



A prestação de serviços de saúde em Moçambique – rumo à descentralização do sector da Saúde?

Um contributo para uma necessária discussão da reforma

Nota de reflexão sobre políticas



FICHA TÉCNICA

Propriedade - N'weti

Equipa Técnica - Denise Namburete, Albino Francisco, Sansão Dumangane e Andes Chivangue

Edição de texto - Ilundi Durão de Menses

Direcção Executiva - Denise Namburete

Design gráfico - Maurício Matapisse

Junho, 2021

Índice

SIGLAS E ABREVIATURAS.....	4
RESUMO.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. CONTEXTO · CARACTERÍSTICAS PROEMINENTES DO SECTOR DA SAÚDE.....	8
2.1. Introdução.....	8
2.2. O Sistema Nacional de Saúde.....	8
2.3. Padrões de despesa.....	9
2.4. Novo Paradigma de descentralização.....	11
2.5. O contexto alargado da economia política.....	11
3. Rumo à reforma do sector da saúde – algumas questões fundamentais.....	13
3.1. INTRODUÇÃO.....	13
3.2. Qual a relação entre o MISAU e o SNS?.....	13
3.3. Reforma e descentralização do sector da saúde.....	16
3.3.1. Prestação de serviços de saúde primários a nível provincial.....	16
3.3.2. Municípios e cuidados de saúde primários.....	18
3.3.3. Financiamento e gestão de unidades descentralizadas de cuidados de saúde.....	19
3.3.4. CUIDADOS DE SAÚDE COMUNITÁRIOS.....	22
4. RUMO A UMA ESTRATÉGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	22
4.1. Conclusões: elementos-chave da reforma.....	22
4.2. Recomendações.....	23
5. ANEXOS.....	26
5.1. Informantes.....	26
5.2. Governos provinciais: Funções e organização dos serviços.....	26
6. BIBLIOGRAFIA.....	28

Siglas e abreviaturas

ADE	Apoio Directo à Escola
AGP	Acordo Geral de Paz (Roma 1992)
AMETRAMO	Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique
AP	Assembleia Provincial
APE	Agente Polivalente Elementar
APRM	Acordo de Paz e Reconciliação de Maputo
AR	Assembleia da República
CEP	Conselho Executivo Provincial
CIP	Centro de Integridade Pública
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CSPRE	Conselho dos Serviços Provinciais de Representação do Estado
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CPRE	Conselho Provincial da Representação do Estado
CSS	Cuidados de Saúde Secundários
CUT	Conta Única do Tesouro
DDR	Desmobilização, Desarmamento e Reintegração
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DPGCAS	Direcção Provincial de Género, Criança e Acção Social
DPS	Direcção Provincial de Saúde
Frelimo	Frente de Libertação de Moçambique
GFP	Gestão das Finanças Públicas
GP	Governador da Província
HCM	Hospital Central de Maputo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEF	Índice dos Estados Frágeis
IESE	Instituto de Estudos Sociais e Económicos
INAS	Instituto Nacional da Acção Social
MAEFP	Ministério da Administração Estatal e Função Pública
MEF	Ministério de Economia e Finanças
MGCAS	Ministério do Género, Criança e Acção Social
MISAU	Ministério da Saúde
MT	Metical
OAL	Ordem de Acesso Limitado

OE	Orçamento do Estado
OGDP	Órgãos de Governação Descentralizada Provincial
OLE	Órgãos Locais do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organização da Sociedade Civil
PECS	Pacote Essencial de Cuidados de Saúde
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Política Nacional de saúde
PQG	Programa Quinquenal do Governo
Renamo	Resistência Nacional Moçambicana
REP	Representação do Estado na Província
RH	Recursos Humanos
SDC	Agência Suíça para Desenvolvimento e Cooperação (Swiss Development Cooperation)
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SEP	Secretário de Estado na Província
SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SP	Secretário Permanente
SPRE	Serviços Provinciais de Representação do Estado
SPS	Serviços Provinciais de Saúde
UGB	Unidade Gestora Beneficiária
UGE	Unidade Gestora Executora
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations International Children's Fund)
WBG	World Bank Group

Resumo

Este artigo sobre políticas pretende contribuir para o debate em curso sobre a reforma do sector da saúde visando um maior grau de descentralização. Este objectivo reflecte um dos dois pilares do actual Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) do Ministério da Saúde (MISAU) (2014-2019)¹, ainda em vigor. E fá-lo situando os aspectos e preocupações específicas do sector da saúde num contexto mais vasto, o da economia política do país e, em particular, da reforma de descentralização no sentido de um «Novo Paradigma». Esta reforma surge da reforma constitucional parcial de 2018, que fez parte do processo de paz que culminou com o Acordo de Paz e Reconciliação de Maputo (APRM), assinado em Agosto de 2019.

O presente artigo resulta de uma breve consultoria, que, em termos metodológicos, combinou pesquisa documental e entrevistas com informantes seleccionados para a sua análise. Além de fazer uma distinção funcional entre as funções reguladoras e administrativas do MISAU, por um lado, e, por outro, a prestação de serviços de saúde por unidades de saúde (hospitais e postos de saúde de diversas categorias), o estudo procura assinalar questões para debate. Estas questões estão intrinsecamente ligadas à descentralização do sector. As questões actuais são a falta de autonomia das unidades de saúde que hoje se verifica, os critérios de atribuição e distribuição de recursos financeiros, e o reforço das unidades subprovinciais de saúde, nomeadamente as unidades de cuidados de saúde primários (CSP) e de serviços de saúde comunitários. Defende-se no artigo que o Novo Paradigma da descentralização pode contribuir para uma maior fragmentação de um sector já de si estrutural e financeiramente frágil. Este raciocínio tem em conta uma breve

análise das principais características do actual Sistema Nacional de Saúde (SNS), a sua configuração institucional, os desafios que se lhe colocam em termos de financiamento e governação, bem como os desafios relacionados com uma prestação de serviços eficazes e de qualidade fora da Área do Grande Maputo e em especial na periferia e a nível subdistrital.

Na secção final do documento, são apresentadas propostas de reforma ou recomendações de assuntos a ter em conta no debate sobre a reforma. Organizadas em função dos intervenientes, estas propostas e recomendações podem resumir-se da seguinte forma:

Governo / Conselho de Ministros (em particular, MISAU, Ministério de Economia e Finanças (MEF) e Ministério da Administração Estatal e Função Pública (MAEFP))

- a. Abrir espaço para um amplo debate entre as múltiplas partes interessadas sobre o Novo Paradigma de descentralização incompleto e controverso, nomeadamente sobre questões de descentralização sectorial da prestação de serviços de saúde;
- b. Rever os critérios de atribuição e distribuição do orçamento da saúde, com preferência pelos prestadores de serviços de saúde subprovinciais;
- c. Dar maior autonomia às unidades provinciais e distritais dos serviços de saúde e à sua ligação ao sistema nacional de Gestão das Finanças Públicas (GFP) (Sistema Electrónico da Administração Financeira do Estado (e-SISTAFE)), e reconhecer a necessidade de reforçarem a sua capacidade de gestão.

MISAU

- a. Reforçar a Unidade de Reforma com o objectivo de produzir uma estratégia de descentralização sectorial que seja incluída no debate geral da descentralização;
- b. Dar contributos conceptuais para este debate, através de estudos e de dados factuais, destinados a avaliar o potencial impacto da reforma da descentralização no SNS aos níveis subnacionais do Estado;
- c. Avançar com uma análise funcional do sector que procure diferenciar entre regulador/decisor político e prestador de serviços de saúde, e que vise aumentar a qualidade e a eficácia dos serviços deste último;
- d. Trabalhar com todas as partes interessadas a todos os níveis com vista a procurar e definir uma nova abordagem de CSP e de saúde comunitária, que vá além da abordagem, em grande medida improdutiva, definida no Decreto 33/2006 sobre descentralização dos serviços públicos para os municípios.

Organizações Não-Governamentais (ONG) especializadas

- a. Apoiar a Unidade de Reforma do MISAU com notas de pesquisa e documentação factual, e outros contributos semelhantes;
- b. Disponibilizar fóruns para um debate nacional sobre a reforma da descentralização do sector da saúde e investir na sua documentação, monitoria e avaliação;

1. Ministério de Saúde (MISAU), 2015. Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS), 2014 – 2019.

1. Introdução

c. Promover acções de advocacia com vista a melhorar quantitativa e qualitativamente os serviços de saúde ao nível subnacional, facilitando a interacção entre os representantes institucionais, tanto do lado da procura como do lado da oferta de serviços de saúde.

