunca tivemos o problema de falta de salários, os salários sempre aparecem a tempo e hora<sup>89</sup>.

Num outro desenvolvimento, no que concerne aos medicamentos é consensual que o regime de escassez tem governado o quotidiano das unidades sanitárias:

87. DGA, « Presidente Nyusi construiu somente 2 dos 16 Hospitais Distritais que prometeu », [Online : <http://www.verdade.co.mz/tema-de-fundo/35/68051>]. Consultado no dia 22 de Maio de 2019.

88. FMO, « Persistente falta de liquidez é o marco da execução do Orçamento do Estado até Setembro de 2018 », 2019, p. 1-5.

89. Entrevista com TA, Hospital Rural, Nacala Porto, 5 de Setembro de 2018.



Por causa da escassez de água em Mocuba, nós tivemos um surto de cólera aqui no distrito, era uma emergência e nós precisávamos de muitas quantidades de soro, no entanto, quando requisitávamos recebíamos 10 caixas de soro, isso só serve para um dia. As pessoas não morriam por falta de atendimento, mas sim por causa da falta de um simples soro. Quando queríamos comunicar a emergência foi nos recomendado a dizer publicamente que não se tratava de cólera mas sim de diarreia simples. Faltam-nos medicamentos de uso corrente, mas na área de HIV abundam medicamentos<sup>90</sup>.

Os depoimentos acima demonstram que as áreas mais afectadas pelo corte ao financiamento são: medicamentos e artigos médicos, bens e serviços, a área das construções e a área de recursos humanos. O PROSAÚDE é um dos parceiros que têm investido na contratação de técnicos, essencialmente por inexistência de cabimentação orçamental, mas também para a redução das assimetrias entre o urbano e rural. Dados indicam que, dos 5437 profissionais contratados via parceiros de cooperação, o PROSAÚDE contribuiu com 3853, representando cerca de 70%. Até 2015, 59% destes técnicos de saúde estavam concentrados nas zonas rurais enquanto 41% nas zonas urbanas, o que demonstra uma tendência favorável para a redução das assimetrias.

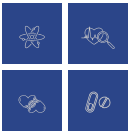
Todavia, é evidente que a retirada do apoio ao orçamento via PROSAÚDE tem um potencial enorme de afectar negativamente a disponibilidade de técnicos de saúde nas zonas rurais e, por essa via, reduzir a oferta de serviços de saúde à população. Para além do abandono dos profissionais de saúde para os projectos verticais, destaca-se a questão da supressão do pagamento dos fora do quadro, que conduziu o pessoal recém-formado sem nomeação definitiva a ficar fora do sistema de saúde. O PROSAÚDE privilegiava a contratação e o pagamento de salários por um prazo não superior a 24 meses aos recém-graduados e ao pessoal técnico, o que facilitava o ingresso de recursos humanos para reforçar o sector, independentemente da existência de cabimento orçamental. Actualmente, o critério

de admissão está dependente de concurso público, mas sobretudo da existência de verba para o pagamento do salário, o que torna mais complexo o ingresso no sector da saúde e, por consequência, limita a disponibilidade de recursos humanos para o sector.

Como consequência da crise, tem-se estabelecido a dependência do sector da saúde por projectos fragmentados. Estes definem as suas próprias prioridades, sobrepondo-se às prioridades do sector. Estes projectos têm contribuído na construção de infra-estruturas, fornecimento de bens e serviços, assim como medicamentos e artigos médicos. Todavia, estes apoios são direccionados não para onde o sector tem maiores carências mas sim para as áreas de interesse do PC. Deste modo, para atrair os recursos, o sector da saúde é forçado a ajustar as suas prioridades em função das áreas de interesse dos parceiros. As áreas da malária, HIV-SIDA, tuberculose, circuncisão masculina e a área de saúde materno-infantil são, por essa via, aquelas que dispõem de maiores recursos comparativamente a áreas das doenças negligenciadas e as emergências. Portanto, para além da sustentabilidade, esta natureza de apoios concorre para a consolidação de “enclaves de excelência”<sup>91</sup> ou ilhas de iniquidade, isto é, iniquidades sectoriais onde se encontram gabinetes bem equipados e dotados de recursos, com profissionais motivados e bem remunerados e, por outro lado, gabinetes paupérrimos, caracterizados pela escassez. Estas assimetrias é que estão na origem do desvio de aplicação no sector da saúde, que compreende a alocação de recursos dos parceiros para suportar áreas desprovidas, tais como, a cólera. No entanto, uma vez repostos o valor, o mesmo não está completo e não é suficiente para a realização da actividade.

90. Entrevista com MD, Hospital Rural de Mocuba, Mocuba, 12 de Setembro 2018.

91. Michael Roll, “The State that work: A pockets of effectiveness” perspective on Nigeria and beyond”, in Bierschenk, T. e De Sardan, J.P. (Dirs) States at work: dynamics of African bureaucracies, Leiden ; Boston, Brill, 2014, p. 365-398.



## 7.3. Gestão financeira e *procurement*

A aquisição de bens e serviços é realizada pelas Unidades de Aquisição conhecidas por UGEA (Unidade Gestora e Executora das Aquisições). No MISAU, em particular, existe a UGEA na Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) e no MISAU central, bem como uma em cada hospital central e em cada departamento provincial de saúde (DPS - Direcção Provincial de Saúde). A aquisição no âmbito do Governo de Moçambique é supervisionada pela UFSA (Unidade Funcional de Supervisão das Aquisições), que desenvolve políticas que proporcionam formação e monitorizam a actividade de *procurement*. O processo de aquisição também é apoiado pelo Tribunal Administrativo (TA), que emite uma autoridade *ex-ante* (visto) para cada aquisição acima de um limite estabelecido pela Lei do Orçamento.

De acordo com os informes orçamentais do UNICEF<sup>92</sup>, são duas as áreas que, historicamente, absorveram a maioria dos recursos do PROSAÚDE, nomeadamente: o sector de Medicamentos e Artigos Médicos e de bens e serviços (sem uma clara especificação na natureza dos mesmos). Isto significa que o PROSAÚDE foi um programa dedicado, sobretudo, a aquisições de recursos de acção e de capacidade, que torna, portanto, o sector de *procurement* um espaço financeiro de conflitualidade entre os interesses administrativos, económicos, políticos e dos doadores, por estruturar-se como um campo propenso à corrupção.

Deste modo, no âmbito do PROSAÚDE, o MISAU desenvolveu uma série de instrumentos de gestão financeira para uma rigorosa gestão do financiamento à saúde. Refira-se, neste sentido, o Manual de Procedimentos de Gestão Financeira Central e de nível provincial. Todas estas reformas tinham em vista estabelecer procedimentos e princípios indispensáveis para uma gestão rigorosa dos financiamentos da Saúde, isto é, melhorar a Gestão das Finanças Públicas. Todavia, apesar da existência de instrumentos institucionais, são

poucas as evidências de que os gastos com a saúde foram feitos com base em princípios lógicos de racionalização dos recursos: no que concerne à área de aquisição de bens e serviços, durante a vigência do PROSAÚDE, são vários os eventos que atestam que a aquisição de bens e serviços foi recorrentemente feita em condições que não ofereciam vantagens ao Estado, configurando, portanto, uma evidência de que o critério da economia foi pouco privilegiado nos processos de gestão financeira do MISAU.

A análise dos relatórios de auditoria revela padrões de irregularidades nas aquisições de bens e serviços, que se podem resumir nas seguintes: nenhuma evidência de que os bens adquiridos às empresas vencedoras foram efectivamente recebidos pela instituição; despesas não apoiadas por documentos originais, comprovativos e justificativos; pagamento de despesas sem autorização prévia; não submissão de contratos de fornecimento de bens e prestação de serviços à fiscalização prévia do Tribunal Administrativo, como é o caso específico de 50 viaturas do tipo ambulância adquiridas para o Serviço Nacional de Saúde à empresa Interauto Automóvel, Lda., no valor de 77.092.485,79MT. Outro caso similar foi a celebração de um contrato de fornecimento de equipamento de rastreio de cancro do colo de útero, avaliado em 5,405.773,99 MT, sem a fiscalização prévia do Tribunal Administrativo<sup>93</sup>.

Uma avaliação dos processos de aquisição no sector da saúde constatou que 86% dos arquivos dos processos de *procurement* do MISAU foram encontrados incompletos<sup>94</sup>. A falta de documentos comprovativos, em particular os relacionados com a selecção de um contratante em particular, representa uma séria ameaça à transparência e integridade do processo de aquisição, assim como impede avaliações *ex post* de processos de licitação e auditorias<sup>95</sup>. Ademais, a prática de ajuste directo nos processos de contratação mostra que os concursos organizados pelo MISAU não são competitivos. Dados da UFSA, do primeiro trimestre de 2014, mostram, por exemplo, que 96,8% das adjudicações obedeceram à modalidade de ajustamento directo contra apenas 3.1% que

92. « Informes Orçamentais | UNICEF Mozambique », [Online : <https://www.unicef.org.mz/informes-orcamentais/>]. Consultado no dia 22 de Maio de 2019.

93. Grant Thornton, « Revisão do relatório financeiro do Ministério da Saúde – PROSAÚDE II e Fundo Global 2009 », Maputo, MISAU, 2011. Tribunal Administrativo, « Relatório de Auditoria ao exercício 2011 – PROSAUDE », Maputo, MISAU, 2013.

94. Deloitte, « Avaliação Externa do Sistema de Procura no Sector de Saúde », Maputo, MISAU, 2012.

95. Birgit Weys, op. cit.



se basearam na concorrência entre as empresas<sup>96</sup>. No nível central, a capacidade limitada da UFSA significa que a verificação do uso de métodos não competitivos não foi sistemática. A nível provincial, o uso de métodos não competitivos nem sempre foi justificado. Estas evidências consubstanciam, inequivocamente, a constatação segundo de que:

A atribuição de licenças de construção e reabilitação de unidades hospitalares, o fornecimento de equipamentos e medicamentos estão infestados de práticas de corrupção através do pagamento de comissões pelos fornecedores ou empreiteiros a quem tem o poder de decidir sobre os concursos. Muitas das vezes, os concursos lançados nos jornais são apenas um processo de formalização. O pagamento de comissões por fornecedores a técnicos de *procurement* que detêm informação privilegiada é uma prática comum<sup>97</sup>.

No que concerne a área de aquisição de medicamentos e artigos médicos em particular, a falta de transparência no *procurement*<sup>98</sup> e a precariedade do funcionamento da logística farmacêutica no SNS<sup>99</sup>, o furto de medicamentos protagonizado pelo pessoal de saúde, farmácias públicas e importadoras para a comercialização informal<sup>100</sup> e, por último, mas não menos importante, a crise dos medicamentos nas unidades sanitárias, num contexto de existência de *stocks* de medicamentos orçados em 2 milhões de dólares e cujo prazo expira no armazém central do MISAU, situado no CMAM. Estes factores, combinados, alargaram o espectro da desconfiança dos parceiros de cooperação sobre o valor do dinheiro na arquitectura do financiamento ao sector, justificando a contestação do modelo de gestão de finanças públicas do sector da saúde em particular e do país no geral, apesar dos processos contínuos e satisfatórios de melhoria do desempenho da GFP, tais como nos processos de contabilidade, bem como em Auditoria Interna.

96. Torun Reite, Tim Cammack e Lurdes Tavares, « Interim Evaluation of Public Finance Management in the Mozambican Ministry of Health », Maputo, ACE International Consultants, 2014, p. 33.

97. Marcelo Mosse e Edson Cortês, A corrupção no sector da saúde, Maputo, CIP, 2006, p. 20.

98. CIP, op. cit.

99. Jorge Matine, A falta de medicamentos está também associada a precariedade no funcionamento da logística farmacêutica no sistema pública de saúde, Maputo, CIP, 2018.

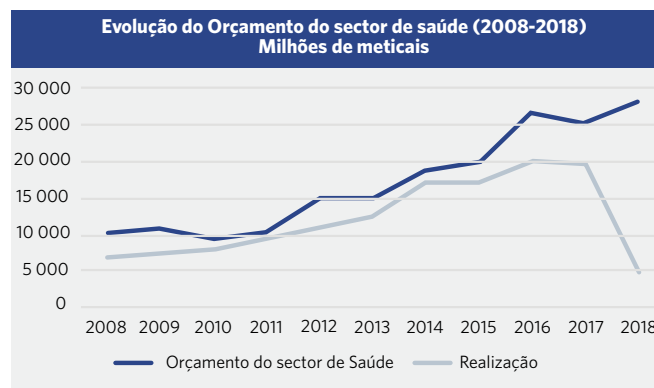
100. CMCM, Venda informal de medicamentos na Cidade de Maputo, causas e consequências para a saúde pública, Maputo, Pelouro de Saúde e Ação Social, 2017.

Entretanto, persistem deficiências no sector de aquisições públicas e na efectividade da auditoria externa, constrangida pelas falhas no seguimento dos relatórios de auditoria.

## 7.4. Eficiência: o hiato entre o planificado e o executado

A eficiência tem a ver com o pleno emprego dos recursos de financiamento para atingir os objectivos de saúde preconizados. Neste sentido, nesta parte, pretende-se responder a duas questões básicas: os resultados planificados foram executados? Se não, quais foram os principais desafios da implementação? O gráfico demonstra a evolução do orçamento do sector da saúde entre o planificado e o realizado.

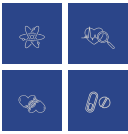
**Gráfico 14.** Evolução do Orçamento do sector da saúde



Fonte: REO (2008-2018)

O gráfico ilustra que o nível de execução do orçamento do sector da saúde situa-se abaixo do orçamento planificado. O fosso entre o planificado e o realizado foi menor em 2011 (6%) e maior entre 2016 e 2017. Para este período, o nível de realização orçamental foi de apenas 76% e 78%, respectivamente, representando um fosso de 24% e 22%<sup>101</sup>, acomodando assim a tese do Ministério da Economia e Finanças de que o sector não precisa de recursos adicionais, pois não consegue executar o que recebe, levantando, desta forma, dúvidas sobre eficiência na execução orçamental.

101. Embora o gráfico de 2018 apresente um nível de execução de 17% e um fosso entre o planificado e realizado de 83% não se contemplou o ano de 2018 uma vez que os dados correspondem apenas ao primeiro trimestre de 2018.



A diferença entre o orçamento planificado e executado, para além de revelar a incapacidade de absorção de recursos, demonstra a fraqueza do sector na alocação estratégica de recursos no sector<sup>102</sup>, sobretudo, os externos. A discrepância entre o orçamento planificado e executado é resultado da combinação de desvios protagonizados tanto pelos parceiros de cooperação, assim como pelo MISAU. Dados dos relatórios de Avaliação Conjunta Anual<sup>103</sup> indicam, por exemplo, que o fosso entre o planificado e o executado deriva dos atrasos na disponibilização dos fundos pelos doadores. Com efeito, para o ano 2011, a Comissão Europeia apenas disponibilizou o seu apoio em Dezembro daquele ano, tendo sido mais crítico o caso da Itália, que disponibilizou a sua contribuição de 2011 no mês de Janeiro de 2012<sup>104</sup>. Estes atrasos derivam, em parte, da desconfiança dos parceiros de cooperação motivada por evidências de desvios de aplicação de fundos para pagamento de dívidas<sup>105</sup>, progressos insatisfatórios na implementação do Plano de Acção para o Fortalecimento (PAF) da Gestão Financeira no Sector da Saúde<sup>106</sup>, ausência de liquidez por parte dos doadores; retaliação a modalidades de gestão financeira não transparentes, atrasos do Tribunal Administrativo em providenciar os relatórios de auditoria<sup>107</sup> - um requisito fundamental para a alocação de novos volumes de fundos - e, ainda, a reserva relativamente ao alcance de resultados objectivamente verificáveis.

102. Nicolas Drossos e Berta Bunguele, Diagnóstico dos Sistemas de Gestão de Finanças Públicas no Sector da Saúde em Moçambique, Maputo, MISAU, 2016.

103. MISAU e Parceiros de Cooperação, « Quinta Avaliação conjunta do sector de saúde », Maputo, MISAU, 2005. MISAU e Parceiros de Cooperação, « Desempenho do sector de Saúde- Sétima avaliação conjunta anual », Maputo, MISAU, 2008. MISAU e Parceiros de Cooperação, « Desempenho do sector de saúde - Oitava avaliação conjunta anual », Maputo, MISAU, 2009. MISAU e Parceiros de Cooperação, « Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2011 », Maputo, MISAU, 2012. MISAU e Parceiros de Cooperação, « Avaliação conjunta anual do desempenho do sector de Saúde 2012 », Maputo, MISAU, 2013. MISAU e Parceiros de Cooperação, « Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2013 », Maputo, MISAU, 2014.

104. Tribunal Administrativo, Relatório Final e Carta de Recomendações da Auditoria Financeira ao PROSAÚDE 2011, MISAU, Maputo, 2013.

105. Relatório de Avaliação Conjunta Anual 2007, Maputo, 2008.

106. Relatório de Avaliação Conjunta Anual 2013, Maputo, 2014.

107. O relatório de auditoria das contas do PROSAÚDE 2015 só foi enviado aos doadores em 2018. Este facto constitui uma das falhas no processo que condicionam a disponibilização dos recursos pelos parceiros de cooperação.

## 7.5. *Topping-Ups*: do incentivo salarial ao descrédito do PROSAÚDE

Para fazer face à crescente demanda de melhores serviços de saúde, o PROSAÚDE, em colaboração com o Ministério da Saúde, criou um conjunto de incentivos para estimular o pessoal do sector, tais como: o incentivo de desempenho para o pessoal técnico afecto ao Departamento Financeiro, o suplemento salarial denominado *Topping-Up* (para especialistas moçambicanos afectos a unidades sanitárias fora da cidade e província de Maputo) e o incremento salarial para o pessoal de Direcção e Chefia e Lugares de Confiança dos Órgãos Centrais. Estes incentivos tinham como intuito suplantar o problema da retenção de pessoal qualificado para garantir a qualidade e celeridade dos serviços e facilitar o estabelecimento e a consolidação de equipas apropriadas de médicos especialistas nas Unidades Sanitárias fora da cidade e província de Maputo e a redução das responsabilidades acrescidas que o pessoal de Direcção e Chefia tem assumido na liderança do processo da reforma do Sector Público.

Contudo, os relatórios de auditoria<sup>108</sup> indicam que o MISAU efectuava pagamentos de incentivos aos funcionários sem a respectiva base legal, como são os casos de pagamento de serviços de telefonia móvel a funcionários que não exercem cargos de Direcção ou de chefia e, ainda, pagamento de despesa de comunicação para funcionários que exercem cargos de Direcção e chefia acima do permitido. Nas folhas de pagamento de salário do pessoal contratado, constatou-se, por exemplo, que se tinha efectuado o pagamento indevido do suplemento salarial, o *Topping-Up*, ao pessoal de Direcção e Chefia e Lugares de Confiança dos Órgãos Centrais, no valor total de 77.335.451,90 MT sem que, para o efeito, houvesse o respectivo suporte legal que autorizasse tais pagamentos.

108. Tribunal Administrativo, « Relatório de Auditoria ao exercício 2011 \_ PROSAUDE », Maputo, MISAU, 2013, p. 77.



Houve uma situação em que algum dinheiro alocado ao PROSAÚDE foi para o *Topping-Ups* (incentivos salariais, bónus) e isso não é aceitável. Não podemos continuar a dar dinheiro para incentivos salariais. Pode-se assim dizer que essa é uma das razões da saída do Canadá, pois é contra os seus termos e condições. Com o tempo fomos nos apercebendo que o *Topping-Up* não era direccionado para o servidor na Unidade Sanitária mas sim para estrutura central de gestão do PROSAÚDE<sup>109</sup>.

