



POR UM SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE ACESSÍVEL PARA TODOS EM MOÇAMBIQUE

Mensagens-chave

- As políticas públicas de saúde não deveriam ser iniciativas exclusivas do Governo, mas fruto da interlocução entre actores sociais com diversidade de interesses e necessidades;
- A melhoria do Sistema Nacional de Saúde é possível com a participação de múltiplos parceiros interessados (MISAU, cidadão, Sociedade Civil, sector privado e doadores);
- O MISAU deve assumir maior protagonismo como entidade de concepção e fiscalização de políticas e sistemas de saúde, engajando os doadores e cidadãos numa agenda comum;
- A participação do cidadão e das Organizações da Sociedade Civil contribui para a melhoria da qualidade, equidade, responsabilização e acesso de todos aos serviços de saúde.

Sumário Executivo

As políticas e prioridades do sector de saúde em Moçambique têm sido amplamente influenciadas por agendas dos parceiros de cooperação, pelas elites dominantes e, em menor proporção, pelo Governo representado pelo MISAU. Apesar do discurso vigente, atrelado a um quadro normativo baseado em um conjunto de políticas e estratégias sectoriais, a participação do utente no SNS é ainda precária, sobretudo se considerarmos que muitas vezes o processo de formulação e monitoria de políticas públicas de saúde não considera a perspectiva do utente. Algumas iniciativas da Sociedade Civil demonstram o enorme potencial da adopção de ferramentas de participação do utente no contexto de formulação de políticas e provisão de serviços públicos de saúde, com resultados encorajadores. A institucionalização de mecanismos de participação da comunidade, a diferentes níveis, é central para que as aspirações dos utentes estejam reflectidas na agenda e prioridades do sector de saúde.



1. A centralidade da participação do utente no SNS

Ao longo dos últimos 30 anos, os países que se definem como “amigos de Moçambique” impuseram as suas prioridades específicas para o sector da saúde (Chavane & Gonçalves; Taela, 2019). Essas prioridades têm sido apresentadas sob os jargões da indústria do desenvolvimento, nomeadamente através de conceitos como “alinhamento”, “padronização”, “eficiência e eficácia”, “assistência técnica”, “capacitação” ou “coordenação”. Com efeito, através destes princípios de Paris, sobre a eficácia da ajuda, os parceiros de cooperação uniram-se e transformaram-se num grupo de pressão para impulsionar suas perspectivas e agendas sobre como o Sistema Nacional de Saúde (SNS) deve ser estruturado. Este grupo propõe, igualmente, o tipo de prioridades que devem ser levadas adiante no contexto da planificação integrada e as que devem ser financiadas por via do “fundo comum” do sector da saúde” (Namburete, 2018a). A Multiplicidade de parceiros que apoia o SNS, contribuindo e trabalhando em linhas verticais de provisão de serviços de saúde, concorre para a criação de ilhas de excelência no funcionamento e provimento de serviços (Namburete, 2018b), negligenciando aspectos como fuga de capital humano, sub-aproveitamento das capacidades disponíveis e fragilização de sistemas gerais a favor de particulares).

Neste sentido, ao nível de formulação e decisão das políticas do sector de saúde, a acção continua de domínio aparente das autoridades estatais mas fortemente pilotada pelos doadores, na medida em que todas as políticas do sector são desenvolvidas por iniciativa destes, desenhadas pelos seus consultores e sob controle e monitoria dos mesmos, embora no fim o MISAU tenha que assumir o produto final desse

processo (Guambe, Muendane e Mabunda, 2018). Esta dinâmica da relação entre o MISAU e seus parceiros é justificada, dentre outras razões, pelo facto de o sector ser financiado, grandemente, pela ajuda externa, sendo que a dependência financeira e fragilidades nos sistemas de planificação colocam o sector em posição de vulnerabilidade face à flutuação dos interesses dos seus parceiros e doadores.

Nesta perspectiva, a saúde individual e colectiva acaba por ser resultado das pressões entre as elites dominantes, os doadores e a sociedade (O’Laughlin, 2010), reflectindo lutas e alianças entre os dois primeiros. Ao nível do discurso, o diálogo e as alianças entre estes actores parece ser informado pelas necessidades da sociedade, contudo, o utente - destinatário final e a razão de ser do SNS - invariavelmente é excluído do processo de formulação e monitoria das políticas públicas do sector. O discurso do MISAU sobre a necessidade de ampla participação dos utentes em toda a cadeia, desde a concepção de políticas e provisão de serviços de saúde, faz parte do mesmo quadro em que os largos segmentos socialmente menos favorecidos são instrumentalizados para benefício de minorias privilegiadas.