Parceiros internacionais

a. Continuar a apoiar o MISAU e a Unidade de Reforma do sector da saúde, do ponto de vista institucional e do ponto de vista financeiro, também com incentivos negociados para descentralizar mais a prestação de serviços;

b. Apoiar as ONG especializadas e o seu papel de «amigos críticos» do sector da saúde e da sua reforma;

c. Continuar a acompanhar a dinâmica da reforma da descentralização do sector, bem como os resultados e o potencial impacto da reforma geral da descentralização, no que diz respeito à melhor prestação e gestão dos serviços públicos, incluindo a saúde.

Este artigo constitui um contributo da sociedade civil para um debate necessário e que já devia estar a acontecer sobre a reforma do sector da saúde em Moçambique. Este sector, um dos sectores mais centralizados de Moçambique, é considerado «imune²» à já atrasada reforma visando melhorar a eficiência e o alcance dos serviços de saúde. Estes serviços são solicitados especialmente fora da Área do Grande Maputo, ou seja, o centro político e económico de Moçambique, e sobretudo em centros em rápida urbanização e em zonas rurais remotas da periferia do país. A reforma constitucional centrada na descentralização, que faz parte do APRM de Agosto de 2019, proporciona uma oportunidade para examinar tanto os passos que foram já dados para a reforma do sector como os desafios com eles relacionados, e ainda a capacidade e a vontade dos principais intervenientes em prosseguir e suportar a reforma. Há aqui que ter em consideração que os lucros financeiros e fiscais de economias extractivas como a economia moçambicana não beneficiam forçosamente os sectores sociais como a saúde, a água e o saneamento e a educação de acordo com as necessidades e as expectativas de uma população com uma taxa de crescimento de 2,8% ao ano, podendo antes contribuir para acentuar a exclusão, a desigualdade e a pobreza (Bebbington et al., 2017; Anand, 2014; Bebbington et al., 2017).

O documento está estruturado em quatro secções. Na primeira, apresenta-se uma breve panorâmica das principais características do sector da saúde em Moçambique. A segunda secção é dedicada à análise dos principais elementos e desafios que uma reforma do sector poderia implicar. O primeiro aspecto a ser analisado é o que concerne à relação institucional entre o ministério,

ou seja, a supervisão, e a instituição de elaboração de políticas, ou «regulador», por um lado, e o SNS como prestador de CSP, por outro. Segue-se uma subsecção dedicada à análise da descentralização e da prestação de serviços de saúde, focando concretamente as mudanças específicas do sector causadas pela introdução de um «Novo Paradigma de descentralização» (Impissa, 2020) no financiamento do sector, bem como a função das autarquias, ou seja, municípios, na prestação de serviços de CSP. Na terceira e última secção, tiram-se conclusões e propõem-se pontos de políticas considerados essenciais no debate da agenda da reforma.

A metodologia do estudo, resultante de uma consultoria de curto prazo, assenta principalmente em investigação documental complementada por informação obtida em algumas entrevistas com informantes que conhecem bem o sector: médicos, um quadro superior do MISAU, um representante de uma Organização da Sociedade Civil (OSC) moçambicana focada no sector da saúde, e, por último, mas não menos importante, representantes de um doador que já há muito tempo tem vindo a apoiar o sector da saúde em Moçambique (ver Anexo).

Os autores gostariam de agradecer a todos os informantes que acederam ao seu pedido de entrevista e à liderança do N'weti pelos seus contributos para este estudo. Um agradecimento especial é dirigido a Vitor Santos Lindegaard, Dinamarca, pela tradução para português do texto original em inglês.

2. Informante 1.

2. Contexto - características proeminentes do sector da saúde

2.1. Introdução

Num recente estudo sobre o sector da saúde, o médico e ex-ministro da saúde Ivo Garrido destacou alguns dos principais desafios que se colocam ao sector da saúde moçambicano, nomeadamente o SNS, a sua espinha dorsal e maior prestador de serviços de saúde, particularmente nas zonas rurais (Garrido, 2020). Com os seus sete hospitais provinciais, perto de cinquenta hospitais distritais, e 1.585 centros de saúde rurais e instituições de saúde comunitária, tais como os Agentes Polivalentes Elementares (APE) fora do Grande Maputo, o SNS responde a cerca de 95% da procura de serviços de saúde, sendo os restantes 5% cobertos por prestadores de serviços de saúde privados, principalmente em Maputo e em poucas áreas urbanas. Sublinhando os desafios enfrentados pelo SNS, como sejam subfinanciamento estrutural, um enfoque na saúde curativa em vez de preventiva, corrupção e falta de prestação de contas, além de uma preferência dos doadores por «abordagens verticais», Garrido salienta a necessidade de mudanças institucionais ousadas e de uma reforma profunda. O antigo ministro da saúde conclui que a actual estrutura institucional do sistema de saúde moçambicano e as suas «regras de jogo» não conseguem responder às necessidades de cuidados de saúde dos moçambicanos. Sem colocar a questão em termos de descentralização, Garrido defende uma mudança de prioridades no orçamento da saúde «de modo a que, pelo menos, 50% das despesas de saúde do governo sejam afectadas aos distritos e 25% aos CSP» (Garrido, 2020:19).

2.2. O Sistema Nacional de Saúde

Após a independência de Moçambique em 1975, o movimento de libertação Frelimo procurou alterar radicalmente o sistema de saúde que herdara, destinado principalmente à população urbana e aos colonos, introduzindo o SNS. Isto colocou todos os prestadores de serviços de saúde (hospitais públicos e de missões, e centros de saúde em grandes empresas) sob uma mesma tutela ao nível nacional, a do Estado, num sistema de saúde unitário, centralmente administrado e regulamentado, modelado e inspirado pelos princípios do socialismo científico. Este sistema visava proporcionar o acesso universal e gratuito aos serviços básicos de saúde, centralmente planeados com normas rigorosas com o objectivo de prestar serviços de qualidade uniforme em todas as partes do país e reduzir as lacunas existentes em termos de cobertura, acesso à saúde, etc., entre o Moçambique urbano e o Moçambique rural. Um dos principais efeitos deste sistema foi a «nacionalização» do pessoal de saúde (médicos e enfermeiros) sob a bandeira do partido Frelimo, em vez de uma mudança substancial ou reestruturação do sistema propriamente dito (Informante 1).

A ideologia subjacente de «saúde gratuita para todos» foi em grande medida conservada, embora, em 1995, após o Acordo Geral de Paz (AGP) de Roma que pôs fim ao conflito de 16 anos com a Renamo, tenham sido introduzidas algumas mudanças na Política Nacional de Saúde (PNS) aprovada em 1995. Uma delas é a introdução de taxas de utilização para os utentes, com vista a aumentar a base de recursos próprios do governo

para o financiamento do sector, que foi complementada pelo apoio financeiro dos doadores ao sector, actualmente sob a forma de apoio orçamental sectorial prestado pelos doadores do PROSAÚDE. Há dois aspectos que salientam a falácia do pressuposto subjacente de saúde gratuita e de qualidade para todos em todas as partes do país. O primeiro aspecto é a dinâmica de estratificação social e o aumento da desigualdade no rendimento e no acesso aos serviços, incluindo a saúde, que se seguiram ao AGP de Roma e ao afluxo de investimentos e ajuda em grande escala. Isto levou ao surgimento de uma classe média urbana e de prestadores de serviços de saúde e clínicas privadas, sobretudo em Maputo e noutras áreas urbanas, bem como ao «turismo médico» para hospitais e clínicas privadas na vizinha África do Sul (DFID, 2013). Nas palavras de um médico do ICOR (Instituto do Coração) em Maputo, «a escolha entre saúde e doença, vida e morte, é hoje em dia sobretudo uma questão das posses de cada paciente, da sua família ou da organização para que trabalhe³». O segundo aspecto é a notória escassez de financiamento governamental da expansão de serviços de saúde de qualidade nas zonas rurais de Moçambique (ver secção seguinte).

Hoje em dia, o SNS abrange os seguintes subsectores:

- a. Prestadores de serviços de saúde pública (hospitais centrais, provinciais e distritais). Distinguem-se Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Unidades de Cuidados de Saúde Secundários (CSS), que correspondem aos hospitais distritais, provinciais e centrais;

3. Comunicação pessoal.

b. Clínicas e prestadores de serviços de saúde privados, diferenciados entre os com fins lucrativos e sem fins lucrativos⁴; e

c. Serviços de saúde ao nível das comunidades, nomeadamente através de postos de saúde subdistritais e APE, e uma colaboração com profissionais de medicina tradicional e alternativa⁵.

