



DEMOCRATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DINÂMICAS DE RESISTÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

Devolução e Delegação: democratização dos serviços de saúde

A descentralização dos serviços de saúde é, recorrentemente, entendida pelos actores do sector como desconcentração, o que não está correcto. Como forma de evitar esta confusão na utilização de conceitos, emprega-se no presente *research brief* o termo democratização, sendo que este refere-se aos processos de descentralização e de desconcentração que ocorrem no sector da saúde, ambos com regras, ritmos e compassos próprios. Deste modo, o processo de democratização dos serviços de saúde segue duas trajectórias: a primeira, da descentralização, no sentido de “devolução”, regulado pelo Decreto nº 33/2006 de 30 de Agosto, que aponta para o facto de as autarquias locais poderem realizar investimentos públicos nas áreas da saúde e que a transferência de competências de órgãos do Estado para as autarquias é acompanhada pela correspondente transferência de recursos financeiros e, se necessário, humanos e patrimoniais¹. A segunda, da desconcentração, no sentido de “delegação”, é regulada pela Lei nº 8/2003 de 19 de Maio² e pelo respectivo regulamento, Decreto 11/2005 de 10 de Junho³.

Este *research brief* - para além de descrever os dilemas do processo de democratização dos serviços de saúde - objectiva analisar as implicações do mesmo nas dinâmicas de prestação social de contas no sector de saúde e, por último, informar sobre possíveis caminhos para uma democratização mais consentânea com os discursos normativos. Argumenta-se que uma das causas do colapso do financiamento via PROSAUDE resulta das práticas de centralização dos recursos da ajuda ao nível central. O GFF, ao introduzir o mecanismo de financiamento baseado nos resultados, em princípio, mostra uma intenção de subverter a lógica da centralização, na medida em que os recursos devem ser alocados para os distritos de modo a beneficiar directamente as comunidades locais. No entanto, pelo facto de ignorar a experiência e as lições aprendidas com a implementação do PROSAUDE, carrega consigo o risco de reproduzir as mesmas práticas centralizadoras.



1. 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.

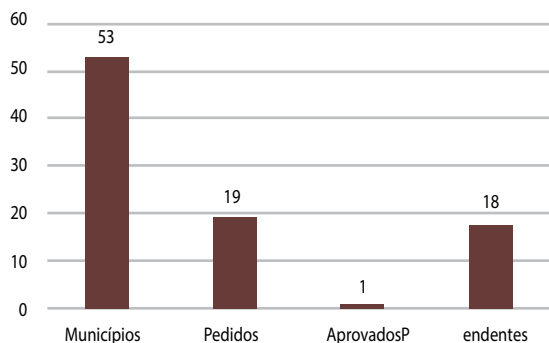
2. Lei 8/2003 de 19 de Maio. Estabelece princípios e normas de organização, competência e funcionamento dos órgãos locais do Estado. Boletim da República nº20, 1ª Série, Suplemento, de 19 de Maio de 2003.

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

Devolução dos serviços de saúde: da fachada à frustração

Treze anos após a aprovação do decreto nº 33/2006 de 30 de Agosto, que regula os procedimentos para a transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais, é consensual que o processo não está a ser conduzido de forma esperada, culminando em uma descentralização de fachada e frustrante para os municípios que, sobretudo, manifestaram junto do Governo Central o desejo de assumir a gestão dos serviços primários de Saúde. Entre os municípios que manifestaram interesse pela gestão descentralizada dos serviços de saúde, junto ao Ministério de Administração Estatal e da Função Pública, destacam-se: Cidade de Maputo, Matola, Xai-Xai, Inhambane, Maxixe, Massinga, Vilankulo, Beira, Dondo, Marromeu, Gorongosa, Chimoio, Gondola, Manica, Catandica, Quelimane, Pemba, Lichinga e Cuamba⁴.

Gráfico 1. Balanço da implementação do Decreto 33/2006



Como ilustra o gráfico acima, dos 53 municípios existentes, 18 são os municípios que se propuseram a gerir os serviços de forma descentralizada de acordo com as suas capacidades técnicas, institucionais e gestionárias. Contudo, as suas solicitações ainda se encontram reféns da análise discricionária dos respectivos governos

provinciais, em coordenação com o Ministério da Saúde. O Município da Cidade de Maputo é o único dos 53 municípios que, segundo a avaliação do Ministério da Administração Estatal e Função Pública (MAEFP), reúne o conjunto de requisitos técnicos para beneficiar-se da descentralização dos serviços de saúde.