Na verdade, como nos lembram Valla e Stotz (1993), vivemos numa intrigante contradição, pois ao mesmo tempo em que os discursos sobre participação foram se intensificando seus níveis são cada vez mais baixos, realidade esta que tem paralelismo com o enorme investimento que o sector da saúde tem feito no desenho de políticas e estratégias sectoriais visando promover a participação comunitária versus a ineficácia na operacionalização das mesmas. A exclusão do cidadão



e das OSC nos fóruns de deliberação, na formulação de políticas e na implementação e monitoria de políticas, bem como dos serviços de saúde, contribui para a reprodução do actual *status quo* marcado por iniquidades e disparidades no acesso e na provisão de serviços de saúde entre províncias.

Com efeito, o processo de institucionalização da participação dá-se num contexto marcado pela convivência paradoxal entre um aparato jurídico-institucional aparentemente compatível com uma sociedade democrática moderna e práticas políticas neopatrimonialistas e clientelistas (Andrade, 2009). Ainda existe um hiato profundo entre normas e práticas, e a superação deste depende, em grande medida, da postura política dos governantes, da sua adesão a um modelo de gestão que amplie a esfera do espaço público para a participação da sociedade, inclusive como um mecanismo de controle das acções do Governo (Nguiraze & Aires, 2011).

É importante lembrar que as oportunidades para se promover mudanças institucionais e reformas de políticas públicas são maximizadas quando os incentivos dos tomadores de decisão (elites) e a mobilização de cidadãos convergem e se reforçam mutuamente contra os defensores do *status quo*” (Banco Mundial, 2017).

A Declaração de Alma-Ata não só afirma a participação como direito, mas também como dever a exercer, individual ou colectivamente, no âmbito da planificação e da implementação de cuidados de saúde (Matos & Serapioni, 2017). No contexto da promoção da saúde a participação é considerada como uma das condições fundamentais para que as comunidades assumam o controle sobre a sua saúde.

Ademais, a participação comunitária, do utente, permite que esta se aproprie da sua saúde, conduzindo à formação da consciência sobre saúde e estendendo-se às demais questões sociais. Portanto, a participação constitui um importante mecanismo para promover a prestação de contas do Governo aos cidadãos e a interlocução destes em relação às suas demandas e necessidades assegurando uma governação transparente, democrática e inclusiva.

Neste contexto, na negociação com o seu objecto, o sector da saúde foi dando diferentes nomes ao seu interlocutor, “beneficiário”, “doente”, “paciente”, “utente”, “cidadão”. Estas designações são carregadas de significados que reflectem e expressam a natureza da relação de poder entre o sector e o seu interlocutor central, o cidadão-utente. À medida em que estas

designações mudam, muda também a percepção sobre este actor e a relação de poder entre ambos. Este interlocutor, embora ausente e ignorado, é peça central no ciclo de formulação de políticas de saúde e na provisão dos serviços de saúde. Planifica-se em função, em nome e para este interlocutor-chave, sem, contudo, incluí-lo enquanto titular de direitos e cuja voz deve, necessariamente, ser considerada.

Resulta interessante notar que desde o início que o descompasso entre um discurso encorajador à volta da participação e uma prática mais aquém foi identificado. Assim, apesar das boas intenções e de louváveis esforços empreendidos, a prática da participação, e mais do que isso, a participação com resultados mensuráveis, tarda a efectivar-se ao nível dos sistemas de saúde e dos seus serviços (Serapioni & Matos, 2013), facto por demais notório ao nível do SNS.

Os decisores políticos percebem o cidadão utente como uma massa amorfa sem vontades, sem agenciamento, visão muito própria de sistemas altamente hierárquizados em que o cidadão não é visto como actor com potencial de contribuir para pensar e construir o tipo de sistema de saúde que ambiciona. Desta forma, sonega-se-lhe o direito de participação na definição dos aspectos mais basilares sobre a sua saúde como acesso e organização dos serviços, confidencialidade, acesso a informação entre outros. Este modelo de relação entre governados e governantes assenta na lógica segundo a qual as elites governantes sabem o que é bom para os seus cidadãos.

Esta perspectiva desafia-nos a reconhecer as limitações dos modelos verticais e centralizadores actuais e a necessidade de pensar em modelos mais funcionais de articulação de narrativas mais horizontais que tragam para o centro do investimento o cidadão, lembrando que o cidadão não é somente o utente, mas provedor de saúde também. O desafio reside, precisamente, na compreensão e reconhecimento do papel do cidadão na cadeia de valor da provisão dos serviços de saúde como peça-chave para a emergência de uma narrativa mais inclusiva que leve a práticas holísticas de saúde. Ou seja, para que tal seja possível é fundamental que as elites detentoras de poder, os fazedores de políticas e o cidadão-utente se engajem na reconceptualização, rearticulação e reestruturação do sistema nacional de saúde. Só desta forma fica garantido um serviço abrangente, inclusivo e que reflecta as aspirações dos diversos grupos sociais.