A diferença entre prestadores de cuidados de saúde privados e públicos é fluída, já que várias clínicas privadas recorrem a pessoal médico, medicamentos e equipamentos fornecidos pelo sector da saúde pública e que os hospitais públicos também dispõem de enfermarias privadas (Weimer, 2013).

As três subcategorias têm, porém, diferentes estatutos e diferentes graus de controlo e regulamentação governamental. Os serviços de saúde pública e as suas unidades são financiados e geridos pelo governo (com apoio financeiro de parceiros internacionais tais como os doadores do PROSAÚDE) e o seu pessoal faz parte da função pública, com um quadro institucional e burocrático bem definido. Por exemplo, os hospitais centrais de Maputo, da Beira e de Nampula são formalmente regulamentados e geridos directamente pelo MISAU, se bem que, segundo dois informantes (Informante 1 e Informante 2), tenham, informalmente, um elevado grau de autonomia na gestão dos seus assuntos, já que a divisão funcional de tarefas entre funcionários superiores da administração da saúde e pessoal das unidades centrais de saúde é pouco

4. Exemplos de prestadores de serviços de saúde privados com fins lucrativos são as clínicas privadas que surgiram nos últimos anos, sobretudo em Maputo e nas principais cidades e vilas do país, ao passo que um exemplo de prestador privado sem fins lucrativos é o ICOR, sediado em Maputo. Na sua qualidade de entidade sem fins lucrativos com estatuto de ONG, presta serviços iguais ou semelhantes aos prestados pelas várias clínicas privadas com fins lucrativos, mas não paga impostos sobre os seus rendimentos, o que lhe dá vantagens competitivas sobre os seus congéneres privados com fins lucrativos.

5. Na perspectiva do MISAU, os médicos tradicionais, nomeadamente os organizados na Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO), desempenham um papel importante nos cuidados de saúde e na cultura, mas as suas actividades devem ser reguladas pelo Instituto de Medicina Tradicional do MISAU. Sobre o papel da medicina tradicional no sistema de cuidados de saúde e cultura de Moçambique. Ver: Meneses, 2004.

clara. Consta que a direcção do hospital central praticamente não presta contas ao governo, a não ser pela sua «correção política» (Informante 2). O mesmo se aplica à gestão da entidade responsável pela aquisição, armazenamento e logística de medicamentos, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), que está subordinada à Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM).

Os hospitais provinciais e distritais têm sido geridos pelas unidades desconcentradas do ministério a nível provincial, ou seja, as Direcções Provinciais de Saúde (DPS)⁶ e pelos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), a nível distrital. Os prestadores privados de serviços de saúde, em contrapartida, que podem funcionar ao abrigo da Lei n.º 24/2009 de 28 de Setembro, estão muito menos sob o controlo do MISAU, que tem pouca influência reguladora sobre este subsector, por exemplo, em questões relativas a normas de qualidade e estrutura tarifária dos serviços prestados. Quanto aos prestadores de serviços de saúde ao nível das comunidades, os APE, não fazem parte do pessoal de saúde assalariado pago pelo governo. Os APE são considerados «os prestadores locais de CSP institucionalmente mais fracos dentro do SNS, mas os mais importantes» (Informante 4). Como estão material e tecnicamente dependentes sobretudo de ONG e do apoio de projectos financiados por doadores, que diferem nas dez províncias de Moçambique, a sua presença e capacidade de intervenção varia muito em todo o país.⁷

Um documento de discussão interno da Unidade de Reforma do MISAU sugere um ajustamento ao sector da saúde em que um Serviço Nacional de Saúde representaria o subsistema público, enquanto as unidades de saúde privadas (com ou sem fins

lucrativos) representariam o subsistema privado. O subsector comunitário incluiria unidades com e sem fins lucrativos e, juntamente com os APE, seria integrado nas unidades de CSP (MISAU, 2020).

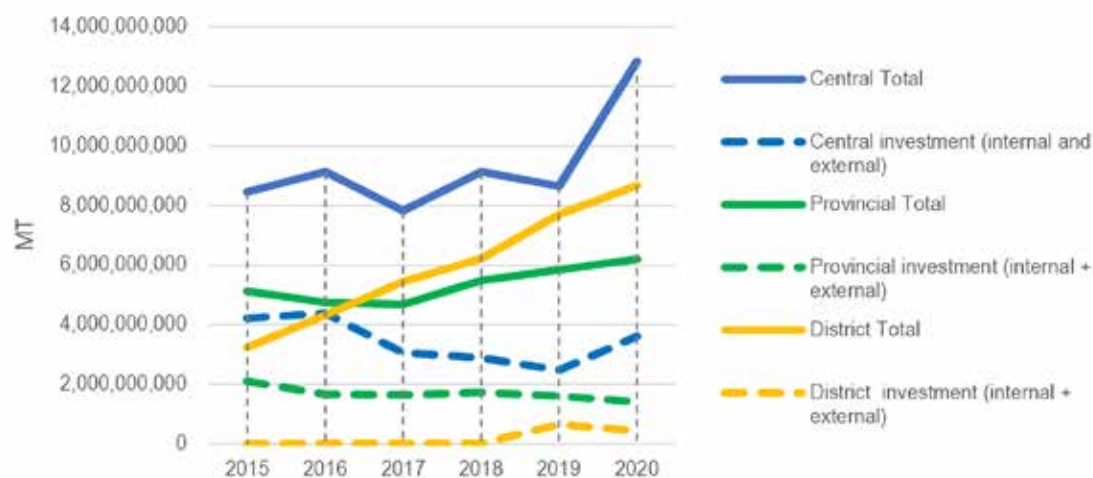
2.3. Padrões de despesa

As despesas do governo de Moçambique com a saúde são as terceiras despesas sectoriais mais elevadas do orçamento anual, abaixo das despesas com a Educação, e as Obras Públicas, Habitação e Água e Saneamento. Tal como estes sectores, a saúde é altamente centralizada, se tomarmos como medida o rácio da despesa a nível provincial (tanto despesas de funcionamento como despesa de investimento) em relação à despesa total de um ministério⁸. Cerca de metade do orçamento é gasto anualmente nos principais hospitais e no CMAM, todos sediados em Maputo. Weimer e Carrilho (2017:156) demonstraram já para o período 2010-2015 que estas instituições chamam a si 50% das despesas totais, ou seja, mais do que as dotações orçamentais para os níveis provinciais e distritais em conjunto. Estas instituições centrais foram também responsáveis por dois terços do investimento no SNS, correspondendo cerca de 90% das despesas a nível provincial e distrital a despesas de funcionamento e sem praticamente nenhum investimento (nacional) a nível distrital. A Figura 1 abaixo, na qual os principais focos de despesas de saúde, ou seja, os cinco principais hospitais da Área do Grande Maputo foram deliberadamente deixados de fora, serve para ilustrar os padrões de despesas em Moçambique fora de Maputo, de 2015 a 2020.

6. Com o Novo Paradigma de descentralização, a gestão dos hospitais provinciais passará para o gabinete da Secretaria de Estado da Província (SEP) e para os Serviços Provinciais de Assuntos Sociais – ou seja, os seus Serviços Provinciais de Saúde – que lhe estão subordinados (ver secção 3.2.2).

7. <https://www.unicef.org/mozambique/en/health>

8. Segundo Camões (2020), este rácio era, em 2018, de 2% para Obras Públicas, Habitação e Recursos Hídricos, 5% para Transportes e Comunicações, 12% para Meio Ambiente e 15% para a Saúde, ao passo que os ministérios da Educação (75%), Cultura e Turismo (38%) e, em menor grau, Agricultura (22%) são os que praticam um nível muito mais elevado de gestão desconcentrada de despesas.

Figura 1: Orçamentos de saúde executados, por níveis do governo, 2015 – 2020

Fonte: Autor, com base em dados gerados pelo Centro de Desenvolvimento de Sistemas de Informação de Finanças (e-SISTAFE).

Nota: O nível central inclui o MISAU, o Instituto Nacional de Saúde e a CMAM, mas exclui os principais hospitais de Maputo; o nível provincial inclui DPS e hospitais provinciais, bem como os hospitais centrais da Beira e Nampula; e o nível distrital corresponde aos SDSMAS, que incluem também serviços não relacionados com a saúde, como, por exemplo, assuntos das Mulheres e Acção Social. Não foram tidos em conta quatro dos cinco principais hospitais de Maputo e da Matola.