Decorrente disso, o Município da cidade de Maputo recebeu do Estado 28 centros de Saúde e pouco mais de 856 funcionários.

Entretanto, a transferência de competências, mesmo para o Município da Cidade de Maputo, ainda é inconsistente com o discurso descentralizador, na medida em que o processo ainda não foi acompanhado pela transferência dos respectivos meios financeiros e muito menos patrimoniais⁵. Pese embora, por um lado, oficialmente tenha-se assegurado o poder de gestão das unidades sanitárias, por outro lado, o Município da Cidade de Maputo, pela ausência de instrumentos de acção pública, encontra-se numa situação de dependência "congénita" em relação à Direcção de Saúde da Cidade de Maputo (DSCM), até então, Unidade Gestora Beneficiária (UGB) e responsável pela gestão orçamental e financeira do sector de saúde na Cidade de Maputo.

Todavia, colocar-se-á a questão de saber-se se seriam apenas as competências técnicas e organizacionais o único móbil para o retrocesso do processo de descentralização dos serviços de saúde? É facto que, por um lado, grande parte dos municípios não dispõem de requisitos (diversos) suficientes para a gestão dos serviços de saúde e, por outro lado, não é menos verdade que as clivagens políticas são estruturantes da decisão sobre a transferência das competências para os municípios. Muito por conta de conflitos de poder político-administrativo, verifica-se a resistência do MAEFP na 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 (Renamo) e Beira (Movimento Democrático de Moçambique), assim como para os municípios geridos pelo partido no poder⁶, conhecem uma resistência da

administração central em transferir competências na gestão administrativa e financeira do sector, uma vez que a saúde é simbolicamente uma moeda de transação política e de reivindicação de constituências políticas. Para estes casos, o princípio do gradualismo oferece toda a margem de contorno das imposições normativas atinentes à necessidade de descentralizar os serviços para os municípios que já disponham de condições técnicas e administrativas para a gestão dos serviços de saúde.

Delegação dos serviços de saúde: a resiliência do centro sobre a periferia

"A principal inovação do PROSAÚDE III foi o Manual de Procedimentos 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 têm maior necessidade. O Manual de Procedimentos impõe objectivamente que os recursos têm de ir aos distritos, aos cuidados de saúde primária⁷."

A desconcentração dos serviços de saúde compreende um processo de delegação dos serviços aos escalões inferiores da administração pública. Este processo, muitas vezes confundido com descentralização (vide infra), é regulado pela Lei n. 8/2003 de 19 de Maio⁸ e pelo respectivo regulamento, Decreto nº 11/2005 de 10 de Junho⁹. Neste figurino, o controlo do sector de saúde não recai sobre os municípios, mas sobre a representação do Estado ao nível local, nomeadamente: as Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS).

Na relação entre o MISAU e os órgãos locais do Estado, para além da forte hierarquização do poder decisório, as práticas de centralização encontram-se também nos critérios de alocação

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

8. 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.

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

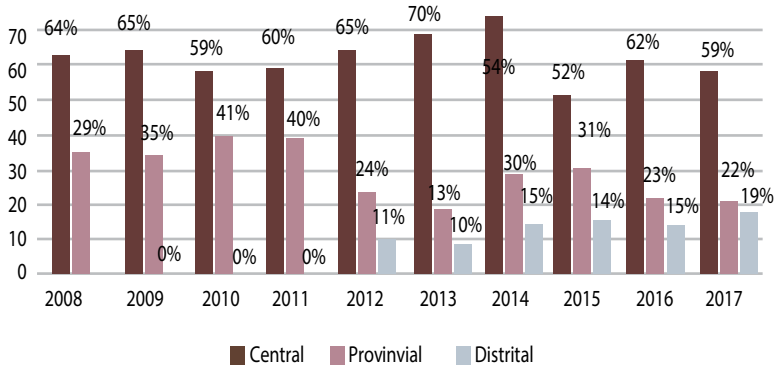
4. «Saúde e Educação: Mais municípios pedem gestão e serviços primários», [Online: <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/politica/50197-saude-e-educacao-mais-municipios-pedem-gestao-e-servicos-primarios>]. Consultado no dia 26 de Abril de 2019.