2. Entre fragilidades e possibilidades

Ao nível da base e no espírito da desconcentração os Conselhos Consultivos Locais são definidos como arenas de articulação entre as autoridades administrativas locais, incluindo de saúde, e as comunidades. Contudo, no que se refere às Instituições de Participação e Consulta Comunitária (IPCC), a literatura aponta que estes espaços, para além de servirem apenas de consulta, com níveis de participação muito baixos, os actores envolvidos são previamente seleccionados. Ademais, a sociedade civil, apesar de a legislação prever que ela participe nos IPCC, não tem direito a voto, sendo apenas auscultada. Na prática, os espaços de participação, no espírito da desconcentração e da cultura administrativa moçambicana, servem como instrumentos de difusão das directrizes das autoridades centrais no sentido vertical irreversível (Guambe *et al*, 2018). A participação das comunidades, a este nível, não serve necessariamente para influenciar o processo decisório, mas para informar sobre as decisões tomadas. Seria, no entanto, a este nível que a inclusão das comunidades, assim como a prestação de contas e concepção conjunta dos serviços de saúde, teria lugar. Aliás, a produção de comportamento favorável à saúde far-se-ia pela incorporação das dinâmicas do sector, incluindo as suas limitações financeiras (Ibidem.).

Consistente com este enunciado, Calnan & Gabe (2001) e Milewa (2004) defendem que as novas experiências participativas têm sido adoptadas simplesmente

para legitimar as reformas económicas e de gestão introduzidas nos sistemas de saúde, já que a influência das comunidades locais nas decisões dos gestores e na definição das prioridades tem ficado muito aquém do que tinha sido preconizado pelos discursos políticos que tanto exaltavam as *Local Voices*.

Deste modo, mesmo se os planos estratégicos do sector definem o envolvimento das comunidades como prioritário, na prática, o SNS continua monopólio dos actores estatais. Aliás, a composição dos Comités de Saúde assim como os Comités de Co-Gestão das unidades Sanitárias – dominados pela presença dos responsáveis pelas unidades sanitárias e pelas lideranças locais – constrange o seu funcionamento como mecanismo de participação, sendo que na sua maioria são bastante frágeis e com fraco desempenho. Tal como nos sectores da águas e da educação, a par com os problemas ligados à sua fraca democraticidade e modelos de tomada de decisão pouco inclusivos, estas estruturas comunitárias registam baixo acesso à informação no geral assim como baixo conhecimento dos assuntos específicos e técnicos dos sectores, o que limita a sua capacidade de influenciar mudanças efectivas no SNS (N'weti, 2018). Na verdade, a politização destes mecanismos e espaços pelas lideranças e instituições locais anula a sua utilidade como plataforma de construção de consensos em matérias referentes à saúde da comunidade (N'weti, CESC & CIP, s/d).



A indução da participação e cidadania activas passa por assegurar que a informação sobre saúde como um direito constitucionalmente conferido chegue às pessoas pobres e excluídas. Deste modo, é de extrema importância a re-articulação das noções de participação e intersectorialidade pois são conceitos que conferem protagonismo aos actores comunitários, enquanto titulares de direitos (de saúde) e que se abandone concepções reducionista de saúde como processo, como um serviço e não um direito. Para tanto, é necessário conferir centralidade aos mecanismos e práticas que promovam a institucionalização da participação do utente nos processos de formulação, monitoria de políticas e na provisão de serviços públicos de saúde. A participação do utente tem potencial de vocalizar e dar visibilidade às ineficiências do sistema e inspirar a necessidade de fortalecimento do sistema nacional de saúde.

Institucionalizar a participação significa, também, promover a inclusão de uma série de novos actores no debate sobre saúde, como o cidadão, sociedade civil, sector privado, ampliando seus poderes para que possam reivindicar seus direitos e apropriar-se da sua parte de responsabilidade na definição de questões ligadas à área de saúde. Chegados a este ponto, pode referir-se que as políticas públicas de saúde não devem ser iniciativas exclusivas do Governo, mas fruto da negociação entre actores sociais com diversidade de interesses e necessidades.

Neste sentido, vale ressaltar que iniciativas e modelos interessantes de engajamento do cidadão-utente no ciclo de formulação e monitoria de políticas públicas e na provisão dos serviços de saúde, tem sido implementados pela sociedade civil com resultados

encorajadores. Moçambique tornou-se num palco onde diferentes abordagens de participação, engajamento e responsabilização social (*accountability*) tem ganho espaço com a aplicação de ferramentas como auditorias sociais na área da saúde, rastreio da despesa pública, monitoria da qualidade dos serviços de saúde pelo cidadão, o uso do cartão de pontuação comunitária, o cartão de reporte do cidadão, avaliação do nível de satisfação do utente, auscultação pública, entre outras.