Podemos ver que as despesas de funcionamento (salários, consumíveis, compra de bens e serviços) ultrapassam de longe as despesas de investimento em todos os níveis de governo, sobretudo a nível distrital. Isto representa um padrão estrutural e confirma o postulado de Garrido atrás referido. Nos últimos anos, foram gastos em média de 75% do orçamento em despesas de funcionamento e apenas 25% em investimento⁹, o que tem um impacto negativo na capacidade do SNS de fornecer serviços de CSP ao nível das autarquias. Um estudo da UNICEF (2018) concluiu que o acesso a instalações de saúde mais baixo se verifica em Cabo Delgado, onde apenas 39% dos agregados familiares têm instalações de saúde a 30 minutos a pé da sua residência, ao contrário de Maputo, onde esse mesmo índice de acesso é de 96%, tendo a Zambézia e Nampula as mais baixas despesas de saúde per capita de todas as províncias de Moçambique. A avaliação intercalar do PESS (2014-2019) conclui que, aferido pelo número de habitantes servidos por unidade de saúde e pelo número de camas de hospital/1000 habitantes, não foi alcançado o objectivo de expansão dos serviços (MISAU, 2020:11). Apesar de, no orçamento executado nos últimos anos, se verificar um crescimento nominal de cerca de 11% ao ano das despesas de saúde, estas despesas têm tido um peso relativo constante de cerca de 10% do orçamento total durante a última década, muito menos do que os 15% que governo assumiu como compromisso internacional assente na Declaração de Abuja. A avaliação intercalar do PESS do MISAU 2014-2019 conclui que a estimativa de custos para a implementação do plano de 7,78 mil milhões de dólares é «ambiciosa» e que, no período 2014-2018, «o sector executou somente o equivalente a um terço da estimativa orçamental do custo do PESS, o que significa que a maior parte das actividades previstas

no PESS terão ficado sem financiamento» (MISAU, 2019:14). Nestas condições, o cumprimento das metas estabelecidas pela Declaração de Abuja e dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável para a Saúde em 2030 será uma ilusão. Continua a haver uma elevada dependência do apoio dos doadores. Os recursos do fundo comum do PROSAÚDE, porém, têm vindo a diminuir ao longo dos anos, tendo passado da cobertura de 52% das despesas totais do sector em 2008 para apenas 2% em 2016. O orçamento do PROSAÚDE para 2019 foi de cerca de 17 milhões de dólares, com contribuições da Suíça, Dinamarca, Espanha, Irlanda, Itália, FNUAP e UNICEF.¹⁰ Previa-se que uma surpreendente percentagem de 57% do financiamento total do PROSAÚDE para 2019 financiase os custos de funcionamento, nomeadamente os salários de um número de profissionais de saúde ainda fora do quadro da função pública que pode chegar aos 3000, ou seja, as despesas intrínsecas às funções essenciais do Estado. Isto ilustra tanto a já referida fragilidade do Estado no financiamento de serviços básicos como a saúde, como a dependência dos doadores, neste caso até no financiamento de despesas de funcionamento.

A percentagem da saúde no orçamento, que corresponde a aproximadamente 3% do PIB na última década, é inferior à sua equivalente em toda a África Subsaariana¹¹. Como o Observatório do Cidadão para Saúde (OCS) assinalou recentemente, a execução orçamental tem sido consistentemente inferior às dotações orçamentais. A espantosa discrepância de 25% verificada há alguns anos entre o orçamento planeado e o executado, e só parcialmente corrigida de 2019 a 2020, aponta para grandes desafios na planificação, programação, orçamentação e execução da prestação de serviços de saúde¹². Dois conhecidos profissionais de saúde, entrevistados em 2012 para uma

9. <https://observatoriodesaude.org/deviations-between-the-planned-and-the-execution-undermine-the-health-budget/>

10. Só a Irlanda contribui com 10.000.000 de USD.

11. <https://observatoriodesaude.org/lack-of-consistency-in-budget-allocations-to-the-health-sector/>

12. Ver <https://observatoriodesaude.org/deviations-between-the-planned-and-the-execution-undermine-the-health-budget/>

análise de economia política do sector da saúde (DFID, 2012) e agora consultados de novo para este estudo, afirmam, por isso, que o desempenho do sector da saúde em geral e do SNS em particular não melhorou nada, apontando a corrupção e a procura de rendas no sector como sendo uma das principais causas da fragilidade do sector e da sua imunidade à reforma (Informante 1, Informante 2). Temem que a guerra em Cabo Delgado e a instabilidade no centro de Moçambique, juntamente com a pandemia da COVID-19, possam tornar as coisas ainda piores. As medidas tomadas contra a COVID-19 podem não beneficiar forçosamente a maior parte da população, mas podem abrir uma janela de oportunidade para o enriquecimento dos laboratórios privados e de clínicas associadas à elite política (Informante 2). Uma opinião semelhante foi expressa por um activista de uma OSC que trabalha com questões de saúde pública (Informante 3)¹³. Um relatório do Centro de Integridade Pública (CIP) assinala que a forma como o Ministério da Saúde descuroou as necessidades de equipamento e de protecção do pessoal médico e paramédico que combate a pandemia vem sublinhar a «ineficiência estrutural» do sector (CIP, 2020).

2.4. Novo Paradigma de descentralização

Como outros sectores, o sector da saúde será também substancialmente afectado pelo «Novo Paradigma da descentralização». Este paradigma resulta de um longo processo de negociação de paz e, portanto, faz parte do APRM de Agosto de 2019 (Weimer e Bueno, 2020). A sua essência é definida por uma reforma constitucional parcial (Lei nº 1/2018 de 12 de Junho), acordada pelas partes negociadoras, a saber, o presidente de Moçambique, Filipe Nyusi, e o falecido

presidente da Renamo, Afonso Dhlakama. Essencialmente, esta reforma concede à oposição uma participação nas estruturas formais de poder a nível provincial e distrital, através de órgãos devolvidos de governação descentralizada com um certo grau de autonomia, em troca de total Desmobilização, Desarmamento e Reintegração na sociedade (DDR) do que resta das forças militares da Renamo. O Novo Paradigma estabelece os Órgãos de Governação Descentralizada Provincial (OGDP) nas 10 províncias de Moçambique, compostos por uma Assembleia Provincial (AP) multipartidária eleita, um Governador da Província (GP) eleito indirectamente e o seu Conselho Executivo Provincial (CEP), com as direcções provinciais, cujas responsabilidades foram descentralizadas (ver Anexo)¹⁴. Ao mesmo tempo, foi criada uma «Representação do Estado na Província» (REP), subordinada ao governo central. É dirigida pelo Secretário de Estado Provincial (SEP) que chefia o Conselho dos Serviços Provinciais de Representação do Estado (CSPRE). Isto inclui os Serviços Provinciais de Representação do Estado (SPRE), isto é, os sectores.

O complexo quadro legislativo (Mangove et al., 2019) está ainda incompleto, faltando-lhe nomeadamente uma clara divisão de competências e recursos entre a REP e os OGDP. Na opinião de muitos funcionários e quadros do sector público, a reforma não produziu apenas um governo provincial bicéfalo – ou, nas palavras de um administrador distrital, «um pássaro de duas cabeças que não voa»¹⁵ — ou seja, uma forma disfuncional de governação provincial. Também é visto como absorvendo os poucos recursos fiscais para financiar mais instituições, salários, residências e veículos para funcionários, em vez de investimentos muito necessários em serviços que beneficiem os cidadãos (Informante 7).

Nesta perspectiva, considera-se que a introdução de uma estrutura análoga nos distritos, prevista a partir de 2024, terá efeitos desastrosos sobre a já frágil capacidade dos sectores de prestar serviços públicos de boa qualidade e com maior alcance (Informante 7). Até lá, os governos distritais continuam temporariamente a funcionar como Órgãos Locais do Estado (OLE), legal e institucionalmente introduzidos em 2003, mas revogados na nova descentralização (Impissa, 2020). Os municípios continuam a fazer parte da estrutura do governo local, embora haja quem apele a que o seu número deixe de aumentar, e mesmo à sua abolição (Impissa, 2020). Como se verificara já quando da criação dos municípios em 1994, a questão da devolução de poder e dos recursos para os níveis subnacionais de governo, neste caso para províncias e distritos, e o grau dessa devolução criou controvérsia política e mesmo conflito no seio do partido no poder (Weimer e Bueno, 2020). A secção 3.3.2 trata especificamente dos desafios colocados pelo Novo Paradigma ao sector da saúde.