O extracto do discurso acima demonstra que o pagamento indevido ao pessoal de Direcção e Chefia e Lugares de Confiança, para além de ter contribuído para a erosão da confiança dos parceiros de cooperação, na sua contraparte governamental representada pelo MISAU, contribuiu igual e significativamente para o abandono de alguns parceiros de cooperação dos mecanismos de financiamento via PROSAÚDE. Portanto, existe a percepção, no seio de um grupo de doadores, de que a criação de incentivos selectivos para o núcleo de coordenação e gestão das políticas de saúde contrariava o espírito da ajuda ao desenvolvimento, pois concentrava maiores recursos nos gabinetes e não necessariamente nos resultados dos serviços de saúde, servindo, portanto, de expediente para justificar operações de procura e redistribuição de renda, pelos sectores estratégicos do MISAU. Para além da redução do volume da ajuda, a mudança de perspectiva dos parceiros de cooperação em relação aos *topping-Ups* é, sobretudo, o resultado da orientação para o *Value for Money* das novas equipas de parceiros de cooperação destacados para o país que abandonam o foco nos processos e adoptam uma concepção mais pragmática orientada para os resultados efectivos da ajuda. É importante realçar que o escrutínio do real impacto das contribuições dos cidadãos nas sedes sociais dos países dos doadores começa a ganhar ímpeto, o que se traduz num controlo mais rigoroso da eficácia da ajuda nos países beneficiários.

## 7.6. Centralização dos recursos do PROSAÚDE

O processo de democratização dos serviços de saúde persegue dois ritmos: por um lado, o da descentralização para as autarquias locais e, por outro, o da desconcentração, que compreende a alocação de maiores recursos para o nível provincial e distrital<sup>110</sup>. O primeiro ritmo é regulado pelo Decreto no 33/2006, de 30 de Agosto, que sustenta que, dentre outras áreas, as autarquias locais poderiam realizar investimentos públicos na área da saúde e que a transferência de competências de órgãos do Estado para órgãos autárquicos é acompanhada pela correspondente transferência de recursos financeiros e, se necessário, humanos e patrimoniais<sup>111</sup>.

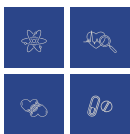
Todavia, é consensual que o processo de transferência de competências gestonárias para o município, no que concerne à saúde, não esta a ser conduzido de forma eficaz, culminando em uma descentralização de fachada, na medida em que o processo ainda não foi acompanhado de recursos humanos, financeiros e muito menos patrimoniais<sup>112</sup>. Mesmo no Concelho Municipal da Cidade de Maputo, que representa o exemplo mais peremptório da descentralização, a situação ainda é inconsistente com o discurso descentralizador. Embora, por um lado, tenha oficialmente assegurado o poder de gestão das unidades sanitárias, por outro lado, o CMCM, pela ausência de instrumentos de acção pública (recursos financeiros, humanos e patrimoniais), encontra-se numa situação de dependência congénita em relação à Direcção de Saúde da Cidade de Maputo (DSCM) para fazer a gestão corrente das 28 unidades sanitárias sob sua alçada. Os estabelecimentos municipais de saúde estão subordinados ao Representante do Estado, às Direcções de Saúde Provincial e da Cidade, SDSMAS, tanto nas zonas rurais como nas principais vilas e cidades.

110. Cadete Forquilha, « Governação Distrital no contexto das reformas de descentralização administrativa em Moçambique: Lógicas, dinâmicas e desafios », in *Desafios para Moçambique 2010*, Maputo, IESE, 2010, p. 31-50.

111. Decreto no 33/2006, de 30 de agosto. Regula os procedimentos para a transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais. Boletim da República, I série, no 35 de 30 de Agosto de 2006.

112. José Ombe e Lucas Catique, « As implicações da descentralização na gestão das Unidades Sanitárias: Um olhar para o caso do Município de Maputo », Maputo, IESE, 2017.

109. Entrevista com AC, Embaixada de Canadá, Maputo, 12 de Agosto de 2018.

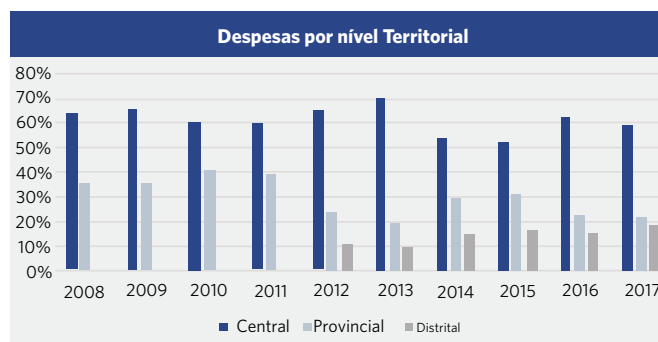


Muito por conta de conflitos de poder político-administrativo, verifica-se uma incapacidade de aplicação da legislação que rege a transferência de competências, a descentralização para os municípios altamente urbanizados geridos por partidos da oposição, como são os casos de Quelimane, Beira, Nampula, Nacala Porto, assim como, para os municípios geridos pelo partido no poder mas com uma forte partilha do poder ao nível dos Conselhos Autárquicos, como é o caso do município da Matola, conhecem e poderão conhecer, exponencialmente, uma resistência da administração central em transferir competências na gestão administrativa e financeira do sector, uma vez que a saúde é objectivamente percebida como moeda de transação política e de busca de constituências políticas. O princípio do gradualismo, neste caso, oferece toda a margem de contorno das imposições normativas atinentes à necessidade de descentralizar os serviços para os escalões inferiores da administração pública.

Por outro lado, a desconcentração é regulada pela Lei 8/2003 de 19 de Maio<sup>113</sup> e pelo respectivo regulamento, Decreto 11/2005 de 10 de Junho<sup>114</sup>, que confere controlo do sector de saúde às Direções Provinciais de Saúde (DPS) e os Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS). Neste âmbito, o processo é bastante lento. Por exemplo, dos 27 Hospitais distritais e rurais planificados para o ano de 2016 apenas o Hospital Distrital de Nacala Porto é que beneficiou da descentralização orçamental. Problemas de natureza jurídicos são geralmente apontados pelo MISAU para justificar as dificuldades na descentralização dos recursos. Para o MISAU, o facto de muitos Hospitais existirem fisicamente, mas juridicamente não estarem formalmente constituídos, é a principal causa para o défice de descentralização<sup>115</sup>. A ausência de indicadores que meçam credivelmente os processos e os impactos da descentralização torna complexa uma apreciação rigorosa dos avanços e retrocessos na matéria de desconcentração dos serviços de saúde<sup>116</sup>. Não obstante os esforços notáveis, tais como a criação de uma unidade de aglutinação

das reformas do sector de saúde (URESS) através do diploma ministerial de 2015, que ainda carece de capacitação institucional<sup>117</sup>, numa análise por âmbito, é possível notar que ainda persistem as iniquidades na alocação de recursos entre os vários níveis do sistema nacional de saúde. Ou seja, a maior parte da despesa do sector da saúde foi realizada ao nível central, seguidamente, pelo nível provincial e, por último, pelos distritos. Pese embora as DPS tenham conquistado certo protagonismo nos processos de tomada de decisão e de utilização de recursos e se considere, na engenharia institucional, o SDSMAS como a unidade de base de planificação, na prática o mesmo têm um papel irrelevante na decisão sobre as prioridades na alocação dos fundos, assim como na recepção dos fundos externos. O gráfico abaixo ilustra a alocação da despesa por nível territorial.

**Gráfico 15.** Despesa por nível territorial



**Fonte:** Unicef (2016) REO- DAF MISAU (2017)

A fusão do Fundo Comum Provincial e o de Medicamentos ao PROSAÚDE II, num contexto em que as reformas de descentralização nunca encontraram incentivos para a sua implementação efectiva, tem contribuído significativamente para a consolidação do centralismo gestor do MISAU. Isto é, persiste o centralismo dos gastos com o sector da saúde nos níveis macro em detrimento dos níveis meso e micro do sector. Numa comparação entre a alocação dos fundos em função da fonte de origem, interna ou externa, conta-se que os desembolsos externos têm sido gastos ao nível central, ao passo que os recursos internos, embora centralizados, têm sido comparativamente mais partilhados

113. Lei 8/2003 de 19 de Maio. Estabelece princípio e normas de organização, competência e funcionamento dos órgãos locais do Estado. Boletim da República nº20, 1ª Série, Suplemento, de 19 de Maio de 2003.

114. Decreto 5/2005 de 10 de Junho. Aprova o regulamento dos órgãos locais do Estado.

115. Marina Karagianis e Lúcia Chongo, op. cit.

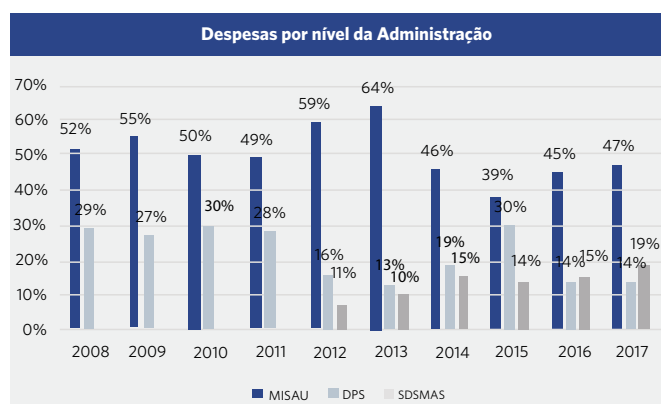
116. MISAU e Parceiros de Cooperação, op. cit., p. 5.

117. Marina Karagianis e Lúcia Chongo, op. cit.



com a província e o distrito<sup>118</sup>. Nota-se, portanto, uma tendência histórica de centralização rígida dos recursos externos (centralização da riqueza) e uma descentralização modesta dos recursos de investimento interno (descentralização da penúria), por conta de estes últimos serem alocados directamente ao Ministério da Economia e Finanças (MEF). O contorno do MISAU na alocação dos fundos do PROSAÚDE para os níveis subterritoriais tem sido palco de tensão e de disputa de autoridade entre o MISAU e o MEF. Em termos da redistribuição orgânica das despesas, historicamente, o MISAU absorveu a maior parte das despesas do sector da saúde:

**Gráfico 16.** Despesa por nível da administração



Fonte: UNICEF (2015-2017)

O tamanho do orçamento do MISAU reflecte o facto de muitas responsabilidades ainda estarem concentradas no nível central, não obstante o PESS 2014-19 ter estabelecido a descentralização como o ponto de partida da agenda de reforma do sector da saúde. Uma das razões das iniquidades territoriais está ligada aos padrões de despesa, que variam de acordo com a capacidade instalada de recursos humanos e não com a necessidade, determinada por factores como a densidade populacional, o número per capita de hospitais e leitos hospitalares, os indicadores de pobreza e de privação grave de saúde<sup>119</sup>. Deste modo, centros como a Cidade de Maputo que dispõem da maior rede hospitalar e

maior efectivo de recursos humanos, por inércia, vão beneficiar sempre da maior alocação de recursos do que os distritos, em condições óbvias de precariedade de serviços de saúde. Neste sentido, as iniquidades tendem a persistir entre Maputo e o resto do país; entre o urbano e o rural, entre aqueles nos quintis superiores de riqueza e o resto da população, incluindo os pobres urbanos (e abrangendo os de Maputo)<sup>120</sup>. Tal situação já não se pode atribuir à discriminação racial que vigorou durante o domínio colonial, mas sim às opções actuais de política de alocação dos recursos, que tendem a aumentar as assimetrias regionais e sociais.

Em suma, o processo de descentralização no sector da saúde é lento – contrariando o discurso do MISAU, favorecendo a resiliência de uma gestão centralizada e baseada na lógica *top-down*<sup>121</sup> herdada da trajetória histórica de construção do Estado-Nação no período pós-colonial, caracterizado pelo centralismo democrático<sup>122</sup>. Entretanto, de 2016 a 2017, é possível verificar uma tendência para a valorização dos SDSMAS, que passaram, respectivamente, a absorver mais 1% e 4% dos gastos comparativamente à sua contraparte provincial<sup>123</sup>. Isto significa que, embora tardia e titubeante, a descentralização é mais flexível no nível meso (província) para o micro da prestação de serviços. Contudo, uma vez que os SDSMAS, como todas as outras autoridades sectoriais distritais, não são normalmente uma Unidade Gestora Beneficiária (UGB), conforme está estabelecido no e-SISTAFE, os fundos do OE são geridos globalmente como orçamento do governo distrital, concretamente pelo Gabinete do Secretário Permanente do distrito, que normalmente tem o estatuto de UGB. Portanto, há problemas de gestão resultantes desta estrutura, que têm um efeito negativo na prestação de serviços de saúde<sup>124</sup>.

118. MISAU e Parceiros de Cooperação, « Desempenho do sector de Saúde- Sétima avaliação conjunta anual », Maputo, MISAU, 2008, p. 5.

119. Bernhard Weimer, « Saúde para o povo? Para um entedimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique », in Moçambique: Descentralizar o Centralismo? Economia Política, Recursos e Resultados, Maputo, IESE, 2012, p. 423-456.

120. Bridget O'Laughlin, « O desafio da saúde rural », in Desafios para Moçambique 2012, Maputo, IESE, 2012, p. 333-371.

121. Lúcio Posse, « Descentralização no sector de saúde em Moçambique: Um processo sinuoso », Maputo, IESE, 2018, (« IDEAIS »), p. 2.

122. Michel Cahen, op. cit.

123. UNICEF, « Informe Orçamental 2016: Saúde », Maputo, UNICEF, 2016, p. 1-16. UNICEF, « Informe Orçamental 2017: Saúde », Maputo, UNICEF, 2017, p. 1-24.

124. Bernhard Weimer, op. cit.



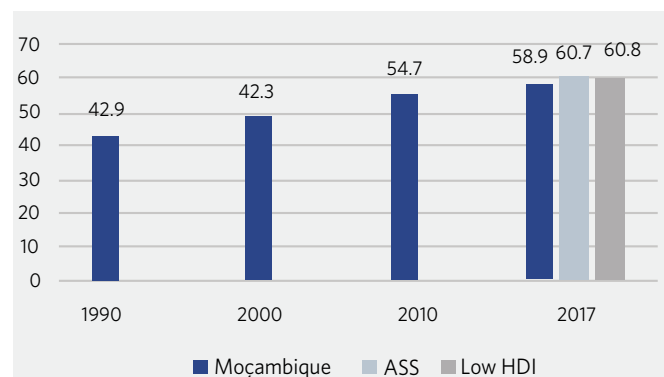
## 7.6. Financiamento, Investimento e Resultados: é possível?

O progresso de Moçambique nos diversos relatórios de desenvolvimento tem sido mais uma causalidade temporal do que necessariamente produto de uma forte indução e controlo político feito por intermediação das políticas públicas e outras ferramentas ou instrumentos da acção pública. Como atestam os últimos dados do PNUD sobre o desenvolvimento humano no país, progressos têm sido assinalados. Entretanto, com um nível de desenvolvimento humano de 0.437 em 2017, o país continua entre os nove países com o pior desempenho, ocupando a posição 180 dentre as 189 posições possíveis. Entre 1990 e 2017, a esperança de vida à nascença de Moçambique aumentou 16,0 anos, a média de anos de escolaridade aumentou 2,7 anos e os anos de escolaridade esperados aumentaram 6,0 anos. O PIB per capita de Moçambique aumentou cerca de 198,6 por cento entre 1990 e 2017<sup>125</sup>. Este desempenho revalida a posição do país no grupo de 20 países africanos que apresentaram uma evolução satisfatória nos índices de desenvolvimento humano de 2000-2014<sup>126</sup>. Entretanto, pese embora o desempenho supracitado, o país resiste em “*sortir de la grande nuit*”<sup>127</sup> (sair da grande noite), permanecendo entre os países com baixo desenvolvimento humano, em outros termos, pobre, precário e com altos índices de privação de acesso a serviços básicos. Portanto, contraproducente seria o termo mais ajustado para a realidade de um país caracterizado por progressos em contexto de retrocessos.

O sector da saúde é indubitavelmente uma área estratégica para a efectivação do desenvolvimento humano. Neste sentido, a finalidade do sistema de saúde é a provisão de serviços de saúde que contribuam para a melhoria do estado de saúde da população. O país tem demonstrado progressos significativos nos principais indicadores de saúde, tais como: redução da malária, da

incidência da tuberculose, da prevalência do HIV-SIDA, redução da mortalidade materno infantil. Entretanto, os resultados ainda não são suficientes para a progressão do país para a categoria de desenvolvimento humano moderado. De uma forma geral, a expectativa de vida dos moçambicanos aumentou nos últimos 27 anos, como ilustra o gráfico abaixo:

**Gráfico 17.** Expectativa de vida vs ASS e Low HDI



Fonte: UNDP (2018)

A esperança de vida à nascença, embora tenha aumentado para 16 anos de 1990 a 2017, ainda continua relativamente desvalorizada no concerto dos países com um índice de desenvolvimento humano precário (60.8) e da África Subsaariana (60.7), denotando a persistência dum estágio de privação da população de muitos bens e serviços de saúde básicos e primários.

No que conerne a algumas áreas consideradas prioritárias no âmbito do PROSAÚDE, tanto pelos doadores assim como pelos parceiros de cooperação, nomeadamente saúde materna e infantil, bem como as grandes endemias (Malária, Tuberculose e HIV/SIDA), Moçambique está a demonstrar um desempenho híbrido, com progressos e retrocessos. Na tabela a seguir apresenta-se o desempenho do país nos indicadores críticos de saúde, numa série temporal de 1990 a 2017.

125. PNUD, « Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update », Washington, D.C, PNUD, 2018, (« Briefing note for countries on the 2018 Statistical Update »), p. 1-8.

126. PNUD, « Rapport sur le développement humain en Afrique », New York, PNUD, 2016.

127. Achille Mbembe, *Sortir de la grande nuit*, Paris, La Découverte, 2013.

**Tabela 5.** Evolução de Indicadores de saúde

Ano	Tuberculose (prevalência de TB por 100 000 Hab.)	Mortalidade Materna (por 1000 nados vivos)	HIV_SIDA incidência %	Mortalidade Infantil (em 1000 nados vivos) entre 0-5 anos
1990		396	1,8	247
2000	513	407	10,4	175,6
2010	545	348	14,4	100,8
2014	554		10,6	
2016	551	285	12,3	71,3

Fonte: AHO (2016) e PNUD (2018)

Quanto aos progressos, a mortalidade infantil registou melhorias, tendo havido uma redução, de 1990 a 2016, de 176 nados mortos por mil nascimentos. Actualmente, em mil nascimentos vivos morrem apenas 71 crianças. A esperança de vida dos rapazes após o nascimento registou um incremento, de 41,3 a 56,7 anos e a das raparigas registou um aumento de 44,5 a 61 anos de 1990 a 2017. Apesar do crescimento notável, os rapazes continuam sendo o grupo mais vulnerável, isto é, com mais probabilidades de perderem a vida após o nascimento<sup>128</sup>.

Para a redução da mortalidade infantil concorreu a melhoria da taxa de vacinação e imunização na primeira idade, que teve um incremento, tendo registado, de 2014-2016, um aumento na ordem de 4% a nível Nacional, o que se considera positivo<sup>129</sup>. No total, 66% de crianças com idade de 12-23 meses receberam todas as vacinas básicas disponíveis no serviço nacional de saúde (BCG, DPT, poliomielite e sarampo), contra 64% reportados no IDS 2011 e 63 % em 2003, o que mostra que houve uma ligeira melhoria deste indicador nos últimos doze anos<sup>130</sup>.