5. 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.

6. O caso do Município da Cidade da Matola revela um notável equilíbrio na balança de poder.

dos recursos financeiros. Não obstante 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 institucional¹⁰ e ainda, a introdução do Manual de Procedimentos de implementação do PROSAÚDE III (MdP), que fixa os critérios de alocação dos recursos, privilegiando grandemente os distritos, com perto de 80% dos fundos e o nível central com apenas 20%, o processo de desconcentração de recursos é ainda incomum para a administração central, como ilustra o gráfico abaixo, referente às despesas do sector por âmbito da administração:

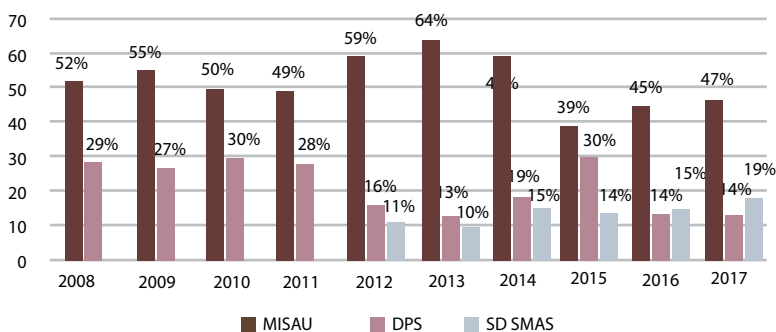
Gráfico 2. Despesa por nível territorial



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

Nota-se que, mesmo com os incentivos institucionais concebidos para "forçar" a desconcentração de recursos para os órgãos locais, ainda persistem as iniquidades na alocação de recursos entre os vários níveis do Sistema Nacional de Saúde (SNS); pese embora as DPS tenham ganho um certo protagonismo nos processos de tomada de decisão e de utilização de recursos e o SDSMAS se considere, na engenharia institucional, como a unidade de base de planificação e de implementação. Na prática os mesmos têm um papel irrelevante na execução das despesas em relação ao MISAU, como ilustra o gráfico abaixo:

Gráfico 2. Despesa por nível da administração



Fonte: UNICEF (2015-2017)

O volume da despesa do MISAU reflecte o facto de que muitas responsabilidades ainda estão concentradas ao nível central, não obstante o PESS 2014-19 ter estabelecido a desconcentração como o ponto de partida da agenda de reforma do sector da saúde. Três são as razões apontadas pelo MISAU para a resistência à desconcentração. Em primeiro lugar, as iniquidades administrativas ligadas aos padrões de despesa que variam de acordo com a capacidade de recursos instalada e não especificamente com as necessidades. Isto é, a densidade populacional, o número per capita de hospitais e leitos hospitalares, os indicadores de pobreza e de privação grave de saúde¹¹ pesam menos para a alocação dos recursos do que a extensão da rede sanitária e hospitalar. Por essa razão, a Cidade de Maputo, que dispõe da maior rede hospitalar e maior efectivo de recursos humanos, beneficia sempre da maior alocação de recursos em detrimento das províncias da Zambézia e Nampula, mais populosas, mas com baixa extensão de rede hospitalar.

Em segundo lugar, para além da fusão do Fundo Comum Provincial e de Medicamentos ao PROSAÚDE II, a segunda razão para o centralismo gestor, deriva da própria economia de escala, na medida em que para a aquisição de medicamentos e materiais médico-cirúrgicos, por exemplo, é mais parcimonioso se as aquisições forem feitas ao nível central do que na província ou distrito¹², que por defeito aumentam o custo económico dos bens e serviços.

Por último, mas não menos importante, problemas de natureza jurídica são geralmente apontados pelo MISAU para justificar as dificuldades na desconcentração dos recursos. Para o MISAU, pelo facto de muitos hospitais existirem fisicamente, mas juridicamente não estarem formalmente constituídos, é a principal causa para o défice de desconcentração¹³. Por exemplo, dos 27 hospitais distritais e rurais planificados para o ano de 2016, apenas o Hospital Distrital de Nacala Porto beneficiou da desconcentração orçamental.