Estas experiências de engajamento do cidadão-utente, ainda que incipientes e localizadas, permitem capitalizar e vocalizar concepções de saúde mais universais que engajam os próprios cidadãos a assumir a relevância da sua voz, dos seus deveres, direitos, obrigações e utilizar o seu potencial e ainda os emergentes espaços de participação para influenciar os processos de formulação e monitoria de políticas de provisão de serviços de saúde. Uma forma de levar estes modelos à escala é institucionalizá-los para que sejam apropriados a todos os níveis, incluindo pelos parceiros de cooperação.

Muito recentemente o MISAU, com influência do Banco Mundial, adoptou a experiência do Cartão de Pontuação Comunitária (CPC) desenvolvida por OSC para a avaliação de desempenho da implementação do Caso de Investimento (mais precisamente do Programa baseado em Resultados) do lado da procura, portanto do utente dos serviços de serviços (Guambe *et al*, 2018). Este facto poderá, seguramente, ser um bom ponto de partida para institucionalizar a participação da comunidade na provisão de serviços públicos de saúde. No entanto os esforços não esgotam aqui pois são necessárias amplas reformas visando assegurar uma cada vez maior e melhor participação do cidadão no processo de formulação de políticas e na prestação de contas do sector de saúde.





Conclusão

- A sobreposição e conflito entre agendas de parceiros e doadores inibem a consolidação de um sistema nacional de saúde holístico e robusto;
- A vulnerabilidade programática e financeira do MISAU concorre para o esvaziamento do papel de liderança e de definição de políticas;
- O fortalecimento do papel do MISAU como definidor e articulador de políticas de saúde pode fortalecer o seu papel na liderança dos investimentos para o estabelecimento de um sistema de saúde mais holístico e robusto;
- O limitado protagonismo do cidadão e das OSC no sistema nacional de saúde é reflexo da fragmentação da cadeia de provisão de serviços de saúde;
- A rearticulação da constelação de forças e estrutura de relações entre os principais intervenientes no sector da saúde é essencial para o estabelecimento de um sistema de saúde mais holístico;
- A participação do cidadão, nas diferentes instâncias e etapas de actuação do sistema nacional de saúde, pode contribuir para a garantia da qualidade dos serviços providenciados;

Referências

Calnan, M. & Gabe, J. (2001). From consumerism to partnership? Britain's national health service at the turn of the century. *International Health Service*: 31, 119-131.

Chavane, L. & Goncalves, C.M (2019). Inequalities in Maternal and Child Health in Mozambique: A Historical Overview. *IDS Working Paper* 526

Forquilha, S. (2007). Remendo novo em pano velho: O impacto das reformas de descentralização no processo de governação local em Moçambique », comunicação, *Desafios para a investigação social e económica em Moçambique*, Maputo, IESE.

Milewa, T. (2004) Local participatory democracy in Britain's health service: innovation or fragmentation of universal citizenship? *Soc. Polic Adm.*, 38, 240-252.

MISAU/DNPC (2013). Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019.

Gumabe, Egídio, Elísio Muendane e Lázaro Mabunda (2018). *Arquitectura de Assistência ao Sector de Saúde em Moçambique*. Maputo.

N'weti (2018). Mapeamento dos factores que contribuem para gerar mudanças nas unidades sanitárias. A experiência dos Comités de co-Gestão e Humanização (CcGH) como mecanismos de participação comunitária. Maputo.

N'weti (2016). A perspectiva dos utentes sobre a qualidade e humanização dos serviços públicos de saúde, Maputo, N'weti-Comunicação para a Saúde, 2016.

N'weti, CESC & CIP (s/d). Relatório Final de Pesquisa Formativa.

Namburete, D. (2018a). When a health system turns into a Tower of Babel: Mozambique's experiences. Disponível em <https://www.theimpactinitiative.net/blog/tower-babel-mozambique-experience>

Namburete, D. (2018b). Rethinking health accountability in Mozambique: Beyond donors and government? Disponível <https://www.ids.ac.uk/opinions/rethinking-health-accountability-in-mozambique-beyond-donors-and-government/>

Nguiraze, A.C. & Aires, J.D. (2011). Moçambique: processos de participação das comunidades rurais no desenvolvimento local. *Revista IDEAS*, v. 5, n. 1, p. 30- 65,

O'Laughlin, B. (2010). Questions of Health and Inequality in Mozambique. *Cadernos IESE*, n. 4.

Serapioni, M. & Matos, A.R. (2017). O desafio da participação cidadã nos sistemas de saúde do Sul da Europa: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública* 33 (1)

Valla, V. & Stotz, E. (1993). Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 77-92.

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

Ficha Técnica

Propriedade: N'weti

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

Design gráfico: Maurício Matapisse

Direcção executiva: Denise Namburete

Ano: Outubro de 2019