A introdução de novas vacinas (Rotavirus, IPV e 2ª dose de Sarampo) em 2015 e a introdução de recursos adicionais pelo programa GAVI para o Fortalecimento de Sistemas de Saúde (HSS/GAVI), com enfoque na melhoria do processo de planificação do programa, cadeia de frio e logística de vacinas, realização das Brigadas Móveis e supervisão formativa, assim como o papel importante na logística da distribuição de

128. PNUD, op. cit.

129. Marina Karagianis e Lúcia Chongo, op. cit.

130. MISAU, INE e ICF, « Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015 », Maputo, Rockville, Maryland, INS, INE, ICF, 2015. A cobertura por todas as vacinas varia segundo a área de residência, província, escolaridade da mãe e o quintil de riqueza. A taxa de cobertura para todas as vacinas é baixa entre as crianças residentes nas áreas rurais (62 por cento) e alta entre as crianças residentes nas áreas urbanas (78 por cento). As províncias de Zambézia (50 por cento), Nampula (52 por cento) e Tete (53 por cento) apresentam as taxas de cobertura para todas as vacinas mais baixas. As províncias de Cabo Delgado (86 por cento), Gaza (85 por cento) e Maputo Província (83 por cento) apresentam as taxas mais altas. A taxa de cobertura para todas as vacinas aumenta consoante o nível de escolaridade da mãe, sendo 53 por cento entre as crianças de mulheres sem instrução e 85 por cento entre as crianças de mulheres com nível de escolaridade secundário. A mesma tendência se verifica por quintil de riqueza.





vacinas desempenhado pelo UNICEF contribuíram significativamente para a melhoria dos indicadores de vacinação e imunização<sup>131</sup>. Entretanto, algumas províncias, como Zambézia e Nampula, não conseguiram alcançar a meta fixada para 2016 (88%). Factores relacionados com a disponibilidade de vacina associados a constrangimentos logísticos que resultaram em rupturas de *stock* de alguns antígenos podem estar na origem deste desempenho negativo<sup>132</sup>. Por seu turno, desafios no campo da nutrição infantil ainda são imensos. Os dados do UNICEF indicam que o País é o nono em África com taxas mais elevadas de desnutrição crónica<sup>133</sup>, o que significa que quase metade das crianças moçambicanas sobrevivem num contexto de escassez alimentar, o que reduz a sua imunidade e, em última instância, a sua esperança de vida. As calamidades naturais como a seca e as cheias têm contribuído substancialmente para o actual quadro de desnutrição, mas também as questões culturais, assim como a fraca intervenção em termos de políticas de saúde pública influenciam sobremaneira o estágio de nutrição infantil no país.

No capítulo da mortalidade materna, de acordo com os dados do PNUD, o país registou uma redução na ordem de 71%, saindo de 396 mortes para 285 por mil partos<sup>134</sup>. Porém, os dados acima descritos devem ser interpretados com a devida cautela, pois há discrepância entre os dados obtidos pelo PNUD e pela ACA (2016), não obstante os mesmos corroborem a redução da mortalidade materna. Segundo os dados da ACA (2016), o Rácio de Mortalidade Materna (RMM) reduziu de 94 Mortes Maternas Intra-hospitalares (MMI) por 100.000 Nados Vivos (NV) em 2015 para 87 em 2016, tendo a meta de 120MMI/100.000 NV sido largamente ultrapassada já em 2015<sup>135</sup>. A introdução da Iniciativa Maternidade Modelo, o amplo envolvimento comunitário através da formação/revitalização e intervenções de Agentes Polivalentes elementares (APEs), Comitês de Saúde, de Co-gestão e de Humanização, Parteiras Tradicionais (PTs) e Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) em novas abordagens, parto seguro, início da implementação

da Estratégia de Prevenção da Hemorragia Pós-parto ao nível da comunidade com Misoprostol em 35 distritos do País são apontados como factores críticos do sucesso registado<sup>136</sup>. Todavia, existe um consenso entre os parceiros de cooperação assim como o MISAU de que a qualidade dos serviços de assistência à gravidez, parto e pós-parto deve ser alvo de pesquisa aprofundada, pelo que o seu impacto na redução da mortalidade materna pode ser ainda muito ténue.

No que concerne à incidência da Tuberculose (TB), os dados do PNUD (2018) apontam para um crescimento das taxas de incidência dos casos de TB de 513 em 2000 para 551 em 2016 por 100 000 habitantes. O aumento dos casos de TB deriva do aumento dos casos notificados de 61.559 em 2015 para 73.572 em 2016 (cerca de 18%). O progresso no registo das notificações resulta fundamentalmente de um maior envolvimento comunitário através dos Líderes Tradicionais, Activistas, e Agentes Polivalentes Elementares na criação de demanda na comunidade, da implementação da estratégia dos Oficiais da Tosse nas USs desde 2014 e sua rápida expansão, para 90 USs em 2016, para o rastreio da TB nas salas de espera e a expansão do Gene Xpert (17 aparelhos adicionais em 2016) para o diagnóstico laboratorial. Entretanto, apesar do contínuo crescimento anual da taxa de notificação de casos de TB, grande parte das províncias não alcançou a meta estabelecida. O incumprimento das metas deveu-se a capacidade de diagnóstico resultante da baixa cobertura da rede laboratorial e radiológica, não obstante os esforços para a sua expansão<sup>137</sup>. Por seu turno, quanto à cura da TB, os resultados são pouco animadores, apesar dos progressos. O relatório do ACA (2016) indica que a tendência da média nacional nos últimos anos mostra-se estacionária, não tendo algumas províncias, como Manica, Inhambane, Maputo Província e Cidade, alcançado a meta definida.

Outras áreas de progresso questionável são o combate ao HIV-SIDA e à malária. De acordo com o PNUD (2018), o País assistiu a um crescimento de 1,8% para 12,3% da taxa de incidência do HIV-SIDA, entre adultos de 15 a 49 anos de idade<sup>138</sup>,

131. UNICEF Moçambique, « Moçambique: Relatório Anual 2016 - Reforçar a resiliência », Maputo, UNICEF Moçambique, 2017.

132. Marina Karagianis e Lúdia Chongo, op. cit.

133. UNICEF Moçambique, op. cit.

134. PNUD, op. cit.

135. Marina Karagianis e Lúdia Chongo, op. cit.

136. Idem

137. Marina Karagianis e Lúdia Chongo, op. cit.

138. PNUD, op. cit.

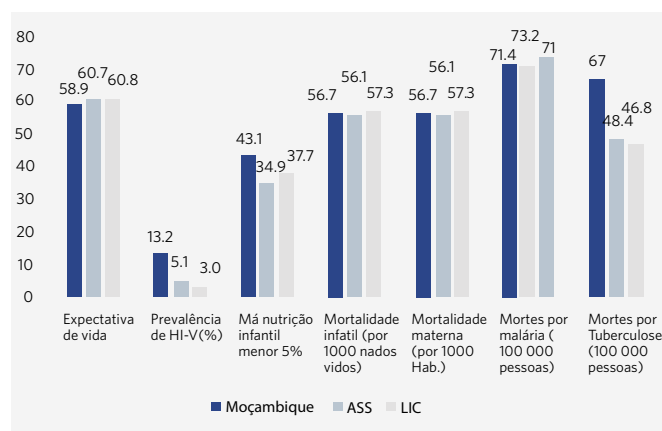


entre 1990 à 2017. Entretanto, os dados do IMASIDA (2015) indicam que a prevalência situava-se nos 13,2%. Não obstante a discrepância em termos de dados, são poucas as evidências que mostram uma redução dos índices de infecção denotando. Portanto, os esforços nesta área têm sido contraproducentes, não obstante os investimentos feitos tanto com os recursos *on-budget*, assim como os recursos *off-budget*, particularmente do PEPFAR. O fraco desempenho nesta área, dentre outros factores, resulta da fraca concentração dos serviços de TARV nas Unidades Sanitárias, com apenas 19% da cobertura nacional, pese embora a expansão do TARV pelas US; fraca retenção dos pacientes aos cuidados; fraca qualidade no seguimento clínico dos pacientes e monitoria através da carga viral e a fraca qualidade dos dados estatísticos sobre o TARV – especialmente em termos da detecção e reporte de saídas (abandonos, óbitos, etc.)<sup>139</sup>.

A malária, considerada o mais importante problema de saúde pública em Moçambique, a sua incidência no país tem estado a mostrar uma tendência de agravamento, com destaque para as províncias da zona norte. A prevalência da malária nas crianças aumentou dois pontos percentuais, tendo passado de 38% em 2011 para 40% em 2015. A província da Zambézia destaca-se com um aumento na prevalência em 13 pontos percentuais desde 2011 (55% a 68%)<sup>140</sup>. A doença é responsável por cerca de 60% dos internamentos pediátricos em Moçambique. Das mortes hospitalares em crianças, cerca de 30% são devidas à malária<sup>141</sup>. A taxa da malária no mundo reduziu de 2000 a 2017, entretanto, Moçambique é o quarto no *ranking* dos países que excederam o limiar de 300 000 casos de malária em 2017. Em termos concretos, tal significa que, dos quase 50% de todos os casos de malária no mundo, Moçambique contribuiu com 5%, num *top five* composto pela Nigéria (25%), República Democrática do Congo (11%) Índia (4%) e Uganda (4%)<sup>142</sup>. Eventos climáticos extremos, nomeadamente a seca nas zonas centro e sul do país, e alta pluviosidade na zona norte, a baixa cobertura das intervenções de controlo vectorial revelam a fraca capacidade de resposta do sistema do sector

da saúde<sup>143</sup>. Por fim, numa análise comparativa, ao nível da África Subsaariana (ASS) e na categoria dos países com baixo desenvolvimento humano (LIC), com a excepção da redução da mortalidade materno infantil, Moçambique continua longe de atingir as médias observadas. A tabela abaixo sistematiza os principais indicadores de saúde:

**Gráfico 18.** Indicadores de saúde



Fonte: PNUD (2016-18)

Tomando em conta os dados, numa dimensão sistémica da saúde, verifica-se que, embora o país tenha alcançado alguns indicadores de progresso na redução da mortalidade materno-infantil, a situação da saúde dos moçambicanos é precária. Quando são analisados os índices de HIV-SIDA, a mortalidade devido à tuberculose e à malária é superior às médias da África Subsaariana e dos Países de Baixa Renda, concorrendo para o actual nível de esperança de vida do país. Este desempenho do sector vem demonstrar que mais dinheiro pode não significar necessariamente mais eficácia quando não acompanhado de um quadro de instituições capazes de promover mais participação, descentralização, transparência e responsabilização ao nível do sector. Se o país ainda confirma níveis de oferta de serviços de saúde precários é um indicador plausível de que o acesso à saúde para todos ainda é mais uma quimeira do que realidade.

139. Embaixada de Estados Unidos de América, « Relatório de HIV-Moçambique », Maputo, Mozambique, Embaixada dos Estados Unidos de América, 2017.

140. MISAU, INE e ICF, op. cit.

141. FDC, Programa de aceleração e fortalecimento do controlo da malária em Moçambique.

142. WHO, « World malaria report 2018 », Geneva, WHO, 2018.

143. Marina Karagianis e Lídia Chongo, op. cit.



Para além da longa marcha em direção à promoção da saúde para todos, desiderato assumido pelo PROSAÚDE, uma última constatação, mas não menos importante, é digna de realce: o PROSAÚDE faz a prestação de contas do seu desempenho sem discriminar o seu contributo dentre as múltiplas intervenções de outros parceiros no sector de saúde, isto é, os resultados do sector da saúde são partilhados por todos os actores mesmo que não seja visível o real contributo de cada um deles. Desta forma, é difícil, verificar e reivindicar com sucesso a correlação entre o investimento feito na compra de medicamentos e artigos médicos e na Saúde pública, no âmbito do PROSAÚDE, e os resultados no combate à malária, ao HIV-SIDA, à tuberculose e a redução da mortalidade materno-infantil. Esta anomalia, constitui uma janela de oportunidade para a apropriação e reivindicação dos resultados de outros projectos e investimentos, tais como o Fundo Global, o GAVI e PEPFAR, como se fossem do PROSAÚDE e vice-versa, devido à ausência de mecanismos de informação dos resultados acurados e de gestão financeira e de prestação de contas sofisticados capazes de identificar, mensurar e verificar a conversão do financiamento em resultados objetivamente verificáveis. Ou seja, no cenário actual, não é possível demonstrar a correlação entre o financiamento, investimento, resultados e o impacto no cidadão-utente para cada um dos parceiros de intervenção *on-budget* e *off-budget*.

### 7.6.1. O Desafio da equidade: entre o mito e a realidade

O Plano Estratégico do Sector da Saúde (2014-2019) avança que a equidade na alocação, provisão e uso dos serviços de saúde é um dos princípios centrais para que a localização geográfica, as relações de gênero, a situação económica ou a condição de saúde não constituam barreiras ao uso de serviços<sup>144</sup>. Dados do Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF - 2014/15), que avaliam o acesso às infraestruturas de saúde, uso dos serviços e o grau de satisfação dos utentes, apontam para uma melhoria considerável do acesso aos serviços de saúde no geral. Para este relatório, 68,3% da população tem fácil acesso a uma unidade sanitária, ou seja,

os utentes caminham a pé menos de 30 minutos. A restante população está coberta por agentes comunitários de saúde, parteiras tradicionais e medicina tradicional, tendo muito recentemente o sector tradicional e o seu papel sido reconhecidos enquanto prestadores de serviços de saúde<sup>145</sup>.

**Tabela 6. Acesso a infraestruturas de saúde**

Características seleccionadas	Acesso	Necessidade	Uso	Satisfação
<b>Total</b>	68,3	12	67,4	53
Urbano	76,7	9,1	79	50,7
Rural	64,4	13,4	63,6	53,9
Províncias				
Niassa	64,6	14	60,9	64,6
Cabo Delgado	38,7	14,7	74,5	60,6
Nampula	66,1	12,6	60,2	49,2
Zambézia	64,8	13,1	56,5	44,5
Tete	74,4	13,2	69,7	54,7
Manica	65,4	8,9	77,2	72,2
Sofala	68,2	9,2	75,6	55,9
Inhambane	64,5	12,1	81,2	47,4
Gaza	83,4	14,3	79,6	47,6
Maputo Província	86,3	8,8	73,3	49,8
Maputo Cidade	96,4	7,3	79,5	52,9

Fonte: IOF 2014-2015

Todavia, para o distrito de Mocuba, terreno de pesquisa, os dados do balanço do PES para o primeiro semestre de 2018 indicavam que o raio teórico do distrito é de 11,4 km, o que significa que a população percorre, em média, 11,4 km para encontrar uma Unidade Sanitária, o que está aquém de satisfazer o acesso equilibrado às Unidades Sanitárias, de acordo com a recomendação do MISAU segundo a qual a distância média a percorrer deve ser de 7 a 10 km para encontrar uma Unidade Sanitária<sup>146</sup>.

Outrossim, embora o IOF 2014/15 reconheça uma melhoria considerável no acesso às Unidades Sanitárias, o acesso ainda continua elevado para a população residente nas áreas urbanas (76,7%) comparativamente a da área rural (64,4%). Em 2015, Maputo Cidade (96,4%), Maputo Província (86,3%) e Gaza (83,4%), por exemplo, foram as províncias com maior acesso a infraestruturas de Saúde, enquanto que a Província de Cabo Delgado apresenta o nível de acesso mais baixo com 38,7%, onde 67% da população usou serviços de saúde. A percentagem de pessoas que usaram serviços de saúde revela uma diferença de 16,2 pontos percentuais entre a área urbana e rural.

144. Ministério da Saúde, op. cit.

145. INE, « Inquérito ao orçamento familiar IOF 214/15 », Maputo, INE, 2015.

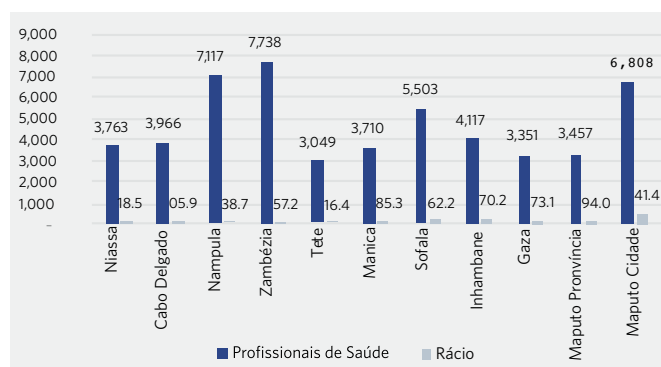
146. Governo do Distrito de Mocuba, « Balanço do PES 2018 Primeiro Semestre », Mocuba, Governo do Distrito de Mocuba, 2018.



Quanto à necessidade de serviços sanitários, nota-se que, na área urbana, houve menos necessidade do que na área rural, na ordem de 9,1 e 13,4%, respectivamente. Comparando a percentagem de necessidade e uso dos serviços sanitários, constata-se que, apesar de a área rural ter tido uma percentagem elevada de necessidade, foi a que teve menor percentagem de utilização dos serviços (63,6%), enquanto na área urbana houve menos necessidade e maior uso (79,8%). Quanto à satisfação dos utentes que consultaram um agente ou uma unidade sanitária, com a excepção das províncias de Niassa, Cabo Delgado, Tete, Manica, Sofala e Maputo Cidade, a satisfação está abaixo de 50%.

No que concerne à disponibilidade de recursos humanos para o sector da saúde, Moçambique contava, em 2015, no Sistema Nacional de Saúde, com um efectivo de 48773 profissionais, tendo evoluído para 54 192, em 2016, entre profissionais nacionais e estrangeiros, simbolizando um crescimento de 5419 profissionais de saúde. Deste modo, o rácio dos profissionais de saúde a nível nacional passou de 189.4 em 2015 para 205.1 por 100 mil habitantes<sup>147</sup> em 2016, metas ainda distantes do rácio recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), situado em 2,3 por 1000 habitantes. O gráfico a seguir indica por província o rácio de profissionais de saúde por 100 mil habitantes.

**Gráfico 19.** Rácio de Recursos Humanos para saúde por província (2016)

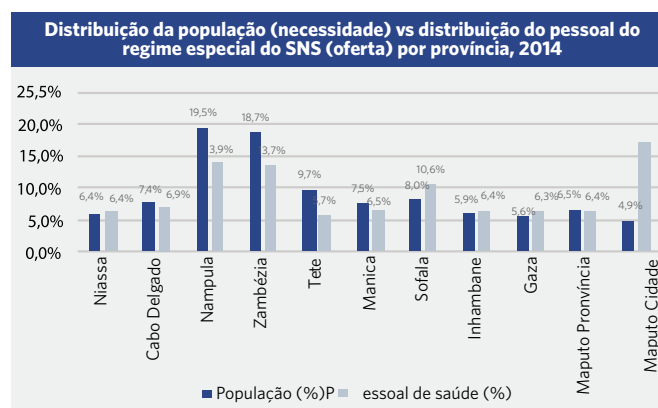


Fonte: 7º Anuário estatístico sobre Recursos humanos para saúde, 2016

147. DRH-MISAU, « 7º Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique - 2016 », Maputo, MISAU- Observatório de recursos humanos para Saúde em Moçambique, 2017.

Tete, Maputo província e Niassa constituem as províncias com menos disponibilidade de profissionais de saúde. Em contrapartida, as províncias de Zambézia, Nampula, Cidade de Maputo apresentam indicadores elevados de disponibilidade de recursos humanos. Entretanto, embora as províncias da Zambézia e Nampula apresentem índices de disponibilidade elevada, estas por sua vez são as províncias cujo rácio de RH é inferior logo depois da província de Tete, aquela que apresenta o menor rácio no país. O défice de RH é bastante agravado pelas iniquidades na sua distribuição. A título ilustrativo, o gráfico abaixo indica a persistência de desequilíbrios em termos de oferta de profissionais de saúde e procura de serviços por parte da população a nível provincial.

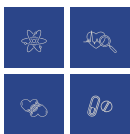
**Gráfico 20.** Distribuição da população vs pessoal de saúde



Fonte: Relatório de RH anual 2014

O gráfico mostra um equilíbrio entre a procura e a oferta de serviços de saúde nas províncias de Niassa e Maputo. Contudo, nas províncias de Nampula e Zambézia, a procura é maior do que a oferta enquanto na cidade de Maputo a oferta é maior que a procura.<sup>148</sup> Este fenómeno é parcialmente explicado pela não implementação dos planos de colocação de acordo com os critérios definidos, isto é, com privilégio para as regiões com menos disponibilidade e não para as regiões com maior disponibilidade. Por essa via, dados de 2014 ilustram que as províncias com maiores rácios (Sofala, Maputo Cidade) receberam mais profissionais do que o previsto no plano de colocação. Por outro

148. DRH Ministério da Saúde, Relatório Anual 2014, Maputo, MISAU, 2015.



lado, províncias com menores rácios (Nampula, Zambézia e Tete) receberam menos profissionais do que o previsto no plano de colocação.