2.5. O contexto alargado da economia política

Por estas e por outras razões, o sector da saúde deve, evidentemente, ser analisado no quadro alargado da economia política moçambicana. Mesmo de um ponto de vista epidemiológico (Wilkinson, Marmot 2006, Marmot, 2005), a saúde individual e pública é em grande medida determinada pelas relações socioeconómicas e padrões de distribuição da riqueza, bem como pelo acesso aos serviços sociais. Assim sendo, é importante a estrutura de classe, estratificação e rendimento da sociedade moçambicana, tal como é importante o sistema político administrativo em todo o território de um país. Tudo isto é determinante da saúde de uma sociedade.

13. Ver também <https://observatoriodesaude.org/sales-of-tests-can-create-an-enabling-environment-for-vaccine-corruption/>

14. A província de Maputo tem um estatuto especial.
15. Comunicação pessoal.

Na economia política moçambicana destaca-se um partido fundacional hegemónico, a Frelimo, que estabeleceu e tem mantido um sistema clientelista neopatrimonial num estado altamente centralizado e cada vez mais autoritário. A Frelimo controla os recursos naturais e estratégicos do país, os níveis superiores da economia (também através de empresas estatais), o aparelho de segurança e a administração pública, juntamente com os instrumentos fiscais e políticos que decidem a afectação e distribuição (sectorial e geográfica) dos recursos públicos e humanos. Perante este estado de coisas, procuram-se e concretizam-se rendas para indivíduos, famílias dominantes e o partido, muitas vezes à custa do orçamento público, como Salimo e Macuane (2021) mostraram relativamente aos recursos de gás natural na província de Inhambane. Estes recursos são utilizados para manter uma Ordem de Acesso Limitado (OAL) a favor do partido hegemónico e para acordos no seio da elite (Weimer et al., 2012), excluindo quem não faz parte do sistema clientelista dominado pela Frelimo ou quem o critica (Borowczak et al., 2020). A corrupção, nas suas variadas formas (peculato, suborno e conluio) e dimensões (de pequena a grande escala), faz parte de uma OAL assente na procura de rendas e no clientelismo, também no sector da saúde. Os indicadores de governação do Banco Mundial (incluindo o combate à corrupção e a manutenção do Estado de direito) de 2009 a 2019 mostram uma tendência decrescente (WBG, 2020). Reforçadas por uma ordem neoliberal globalizada, as consequências inter-relacionadas para a economia política de Moçambique e a sua dinâmica podem ser resumidas em quatro pontos.

Em primeiro lugar, uma economia política estruturalmente distorcida, porosa e altamente endividada, centrada na extracção e exportação de recursos naturais (minerais, energia, agricultura, recursos pesqueiros e florestais) que não

produz o que consome e não consome o que produz (Castel Branco, 2015); e não gera uma acumulação de capital interno e um sector privado e uma base fiscal sustentáveis, aumentando a tendência da economia para o défice orçamental. Este tipo de economia política foi designado, já em 2012, por um membro do então Comité Central da Frelimo, como «economia de saque», impulsionada por uma «elite predadora em busca de rendas», movida por «motivos egoístas e ganância» (citado em Anon, 2012). Esta elite está, cada vez mais, a defender os seus interesses exclusivos e o *statu quo* através do aumento das despesas com a segurança, como o mostram os casos da violência política no centro de Moçambique em 2014–2016 e das despesas com a segurança marítima financiadas por dívidas ilícitas (Frynas e Buur, 2020). A análise dos padrões de despesa relativos à segurança comparados com sectores sociais seleccionados mostra que a despesa com a segurança, a partir de 2018, cresceu mais do que a dos sectores sociais: todos os anos, a despesa com a segurança tem sido mais elevada que os gastos com saúde, água e saneamento e acção social em conjunto (Potenciar, 2021).

Em segundo lugar, esta economia política tem acentuado a pobreza e a desigualdade no acesso aos serviços privados e públicos, e no consumo destes serviços. Inverteu-se a tendência decrescente da taxa geral de pobreza entre 1996/1997 e 2014/2015: o número total de mulheres, homens, raparigas e rapazes pobres aumentou desde 2000, particularmente nas zonas rurais e nas províncias do centro e norte do país (Mambo et al., 2018; Egger et al., 2020). E, entre os países com um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Moçambique tem tido a maior desigualdade na distribuição de rendimentos da África Subsaariana, mantendo um coeficiente de Gini acima de 0,4 (WBG, 2020). A pandemia da COVID-19 provavelmente virá reforçar dramaticamente as tendências de pobreza actualmente existentes (Mussagy e Mosca, 2020).

Em terceiro lugar, a economia de renda que procura centrar-se cada vez mais nas vantagens económicas que as elites esperam da economia extractiva caracterizada como o fenómeno da *'pre source curse'*¹⁶ (Orre e Rønning, 2017), juntamente com o aumento do endividamento e as consequências económicas, fiscais e de investimento da dívida oculta para a segurança marítima, que veio a lume em 2014, levou a uma fragilização do Estado, no sentido de uma redução da capacidade de fornecer e alargar bens e serviços públicos regulares (serviços sociais e infra-estruturais básicos na educação, saúde, estabilidade económica do abastecimento de água, segurança para os cidadãos). A pontuação de Moçambique no Índice dos Estados Frágeis (IEF) baixou 10 pontos, de 81,7 para 91,7 e a sua posição relativamente a todos os outros países piorou significativamente.

Por último, a relação entre o Estado capturado pelo partido hegemónico, por um lado, e a sociedade civil, por outro, é potencialmente conflituosa, uma vez que aquele está interessado em consolidar os seus poderes, enquanto que esta faz *lobbying* e advocacia por mudanças institucionais para a democratização e para maior eficácia, capacidade de resposta e transparência por parte do governo. Reivindicações de melhor governação e melhores condições de vida foram por vezes recebidas com violência (Brito, Luís 2017) ou negociadas com os principais interessados, como no caso da greve dos médicos em 2015 relativa os aumentos salariais prometidos, mas determinados grevistas foram posteriormente punidos pela burocracia ministerial¹⁷.

16. Isto é, uma maldição que acontece já antes do início da exploração dos recursos, resultante das rendas e ganhos esperados pelas partes interessadas nacionais e internacionais.

17. <https://www.dw.com/pt-002/m%C3%A9dicos-s%C3%A3o-punidos-em-mo%C3%A7ambique-ap%C3%B3s-participarem-de-greves/av-17098523>

3. Rumo à reforma do sector da saúde – algumas questões fundamentais

3.1. Introdução

O Novo Paradigma para a descentralização tem obviamente constituído um desafio para o MISAU, que teve de se preparar para ponderar a reforma e conceber uma estratégia sectorial para a descentralização (Informante 4). No seu PESS 2014-2019 (agora a ser alargado), o ministério identificou a descentralização (Pilar II) como um dos dois pilares estratégicos, estando o Pilar I relacionado com o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços de saúde. Foi criada uma Unidade de Reforma, que deverá colaborar com os parceiros do PROSAÚDE e receber apoio destes. Actualmente está a ser elaborado um ambicioso plano de reforma (Plano de Reforma 2022-2025) que inclui questões como governação e liderança, políticas de saúde, infra-estruturas de saúde, financiamento da saúde e o subsistema de saúde comunitária (Informante 4). Observadores próximos, porém, consideram que a Unidade de Reforma não é suficientemente dinâmica e não está dotada da capacidade de influência e dos poderes técnicos e materiais necessários para conseguir influenciar os decisores superiores do MISAU e do governo (Informante 4, Informante 5). A revisão intercalar do PESS conclui que «parte considerável dos aspectos de peso estruturantes na agenda de reformas está ainda na fase inicial de realização ou, simplesmente não foi realizada, e o aprofundamento dos processos de descentralização ficaram por materializar» (MISAU, 2019:14). Na elaboração da legislação para o Novo Paradigma da descentralização, a Unidade de Reforma contribuiu com considerações sectoriais que lhe tinham sido solicitadas, mas não

interagiu de forma proactiva com o MAEFP na formulação da legislação relativa à descentralização do sector (Informante 4, Informante 6). A avaliação intercalar do PESS, acima citada, confirma também que o objectivo de reforçar o sistema de saúde, sobretudo a nível distrital, através da aprovação e implementação de uma agenda e de um roteiro para a reforma, ficou refém da lentidão do progresso da reforma (MISAU, 2020:12).