Uma vez que os SDSMAS não são normalmente Unidades Gestoras Beneficiárias (UGB), como definido no e-SISTAFE, os fundos do OE, consequentemente, são geridos globalmente como orçamento do Governo Distrital, pelo Gabinete do Secretário Permanente do distrito, que normalmente tem o estatuto de UGB. Com efeito, desta linha centralizadora os níveis de transparência na redistribuição dos recursos são baixos. Adicionalmente, os níveis provinciais e distritais não têm agenda própria, nem a visão sobre a disponibilidade de recursos, trabalhando sob incerteza, o que, por consequência, os coloca em forte dependência dos seus parceiros de cooperação locais, com particular enfoque para ONG internacionais (*off-budget*).

É verdade que o GFF tem imprimido, sob o ponto de vista de concepção, um *enforcement* para a valorização dos distritos e, sobretudo, dos Hospitais Rurais como unidades de investimento. O plano de implementação do Caso de Investimento pretende beneficiar directamente 42 Hospitais Rurais, com um detalhe particular, para aqueles distritos que tradicionalmente têm beneficiado de menos financiamento e de baixos índices de saúde, como são os casos da Zambézia e Nampula. No entanto, mesmo se os pressupostos do GFF são embrionários, parece que ele se está estruturando em bases que podem reflectir ainda a forte

11. 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.

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

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

centralização do sector. Aliás, a concepção do processo, seja do Caso Investimento assim como da Estratégia de Financiamento do Saúde, dois instrumentos que garantem a implementação das agendas do GFF, foram fortemente centralizados ao nível do MISAU, reproduzindo e reforçando assim a estrutura centralizadora que constitui o sector de saúde.

O centralismo administrativo e a asfixia da responsabilização social

Em princípio um dos ganhos do processo de democratização do sector de saúde é o de aproximar cada vez mais os processos de prestação de serviços aos cidadãos e permitir que estes participem na formulação e implementação das políticas de saúde. Neste âmbito, a democratização é o motor para o reforço da participação, transparência e de prestação de contas no sector de saúde.

Contudo, se para o caso dos municípios denota-se uma mínima presença de organizações da sociedade civil intervindo no sector de saúde, por consequência dos bloqueios verificados no processo de descentralização das competências, nos distritos, por sua vez, a natureza centralizadora e centralizante da prestação de serviços de saúde asfixia os canais de participação efectiva da sociedade civil bem como reduz a prestação de contas e a responsabilização social dos servidores públicos.

É factual que a influência da sociedade civil nas políticas de financiamento é ainda muito incipiente. Aliás, muitas organizações da sociedade civil não conhecem ou são excluídas das esferas de decisão das agendas do sector de saúde. No entanto, é ao nível de monitoria e avaliação que se vislumbra algum engajamento dos actores das organizações da sociedade civil. Pese embora alguma abertura e aplicação do modelo de participação das comunidades na acção pública com o exemplo dos Cartões de Pontuação Comunitária (CPC) e os Comitês de co-Gestão e Humanização, a natureza da acção de muitas das

OSC centra-se muito nos processos de monitoria do Governo e na avaliação dos resultados alcançados na actividade administrativa. Esta natureza de fiscalização do tipo *watch-dog* é também resultado de uma cultura política centralizadora que vê os serviços como sendo de pura responsabilidade governamental ou estatal.

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 precariedade e competição por recursos escassos dos parceiros de financiamento. Estas rivalidades reduzem todas as possibilidades de colaboração, alianças e acumulação de sinergias entre as autoridades públicas do sector e as ONG, principalmente as nacionais.

No âmbito do GFF, algumas ilações particulares foram extraídas muito recentemente na medida em que o MISAU, com o apoio do Banco Mundial, adoptou a experiência dos CPC desenvolvida por OSC para a avaliação de desempenho na implementação do Caso de Investimento (CI) - mais precisamente do PforR - do lado dos utentes dos serviços de saúde. No entanto, ainda existem reticências na metodologia de como delegar completamente este tipo de actividade, de longa experiência das OSC, por receio de perda dos recursos financeiros que poderão ficar disponíveis para o efeito.