Em 2015, 4 províncias (Nampula, Zambézia, Tete e Manica) não tinham ainda alcançado um rácio de técnicos das 10 profissões prioritárias. Existe igualmente uma iniquidade significativa na distribuição dos técnicos de saúde entre zona rural e urbana. A título ilustrativo, existem 176 técnicos de saúde por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 65 nas zonas rurais; existem 12 médicos por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 2 nas zonas rurais. A iniquidade na distribuição de técnicos de saúde pode ser explicada em parte pela iniquidade na cobertura de unidades sanitárias. Existe uma correlação frágil (mas positiva) entre o número de US por 100 mil habitantes e o número de técnicos de saúde por 100 mil habitantes; ou seja, quanto mais US existem por 100 mil habitantes, mais técnicos existem por 100 mil habitantes.<sup>149</sup>

Dados indicam que dos 5437 profissionais contratados via parceiros de cooperação, o PROSAÚDE contribuiu com 3853, representando cerca de 70%. Até 2015, 59% destes técnicos de saúde estavam concentrados nas zonas rurais e 41% nas zonas urbanas, o que demonstra uma tendência favorável para a redução das assimetrias<sup>150</sup>. Todavia, é evidente que a retirada do apoio ao orçamento via PROSAÚDE tem um potencial enorme de afectar negativamente a disponibilidade de técnicos de saúde nas zonas rurais e, por essa via, reduzir a oferta de serviços de saúde à população.

Por exemplo, a introdução do critério concurso público para admissão do pessoal médico ao sistema nacional de saúde poderá frear a entrada para o sector de quadros recém formados, significando, em última instância, menor disponibilidade de recursos, dado que a ausência de recursos externos no sector e a fragmentação do apoio podem contribuir para a evasão de profissionais de saúde para projectos fora do Sistema Nacional de Saúde<sup>151</sup>.

Finalmente, Moçambique tem vindo a registar avanços na formação de quadros de saúde qualificados, quer através da formação inicial, quer da formação contínua. No entanto, apesar do crescimento dos RH, Moçambique continua a estar entre os países do Mundo com os piores rácios de técnicos de saúde por 100 mil habitantes: em Moçambique, o rácio de Enfermeiros e ESMI por 100 mil habitantes é de 46,8, bastante abaixo de países como o Quénia (86,3), Zimbabwe (133,5), África do Sul (511,4). O défice de RH é preenchido por estrangeiros, que representam pouco mais de 26% dos médicos actuando no SNS, significando uma continuada dependência em relação a especialistas estrangeiros<sup>152</sup>. Outrossim, tem havido uma incapacidade de retenção dos profissionais, muitos dos quais migram para projectos, desvinculando-se do SNS. Portanto, apesar dos progressos alcançados, as iniquidades regionais e sectoriais persistem no sector da saúde, o que significa um risco para a realização do Direito Universal “Saúde”.



149. Ministério da Saúde, Plano de desenvolvimento..., op. cit.

150. DRH-MISAU, « 5o Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique - 2015 », Maputo, MISAU, 2015.

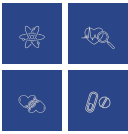
151. Entrevista com M. R Administração do Hospital Distrital de Mocuba, Maputo, Setembro 2018.

152. Ministério da Saúde, op. cit.



**GFF: FINANCIAMENTO  
BASEADO EM  
RESULTADOS.  
REFORÇO AO  
CONDICIONALISMO  
DE ASSISTÊNCIA?**





## 8. GFF: FINANCIAMENTO BASEADO EM RESULTADOS. REFORÇO AO CONDICIONALISMO DE ASSISTÊNCIA?

Em resultado de algumas frustrações com a abordagem baseada no comando e controlo, como é o caso de PROSAUDE abordado acima, pouco a pouco, diversos actores foram introduzindo práticas que condicionavam o financiamento aos resultados<sup>153</sup>. Com denominação variada, por exemplo, *performance-based payment*; *pay for performance* ou ainda *results-based financing*, actualmente, a perspectiva tem atraído muita atenção dos doadores (e de alguns Governos) como meio através do qual se pode melhorar a eficácia no alcance de metas específicas em saúde nos países de baixa renda e de Estados frágeis<sup>154</sup>. O pressuposto é de que as iniciativas baseadas nos resultados vêm remediar as falhas na prestação de serviços usando um sistema de desembolso de acordo com o cumprimento dos indicadores previamente estabelecidos. Mesmo que o seu escopo conceptual ainda se apresente de forma muito vaga, a perspectiva arrasta uma grande parte de doadores<sup>155</sup>. Neste contexto, o financiamento é condicionado à observância de indicadores de performance que definem claramente o que o mandatário pretende e encorajam o executor a alcançar os objectivos de performance definidos.

A abordagem está alinhada com a ideia de alto nível de *accountability* e de grande efectividade dos fundos. Os pecados da abordagem de “comando e controlo”, fortemente baseada nos procedimentos de gestão, estariam sanados com a exigência dos resultados<sup>156</sup>. Aliás, é por isso que ela arrasta o interesse de quase todos os parceiros de financiamento. Ademais, esta perspectiva alia-se, aos intentos do Banco Mundial, que defende



153. A questão essencial do modelo tradicional não era necessariamente de marginalização dos resultados, mas, na base da abordagem de desenvolvimento institucional, a preocupação central estava virada para os procedimentos.

154. O modelo aplica-se a diversos sectores. Para o caso de Moçambique, o sector da educação é expressivo da implementação deste tipo de financiamento baseado em resultados. Os seus resultados têm sido objecto de diversos debates. Se, por um lado, houve avanço ao nível de acesso, infraestruturas, disponibilidade de professores; por outro lado, elementos como qualidade têm sido questionados.

155. Derick Brinkerhoff e Anna Wetterberg, « Performance-based public management reforms: experience and emerging lessons from service delivery improvement in Indonesia », *International Review of Administrative Sciences*, vol. 79 / 3, septembre 2013, p. 433-457.

156. No que concerne à gestão do sector da saúde, é preciso sublinhar que, de uma forma geral, em particular em Moçambique, há uma tendência de confusão entre gestão e domínio da matéria médico-biológica. Ou seja, o sector é geralmente gerido ao nível de topo por médicos. Estes, mesmo com diferentes denominações e especializações posteriores, são de forma geral pouco sensíveis em matéria de gestão. Mesmo se antigo, é um debate que se pode abrir em termos de gestão do sector da saúde para o caso particular de Moçambique, sobretudo porque se ressentem da exiguidade de recursos humanos especializados. Um director de um departamento de cirurgia, anestesia, reanimação, etc. não tem necessariamente que ser um médico ou os planos curriculares de formação deveriam ser igualmente muito sensível a questões de administração e gestão, o que não é o caso nem o foco. É pertinente igualmente nesta perspectiva distinguir as funções do Sistema Nacional de Saúde das Ministério de Saúde.



que os provedores devem responder perante o cidadão em nome do qual a ajuda é fornecida, ao invés de ver a prestação de contas como apenas um exercício para garantir outros desembolsos<sup>157</sup>. Aplicada em diferentes sectores, tanto nos países do Norte assim como do Sul, a perspectiva ainda conhece incertezas e a literatura não pára de apontar dificuldades da sua implementação, mensuração dos resultados, bem como o reforço de condicionalismo para os beneficiários de assistência<sup>158</sup>. A experiência de alguns casos de implementação dos modelos de gestão baseados em resultados indica a burocratização numérica dos procedimentos para forjar o alcance dos indicadores exigidos ao mesmo tempo que desumaniza e baixa a qualidade da prestação dos serviços ao usuário-último<sup>159</sup>.

Em Moçambique em particular, a perspectiva centrada nos resultados ou no desempenho não é necessariamente recente. Sectores como o da educação têm alguma experiência de implementação bem mais antiga. No sector da saúde em particular, a visão em termos de projectos verticais tem como argumento o foco nos resultados. Ou seja, entre o contorno do financiamento directo ao Estado, seja sem registo no sistema financeiro (SISTAFE), seja a não marcação na Conta Única do Tesouro (CUT), fundamenta-se na garantia de diminuição dos procedimentos e foco nos resultados a partir da oferta directa ao beneficiário-último do serviço. Obviamente, os resultados de tais perspectivas, para além de controversos, tendem a ser menos transparentes, pelo menos no que concerne à relação com as autoridades públicas moçambicanas, para além de que, como visto *supra*, fragilizam a gestão do sector no geral<sup>160</sup>.

Aliás, mesmo que a perspectiva de financiamento baseada em resultado tenha uma forte adesão, ela, ao contrário da abordagem de harmonização e alinhamento, não tem, como tal, um acordo comum ao nível internacional. Como veremos mais abaixo, no caso do Mecanismo Global de Financiamento (*Global Financing Facility — GFF*), como plataforma de abordagem de financiamento integrado direccionada para a saúde da Mulher e Criança, não reúne necessariamente consenso nem em termos de mecanismos de canalização financeira nem em termos de abordagem tendente para a sub-sectorialização da assistência. Todavia, como um novo instrumento de financiamento, suscita uma expectativa maior para uma nova forma de articulação entre uma multiplicidade de actores, sejam eles autoridades públicas, sector privado, terceiro sector, assim como doadores.

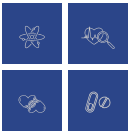
O financiamento baseado em resultados ainda se define de forma difusa e os actores envolvidos não têm uma visão estruturada para a sua implementação nem para o controlo dos seus resultados. Por palavras simples, o pressuposto é que os actores se implicam neste tipo de iniciativa sem que estejam claros nem conscientes da viabilidade do mecanismo. O que lhes move é, sobretudo, a necessidade de mudar da situação (não favorável) em que se encontram, pouco importa o que poderá suceder-se *a posteriori*. Assim, o modelo de financiamento baseado nos resultados avança sem necessariamente arrastar de forma convicta os seus aderentes. Aliás, para o caso moçambicano, isso justifica, parcialmente, que alguns parceiros caminhem “entre dois passos para frente e para trás”, ou seja, participam no modelo inovador (GFF) e continuam com práticas dos modelos antigos, seja via projectos verticais ou os de “comando e controlo” (do fundo comum de PROSAUDE).

157. World Bank, *Making services work for poor people*, Oxford, Oxford Univ. Press, 2003, 271 p., (« World development report », [26.]2004). World Bank, *The World Bank Approach to Public Sector Management 2011-2020 : Better Results from Public Sector Institutions*, Washington, D.C, World Bank, Public Sector and Governance Board, 2012.

158. Cynthia Eldridge e Natasha Palmer, « Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions », *Health Policy and Planning*, vol. 24 / 3, 2009, p. 160-166. Derick Brinkerhoff e Jennifer Brinkerhoff, « Public Sector Management Reform in Developing Countries: Perspectives Beyond NPM Orthodoxy », *Public Administration and Development*, vol. 35 / 4, 2015, p. 222-237.

159. Béatrice Hibou, *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*, Paris, La Découverte, 2012.

160. MISAU, *Relatório de Execução Orçamental (REO) Sector Saúde (Âmbito Nacional)*, MISAU, 2018.



## 8.1. GFF: um novo mecanismo de financiamento ao sector da saúde

O Mecanismo de Financiamento Global (GFF) para apoiar todas as mulheres e todas as crianças é um novo modelo de financiamento baseado numa parceria multilateral de apoio, conjugando recursos dos governos, dos parceiros de desenvolvimento assim como do sector privado para a melhoria da saúde das mulheres e crianças. Ao nível de concepção internacional, alinha-se à visão de apoio à estratégia global do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Em termos de concretização aos níveis nacionais dos Estados, ele funciona como uma plataforma de financiamento de planos para ampliar os serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente (SRMNIA). Tem, fundamentalmente, como objectivo não só ampliar a arquitectura de coordenação dos múltiplos actores interessados, mas igualmente incitar a transição dos países assistencialistas para a gestão doméstica e sustentável do sector<sup>161</sup>. A sua perspectiva baseia-se na ideia de colmatar duplamente as limitações do financiamento interno assim como da ênfase no financiamento externo combinando quer com recursos internos bem como externos em uma agenda única de melhoria dos serviços de saúde.

Aliás, na base desta ideia de domesticação da gestão sustentável do sector, o GFF funciona alicerçado em dois instrumentos básicos: o Caso de Investimento (CI) e a Estratégia de Financiamento do Saúde (EFS). O pressuposto é de que, uma vez reforçados os mecanismos de intervenção para a melhoria da saúde das mulheres e crianças a partir de CI e criadas as linhas de financiamento através do EFS, pouco os Governos nacionais vão se apropriando da gestão do sector de forma sustentável e autónoma. As projecções, portanto, revelam uma pretensão de alimentar um crescimento do financiamento vindo do Orçamento de Estado bem como de outros mecanismos alternativos domésticos que

substituiriam gradualmente a dependência ao apoio externo. Através da EFS, estaria o sistema nacional em altura de inventariar mecanismos pelos quais poderá retroalimentar as despesas sectoriais de forma sustentável.

## 8.2. Adesão de Moçambique ao GFF. Entre entusiasmo e reserva

O GFF é aplicado a diferentes países seleccionados com base em diversas variáveis, mas sobretudo nos de baixos índices de indicadores da saúde da mulher e criança; portanto, países frágeis. Moçambique aderiu ao mecanismo na “segunda vaga”, a partir de 2015, juntamente com países como Bangladesh, Camarões, Libéria, Nigéria, Senegal e Uganda, depois da primeira vaga ter incluído República Democrática do Congo, Etiópia, Quénia e Tanzânia. A experiência, em termos de historicidade, contexto, interesses para adesão, varia de país para país, assim como as bases de instauração não têm sido iguais nos diferentes países. Obviamente que os resultados poderão igualmente ser distintos, dependendo do contexto de importação e implementação do modelo. Um elemento quase comum, nos países que o adoptaram, é terem experimentado modelos de financiamento baseados em apropriação, alinhamento e harmonização — no âmbito das abordagens do *Sector Wider Approach* (SWAp), na senda da Declaração de Paris de 2005.

No entanto, a adesão assim como a implementação do GFF ao nível dos Estados têm-se caracterizado por disparidades entre uma tendência baseada nas experiências existentes do âmbito do SWAp e/ou uma tendência para a exclusão ou redefinição dos mecanismos de coordenação. Na Tanzânia, por exemplo, a plataforma do SWAp foi fundamental para a instauração do GFF, ou seja, baseou-se na experiência SWAp para se instituir a coordenação e implicação dos diferentes actores, particularmente dos doadores. Por outras palavras, o GFF instituiu-se a partir duma estrutura existente e na base desta formaram-se dois grupos, um relacionado

161. Laura Anselmi, « Relatório de mapeamento de Recursos do Sector da Saúde no âmbito do Apoio do Mecanismo de Financiamento Global (Global Financing Facility – GFF) para todas as Mulheres e todas as Crianças », 2017. Cynthia Eldridge e Natasha Palmer, op. cit.



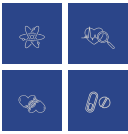
com matéria específica do SRMIA e outro de financiamento do sector da saúde, e ambos funcionam como base de monitoria de implementação do novo modelo. Já nos Camarões, o processo de instauração serviu-se da plataforma nacional. Em colaboração entre a plataforma e o GFF, elaborou-se o CI e EFS, numa abordagem relativamente inclusiva com cerca de 200 representantes de ONG, do sector público e privado, bem como parceiros de desenvolvimento.

Para o caso de Moçambique, contrariamente, o processo de adesão foi relativamente precipitado por um contexto particular de crise da dívida e da credibilidade dos mecanismos de coordenação multi-actores, com particular enfoque para o PROSAÚDE (*cf. supra*), no que diz respeito ao sector. Se a elaboração do CI parece ter observado algum nível baixo de inclusão (cingiu-se exclusivamente em consultas a algumas organizações pré-seleccionadas numa base não clara) de diversos actores, sobretudo no que concerne à auscultação, a adesão dos parceiros de cooperação foi, em alguns casos, precipitada pelas limitações dos outros mecanismos de financiamento — do PROSAÚDE em particular. Exemplos de realce é o caso do Canadá e dos Países Baixos, podendo citar-se igualmente o DFID, do Reino Unido. Outros parceiros do sector continuam no PROSAÚDE advogando pela melhoria do processo ou reconfiguração dos elementos críticos. Ademais, para as autoridades públicas do sector, a implicação deles no novo modelo significou um alívio ao contexto de fortes restrições orçamentais e decréscimo do financiamento via PROSAÚDE, como ilustrado acima. Para o caso do MISAU, este tipo de adesão criou crepitação latente entre (i) uns que aderiram sem reserva e apoiaram o desenho do CI e dos indicadores de desembolso baseado no desempenho (DLI) e (ii) outros que resistem e advogam uma redefinição da abordagem SWAp ou de uma forma particular do PROSAÚDE. É uma particularidade de Moçambique a complexidade de adesão e implementação do GFF, muito ditada pela crise de credibilidade da gestão do sector e uma crise financeira aguda, o que pode, obviamente, contribuir para a qualidade dos resultados esperados.

## Existem assim duas narrativas no que concerne à adesão de Moçambique ao GFF:

- (i) A primeira é relativa a uma adesão sem conhecimento do processo e das suas implicações. Esta narrativa emerge muito por conta da urgência de sair da crise, seja do lado dos beneficiários, o MISAU, em resultado do declínio de financiamento via fundos comuns; seja do lado dos parceiros de cooperação, simplesmente preocupados em mudar de um modelo esgotado em termos de credibilidade para qualquer outro que se lhes apresente. Esta dinâmica caracteriza-se muito por um dinamismo, mas com reservas. Do trabalho de terreno efectuado, foi possível constatar que os actores que constituem o MISAU estão entusiasmados em fortalecer as finanças do sector e garantir a continuidade das actividades que, por muito tempo, está exposta a uma precariedade acentuada. Um entrevistado do nível do topo do MISAU sublinhava que “em primeiro momento, temos de garantir que haja algum recurso para suportar as actividades, o resto é preocupação política a posterior”<sup>162</sup>. Uma outra evidência desta situação, por exemplo, é que uma parte considerável do financiamento via GFF vem a partir de *International Development Association* (IDA), que geralmente tem se tratado de um empréstimo, mesmo que seja bonificado para países de baixa renda. No entanto, o MISAU não têm uma visão sobre a dimensão do reembolso por parte do Estado Moçambicano nem se o financiamento poderá ser convertido em donativos (*grants*), imperando apenas a urgência de sair da crise. O Ministério da Economia e Finanças (MEF) poderá jogar um papel importante neste aspecto. No entanto, na concepção do GFF, aquele parece estar relativamente à margem. Portanto, existe um relativo investimento das autoridades públicas do MISAU sem com isso significar uma visão geral sobre a matriz de funcionamento do novo modelo de financiamento, o que pode, aliás, comprometer o alcance dos

<sup>162</sup>. Entrevista com ML, Departamento de Planificação e Cooperação, MISAU, Maputo, 5 de Agosto de 2018.



resultados. A resistência governamental em aceder a empréstimos em contextos de alto endividamento contribuiu para a conversão de empréstimo bonificado do IDA para donativos o que poderá ser descontinuado nos desembolsos posteriores. Com efeito, este tipo de empréstimo tem um período de graça de cerca de dez anos para o seu pagamento e uma taxa de juros relativamente baixa, de cerca de 0.75% do valor da dívida. Seja como for, é um valor relativamente facilitado, mas não deixa de ser uma dívida que compromete o Estado junto aos seus parceiros. Mas num contexto de crise de credibilidade, assegurar este tipo de empréstimo pode ser viável para o Governo manter o discurso de prioridade sobre os sectores sociais.

Quanto aos parceiros de financiamento, um número não marginal está aderindo ao processo em resultado da desilusão com a gestão do PROSAÚDE. Parte destes parceiros é movido por compromissos administrativos do novo modelo - de transparência de gestão, relatório de auditorias, etc. - não necessariamente pelos resultados, como é propalado no discurso de adopção do GFF. O facto de este novo modelo estar chancelado pelo Banco Mundial é para muitos doadores uma garantia de simplificação administrativa e de cumprimento de uma actividade complexa de apresentação de relatórios para as autoridades dos seus países de origem ou fontes de financiamento primários.