Nas secções que se seguem, são levantadas várias questões que, na nossa opinião, deveriam merecer algum destaque na agenda de reforma do MISAU. Sugerimos também que a Unidade de Reforma do ministério esteja aberta não só aos contributos e sugestões de doadores que apoiam o sector, mas também aos de ONG especializadas, cujo objectivo é ver o sistema de saúde moçambicano melhorar o seu desempenho, qualidade e sustentabilidade, partilhando assim os próprios objectivos estratégicos do ministério como ponto de partida.

3.2. Qual a relação entre o MISAU e o SNS?

Uma questão raramente levantada é se existe, ou deveria existir, uma clara diferenciação de funções entre o Ministério da Saúde e as suas subunidades a nível nacional e subnacional, por um lado, e a prestação de serviços de saúde através do SNS, por outro. De acordo com um informante do MISAU, o Novo Paradigma de descentralização veio dar algum sentido de urgência à abordagem desta questão.

Na opinião do director de uma ONG actuando na área da saúde pública, não existem actualmente linhas e critérios funcionais e divisórios claros para a atribuição de recursos entre a administração e o regulador do sector da saúde, ou seja, o MISAU e as suas subunidades provinciais e distritais, por um lado, e os prestadores dos serviços de saúde, ou seja, as unidades de saúde do SNS, por outro. Mesmo as linhas divisórias entre o ministério e as principais unidades de saúde, incluindo os prestadores privados sem fins lucrativos, como o ICOR, não estão claramente definidas (Informante 3). Isto afecta obviamente a prestação de contas institucional dos prestadores de serviços ao ministério e do ministério, enquanto parte do governo, à Assembleia da República (AR). Dada a natureza e as principais características da economia política moçambicana em geral e do sector da saúde em particular, a relação entre os prestadores de cuidados de saúde públicos e privados e o «administrador/regulador» MISAU faz parte integrante de um sistema patrimonial-clientilista do partido dominante, que é vulnerável à corrupção e à procura de rendas, e à instrumentalização de recursos humanos (RH) (função pública) e da administração pública para consolidar o seu regime hegemónico. Os exemplos apresentados são a utilização de pessoal e veículos da saúde para a campanha eleitoral. O conluio entre o ministério e as unidades de saúde é também evidente pelo constante desaparecimento de medicamentos e produtos médicos, adquiridos pelo SNS através do CMAM, para o sector privado da saúde e para as actividades privadas do

peçoal médico empregado pelo sector do SNS (Informante 1), o que já foi observado (WB e DFID, 2013). Um dos principais informantes deu o exemplo da privatização de uma fábrica de medicamentos na Matola, destinada a produzir anti-retrovirais (inicialmente contando com a intenção de apoio expressa pelo governo brasileiro), que foi «passada» a um antigo ministro da saúde e vendida ao governo (MISAU), que agora compra medicamentos comuns a essa fonte a preços elevados - sem competição (Informante 2). Um terceiro exemplo dado é o da construção de um novo bloco operatório pelo Hospital Central de Maputo (HCM), um projecto de custo elevado que nunca foi concluído (durante o mandato de dois directores do hospital), o que tem um impacto negativo na capacidade do pessoal de saúde de realizar cirurgias (Informante 2). Por fim, foi salientado que há anos que o HCM não tem um sistema de *internet* e *intranet* sustentável em funcionamento (uma ferramenta essencial para registos de utentes, utilização ideal do equipamento de diagnóstico e intercâmbio nacional e internacional), apesar de ter havido diversas iniciativas e concursos para esse efeito (Informante 2). Em todos estes casos, ninguém foi institucionalmente responsabilizado, nem na unidade de saúde, nem no ministério. Esta fonte salientou também que os hospitais centrais de Maputo, Beira e Nampula, que são geridos directamente pelo MISAU, têm um elevado grau de funções reguladoras próprias (por exemplo, na definição da sua estrutura de taxas, nas aquisições de bens e serviços, etc.), embora estejam técnica e administrativamente subordinados ao MISAU e sejam por ele geridos. Consta que o controlo e a prestação de contas ao MISAU são mínimos e estes hospitais não são obrigados a apresentar anualmente relatórios de contas e de actividades. Ao mesmo tempo, há informações de interferência indevida e de convivência por

parte dos quadros do MISAU nos projectos de aquisições desses hospitais, na política de RH e no recrutamento (Informante 1, Informante 2).

Um ponto particularmente preocupante é a construção de unidades de saúde para as quais os recursos fiscais são atribuídos principalmente ao nível do ministério. Consta que os concursos enfermam de falta de transparência e que o planeamento não é harmonizado nem com os governos provinciais e distritais, nem com o recrutamento de RH e a aquisição de equipamento necessário para essas unidades (Informante 2, Informante 3). Foi referido o caso de um hospital distrital acabado de construir no distrito de Jangamo, uma unidade que não está operacional devido à falta de equipamento e de pessoal. E diz-se que o novo hospital provincial de Quelimane está demasiado longe da cidade, num local servido por transportes públicos irregulares, de modo que não está a funcionar em pleno, preferindo os doentes procurar consultas e tratamento no hospital da cidade. Os enfermeiros que se deslocam para o novo hospital e voltam para casa durante o dia contribuem para uma capacidade deficiente do serviço médico nocturno (Informante 2). Por muito que o projecto «um distrito, um hospital», promovido pelo Presidente Nyusi, seja oportuno, existe algum cepticismo de que a sua motivação seja forçosamente a melhoria da cobertura dos CSS, podendo ser antes o facto de os concursos para a construção constituírem uma excelente oportunidade para a procura de rendas dos funcionários do sector (Informante 2). De qualquer forma, um olhar sobre os recursos orçamentais do MISAU para investimento mostra que estes estão longe de ser suficientes para implementar o ambicioso programa do Presidente. Seja como for, a expansão prevista da rede de serviços de saúde desacelerou consideravelmente, devido

a restrições orçamentais e *stress* fiscal (MISAU, 2020), associadas à dívida oculta referida na anterior secção sobre economia política. A manifestamente baixa capacidade de investimento (interno) no sector da saúde (como se mostra na Figura 1 acima) também não contribuiu para a sua expansão.

Numa perspectiva de governação, portanto, faz sentido separar as funções de regulador e fornecedor do sector. Nesta lógica, o MISAU é considerado uma entidade responsável pela elaboração de políticas, definição das «regras do jogo», administração dos serviços e afectação de recursos, monitoria e avaliação, e cooperação internacional, ao passo que o Serviço Nacional de Saúde poderia ser considerado um dos prestadores de cuidados de saúde primários e secundários, e dos serviços que lhes estão associados, ou seja, um prestador público de serviços de saúde.

Ao fazer esta sugestão, estamos em sintonia com vários autores, que vêem a necessidade de reconhecer um papel forte e normalizador do Estado central nas políticas de saúde, supervisão e questões de equidade, especialmente no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, e particularmente a níveis descentralizados, uma vez que a diversidade de contextos e capacidades dos prestadores pode afectar os padrões de qualidade e a imparcialidade no acesso às unidades de saúde (Collins e Green, 1994). O estabelecimento de normas e o papel de monitoria do MISAU é essencial para institucionalizar e supervisionar «uma disciplina de desempenho eficaz do topo para a base» da componente de RH e para uma prestação de serviços de qualidade a nível local (Booth, 2010:34).

Uma separação bem definida das funções e responsabilidades do MISAU e do SNS contribuiria certamente para uma

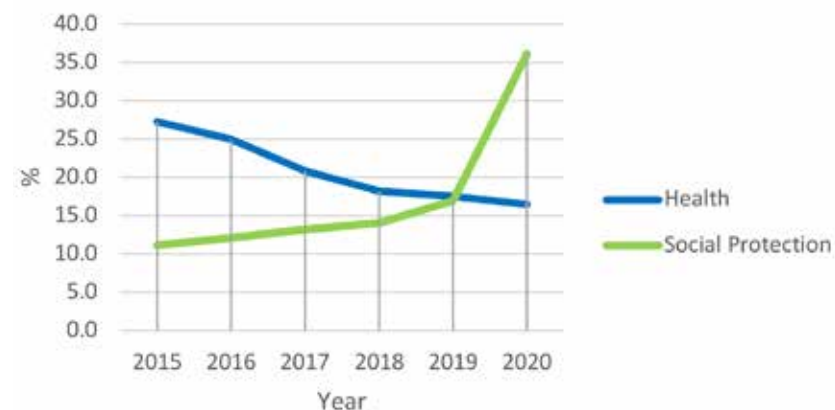
dissociação de interesses e funções entre regulador e fornecedor e aumentaria a prestação de contas. Isto exigiria, porém, a atribuição de um certo grau de autonomia administrativa, financeira e patrimonial a instituições-chave do SNS, nomeadamente aos hospitais.