Portanto, mesmo se os planos estratégicos do sector definem o envolvimento das comunidades como prioritário, na prática, o SNS continua como monopólio do Estado. A composição dos Comitês de Saúde assim como dos Comitês de co-Gestão e Humanização, dada a natureza do seu funcionamento, tornam-se bastante frágeis, pouco funcionais e politicamente cooptáveis. Estas estruturas comunitárias tem um baixo nível de acesso a informação e a ferramentas de participação, assim como de conhecimento dos assuntos específicos e técnicos dos sectores e, por isso, são, muitas das vezes, excluídos dos processos de implementação dos serviços de saúde, marchando na conveniência e discricionariedade do sector de saúde e dos parceiros de cooperação local.





Notas de avanço para uma democratização do sector de saúde

A democratização dos serviços de saúde encontra-se subordinada a lógicas de poder e dominação, o que condiciona, de facto, o ritmo e o compasso dos processos de descentralização e desconcentração. De forma geral, é imperioso acelerar os planos de reforma do sector de saúde, de modo a desencadear-se o processo de separação do Sistema Nacional de Saúde do MISAU. Assim, ficaria assegurada a separação dos papéis de regulador, formulador, implementador e avaliador das políticas implementadas. Portanto, a formulação, monitoria e avaliação deverá ser responsabilidade do MISAU, enquanto que a implementação, provisão dos serviços caberá ao SNS, assim como as organizações da sociedade civil e parceiros de cooperação do sector. Este arranjo bifurcado poderá reduzir os custos de transacção e aumentar a eficiência e eficácia da ajuda ao sector de saúde.

Para o caso dos municípios, a ausência de indicadores objectivos, claros e consensuais que mensuram a sua capacidade de gestão, abre espaço para a existência de subjectividade e discricionariedade por parte do Ministério da Administração Estatal na definição do ritmo e do compasso da devolução de competências. O processo é conduzido em função de convicções e conveniências políticas. Deste modo, é importante que, por um lado, se despolitize os processos de transferência de competências através da ampla divulgação dos critérios, procedimentos e indicadores objectivos utilizados para a atribuição das competências gestionárias e, por outro lado, que se efective o processo de transferência de competência 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 de um

maior alinhamento entre as decisões de políticas com as prioridades locais.

No que concerne aos distritos, por sua vez, é necessário que o SDSMAS e principalmente, os Hospitais Distritais sejam Unidades Gestoras Beneficiárias (UGB) para que não estejam à reboque da discricionariedade do Governo distrital. Por seu turno, é imperioso assegurar a integração do Manual de Procedimentos do PROSAUDE (MdP) 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, com o intuito de reduzir o financiamento baseado no topo do MISAU, privilegiando cada vez mais uma arquitectura de financiamento assente em resultados extraídos directamente das unidades sanitárias, por baixo.

Por último, mas não menos importante, para que os espaços de articulação e colaboração sejam efectivamente desconcentrados e descentralizados para uma construção colectiva, e não simplesmente de legitimação, é necessário garantir a inclusão da sociedade civil, do cidadão-utente, do sector privado e de outros actores relevantes, não só no processo de formulação de políticas mas também de implementação, monitoria e avaliação. O entendimento é de que quanto maior for a participação ou inclusão de todos os actores maior será a apropriação das prioridades de saúde, a transparência e a partilha da responsabilização por todos os intervenientes na cadeia de produção e implementação de políticas de saúde.

Portanto, a concepção de uma política nacional de cooperação no sector de saúde que institucionaliza as estruturas, procedimentos e actores de coordenação constitui uma oportunidade para a aglutinação de forma vinculativa e perene das estratégias, dos programas e da arquitectura de financiamento ao sector da saúde, quer *on-budget* quer *off-budget*, 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 os critérios de alocação de recursos, a coordenação, o acesso a informação, o alinhamento e harmonização das estratégias com as prioridades do cidadão-utente dos serviços de saúde.

Referência bibliográfica

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.

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

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.

«Saúde e Educação: Mais municípios pedem gestão e serviços primários» [Online: <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/politica/50197-saude-e-educacao-mais-municipios-pedem-gestao-e-servicos-primarios>]. Consultado no dia 26 de Abril de 2019.

WEIMER, Bernhard, «Saúde para o povo? Para um entendimento 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.

Ficha Técnica

Propriedade: N'weti

Autores: Egídio Guambe e Elísio Muendane

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

Design gráfico: Maurício Matapisse

Direcção executiva: Denise Namburete

Ano: Outubro de 2019