Como referido anteriormente, muitas agências de desenvolvimento e embaixadas sofrem de transferências constantes de seus funcionários e cada vez que há uma mudança é quase um novo investimento para o entendimento da situação. A transferência de responsabilidade de controlo do cumprimento administrativo via adesão ao GFF e conseqüente chancela do Banco Mundial é de *per si* uma segurança de continuidade. No entanto, alguns mostram alguma reserva quanto à efectivação do processo, sobretudo no que toca aos resultados. Um interveniente foi claro quanto a esta posição:

“Não sei bem o que vai significar o GFF na prática, mas pelo menos temos uma outra visão de seguimento. O modelo em que estava o PROSAÚDE tinha só ficado como um mecanismo de *topping-up* dos funcionários com cargos de chefia, não era para isso que financiávamos. Eu tenho confiança que a entrada do Banco Mundial na liderança do processo vai mudar muitas práticas. Estamos todos a estudar uma possibilidade de aproveitar a plataforma do PROSAÚDE para integrar ao GFF, mas a forma como aquilo funcionava não pode ser. Uma auditoria de 2015 só recebemos em Janeiro deste ano [2018]...”<sup>163</sup>

Com efeito, muitos parceiros de cooperação baseiam-se nas dificuldades de funcionamento do PROSAÚDE para a adesão ao novo modelo, não necessariamente nas suas vantagens em termos de mudança de abordagem<sup>164</sup>. Aliás, alguns, apesar de reconhecerem o foco do GFF nos resultados, continuam a afirmar que a sua preocupação é igualmente sobre como se alcançam os resultados, confirmando-se, assim, a tese da adesão baseada na frustração do modelo anterior e não nas virtudes do emergente. Ademais, mesmo em relação a estes parceiros que aderiram ao GFF, não existe uma unanimidade em termos da forma de canalização dos fundos nem em termos da matéria financiável. Um exemplo é a matéria concernente ao aborto, que, aliás, faz parte das políticas de planeamento familiar e transições demográficas bem definidas no DLI 3 - número de casais protegidos por ano pelo Planeamento Familiar. Este assunto é contraditório entre os doadores, existindo alguns, como a USAID, dos norte-americanos, que declinam definitivamente financiar tal linha de acção<sup>165</sup>. Assim, como veremos mais abaixo, os indicadores do GFF não apenas se transformam em elementos conflituosos em termos de produção de consenso como também são cumpridos à escolha do parceiro. Aliás, apesar de a USAID ter manifestado adesão ao mecanismo do GFF, ainda está em

163. Entrevista com AD, Embaixada do Canadá, Maputo, 20 de Julho de 2018.

164. Lies Steurs, op. cit.

165. Entrevista com MO, Embaixada de Holanda, Maputo, 23 de Julho de 2018.



discussão um pacote específico para a sua colaboração<sup>166</sup>. Certamente a sensibilidade em termos de algumas matérias (seja este aborto ou o financiamento via autoridades públicas estatais) irá multiplicar as modalidades de implementação do GFF (entre doadores de fundo de multi-actores e doadores singulares).

Pode-se afirmar que as narrativas favoráveis à adesão ao GFF são pouco informadas em relação às potencialidades deste novo modelo. No entanto, elas resultam das condições precárias em que se desenrolava a arquitectura de assistência e a coordenação entre os múltiplos actores na base dos Fundos Comuns. No entanto, o facto de o GFF ter-se instaurado como um mecanismo novo, e até certa medida em exclusão da base dos outros mecanismos já existentes, pode gerar resistência e inviabilização da sua implementação bem como a duplicação de mecanismos de financiamento e de coordenação. A revisão do mecanismo de coordenação SWAp não só deve garantir correcções em relação aos elementos críticos que levaram à crise e ao declínio de financiamento via Fundos Comuns, assim como deve ser, igualmente, reajustado de forma inteligente para evitar rupturas e descontinuidades de modelos, bem como conflitos entre actores e descoordenação do sector.

- (ii) O outro tipo de narrativas é relativo à conflitualidade e à resistência à adesão ao GFF. A instauração do GFF em Moçambique não é de todo consensual; existe um conjunto de actores que, de forma manifesta e/ou por indiferença, receia envolver-se neste novo mecanismo de financiamento. Nas narrativas de não adesão, os actores subdividem-se entre alguns actores do MISAU e alguns parceiros de cooperação como Irlanda, Suíça, Itália, Espanha, Flanders, UNICEF e UNFPA.

No que concerne ao nível do MISAU, a resistência e questionamento do novo mecanismo é muito ligada ao receio de

uma nova fragmentação do financiamento. Com efeito, o declínio dos Fundos Comuns é acompanhado por um relativo crescimento da tendência ao financiamento vertical via projectos. Novamente, a base que fundamentou a adopção de uma abordagem de fundos comuns parece retornar nas lógicas de financiamento e, por consequência, na multiplicação de plataformas de articulação entre os financiadores e o MISAU. Como referiu um interveniente numa reunião de revisão do SWAp:

“O MISAU está a perder controlo, há muito financiamento no qual não tem informação, no final somos cobrados os resultados. O MISAU está a perder controlo do processo, a coordenação novamente está dispersa. Estamos todo o momento ocupados de reuniões de concertação com diversos parceiros. De repente são bilhetes para viajarmos porque o parceiro pagou e temos de participar em um encontro de agenda urgente algures [...]. Que se corrija isso, afinal o que é que está errado nos mecanismos de coordenação do MdE de Kaya Kwanga? [...] não podemos continuar assim. Há uma bicefalia do MISAU, temos duas cabeças, dentro do ministério e fora dele [...]. Temos parceiros competitivos na implementação de actividades do Ministério de Saúde [...] não seria melhor nos alinharmos corrigindo o que está errado. Parece que há parceiros que têm outras agendas que podemos não conhecer. Os parceiros a quem prestam conta ?”<sup>167</sup>.

Esta intervenção é estimulante para perceber o nível de tensão instalada com o desenho do novo modelo de financiamento, sobretudo devido a um entendimento de que este marginaliza o aprendizado anterior. Ademais, esta linha de interpretação vem igualmente dos actores-chave na gestão do PROSAÚDE, que perderam alguma centralidade nas dinâmicas de funcionamento dos processos de financiamento com o declínio do PROSAÚDE. Existe uma percepção generalizada de que

166. Entrevista com HC, Banco Mundial, Maputo, 21 de Julho de 2018. Missão de apoio à implementação e pré-avaliação para financiamento adicional, Moçambique : programa de fortalecimento de cuidado? Saúde Primários, [Ajuda Memória], Maputo, 2018.

167. MD, Interveniente na reunião sobre a revisão do mecanismo de coordenação SWAp, Maputo, 2 de Outubro de 2018.



o GFF pode ser o fim dos fundos comuns e perda de protagonismo do MISAU no processo de alocação de recursos. Este entendimento está a motivar uma revisão dos mecanismos de coordenação SWAp e uma possível recomposição da posição do MISAU nos destinos dos recursos disponibilizados. Com efeito, existe um grupo de doadores que está alinhado com esta perspectiva. Aliás, a dúvida ou o desconhecimento do GFF e as lógicas de poder de influência para a sua operacionalidade levantam receios por parte de alguns doadores em aderir.

Efectivamente, o declínio do financiamento via PROSAÚDE, como se mostrou *supra*, não significou o fim total das alocações de recursos por esta via de Fundos Comuns. Apesar das projecções dos protagonistas do GFF indicarem uma decadência progressiva do mecanismo PROSAÚDE (*vide* a tabela abaixo), existem ainda alguns doadores que acreditam e defendem a melhoria da estrutura de procedimentos, sem necessariamente eliminar o mecanismo. O foco sobre *procurement* e auditoria seria, na visão destes, um elemento de reforço da articulação entre o MISAU e os parceiros.



**Tabela 7.** Projecções de evolução de financiamento do GFF

Program Components/ Annual Expenditures	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Enhancing coverage, access, and quality of primary health care services	179.0	177.1	177.0	177.0	173.0	883.0
Strengthening the health system	47.0	45.0	44.0	44.0	40.0	219.9
Enabling MISAU to effectively manage the implementation of the IC	7.4	7.6	8.2	8.7	7.0	39.1
<b>Total Costs</b>	<b>233.4</b>	<b>229.7</b>	<b>229.2</b>	<b>229.7</b>	<b>220.0</b>	<b>1,142.0</b>
<b>Government</b>	<b>186.0</b>	<b>187.0</b>	<b>192.0</b>	<b>196.0</b>	<b>202.0</b>	<b>963.0</b>
IDA/GFF	32.2	25	21.5	20	6.3	105.0
Multi-Donor Trust Fund (Netherlands)	7.2	7.2	7.7	6.7	6.7	35.5
PROSAUDE	5.5	5.5	3	2	0	16.0
Single-Donor Trust Fund (USAID)	2.5	5	5	5	5	22.5
<b>Total Available Funding</b>	<b>233.4</b>	<b>229.7</b>	<b>229.2</b>	<b>229.7</b>	<b>220.0</b>	<b>1,142.0</b>

**Fonte:** World Bank, *Program appraisal document to Republic of Mozambique*, 2017, p. 16.

Entre dúvidas sobre o mecanismo de financiamento global e os jogos de notoriedade, bem como a capacidade financeira, um conjunto de parceiros de cooperação, encabeçados neste momento pela Suíça (Flanders virá de seguida), prefere manter-se no PROSAÚDE, enquanto resiste à adesão ao novo mecanismo ou espera a sua institucionalização para se posicionar. Das entrevistas efectuadas, foi possível constatar que existem, fundamentalmente, dois tipos de narrativas de justificação à não adesão (ou de receio de adesão) ao GFF por parte de alguns doadores do sector.





O primeiro tipo está ligado à incerteza do processo de funcionamento do GFF. Neste aspecto, um grupo de parceiros<sup>168</sup> revelou desconhecer as mais profundas diferenças entre o novo modelo de financiamento e o PROSAÚDE, como referia um entrevistado:

“temos ainda que pensar o que pode aumentar a eficiência do financiamento, há ainda doadores que investem em áreas similares e me parece que o GFF não está claro sobre o que vai ser feito para coordenar o financiamento como tal. O GFF pode ser a mesma coisa que o PROSAÚDE [...], se calhar podemos juntar esforços para melhorar os mecanismos de *procurement* que é o grande ponto de contenda e não necessariamente eliminarmos ou mudarmos por completo. Podemos estar a descontinuar um mecanismo que já foi referência internacional. Não está claro o que o GFF fará de diferente. Tudo isto é mesmo por causa das auditorias? Porque não se responsabilizam os culpados? O Governo de Moçambique deve se comprometer em responsabilizar os infractores porque mesmo o GFF pode vir a ter o mesmo problema [...]”<sup>169</sup>.

Entre uma clara ausência de conhecimento sobre o GFF, existe um entendimento de concorrência dos mecanismos e não necessariamente uma complementaridade como avançaram alguns aderentes<sup>170</sup>. Ao contrário do PROSAÚDE, o GFF tem a particularidade de, *a priori*, parecer um modelo transferido, e em circulação internacional, adoptado em Moçambique sem um exercício sistemático de domesticação. Se as causas das reformas que ditaram a origem do PROSAÚDE, por exemplo, pareceram legítimas na altura, as razões da adesão ao GFF continuam pouco consensuais, inclusive para o próprio MISAU. Por razões de urgência, como referido acima, o modelo parece ter se instaurado sem produzir consensos entre diversos actores estratégicos do sector, quer sejam as autoridades públicas, os doadores, bem como a sociedade civil local. A narrativa de incitação à adopção baseia-se apenas na ideia de mudança para uma gestão por resultados.

168. Alguns parceiros de cooperação que resistem à adesão ao GFF preferem não ser identificados porque tal posição, às vezes, não é a posição oficial dos seus países de origem.

169. Entrevista com AT, Embaixada de Itália, Maputo, 30 de Julho de 2018.

170. Entrevista com AC, Embaixada de Canadá, Maputo, 12 de Agosto de 2018.

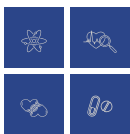
No entanto, esta deixa reservas por parte de alguns doadores, sobretudo os de recursos modestos, que olham para este mecanismo como uma forma de suplantar a sua visibilidade<sup>171</sup>.

O segundo tipo de narrativa está ligado à visibilidade dos parceiros, sobretudo os de contribuição modesta. A presença do Banco Mundial como actor-chave do GFF retrai alguns doadores minúsculos, que olham a gestão daquele organismo como forte, estrutural e sem possibilidade de contra-argumentação<sup>172</sup>. A abordagem do Banco Mundial para o GFF, fortemente focada na dimensão de relação com o MISAU, faz com que uma grande parte de actores se sintam relativamente menos envolvida no processo. Trata-se, evidentemente, de uma abordagem que reproduz as limitações do sistema administrativo do sector, que se estendem até ao nível micro dos procedimentos. Por força de uma cultura política centralizadora, o MISAU é um actor-rei que impõe verticalmente as opções do topo sobre toda a estrutura do sistema nacional de saúde. Para este aspecto, é importante sublinhar o facto de, para os níveis provinciais, o processo de adesão ao GFF ser entendido mais como uma “ordem superior”, que se reproduz naquele nível sem nenhuma irreversibilidade. Aliás, existe um receio ao nível local de reprodução do mesmo centralismo que caracteriza o PROSAUDE: falta de transparência, irregularidade das transferências para os níveis locais, incongruências sobre o objectivo. Ou seja, é tudo concebido no centro da estrutura do sector e os níveis locais não têm acesso às dinâmicas da formulação da agenda. O forte centralismo da concepção das políticas do sector apresenta-se como um dos principais factores de risco para uma plena implementação do Caso de Investimento do GFF.

A centralização do GFF no MISAU inclui uma certa marginalização das Organizações Não-Governamentais e/ou Organizações da Sociedade Civil, sobretudo as nacionais. De uma forma geral, a agenda do GFF, apesar de se focar nos resultados, tende muito a ser centro-estatal, parecendo estar a contribuir para a recomposição de uma linguagem autoritária e excludente das autoridades do sector.

171. Entrevista com AT, Embaixada de Itália, op. cit.

172. Ibidem



Apesar do processo de auscultação e de certa consulta, sobretudo no processo da elaboração do CI e menos na elaboração do EFS, as OSC, grosso modo, estão pouco informadas sobre o mecanismo, como escrevia um membro da rede das ONG de saúde:

“Esta iniciativa do GFF, Caso de Investimento, não é estruturada da mesma forma que o Mecanismo de Coordenação do País, a forma não é inclusiva. Precisamos questionar e reclamar, porque as metas não vão ser cumpridas sem o apoio das organizações comunitárias que vão receber o apoio só a partir do MISAU e não das OSC (Sociedade Civil) ou OBC (Baseadas na comunidade)<sup>173</sup>”.

Como veremos logo a seguir, o financiamento baseado em programa de resultados deve grandemente apoiar-se em actividades das OSC muito imbricadas na base. O facto de o GFF tender a centrar-se no MISAU pode comprometer os mecanismos de articulação, *in fine* o financiamento transformar-se em dispositivo de recentralização da administração do sector. Como se referiu acima, a relação entre as ONG e as autoridades públicas caracteriza-se por desconfiança e certa hostilidade. Neste sentido, a ausência de clareza do envolvimento das OSC no GFF pode reforçar as desavenças, porquanto bem se sabe que um dos elementos fundamentais das OSC no contexto moçambicano é de reforçar referência dos serviços, contribuindo para o aumento do acesso e auxiliar na monitoria de implementação. Aliás, a experiência do cartão de pontuação comunitária é disso um exemplo incontestável, através do qual as OSC participam na monitoria dos serviços, para além de actividades de aconselhamento e incentivos às comunidades para contacto com os serviços.

De uma forma geral, pode afirmar-se, sem reservas, que houve uma estrutura de oportunidade de adopção do GFF em Moçambique que precipitou a possibilidade de construção de mecanismos de articulação entre múltiplos actores e nos diferentes níveis. A onda global de mudanças de abordagens centradas em comando-controlo através de perspectivas sectoriais amplas para as de financiamento baseadas em resultado

(e desempenho) encontrou uma estrutura de articulação entre o SNS e parceiros de cooperação fragilizados. A adopção do GFF, sob o discurso de financiamento com base em resultados, foi assim precipitada tanto pelo próprio MISAU, em asfixia profunda e como resultado da drástica redução de financiamento por fundos comuns, assim como pelos parceiros desiludidos com os procedimentos e baixos níveis de confiança, agravado pela crise de dívidas ocultas. O contexto criou, no entanto, um baixo nível de aproveitamento das abordagens antecedentes. O GFF foi-se estruturando em Moçambique como se de um terreno virgem se tratasse, a recuperação do aprendizado das anteriores abordagens ocorre de forma sazonal e sob desconfiança entre os actores. Esta situação ditou uma certa crepitação; até certa medida, uma radicalização de posições de actores que se agarram ao *status quo* dos mecanismos (supostamente) em declínio e outros ligados à profecia de sucesso do novo modelo em gestação.

### 8.3. Dinâmicas de implementação do GFF. Estruturas de oportunidades e indicadores de desembolso baseado no desempenho

A implementação do GFF baseia-se, fundamentalmente, em dois instrumentos, *supra* citados, o Caso de Investimento e a Estratégia de Financiamento de Saúde. O primeiro constitui verdadeiramente o ponto de actuação, ou seja, é o que desenha as linhas de acção em termos de modalidades de intervenção. O segundo, o instrumento de financiamento de CI, é ainda perspectiva que, para além da componente de sensibilidade sectorial, carece de vontade política na dimensão macro. Com efeito, muitos dos elementos levantados pela EFS carregam uma sensibilidade política não só eleitoralista ou de legitimação governamental, mas também dos interesses económicos da elite política<sup>174</sup>. É preciso recordar

173. Helena Škember, NAIMA+, email trocado com membros da plataforma NAIMA+, 21 de Junho de 2018.

174. MISAU, Sector da Saúde. Estratégia de Financiamento, Maputo, MISAU, 2018.



que o sistema governamental moçambicano é caracterizado por uma forte porosidade entre interesses políticos e económicos, o que influencia grandemente as dinâmicas de implementação de políticas públicas de quase todos os sectores relevantes<sup>175</sup>. O desenho da EFS, uma vez ser uma das condições indispensáveis para aceder aos fundos do GFF, pode-se levantar a hipótese de tratar-se de um documento de mero cumprimento tecnocrático (*check-list*) para aceder aos fundos que, no entanto, em termos concretos, a sua implementação não se revela verdadeiramente um desafio que interesse os múltiplos-actores do sector, incluindo o Banco Mundial. Aliás, isso pode justificar, parcialmente, os baixos níveis de incentivo, tanto do lado do MISAU assim como do Banco Mundial, para aceitar e mobilizar a participação das OSC e das comunidades em geral<sup>176</sup>. Os processos consultivos arrojados serviram apenas de dispositivos de legitimação vinculativa das “fabricações” de decisões entre o beneficiário e o doador principal (GFF/Banco Mundial)<sup>177</sup>.