Uma observação de outro sector social importante, a acção social, ilustra este ponto. A responsabilidade institucional pela acção social básica cabe ao Ministério de Género, Criança e Acção Social (MGCAS). O ministério é responsável pela concepção, implementação e monitoria dos programas de acção social com base no seu quadro institucional (Art. 95 da Constituição, Lei n.º 2/2007 de 7 de Fevereiro) e numa Estratégia Nacional de Segurança Social Básica, 2016-2024 (GdM, 2016)¹⁸. Institucionalmente, o ministério mantém as suas direcções a nível provincial (Direcção Provincial de Género, Criança e Acção Social (DPGCAS)) e, a nível distrital, os seus serviços estão integrados nos SDSMAS, onde a acção social tem um papel secundário, dada a prioridade dada aos serviços de saúde pelos SDSMAS. A prestação dos serviços de acção social cabe ao Instituto Nacional da Acção Social (INAS), principalmente através do Programa de Subsídio Social Básico, que prevê uma transferência regular de dinheiro para a população beneficiária mais vulnerável.

Com uma despesa esmagadoramente efectuada ao nível subnacional do governo, o MGCAS - e o seu sector de acção social - é um dos ministérios mais descentralizados de Moçambique, onde as despesas estão próximas dos mais necessitados. O ministério mantém o seu papel de instituição de formulação de políticas, concepção de programas, etc., sendo a implementação delegada no INAS e executada a nível subnacional.

Este modelo de separação das funções reguladoras e de prestação de serviços implica que uma percentagem cada vez maior da despesa total do sector da acção social está disponível para a execução de programas, isto é, para «investimento», financiado por fontes internas e externas. Em comparação, a percentagem de investimento no sector da saúde (excluindo os hospitais de Maputo) tem vindo sempre a diminuir, como mostra a figura abaixo. Por outras palavras, está a aumentar o peso relativo das despesas de funcionamento (salários, serviços, consumíveis) na despesa total da saúde.

Figura 2: Saúde* e protecção social – Investimento (int + ext.) em percentagem da despesa total

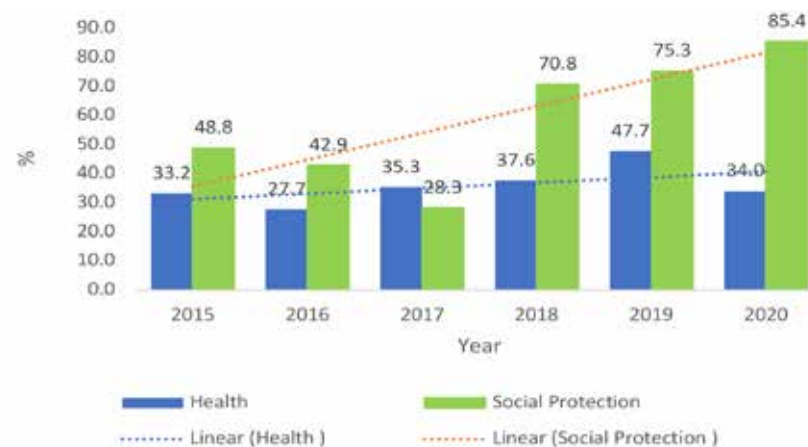


Fonte: do autor, com base em dados do e-SISTAFE

*sem os hospitais localizados em Maputo

O sector da protecção social também difere do sector da saúde, na medida em que uma muito maior percentagem orçamento de investimento é cada vez mais gasto a nível subnacional, ou seja, a nível provincial e distrital, através do IAS, ao passo que no sector da saúde os níveis de despesa de investimento a nível subnacional têm permanecido em grande medida inalterados nos últimos anos, como se pode ver na figura abaixo.

Figura 3: Saúde, Protecção Social - Percentagem do Investimento (int + ext) gasto a nível subnacional



Fonte: do autor, com base em dados do e-SISTAFE

*sem os hospitais localizados em Maputo

18. Ver Dias, 2018.

Espera-se que uma análise funcional do sector da saúde, a ser realizada pela Unidade de Reforma (Informante 4), aborde a necessidade de uma separação das funções ministeriais de elaboração de políticas e regulamentação da função de prestação de serviços por parte das unidades de saúde. Tal como no caso da protecção social, isto também exige que se considere a possibilidade de conceder um certo grau de autonomia administrativa, financeira e patrimonial ao prestador de serviços, ou seja, às unidades de saúde. Isto

também exige a definição de regras claras de prestação de contas dos prestadores de serviços perante o regulador, e deste à AR.

3.3. Reforma e descentralização do sector da saúde

Com a actual reforma de descentralização, iniciada com a reforma constitucional parcial de 2018, a responsabilidade pelos cuidados de saúde primários cabe agora formalmente aos OGDP (Lei 1/2018,

Art.270 J). Limita-se ao que é conhecido como CSP, o que abarca os cerca de 1500 postos de saúde rurais, fora dos territórios municipais (ver Anexo 5.2).

3.3.1. Prestação de serviços de saúde primários a nível provincial

Um projecto de lei sobre a divisão de competências funcionais nos serviços descentralizados, elaborado pelo MAEFP em Dezembro de 2020 e ainda em discussão, dá uma ideia de como o governo pode definir da seguinte forma o papel dos OGDP e do SEP no sector da saúde:

Quadro 1: Sector da saúde: divisão de funções entre GP/ OGDP e SEP/CSP

	O Governador da Província (GP)	O Secretário de Estado da Província (SEP)
1	autoriza a construção, equipamento e manutenção de unidades de CSP em território não autónomo (não municipalizado)	gere as unidades de saúde a nível secundário e terciário
2	propõe a requalificação das unidades de saúde a nível primário	garante o equipamento e a manutenção das unidades de saúde, com excepção do nível primário e das unidades territoriais municipalizadas
3	nomeia os membros do órgão directivo das unidades de saúde ao nível dos CSP	propõe a requalificação das unidades de saúde
4	autoriza a abertura, funcionamento e encerramento de estabelecimentos privados a nível dos CSP em territórios não autónomos (municipalizados)	gere o desenvolvimento dos RH, excepto nas unidades ao nível dos CSP e nos territórios municipalizados
5	gere as unidades de saúde de nível primário e o subsistema comunitário	gere as instituições de formação em saúde a nível provincial
6	gere o sistema de informação, planeamento e monitoria dos CSP	nomeia os membros do órgão directivo das unidades de saúde, no âmbito das suas competências
7	mobiliza recursos para reforçar os CSP	autoriza a abertura, funcionamento e encerramento de estabelecimentos de saúde, excepto nas unidades de saúde primárias e municipalizadas
8		gere unidades de saúde com excepção das unidades de CSP e em território municipalizado
9		gere o sistema de informação, planeamento e monitorização, com excepção dos níveis primários e das unidades municipais de saúde
10		mobiliza recursos para o reforço das unidades de saúde, a nível primário e em território não municipalizado e
11		gere a cadeia de abastecimento de medicamentos
	O Conselho Executivo Provincial (CEP)	Os Serviços Provinciais de Representação do Estado (SPRE)
1	aprova um programa de expansão das unidades de CSP na província, em territórios não autónomos	garantem a gestão das unidades de saúde, com excepção das unidades de CSP e dos municípios
2	aprova programas de saúde no âmbito dos CSP	implementam medidas de promoção da saúde e de prevenção e controlo de doenças a todos os níveis, em coordenação com instituições relacionadas com o sector
3	aprova o programa para a implementação do subsistema comunitário de cuidados de saúde	implementam medidas de gestão de emergência em matéria de saúde pública
4	aprova programas de promoção, prevenção e controlo de doenças	aprovam mecanismos de distribuição de medicamentos, artigos médicos, consumíveis de laboratório e outros artigos na província;
5	aprova todos os planos e estratégias em que se reflectam os determinantes da saúde	implementam e coordenam a formação nas instituições de formação em saúde
6	aprova a agenda de investigação operacional a nível dos CSP	gerem o desenvolvimento dos RH de saúde, excepto nas Unidades de CSP e nos municípios;
7	aprova medidas de gestão de emergências de saúde pública em conformidade com normas centralmente definidas em matéria de Alerta, Resposta e Recuperação	coordenam e realizam avaliações e inquéritos estratégicos
8	aprova mecanismos de gestão local de medicamentos	supervisionam a implementação de normas e políticas do sector da saúde a todos os níveis
9	aprova programas de Vigilância, Notificação, Controlo e Eliminação de doenças transmissíveis e não transmissíveis e trauma nas unidades de saúde a nível dos CSP	garantem o equipamento e manutenção das unidades de saúde, com excepção do nível primário e dos municípios
10	aprova o programa de inspecção das actividades do sector da saúde	autorizam a abertura, funcionamento e encerramento de estabelecimentos de saúde, excepto ao nível dos CSP e dos municípios
11		gerem o sistema de informação, planeamento e monitoria de saúde na província e
12		inspecionam as actividades do sector da saúde no âmbito da sua jurisdição