Uma grande parte das propostas de financiamento do sector no âmbito da EFS afecta aspectos político-económicos de grande interesse das elites políticas do regime do dia<sup>178</sup>. Nesta perspectiva, pese embora, em termos formais de desenho do documento, se tenha registado um grande avanço, concentramo-nos aqui no CI, dada a sua flexibilidade na implementação. Em relação à EFS, o seu cumprimento poderá conhecer contornos variáveis fortemente dependentes de compromissos políticos e económicos de uma elite programática

175. Carlos Nuno Castel-Branco, « Growth, capital accumulation and economic porosity in Mozambique: social losses, private gains », *Review of African Political Economy*, vol. 41 / 1, 2014, p. 26-48. Jason Beste e James Pfeiffer, « Mozambique's Debt and the International Monetary Fund's Influence on Poverty, Education, and Health », *International Journal of Health Services*, vol. 46 / 2, 2016, p. 366-381. Neste linha de pensamento, seria importante questionar, por exemplo, o interesse que a comunidade empresarial tem para apostar em contribuições para o sector da saúde a partir de impostos acrescidos aos seus produtos. Num contexto de empresariado de penúria e baixo nível de institucionalização das instituições do Estado, é muita a força de barganha dos interesses políticos que jogam no campo económico que pode influenciar as dinâmicas de implementação de qualquer programa. A perspectiva eleitoralista geralmente pouco importa em resultado do dose elevada do autoritarismo do regime do dia. Vide sobre a promiscuidade do empresariado: Domingos Manuel do Rosário, « “Empresários de penúria”. A problemática da empresarial e envolvimento do sector privado local na prestação de serviços públicos : O caso do distrito de Nacala », Maputo, Instituto de Estudos Sociais e Económicos, 2014.

176. JM, entrevista, Consultor do BM, Maputo, 21 de Novembro de 2018.

177. ND, entrevista, representante de uma OSC, Maputo, 22 de Novembro de 2018.

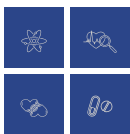
178. Cristina Manzaneres, Opções de política sobre forma e financiamento do sector de saúde em Moçambique, Maputo, Social Health protection network, 2018.

que controla o sistema político-institucional moçambicano. Como se pode mobilizar, por exemplo, um empresariado caracterizado por uma profunda penúria e dependente de facilidades políticas para aceder ao mercado de intermediação de venda de serviços para um único cliente fiável, o Estado<sup>179</sup>. Pode ser embrionário construir ilaços profundas em volta da EFS. Porém, em caso de implementação imediata, poderá registar-se um grande hiato entre os discursos do desenho da estratégia e a implementação *de facto*, muito por conta da sensibilidade político-económica, conforme referimos. Um certo incremento pode-se observar em termos de financiamento do OE, provavelmente como resultado dos benefícios da indústria extrativa, contudo é provável que tal acto seja combinado com uma certa dose de autoritarismo do regime e uma consequente limitação na abertura ao envolvimento do cidadão na gestão quotidiana.

De um modo geral, o CI define as prioridades para reforçar o serviço nacional de saúde, particularmente para o caso do SRMNIA-N. Foca-se sobre a cobertura, qualidade e acesso essencial aos cuidados de saúde primários, bem como no reforço de um sistema de intervenção a partir da melhoria da recolha e monitoria dos registos civis e das estatísticas vitais para a planificação e acção informada do sector. Os indicadores do domínio do SRMNIA-N identificam os problemas, os obstáculos e as estratégias de intervenção para a sua melhoria<sup>180</sup>. De facto, a operacionalização do CI materializa-se a partir de um Programa baseado em Resultados (PforR) alinhado com o Plano Económico e Social dos programas *on-budget*, assim como no financiamento vertical *off-budget* (e fora da CUT). Este PforR, por sua vez, operacionaliza-se observando uma matriz de Indicadores de Desembolso baseados no Desempenho (DLI). Ou seja, o desenho de prioridades em termos de intervenção para a melhoria do SRMNIA-N deve ser conduzido e financiado observando-se os

179. O mercado de seguros, por exemplo, é neste momento caracterizado por uma vulnerabilidade de credibilidade. Do lado da oferta de serviços, a tendência é de exploração máxima ao cliente, como se o seguro fosse um meio para especulação de custos. Do lado da procura, ainda prevalece um baixo nível de cultura de saúde preventiva, o que evitaria demandas elevadas em termos de custos de saúde. Assim, instalou-se uma incerteza para os investidores que queiram aventurar em tal mercado. Muitas empresas inclusive recuam nos pacotes de assistência que oferecem aos seus colaboradores pelo alto custo que representam.

180. World Bank/Global Funding Mechanism in Support of all Women and all Children, Text of the Investment Case Proposal – Version IV, Maputo, Abril, 2017.



indicadores. Ao nível mais baixo de implementação, as actividades são protocoladas, monitoradas e controladas pelos *score card* (*balanced score card* e *community score card*)<sup>181</sup>. Estes não apenas orientam, em termos de resultados esperados e actividades, mas igualmente definem a possibilidade de financiamento, daí o nome de caso de investimento. Trata-se de um investimento duplo, de um lado para o financiador que cobra os resultados da prestação para desembolsar a assistência, assim como do beneficiário que recebe a recompensa em resultado do seu esforço para alcançar as metas pré-definidas.

Assim, foram desenhados doze indicadores baseados no Desempenho, que servem como guia de implementação do CI. E a partir da distinção destes DLI, está em processo (até à data da edição) o desenho e aperfeiçoamento dos cartões de pontuação. Fundamentalmente são dois tipos de cartões, um do lado da oferta ou do provedor (*balanced score card*), ou seja, que avalia as US, Hospitais Distritais e Rurais que implementam os PforR em termos específicos e técnico-médicos de cumprimento das metas. O outro que funciona fundamentalmente do lado da procura pelos serviços de saúde (*community score card*), portanto, é um instrumento centrado no utente. Este ausculta e avalia a prestação de serviço da US. Em concreto, nesta perspectiva, a performance das US e dos Hospitais Distritais e Rurais que implementam PforR não apenas seria vista em termos de interpretações biomédicas exclusivas às perspectivas técnicas como seria, igualmente, avaliada em termos de relação quotidiana com as comunidades. O desenho dos dois instrumentos explorou com algum sucesso as experiências longas de diferentes ONGs/OSC que implementam nas suas actividades este tipo de monitoria e avaliação, às vezes como condição para o desembolso de alguma ajuda financeira. Pode referir-se a título de exemplo a Fundação Elizabeth Glaser Pediatric AID e JHPIEGO que utilizam o *score card* do lado da oferta. Estes avaliam o desempenho dos indicadores de prestação de serviço. Outras experiências, desta feita do lado da procura de serviços, destaca-se a da N'weti, a

da Concern Universal (actualmente denominado United Purposes) e da Save the Children. Estas OSC's acumularam conhecimento no manuseio e utilização do cartão de pontuação Comunitária.

Do trabalho realizado podem ser extraídos dois desafios referentes a este processo. Por um lado, pese embora a exploração da experiência das OSC, o processo é fortemente centralizado no MISAU, o que pode dificultar a apropriação dos instrumentos ao nível das unidades de implementação. Por exemplo, o desenho dos cartões de pontuação comunitária podia ter sido relativamente descentralizado, sobretudo para as DPS e mesmo para SDSMAS, com forte apoio das OSC que já desenvolvem e implementam este tipo de ferramenta, como forma de antecipar e preparar o espaço de implementação da nova metodologia. Aliás, essa seria uma estratégia de dinamizar a socialização dos instrumentos de avaliação bem como dos serviços de saúde permitindo ainda mais uma colaboração entre as unidades sanitárias e as comunidades (utentes) desde o período de concepção dos indicadores de avaliação. O MISAU ficaria com o papel de coordenação nacional das propostas construídas aos níveis locais. A generalização da construção dos cartões de cima-para-baixo pode incitar a burocratização e mecanização dos resultados pelo *deficit* de apropriação local, para além de atribuir um protagonismo desnecessário às direcções centrais. Por outro lado, há uma relativa partida em falso no sentido em que o protagonista principal, MISAU, desenha os seus próprios instrumentos de avaliação, o que pode concorrer para a construção de referências tendenciosas com o simples objectivo de vincular os resultados ao conseqüente desembolso.

Se é indiscutível a sua importância, a elaboração dos instrumentos de avaliação de desempenho podia ter sido delegada a ONG/OSC que desenvolvem este tipo de iniciativa com longa experiência. Estas últimas, com o apoio de diversos parceiros, incluindo o MISAU, estariam em posição legítima de estabelecer uma relação independente entre os doadores e os beneficiários. Relacionado a isso, foi possível observar-se um certo desconforto da parte do MISAU em confiar a responsabilidade de administração do processo de avaliação a

181. O desenho dos cartões de pontuação, por ser relativamente dominado pelo MISAU, marginaliza grandemente experiências bem conhecidas das organizações da sociedade civil. O CESC e a N'weti experimentam esta metodologia há bem longo tempo, que, em colaboração de universidades inglesas, desenharam um mecanismo de monitoria de serviços de educação e saúde pelas comunidades a partir dos cartões de pontuação comunitária.

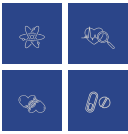


organizações independentes. Tanto nos cartões de pontuação do lado do provedor assim como do lado da procura (CPC), há uma forte dose de presença de estruturas estatais. Pelo lado do provedor, os Comitês de Supervisão Integrados são quase que exclusivamente formados pela estrutura do sector: (i) um funcionário do Governo (distrito ou posto administrativo), um representante da DPS, e/ou um representante da Inspeção Geral da Saúde; (ii) um representante de uma unidade sanitária (centro de saúde ou hospital); e (iii) um membro vindo da parte da Sociedade Civil/ONGs. Do lado do utente, existe uma forte recuperação dos Conselhos Consultivos Distritais, cujas limitações já foram referidas acima.

Ademais, até à data da edição deste documento, ainda era incerta a responsabilidade de administração dos cartões de pontuação — quem os fará, como os fará, a quem responde no final, etc. Muito provavelmente poderão contar com barganhas internas no MISAU

na determinação dos actores responsáveis, ainda que a actividade seja atribuída a OSC's. Uma das formas mais objectivas e de credibilização da monitoria e avaliação dos resultados do cumprimento dos DLIs seria incluir cada vez mais ONG's, OSC's, sem deixar de lado as universidades (ou centros de pesquisa), nas actividades ou mesmo atribuí-las a responsabilidade de gestão e geração de estatísticas sobre resultados de implementação dos PforR. Ou seja, todo o processo podia ser gerido por algum tipo de actor independente que garantisse transparência e isenção, forçando as US implementadoras a imprimirem maior esforço para o alcance dos resultados. Como exemplo, podemos aqui apresentar duas experiências de ONGs que desenvolvem modalidades similares e que podem ser aproveitadas para a maturação da gestão dos cartões de pontuação, seja do lado do provedor bem como da procura pelos serviços.





## Caixa de ilustração 1. Exemplo de um caso de financiamento baseado no desempenho.

### **Performance-based Financing (PBF) da Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation em Gaza e Nampula**

A Fundação Elizabeth Glaser Pediatric AIDS é uma organização não lucrativa dedicada à prevenção da infecção pediátrica pelo HIV e à eliminação do SIDA pediátrico através de programas de pesquisa, advocacia, prevenção e tratamento. Através de um projecto denominado *ThinkWell*, implementado em Moçambique nas províncias de Gaza e Nampula, apoia na assistência técnica baseada no desempenho, denominada *Performance-based Financing* (PBF). A partir deste projecto, incentivos estimados em 3.5 milhões são providenciados para mais de 170 agentes de saúde nas duas províncias acima referidas, reforçando assim a gestão de recursos humanos<sup>1</sup>.

Em Gaza, por exemplo, o projecto, através do PBF, tem constituído não só um incentivo para o pessoal de saúde, mas também funciona como um recurso para colmatar muitas limitações orçamentais das unidades de saúde. A partir de cartões de desempenho previamente discutidos com as unidades, a Fundação Elisabeth Glaser avalia o desempenho da prestação de serviços na base dos indicadores. Ao final do processo, dependendo do *score*, à unidade ou hospital ou qualquer outra entidade de saúde é disponibilizado um valor no qual 40% do mesmo é para investimentos ao nível da entidade e 60% para incentivo ao pessoal. Para o caso particular de Gaza, muitas unidades sanitárias conhecem alguma melhoria em muitos dos seus serviços como resultado de investimento vindo destes incentivos. Por exemplo, a central provincial de medicamentos apetrechou as suas instalações em mobiliário de escritório, pintura, etc, utilizando estes recursos. Diversas unidades sanitárias e hospitais construíram maternidades e outras infraestruturas a partir deste financiamento.

Aliás, num contexto de crise do orçamento alocado directamente pelo Estado, muitas unidades sanitárias reconheceram estarem a sobreviver a partir do PBF. Com efeito, os SDSMAS estão quase todos a passar uma crise acentuada, elevando as dívidas em bens e serviços, com maior destaque para electricidade, água, combustível e alimentação dos pacientes, para níveis jamais vistos. Mesmo que o PBF da Elisabeth Glaser não recomende tais serviços, muitos hospitais e unidades sanitárias revelaram usar destes fundos para garantir o funcionamento dos serviços.

Em relação ao pessoal beneficiário dos 60% de fundos do PBF, os entrevistados foram unânimes em reconhecer a grande contribuição deste financiamento.

A história da Senhora SM ilustra o grau de satisfação pela existência deste tipo de financiamento. Ela é enfermeira no Centro de Saúde Urbano em Chokwè, trabalha já há cerca de 25 anos no SNS. Segundo ela, dos 25 anos de trabalho, nunca tinha conseguido construir uma casa digna a partir do seu salário, “mas com a chegada da Elisabeth Glaser, as coisas mudaram muito em um ano”, como nos revelava a seguir: “com o dinheiro do PBF [o mesmo que PFB – *performance-based financing*] consegui construir a minha casinha melhorada e estou motivada com o meu trabalho. Eu penso que devia ser assim, pagar a quem trabalha”.

A experiência da Elisabeth Glaser não é exclusiva, mas é interessante por se ter tornado quase uma base de apoio ao sector da saúde ao nível local, sendo muitas vezes solicitada pelas autoridades públicas do sector ao nível local para suprir algumas limitações.



Para o desenho do cartão do desempenho do lado da oferta dos serviços no âmbito do GFF, este tipo de experiências é crucial sobretudo no que respeita às modalidades de recompensa aos funcionários. Até então, a definição do modelo de financiamento baseado no desempenho do GFF e o seu CI não apresenta especificidades sobre as formas de atribuição ao funcionário. Aliás, ao nível local, há uma dúvida sobre se o GFF poderá, factualmente, beneficiar aqueles que implementam (os *street level bureaucrats*) em última instância ou se será um desembolso baseado no desempenho para beneficiar a elite central do MISAU, reproduzindo as mesmas práticas dos modelos precedentes.

Diversas ONG têm experiência deste mecanismo de financiamento baseado em desempenho e monitoria de actividades de forma mais descentralizada para os locais de concretização dos serviços e desenvolveram cartões de desempenho com melhorias baseadas no terreno. O desenho dos *score card* (para provedor e para utente) podia ter sido uma oportunidade para fortalecer a relação destes actores que beneficiam de financiamento vertical e com pouca relação com as autoridades centrais. O exemplo da Elisabeth Glaser é apenas um indicativo. Neste aspecto, é paradoxal a divergência de preferência de financiamento entre as autoridades centrais e locais. Se no nível central existe uma forte hostilidade aos mecanismos verticais de financiamento, como é o caso deste providenciado pela Elisabeth Glaser, ao nível local existe uma narrativa favorável. A mesma constrói-se em torno da ideia de recompensa do agente do exercício e de providência directa do serviço, reduzindo os canais de gestão. Ou seja, o facto de o PBF da Elisabeth Glaser se centrar nos prestadores directos de serviços é visto como estando a incentivar o empenho na actividade. Num contexto de forte centralização administrativa, entre o ponto de desembolso e o ponto de utilização, a trajectória pode obviamente criar vícios e desvios e, finalmente, o executor de serviços de facto ficar marginalizado.

Outra experiência de relevo, sobretudo no que concerne à gestão de cartões de desempenho do lado da procura, portanto dos utentes dos serviços, das populações de uma forma geral, é o exercício aprofundado pela N'weti e outras OSC que é, de per si, um mecanismo descentralizado e delegado às comunidades. A partir de tal experiência, o MISAU se distanciaria de actividades para as quais existem organizações que se destacam. A melhoria dos cartões desenhados pelas OSC podia, obviamente, ser feita com a participação do MISAU, mas deixando à responsabilidade daquelas a sua conceptualização e gestão. Pelo contrário, no processo de desenho dos cartões pelo MISAU, o envolvimento de OSC/ONG pareceu configurar uma tentativa de silenciá-las em termos de possíveis críticas relativamente aos mecanismos de avaliação.



## Caixa de ilustração 2. Exemplo de utilização do Cartão de Pontuação Comunitária.

### Cartão de Pontuação comunitária da N'weti

A N'weti é uma organização não governamental moçambicana vocacionada à saúde. No âmbito da monitoria da qualidade de serviços de saúde, a N'weti utiliza uma ferramenta denominada Cartão de Pontuação Comunitária. Trata-se de um instrumento que permite que os utentes dos serviços de saúde participem de maneira activa e organizada na monitoria da qualidade dos serviços prestados pelas unidades sanitárias. O CPC gera simultaneamente um espaço de diálogo entre os usuários dos serviços e servidores públicos facilitando a identificação de problemas, aspectos positivos e questões para uma gestão consensual e credível, bem como melhoria da providência do serviço. Assim, na perspectiva da N'weti, o CPC serve para três objectivos essenciais: (i) monitoria da qualidade de serviços públicos de saúde; (ii) identificação e definição de prioridades de saúde (na perspectiva do utente) para uma posterior integração no plano de acção da administração; (iii) construção de um corpo de evidências para a definição de acções de advocacia sobre políticas no sector da saúde.

Portanto, esta ferramenta permite que se construa confiança para eficácia e humanização dos serviços. A experiência mostra que os serviços oferecidos de forma colaborativa geram uma maior satisfação do utente. Este tipo de mecanismos pode não só permitir que o desempenho do pessoal de saúde seja eficaz mas, igualmente, garantir que a mobilização da comunidade para adesão aos serviços seja performativa. Para elevar o índice de partos institucionalizados, por exemplo, é preciso que a comunidade confie nos serviços. O mesmo pode afirmar-se sobre a testagem do HIV ou a não desistência ao TARV, etc. A experiência dos CPC mostra que a articulação entre a comunidade e os servidores e eleva os níveis de qualidade dos serviços.

Muitas outras experiências aplicadas pelas ONGs na articulação com as comunidades que seriam uma mais-valia na construção legítima dos cartões de desempenho no âmbito dos DLIs podem permitir um reforço da implementação da nova metodologia. Aliás, em contexto de colaboração, a actividade podia ser transferida para a responsabilidade das ONGs que trabalham na área e com uma longa experiência. Até então, não há dúvida de que os *drafts* existentes são exclusivamente administrativos dentro da verticalidade do sector, mesmo com

alguma participação e influência das OSC, excluindo, assim, as comunidades - beneficiários últimos dos serviços desenhadas. Constitui uma inconsistência o facto de o MISAU desenhar os seus próprios instrumentos de avaliação e auto-avaliar-se para poder beneficiar do financiamento. O problema não é minimizar a perspectiva institucional no desenho dos cartões, mas forçar a delegação de responsabilidade como garantia da transparência das actividades.





## 8.4. Algumas notas sobre expectativas e resultados do GFF

Pode ser demasiado prematuro efectuar uma análise profunda sobre os resultados do GFF como um mecanismo de financiamento do sector da saúde e a sua relação com a gestão do sistema, bem como os serviços públicos prestados. Trata-se de um mecanismo ainda em gestação cujos fóruns de discussão ainda estão ao nível central, causando, nos níveis abaixo, um entendimento ainda difuso. Os desembolsos ainda são relativos a investimentos e à preparação para a instauração do novo mecanismo. Foram seleccionados, para a primeira fase de implementação do CI, 42 distritos considerados como vulneráveis. Um dos grandes esforços do GFF é a selecção de espaços com grandes dificuldades e lançar-lhes o desafio de produzirem altos resultados.

O plano de expansão da implementação é pensado de forma incremental, sendo que, no primeiro ano, apenas seis hospitais, como indica a tabela a seguir, estão agendados para se beneficiarem.

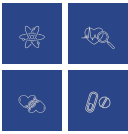
**Tabela 8.** Plano de implementação de Caso de Investimento

Região	Província	Hospital
Sul	Gaza	Hospital Rural de Chokwé
	Inhambane	Hospital Distrital de Quissico
Centro	Sofala	Hospital Distrital de Nhamathanda
	Zambézia	Hospital Distrital de Mocuba
Norte	Nampula	Hospital Distrital de Nacala Porto
	Niassa	Hospital Distrital de Cuamba

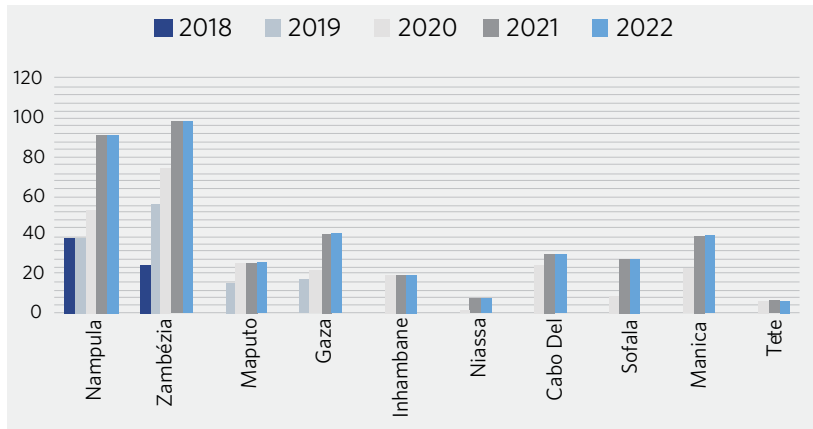
**Fonte:** MISAU, 2018

De acordo com o plano gradual de expansão, a perspectiva é de que até 2022 se atinjam os 42 distritos seleccionados com alto potencial impacto na implementação do CI. Um detalhe particular pode observar-se no gráfico abaixo, em que os locais tradicionalmente menos beneficiados pelo financiamento e de baixos índices de saúde, como Zambézia e Nampula, representam os maiores beneficiários da expansão da implementação.





**Gráfico 21.** Plano de expansão do Caso de Investimento



Fonte: MISAU, 2018

Uma recente missão do Banco Mundial e do GFF que visitou Moçambique para avaliar o nível de implementação do processo reconheceu um atraso em quase todos os Indicadores de Desemolho baseados no Desempenho<sup>182</sup>. Dos doze DLI, apenas três é que estavam em condições de serem cumpridos até o final do presente ano, nomeadamente: o DLI 1, correspondente à taxa de cobertura de partos institucionais nos 42 distritos seleccionados; o DLI 3, referente ao número de casais protegidos por ano pelo planeamento familiar e o DLI 7, concernente ao número de técnicos de regime especial de saúde afectos à rede primária. Os restantes DLI estão em risco de não serem atingidos.

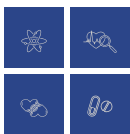
Entretanto, como referíamos acima, ainda é muito embrionário para referir elementos aprofundados sobre os resultados. Ademais, trata-se, sobretudo, de contribuições, porque ao nível dos locais de implementação, seria muito complexo extrair objectivamente os resultados de forma isolada de cada mecanismo de financiamento. No entanto, uma nota a reter: a implementação ao nível local ainda carece de reflexão para garantir resultados tangíveis. O nível de implementação ainda se ressent do problema de recursos, de infra-estruturas e de gestão.

182. Missão de apoio à implementação e pré-avaliação para financiamento adicional, Moçambique : programa de fortalecimento de cidade? Saúde Primários, [Ajuda Memória], Maputo, 2018.



# CONCLUSÕES





## 9. CONCLUSÕES

Este trabalho não pretendia ser exaustivo no que se refere à análise da arquitectura à assistência ao sector da saúde em Moçambique. Trata-se apenas de uma reflexão a partir de dois mecanismos de financiamento, o PROSAÚDE e o GFF, considerando que estes podem permitir um diagnóstico generalizável do sector de saúde, excluindo obviamente particularidades específicas dos outros modelos de financiamento. O trabalho partiu do pressuposto de que a leitura das modalidades de financiamento, assim como da sua gestão, oferece um entendimento geral do funcionamento do sector bem como da natureza da disponibilização dos serviços públicos de saúde. Aplicando abordagens da sociologia e da economia política, o trabalho mapeou os actores e os seus recursos e interesses para apreender as lógicas de construção social dos serviços de saúde em Moçambique.

A partir da triangulação de métodos, o trabalho constatou, primeiro, que a trajectória da construção do Estado Moçambicano determina grandemente as modalidades de gestão do sector. De uma **cultura administrativa centralizada**, o sector da saúde é tributário de uma trajectória histórica de prestação de serviços centralmente planificado, o que dificulta grandemente a efectividade de muitas das políticas formuladas exclusivamente ao nível do topo em articulação entre as elites programáticas do sector e seus parceiros de cooperação. Apesar de um discurso sobre descentralização do sector, as práticas de gestão e administração do SNS continuam pilotadas e controladas a partir do MISAU central. Assim, este último aparece como o actor dominador do sector e determinante, tanto nas lógicas de redistribuição dos recursos, como na natureza do funcionamento do sistema. A adopção e construção de modelos de financiamento da saúde concebem-se exclusivamente como arranjos entre doadores e a estrutura do topo do sector. Assim, muito dificilmente estes modelos são convertidos em práticas nos espaços de implementação.

Aliás, esta estrutura centralizada/centralizadora de gestão do sector é fundamental para apreender a arquitectura de assistência, sobretudo os resultados da prestação dos serviços de saúde. Os modelos de

financiamento adoptando um discurso de reforço ao sistema em muito reproduzem as práticas centralizadoras.

O **PROSAÚDE**, por exemplo, ao basear-se na ideia de apropriação, alinhamento e harmonização do financiamento, consciente ou não, reforçou o autoritarismo do MISAU em relação aos órgãos locais de prestação de serviços de saúde. Mesmo se a harmonização, em termos de coordenação com parceiros, ocorre igualmente aos níveis das DPS, a canalização dos recursos financeiros a partir do sistema financeiro do Estado, e geridos a partir do MISAU, coloca os níveis locais a reboque e sob ambiente de incerteza no que toca à transferência de recursos pelas autoridades centrais.

O **GFF**, apesar de ainda encontrar-se numa fase embrionária, e não obstante o discurso de financiamento baseado no desempenho, corre o risco de recompensar o autoritarismo central. Esta cultura centralizadora faz com que a concepção geral dos serviços de saúde continue monopólio das autoridades estatais centrais e dificulta a apropriação local e, por consequência, uma articulação informada com as comunidades.

Existe, nisso, uma **partilha de responsabilidade entre os parceiros (doadores) e o MISAU**. Os primeiros, imbuídos de conhecimento geral do contexto e de interesse em implementar modelos de financiamento, ignoram grandemente as lógicas políticas nacionais/locais que determinam a gestão dos recursos. Os últimos manipulam, intencionalmente, em seu favor, as dinâmicas da assistência financeira. Neste contexto, cria-se uma estrutura de um sector pouco sensível ao contexto local e às comunidades beneficiárias, por isso condenado à reprodução de iniquidades no acesso ao serviço.

Com efeito, esta linha centralizadora de funcionamento do SNS baixa os níveis de **transparência na redistribuição dos recursos**. Os níveis provinciais e distritais não têm a agenda, nem a visão sobre a disponibilidade de recursos, trabalhando sob incerteza. Este modo de



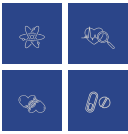
funcionamento coloca estes níveis locais numa forte dependência dos seus parceiros de cooperação locais, com particular enfoque para ONGs internacionais e nacionais. Na prática, a actividade de planificação aos níveis provinciais, por exemplo, transformou-se num processo de identificação do que o parceiro pode fazer. Este *modus operandi* não só banaliza as actividades do sector, como pode baixar os níveis de prestação de contas: não se sabe ao certo, a nível local, como se efectuou uma determinada actividade em termos de origem dos fundos. Assim, o nível de prestação de contas em termos de resultados *versus* investimentos é complexo nos espaços de implementação, uma vez que se transformam em mosaicos de actividades, em alguns casos bem coordenados em termos de prestação, cujos créditos de difícil atribuição a um parceiro específico.

Uma outra constatação é a **divergência em termos de visões de financiamento** que às vezes resultam em conflito entre o MISAU e os parceiros, bem como entre os próprios parceiros. Ademais, as abordagens dos doadores sobre o financiamento mudam de acordo com o tempo e, às vezes, de acordo com o representante no país. Não existe uma linha única que oriente alguns doadores para a natureza dos modelos a que aderem para financiar. A actividade do *lobby*, seja do MISAU seja de propaganda de modelos em circulação ao nível transnacional, ou ainda das ONG/OSC, tende a influenciar as perspectivas adoptadas.

Existe, igualmente uma **tendência de descontinuidade entre os modelos de financiamento**, o que cria, em alguns casos, crepitação entre os parceiros. Por exemplo, a adopção do GFF é, em alguns casos, entendida como substituição do PROSAÚDE sem com isso acumular-se o aprendizado daí resultante. Em consequência, construiu-se um ambiente em que alguns parceiros e alguns funcionários do MISAU posicionam-se como defensores do PROSAÚDE e outros como defensores do GFF. A complementaridade dos dois modelos desenvolve-se sob interesses diferenciados e antagónicos, o que gera descontinuidade e pouco aprendizado para o SNS e isso dificulta a sustentabilidade do sector da saúde.

Constatámos, no geral, **quatro tendências de financiamento** e que podem contribuir para o entendimento dos dois mecanismos em estudo e da arquitectura da assistência no geral:

- (i) existe um conjunto de parceiros focados exclusivamente no reforço do SNS. Estes são, sobretudo, pelo reforço dos mecanismos de financiamento via Fundo Comum de PROSAÚDE. A grande preocupação destes parceiros é a melhoria de alguns dispositivos de coordenação e, sobretudo, de transparência do processo, incluindo a mudança da denominação do PROSAÚDE para uma outra capaz de re-credibilizar o abordagem Swap. Fazem parte, entre outros parceiros, a Itália, a Suíça, a Espanha e a Flanders. Em alguns casos, trata-se de doadores com pequena capacidade financeira, mas preocupados com a visibilidade do seu investimento. Manter-se no PROSAÚDE, apesar de uma onda de saída de grandes doadores, garante-lhes visibilidade mesmo com contribuições pouco significativas;
- (ii) Outros preferem trabalhar duplamente entre o reforço do sistema e uma visão baseada em resultados. Para o caso do PROSAÚDE e do GFF, a sua característica central é, sobretudo, estar duplamente nos dois mecanismos. São geralmente doadores com maior poderio financeiro, como são os casos do Canadá e da Holanda. Em alguns casos, trata-se de actores que pretendem experimentar novas vagas de metodologias de financiamento sem uma posição claramente definida;
- (iii) uma terceira tendência é de doadores que excluem o apoio directo ao sistema, preferindo acções mais verticais e de projecto ou apoio em produtos. No topo deste tipo de tendência estão os americanos, por sinal, um dos grandes financiadores. No entanto, existem nesta linha outros parceiros que são relativamente flexíveis, como é o caso do Reino Unido, que, depois de sair do PROSAÚDE, funciona em paralelo, mas com alguma abertura de colaboração directa via sistema;



(iv) por fim, uma quarta perspectiva de financiadores aglutinados a nível mundial em modelos universais e que ao nível nacional não se focam muito para o aspecto sectorial de saúde. Estes estão envolvidos no Fundo Global e no GAVI, por exemplo.

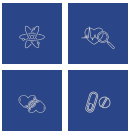
A **reformulação do SWAp**, como uma abordagem de colaboração, poderá alinhar a natureza de actuação dos mecanismos de actuação. No entanto, era preciso que o investimento na credibilização da plataforma fosse ao mais alto nível governamental. Até o presente momento, o MISAU não tem o controlo total dos diferentes mecanismos, sobretudo das acções desenvolvidas via financiamento vertical. Existe uma confusão entre a abordagem de coordenação de actividades e a de coordenação financeira do sector. O novo SWAp terá sucesso se ultrapassar a diversidade de abordagens financeiras para uma abordagem em termos de colaboração de actividades.

Em termos de **relação entre o MISAU e OSC**, é possível notar uma tensão latente, sobretudo ao nível central. Para além da competitividade no acesso aos recursos dos mesmos doadores, há um entendimento generalizado por parte do MISAU de que as OSC funcionam como simples *watch-dogs* sem uma grande contribuição para a melhoria das actividades. Em alguns casos, as actividades das OSC/ONG são competitivas em relação às do MISAU. Ao nível provincial e distrital, este entendimento relativiza-se. Nota-se uma certa coordenação sobretudo em termos de actividades junto às comunidades, seja para a mobilização e referência para os serviços assim como para a consciencialização em relação a diferentes matérias. Assoladas por uma precariedade acentuada, as unidades de implementação do MISAU, sejam hospitais assim como unidades sanitárias, apoiam-se muito nas actividades dos seus parceiros das ONG/OSC para a implementação de muitas actividades, incluindo de gestão quotidiana dos serviços.



**RECOMENDAÇÕES  
PARA GANHOS  
EFECTIVOS**

**10**



## 10. RECOMENDAÇÕES PARA GANHOS EFECTIVOS

Não existe uma fórmula que garanta uma efectividade completa do financiamento ao sector, mas algumas estratégias e táticas podem contribuir para melhorar a produtividade e gerar resultados mais visíveis. O quadro abaixo indica algumas saídas que podem ser adoptadas para maximizar os ganhos do sector. As propostas não são exclusivamente em termos de serviço oferecido, mas sobre as modalidades de prestação que podem melhorar a legitimidade

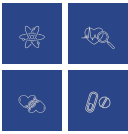
das actividades. Os serviços públicos, às vezes, não valem pelo que oferecem, mas pela modalidade que empregam na articulação com os seus usuários, ou seja, o serviço público é também uma ideologia da relação com o cidadão e legitimação da governação. De acordo com as constatações do terreno, a tabela indica o desafio, o modo de acção e a entrada estratégica para influenciar actores ou modalidades de funcionamento.

TIPO DE DESAFIO	PROPOSTA DE MODO DE ACÇÃO
DESAFIOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SECTOR DA SAÚDE E DO FINANCIAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reforçar a descentralização dos serviços de saúde até os níveis distritais. Com a nova legislação sobre descentralização, há um desafio da transferência de competências para os níveis dos órgãos de poder local.</li> <li>▪ Acelerar para que os SDSMASs sejam unidades gestoras beneficiárias e que não estejam à reboque do orçamento do Governo distrital.</li> <li>▪ Reduzir o financiamento baseado no topo do MISAU em benefício de financiamento baseado em resultado directo às unidades prestadoras de serviço.</li> <li>▪ Efectivação do processo de transferência de competências de gestão administrativa e financeira dos serviços primários de saúde para os municípios de modo a aumentar a equidade no acesso aos serviços de saúde através dum maior alinhamento entre as decisões de políticas com as prioridades locais, para além de reforçar o sistema de saúde a partir da melhoria das práticas de gestão financeira, administrativa e dos recursos humanos a partir das unidades meso e micro da administração pública.</li> <li>▪ Assegurar a integração do Manual de Procedimentos do PROSAÚDE em todas as agendas ou iniciativas de apoio ao sector da saúde, sobretudo no que concerne aos critérios de alocação dos recursos pelos vários níveis da administração, de modo a privilegiar um volume maior de utentes.</li> <li>▪ Reforçar a separação do Sistema Nacional de Saúde do MISAU de modo a assegurar a separação dos papéis de regulador, formulador de políticas, monitoria de políticas da implementação e provisão de serviços. Portanto, a formulação, monitoria e avaliação deverão ser da responsabilidade do MISAU enquanto que a implementação e a provisão dos serviços caberá ao SNS, assim como às organizações da sociedade civil e parceiros de cooperação do sector.</li> <li>▪ Reformar os mecanismos de orientação e alocação de gestores e administradores em funções de gestão e administração do sistema de modo a garantir que o pessoal clínico se dedique exclusivamente à prestação de serviços, devendo assim elevar o rácio de profissionais de saúde por utente.</li> </ul>
MULTIPLICIDADE E DIVERGÊNCIAS DOS MODELOS DE FINANCIAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reforçar o redesenho da abordagem SWAp como plataforma de coordenação de actividades;</li> <li>▪ Elaboração de uma política nacional de cooperação/ de apoio/ de financiamento na saúde que possa estabelecer balizas para o apoio dos parceiros e contribuir para o alinhamento, harmonização e coordenação.</li> <li>▪ Difundir a diferenciação da coordenação de actividade e da coordenação do financiamento;</li> <li>▪ Sensibilizar para a criação de base de partilha de dados, a partir de divulgação de actividades de avaliações, auditorias, relatório entre os diferentes actores que trabalharam no sector.</li> </ul>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reforçar sistemas de arquivos do MISAU acessíveis para todos. Criar um repositório de informação e dados.</li> <li>▪ É necessário, através da EFS, explorar os espaços para a co-produção dos serviços de saúde para a construção de uma nova concepção de acção pública no sector da saúde concebida como resultado da interacção de múltiplos actores na qual o Estado não mais gozaria do monopólio predefinido pela verticalidade na relação com os outros actores. As dinâmicas definiriam-se por meio de estratégias de horizontalidade e de acção em rede, desenvolvendo-se assim outras ferramentas de gestão e de coordenação do sector.</li> </ul>
<p>ARTICULAÇÃO DE ACTORES COM ENFOQUE PARA O MISAU, OS PARCEIROS, AS OSC E ONG</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para além da articulação financeira, reforçar as plataformas de concertação entre os múltiplos actores do sector;</li> <li>▪ Incitar a relação entre o MISAU e as OSC/OCB através da partilha de planos, apresentação de relatórios e complementaridades desde o nível central;</li> <li>▪ Responsabilizar as OSC pela gestão dos Cartões de pontuação – o MISAU não pode continuar a formular, implementar e autoavaliar-se.</li> <li>▪ Aprovação de uma estrutura oficial e perene de coordenação da ajuda de modo a aglutinar de forma vinculativa todas as estratégias e programas de apoio ao sector da saúde, quer <i>on-budget</i> quer <i>off-budget</i>, numa única plataforma de modo a reduzir, por um lado, a assimetria de informação, os custos de transacção, a fragmentação e, por outro lado, aumentar a eficiência, o acesso à informação, o alinhamento e a harmonização das estratégias com as prioridades dos cidadãos-utentes dos serviços de saúde.</li> <li>▪ Para que os espaços de diálogo sejam efectivamente de construção colectiva, e não simplesmente de legitimação, é necessário garantir a inclusão da sociedade civil/cidadão/utente/sector privado e outros actores relevantes não só no processo de formulação de políticas mas também de implementação. Quanto maior for a participação ou inclusão de todos os actores, maior será a transparência e a partilha da responsabilização por todos os intervenientes na cadeia de produção e implementação de políticas de saúde.</li> <li>▪ Através duma política ou regulamento, assegurar a autonomia e o poder de controlo do MISAU na formulação de políticas de modo a possibilitar que o financiamento seja orientado para as prioridades do sector da saúde e não para as prioridades definidas pelos parceiros de cooperação nas suas sedes sociais. O maior controlo do processo decisório pelo MISAU irá, de certa forma, garantir que, por um lado, se evitem “ilhas de excelência”, isto é, áreas de saúde prioritárias para os doadores e por essa via, super-financiadas num contexto de precariedade das áreas de saúde também prioritárias para os utentes e, por outro lado, evitar que se fragmente cada vez mais o sector como resultado da proliferação de iniciativas programáticas no sector da saúde.</li> </ul>



## Referências Bibliográficas

«Agenda para Acção de Acra», 3º Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda, 2008.

ANSELM, Laura, « Relatório de mapeamento de Recursos do Sector da Saúde no âmbito do Apoio do Mecanismo de Financiamento Global (Global Financing Facility – GFF) para todas as Mulheres e todas as Crianças », 2017.

BANCO MUNDIAL, *Actualidade económica de Moçambique: Tirando proveito da transformação demográfica*, Washington, DC, BANCO MUNDIAL, 2017.

BESTE, Jason e PFEIFFER, James, « Mozambique's Debt and the International Monetary Fund's Influence on Poverty, Education, and Health », *International Journal of Health Services*, vol. 46 / 2, 2016, p. 366-381.

BRINKERHOFF, Derick W. e BRINKERHOFF, Jennifer M., « Public Sector Management Reform in Developing Countries: Perspectives Beyond NPM Orthodoxy », *Public Administration and Development*, vol. 35 / 4, outubro 2015, p. 222-237.

BRINKERHOFF, Derick W e WETTERBERG, Anna, « Performance-based public management reforms: experience and emerging lessons from service delivery improvement in Indonesia », *International Review of Administrative Sciences*, vol. 79 / 3, setembro 2013, p. 433-457.

BUSS, Paulo e FILHO, Alberto, « A Saúde e seus determinantes sociais », *Revista Saúde Coletiva*, vol. 17 / 1, 2007, p. 77-93.

CAHEN, Michel, *Mozambique, la révolution implosée: études sur 12 ans d'indépendance, 1975-1987*, Paris, L'Harmattan, 1987.

CASTEL-BRANCO, Carlos Nuno, « Growth, capital accumulation and economic porosity in Mozambique: social losses, private gains », *Review of African Political Economy*, vol. 41 / 1, 2014, p. 26-48.

CHAO, Shiyen e KOSTERMANS, Kees, « Improving Health for the Poor in Mozambique: The Fight Continues », *Working paper*, p. 40.

CHILUNDO, Baltazar, « Ciclo de Monitorização do IHP+ de 2016, Moçambique. », Maputo, MISAU, 2016.

CHILUNDO, Baltazar, *Uma Análise de Economia Política dos Cuidados de Saúde em Moçambique para Informar a Fundação MASC*, Maputo, MASC, 2015.

CIP, « Negócios questionáveis do sector da saúde (I): Conheça os fornecedores estratégicos do MISAU e saiba quanto ganham », Maputo, CIP, 2017, (« Anticorrupção, Transparência, Integridade »).

CMCM, *Venda informal de medicamentos na Cidade de Maputo, causas e consequências para a saúde pública*, Maputo, Pelouro de Saúde e Ação Social, 2017.

COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA, « Nota Informativa: 10 anos após o “Compromisso de Abuja” de atribuir 15% dos Orçamentos Nacionais ao Sector da Saúde », 2011.

CORTÊS, Edson, *Velhos Amigos, Novos Adversários As Disputas, Alianças e Reconfigurações Empresariais na Elite Política Moçambicana*, Tese de Doutoramento em Antropologia, Universidade de Lisboa. Instituto de Ciências Sociais, 2018.

CORTÊS, Edson e NHAMIRRE, Borges, « As redes de negócios milionários do Ministério da Saúde - Quem são, como actuam, quanto ganham? », Maputo, CIP, 2017, (« Anticorrupção, Transparência, Integridade »).

CROOK, Richard C., « Rethinking civil service reform in Africa: 'islands of effectiveness' and organisational commitment », *Commonwealth & Comparative Politics*, vol. 48 / 4, 2010, p. 479-504.

DELOITTE, « Avaliação Externa do Sistema de Procuramento no Sector de Saúde », Maputo, MISAU, 2012.

DGA, « Presidente Nyusi construiu somente 2 dos 16 Hospitais Distritais que prometeu », [Online: <http://www.verdade.co.mz/tema-de-fundo/35/68051>]. Consulté le 22 mai 2019.



DIESEN, Arthur van, *Aid to Mozambique : an end to dependence? : an assessment of the quality of aid to Mozambique, with special reference to British and EC aid for health and education*, London, Christian Aid, 1999, 55 p., [Online: <https://search.library.wisc.edu/catalog/999889257102121>].

« Discurso de Investidura de Armando Emilio Guebuza - 14/01/2010 », *Armando Guebuza Blog*, 2010, [Online: <http://armandoguebuza.blogspot.com/2010/01/discurso-de-investidura-de-armando.html>].

DRH-MISAU, « 5º Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique - 2015 », Maputo, MISAU, 2015.

DRH-MISAU, « 7º Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique - 2016 », Maputo, MISAU-Observatório de recursos humanos para Saúde em Moçambique, 2017.

DUARTE, Vânia, « Economia moçambicana e principais desenvolvimentos: notas da visita a Maputo », *Mercados Financeiros*, abril 2017.

ELDRIDGE, Cynthia e PALMER, Natasha, « Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions », *Health Policy and Planning*, vol. 24 / 3, mai 2009, p. 160-166.

EMBAIXADA DE ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, « Relatório de HIV-Moçambique », Maputo, Mozambique, Embaixada dos Estados Unidos de América, 2017.

FMO, « Persistente falta de liquidez é o marco da execução do Orçamento do Estado até Setembro de 2018 P », 2019, p. 1-5.

FMO, UNICEF e ROSA, *Informe orçamental - Saúde*, Maputo, 2017.

FORQUILHA, Cadete, « Governação Distrital no contexto das reformas de descentralização administrativa em Moçambique: Lógicas, dinâmicas e desafios », in *Desafios para Moçambique 2010*, Maputo, IESE, 2010, p. 31-50.

FRANCO, Erika Lopez e DUMANGANE, Sansão, *N'weti's Community Scorecard Experiência in Nampula: A Case Study*, N'weti, N'weti-Comunicação para a Saúde, 2015.

FREITAS, Raquel, « Apropriação e desenvolvimento: Do discurso à prática na Declaração de Paris », *Análise Social*, dezembro 2012, p. 818-841.

GEFFRAY, Christian, *La cause des armes au Mozambique: anthropologie d'une guerre civile*, Paris, Karthala, 1990.

GOVERNO DO DISTRITO DE MOCUBA, « Balanço do PES 2018 Primeiro Semestre », Mocuba, Governo do Distrito de Mocuba, 2018.

GRANT THORNTON, « Revisão do relatório financeiro do Ministério da Saúde – PROSAÚDE II e Fundo Global 2009 », Maputo, MISAU, 2011.

GUAMBE, Egidio, *Réformer l'administration pour renégocier la centralité de l'Etat : une analyse à partir du cas des municipalités de Beira, Mueda et Quissico (Mozambique)*, phdthesis, Université de Bordeaux, 2016, [Online: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01450412/document>].

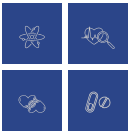
HALL, Margaret e YOUNG, Tom, *Confronting Leviathan: Mozambique since independence*, Athens, Ohio University Press, 1997.

HIBOU, Béatrice, *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*, Paris, La Découverte, 2012, (« Cahiers libres »).

INE, « Inquérito ao orçamento familiar IOF 214/15 », Maputo, INE, 2015.

« Informes Orçamentais | UNICEF Mozambique » [Online: <https://www.unicef.org/mz/informes-orcamentais/>]. Consulté le 22 mai 2019.

KARAGIANIS, Marina e CHONGO, Lídia, « Avaliação Conjunta Anual ACA XVI - 2016 », Maputo, MISAU, 2017.



- MANZANARES, Cristina, *Opções de política sobre forma e financiamento do sector de saúde em Moçambique*, Maputo, Social Health protection network, 2018.
- MARTÍNEZ, Javier, « Implementing a sector wide approach in health: the case of Mozambique », 2006.
- MATINE, Jorge, *A falta de medicamentos está também associada a precariedade no funcionamento da logística farmacêutica no sistema pública de saúde*, Maputo, CIP, 2018.
- MATUSSE, Cristina, IBRAHIMO, Hanifa, NGOCA, Fernando, [et al.], *Coordenação & Eficácia da Ajuda em Moçambique*, 3ª Edição, Maputo, MPD, 2013.
- MBEMBE, Achille, *Sortir de la grande nuit*, Paris, La Découverte, 2013.
- MENESES, Maria Paula, « Xiconhoca, o inimigo: Narrativas de violência sobre a construção da nação em Moçambique », *Revista Crítica de Ciências Sociais*, mai 2015, p. 09-52.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019*, Maputo, MISAU, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde*, Maputo, MISAU, 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) 2008-2015*, Maputo, Ministério da Saúde, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, DPC, *Termos de Referência Swap*, Maputo, MISAU, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, DRH, *Relatório Anual 2014*, Maputo, MISAU, 2015.
- MISAU, « Caso de Investimento para Saúde Sexual Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil, Adolescente e Nutrição (SSRMNIA&N) », Maputo, 2018.
- MISAU, « Relatório de Execução Orçamental (REO) Sector Saúde (Âmbito Nacional) », MISAU, 2018.
- MISAU, *Sector da Saúde. Estratégia de Financiamento*, Maputo, MISAU, 2018.
- MISAU, INE e ICF, « Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015 », Maputo, Rockville, Maryland, INS, INE, ICF, 2015.
- MISAU, MEF e PC, « Manual de procedimentos para implementação do Memorando de Entendimento do PROSAÚDE III », 2017.
- MISAU, MEF e PS, « Memorando de Entendimento-Fundo Comum de Apoio ao Sector de Saúde (PROSAÚDE) », 2003.
- MISAU e PARCEIROS DE COOPERAÇÃO, « Avaliação conjunta anual do desempenho do sector de Saúde 2012 », Maputo, MISAU, 2013.
- MISAU e PARCEIROS DE COOPERAÇÃO, « Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2011 », Maputo, MISAU, 2012.
- MISAU e PARCEIROS DE COOPERAÇÃO, « Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2013 », Maputo, MISAU, 2014.
- MISAU e PARCEIROS DE COOPERAÇÃO, « Desempenho do sector de saúde - Oitava avaliação conjunta anual », Maputo, MISAU, 2009.
- MISAU e PARCEIROS DE COOPERAÇÃO, « Desempenho do sector de Saúde- Sétima avaliação conjunta anual », Maputo, MISAU, 2008.
- MISAU e PARCEIROS DE COOPERAÇÃO, « Quinta Avaliação conjunta do sector de saúde », Maputo, MISAU, 2005.
- MORIER-GENOUD, Eric, CAHEN, Michel e ROSÁRIO, Domingos M. Do, *The War Within: New Perspectives on the Civil War in Mozambique, 1976-1992*, S.I., James Currey Ltd, 2018, 288 p.



MOSSE, Marcelo e CORTÊS, Edson, *A corrupção no sector da saúde*, Maputo, CIP, 2006.

MUENDANE, Elísio Emanuel, *Dynamiques urbaines et volatilité du vote lors des élections municipales de 2013: le cas de la ville de Maputo*, Dissertação de Mestrado em Ciência Política, Institut d'études politiques de Bordeaux, 2016.

NICOLAS DROSSOS e BUNGUELE, Berta, *Diagnóstico dos Sistemas de Gestão de Finanças Públicas no Sector da Saúde em Moçambique*, Maputo, MISAU, 2016.

N'WETI, « Orçamento da saúde: a disparidade entre o discurso político e a prática », *Policy Brief*, p. 1-6.

O'LAUGHLIN, Bridget, « O desafio da saúde rural », in *Desafios para Moçambique 2012*, Maputo, IESE, 2012, p. 333-371.

OCDE, « Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda ao desenvolvimento », OCDE, 2015.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre et RIDDE, Valéry, *Une politique publique de santé et ses contradictions: la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, 2014, (« Hommes et sociétés »).

LOWU, Dele e WUNSCH, James S., *Local Governance in Africa: The Challenges of Democratic Decentralization*, Boulder, Colo, Lynne Rienner Publishers Inc, 2003.

OMBE, José e CATIQUE, Lucas, « As implicações da descentralização na gestão das Unidades Sanitárias: Um olhar para o caso do Município de Maputo », Maputo, IESE, 2017.

OUA, « Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related Infectious Diseases », Abuja, 2001.

« Parceria de Busan para uma cooperação eficaz para o desenvolvimento », 4º Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda, 2011.

PAVIGNANI, E. e DURÃO, J. R., « Managing external resources in Mozambique: building new aid relationships on shifting sands? », *Health Policy and Planning*, vol. 14 / 3, septembre 1999, p. 243-253.

PAVIGNANI, Enrico e DURÃO, Joaquim Ramalho, « Aid, Change and Second Thoughts: Managing external resources in the health sector in Mozambique », Maputo, Ministry of Health, 1997.

PAVIGNANI, Enrico, SJÖLANDER, Stefan e AARNES, Dag, « Moving On-Budget in the Health Sector of Mozambique: Requirements, Features and Implications of Future Aid Management and Financing Mechanisms », Maputo, 2002.

PITCHER, M. Anne, *Transforming Mozambique: the politics of privatization, 1975-2000*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

PNUD, « Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update », Washington, D.C, PNUD, 2018, (« Briefing note for countries on the 2018 Statistical Update »), p. 1-8.

PNUD, « Rapport sur le développement humain en Afrique », New York, PNUD, 2016.

POLIDANO, Charles, « Why Civil Service Reforms Fail », *Public Management Review*, vol. 3 / 3, septembre 2001, p. 345-361.

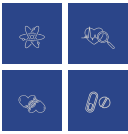
POSSE, Lúcio, « Descentralização no sector de saúde em Moçambique: Um processo sinuoso », Maputo, IESE, 2018, (« IDEAIS »), p. 2.

REITE, Torun, CAMMACK, Tim e TAVARES, Lurdes, « Interim Evaluation of Public Finance Management in the Mozambican Ministry of Health », Maputo, ACE International Consultants, 2014.

REZENDE, Flávio da Cunha, « Why do administrative reforms fail ? », *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 17 / 50, octobre 2002, p. 123-142.

ROLL, Michael, « The State that work: A pockets of effectiveness' perspective on Nigeria and beyond », in *States at work: dynamics of African bureaucracies*, Leiden ; Boston, Brill, 2014, p. 365-398.

ROSÁRIO, Domingos Manuel do, « “Empresários de penúria”. A problemática da emergência e envolvimento do sector privado local na prestação de serviços públicos : O caso do distrito de Nacala », Maputo, Instituto de Estudos Sociais e Económicos, 2014.



STEURS, Lies, *European aid and health system strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*, Centre for EU Studies Ghent University, 2018.

STEURS, Lies, ORBIE, Jan, DELPUTTE, Sarah, [et al.], « EU Donors and health system strengthening: the love-hate relationship with the Global Fund », *Development Studies Research*, vol. 5 / sup1, décembre 2018, p. S1-S13.

TREFON, Theodore, *Congo masquerade: the political culture of aid inefficiency and reform failure*, LONDON, Zed Books, 2011.

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO, « Relatório de Auditoria ao exercício 2011 \_ PROSAUDE », Maputo, MISAU, 2013.

UNICEF, *Informe Orçamental 2015*, Maputo, UNICEF, 2015.

UNICEF, « Informe Orçamental 2016: Saúde », Maputo, UNICEF, 2016, p. 1-16.

UNICEF, *Informe orçamental 2017: Saúde*, Maputo, UNICEF, 2017.

UNICEF, « Informe Orçamental 2017: Saúde », Maputo, UNICEF, 2017, p. 1-24.

UNICEF MOÇAMBIQUE, « Moçambique: Relatório Anual 2016 - Reforçar a resiliência », Maputo, UNICEF Moçambique, 2017.

VISSER-VALFREY, Muriel e UMARJI, Mariam Bibi, « Sector Budget Support in Practice Case Study Health Sector in Mozambique », London, Overseas Development Institute, 2010.

VISSER-VALFREY, Muriel e UMARJI, Rariam, *Sector Budget Support in Practice: Health sector in Mozambique*, London, ODI & Mokoro, 2010.

WEIMER, Bernhard, « Saúde para o povo? Para um entedimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique », in *Moçambique: Descentralizar o Centralismo? Economia Política, Recursos e Resultados*, Maputo, IESE, 2012, p. 423-456.

WEIMER, Bernhard, « Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique », in *Desafios de Moçambique 2015*, p. 423-456.

WEYSS, Birgit, « Analysis of Procurement Concerns identified in relevant documents and by selected sector working groups », Maputo, DFID Mozambique, 2012.

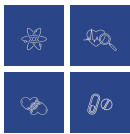
WHO, « World malaria report 2018 », Geneva, WHO, 2018.

WORLD BANK, *Making services work for poor people*, Oxford, Oxford Univ. Press, 2003, 271 p., (« World development report », [26.]2004).

WORLD BANK, *The World Bank Approach to Public Sector Management 2011-2020 : Better Results from Public Sector Institutions*, Washington, D.C, World Bank, Public Sector and Governance Board, 2012, [Online : <https://www.openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22534>].

**Anexo:** Lista de Entrevistados

Instituições	Nome	Instituição
Minitério da Saúde	Eusébio Chaquisse	MISAU
	Chanvo Davo	MISAU
	Rosa Marlene	MISAU
	Martinho Djedje	MISAU
	Marina Karagianis	MISAU
	Ilda Martins Canuma	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
	Custódio Sumbane	MISAU
	Francisco Mbofana	CNCS
Parceiros de Cooperação	Mbate Matandalasse	DANIDA
	Calistri Piergiorgio	Comissão Europeia
	Etelvina Mahanjane	DIFD
	Jonas Chambule	Embaixa da Irlanda
	Sophie Jacquél	AFD
	Filippa	NFPA
	Humberto Cossa	Banco Mundial
	Filipa Franco	Embaixa de Canadá
	Monique	Embaixada da Holanda
	Elias	USAID
	Adrijana	Embaixa de Canadá
	Jonas Pohlman	DFID
	Georgina	Suíça (SDC)
	Suzie Albone	UNICEF
Alvaro Bento	JICA	
Direção Provincial de Saúde	Lorice Ferreira	DPS Nampula
	Paula Cristina	DPS Zambézia
	Sílvio	DPS Gaza
	Belchor	DPS Gaza
	Beúla	DEF Gaza
	Carlos	Central de Medicamentos Gaza
Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social	Marcelo de Almeida Manuel	SDSMAS Chokwe
	Fausto Zandamela	Hospital Rural de Chokwe
	Irês	Hospital Rural de Chokwe
	Stélio Tamele	SDSMAS Chokwe
	Huesse Paulo	SDSMAS Nacala Porto
	Paulo Baca	SDSMAS Nacala Porto
	Stélio Tamele	SDSMAS Chokwé
	Joaquim Talão	SDSMAS Nacala Porto
	Enfemeira Vitória	CS Urbano Chokwe
	Fábio Dampua	Hospital Rural de Mocuba
	Filipe Martinho	Técnico de Cuidado Intensivos
	Estevão Mucey	Director de Unidade Sanitária
	Carlos Bila	SDSMAS Mocuba
	Helena Costa	Técnica de Farmácia
Filipe Muregue	Técnico de Farmácia HD Nacala Porto	



Académico / Consultores	Tavares Madede	UEM
	Baltazar Chilundo	UEM
	Helder Nhamaze	UEM
	Mirriam Bibi	Consultora
	Maimuna Ibrahim	Consultora
	Carlos Arnaldo	CEPSA
	Cristiano Matsinhe	UEM
ONGS	Regina Foquiço	JHPiego
	Manuel Cipriano Santos	JHPiego Gaza
	Julião	Save the Children Gaza
	Mário Namandage	Visão Mundial
	Jorge Sixpense	Elisath Glaser
	Neus Repua	Medicus Mundi
	Francisco de Castro	FH360 Nampula
	Agostinho Arone	FH360 Nampula
Sociedade civil	Elias Avelino	Pathfinder Nacala a Velha
	Jorge Cardoso	NANA Mocuba
	Gabriel Salimo	Comité de Saúde e Co-gestão Mocuba
	Jorge Matine	CIP
	Isac Mundiara	N'weti Gaza
	João Pereira	MASC
	Marcos Sicotche	PSI Gaza
Grupo Focal	Oswaldo Milicinho	Solidariedade Moçambique Nacala Porto
	Anchita Alberto	Fórum de Educação e Saúde Nacala Porto
	<b>Grupo</b>	<b>Composição</b>
	AMUSA (Mocuba)	9 Mulheres e 5 Homens
	AMUDHF (Mocuba)	11 Mulheres e 6 Homens
Comité de Co-gestão da Centro de Saúde Urbano (Chokwé)	7 Mulheres e 6 Homens	
Comité de Co-gestão da Centro de Saúde Urbano (Nacala Porto)	9 Mulheres e 5 Homens	