Fonte: MAEFP (2020)

Além disso, em Dezembro de 2020, o grupo de trabalho dos doadores da saúde foi informado de que tinham sido aprovados os diplomas que definem o estatuto orgânico do sector da saúde a nível provincial. Como era de esperar, o modelo bicéfalo do governo provincial foi aplicado ao sector da saúde - não pelo MISAU como entidade responsável pelo sector, como se poderia ter suposto, mas pelo MAEFP e pelo MEF. Os Estatutos Orgânicos abrangem tanto os Serviços Provinciais de Saúde (SPS), que estão subordinados ao SEP/SPRE, por um lado, como a DPS do CEP, por outro. O quadro abaixo mostra a estrutura organizacional tanto dos SPS como da DPS.

Quadro 2: Estrutura organizacional do sector da saúde, por tipo de governo provincial

	OGDP	REP
	DPS	SPS
1	Departamento Provincial de Administração e Finanças	Departamento de Saúde Pública
2	Departamento Provincial de Recursos Humanos	Departamento de Assistência Médica
3	Departamento Provincial de Saúde Pública	Departamento de Logística e Assistência Farmacêutica
4	Departamento Provincial de Assistência Médica	Departamento de Planificação e Cooperação
5	Departamento Provincial de Estudos, Planificação e Sistema de Informação	Departamento de Administração e Finanças
6		Departamento de Recursos Humanos

Fonte: ENABEL (2021)

A análise dos parceiros internacionais do MISAU (ENABEL, 2021) conclui que o estatuto orgânico das responsabilidades da REP na saúde é, em grande medida, quase uma réplica *copy & paste* das responsabilidades do MISAU. Inclui os departamentos de assistência médica e de logística e assistência farmacêutica, que, no âmbito da DNAM, são nominalmente responsáveis pela supervisão das aquisições, armazenamento e operações logísticas da CMAM, mas que se sabe que não têm exigido prestação de contas à gestão do CMAM e dos seus armazéns regionais (ver acima). A análise da divisão funcional de responsabilidades proposta no projecto de legislação (Quadro 1) também mostra várias áreas em que há sobreposição, isto é, em que não há delimitação clara das competências. É o caso da gestão do fornecimento de medicamentos aos depósitos e hospitais provinciais e distritais, que têm, até agora, sido da responsabilidade das DPS (DFID, 2013). Outros casos de sobreposição são medidas de emergência e controlo de doenças, investigação, inquéritos e vigilância de

doenças, gestão, formação e recrutamento de RH, e sistemas de informação, planeamento e monitoria, bem como mobilização de recursos financeiros. Além disso, algumas das separações funcionais e a divisão de trabalho propostas entre o SEP/CSPRE e a DP/CEP não fazem sentido do ponto de vista médico e epidemiológico. Numa palavra, uma doença não conhece barreiras institucionais ou territoriais e a distinção entre CSP ou CSS. Por conseguinte, a sua prevenção, contenção, tratamento de pacientes e monitoria requer uma abordagem holística e não uma divisão em unidades administrativas concebidas exclusivamente por especialistas não médicos fora do MISAU. A ser aprovada, esta legislação iria certamente fragmentar ainda mais o já frágil sistema de saúde.

Quanto à estrutura organizacional sugerida, a análise da Agência Belga de Desenvolvimento, que faz parte dos doadores do PROSAÚDE, chega a uma conclusão semelhante. Assinala também várias áreas de sobreposição entre a DPS e os SPS e alerta para um risco de conflito de competências entre as instituições: «[enquanto] os SPS têm de garantir a implementação de uma determinada competência, (...) a DPS tem de a implementar. Embora correctamente definido, pode ser na prática uma distinção pouco clara e uma fonte de conflito administrativo, consoante a natureza da cooperação entre as duas instituições» (ENABEL, 2021: 2).

Embora os doadores tenham dado conta das suas preocupações, a Unidade de Reforma do MISAU acredita que a relação entre os SPS e a DPS ainda não está definitivamente decidida e que os eventuais possíveis se podem ultrapassar através da coordenação e da supervisão do ministério (Informante 4). Na perspectiva de um governo distrital, uma melhor coordenação dificilmente constitui uma opção. Numa conversa pessoal com o Secretário Permanente (SP) de um governo distrital na província de Cabo Delgado, expressou a preocupação de que as responsabilidades de um sector como o da saúde não podem ser divididas em várias linhas de comando, financiamento e prestação de contas sob pena de levarem a confusão institucional. No pior caso, várias entidades diferentes seriam consideradas pelo menos parcialmente responsáveis e responsabilizadas por um determinado sector, como o da saúde primária. Estas poderiam ser a) um município, b) a administração distrital com os SDSMAS, o governo provincial eleito com a sua DPS, bem como os serviços de REP encarregados da saúde. Num cenário dessa natureza, são de prever grandes conflitos interinstitucionais que resultem na ruptura dos serviços de saúde, em detrimento tanto dos seus utentes como dos gestores dos centros de saúde e dos hospitais. Já em 2012, muito antes do Novo Paradigma da descentralização atribuir responsabilidades aos OGDP, um relatório do MISAU

observava que

«(...) os governos provinciais, as DPS e os municípios têm cada um a responsabilidade de criar centros de saúde primários. Esta responsabilidade partilhada significa que pode ser difícil compreender quem deve ser responsável para o financiamento da construção destas instituições (...). Igualmente, outro ponto de confusão aparente é a atribuição da responsabilidade dos centros de saúde para as províncias e autarquias, por um lado, e a gestão delas para os distritos, por outro lado» (MISAU, 2012:84)

Em conclusão, defendemos que o debate público sobre uma divisão razoável de funções na prestação de serviços de saúde tem de estar no topo da agenda de reformas do MISAU, em prol dos cidadãos e de um sistema de saúde mais eficaz e mais descentralizado. A esta posição «reformista» opõe-se, todavia, uma perspectiva mais radical, que defende que os SPS e mesmo as funções do SEP devem ser completamente abolidas, sendo assumidas pela DPS dos OGDG do governo provincial eleito (Informante 7). Outra opção poderia ser um tipo diferente de descentralização, centrada na unidade de saúde, ou seja, no prestador do serviço e não na burocracia sanitária. Este tema é abordado na secção 4.1.2, após análise do papel dos municípios na descentralização da saúde na secção seguinte.

3.3.2. Municípios e cuidados de saúde primários

A lei de base das autarquias (Lei 2/1997, de 18 de Fevereiro), no seu artigo 6º, não só atribui responsabilidades aos municípios em matéria de saúde (e educação), mas também estipula, no seu artigo 25º, que as transferências destas funções devem ser acompanhadas de transferências de recursos financeiros e, se necessário, de

recursos humanos e patrimoniais. Foram aprovadas regras institucionais sob a forma do Decreto 33/2006 de 30 de Agosto, para realizar a transferência dos recursos humanos e financeiros para as autarquias. Um estudo realizado por consultores do Banco Mundial (Helling et al., 2015) mostra que, até 2013, 21 presidentes de câmara representando municípios de todas as categorias (cidades e vilas) tinham solicitado às DPS a transferência formal de responsabilidade, financiamento e activos, com base num contrato a ser assinado com as autoridades da saúde. Na maioria dos casos, estes pedidos eram suportados por uma avaliação técnica da capacidade dos municípios de gerirem unidades de saúde. Houve três pedidos que não obtiveram qualquer resposta, e apenas num caso (Matola) foi assinado um acordo parcial. Além disso, na cidade de Maputo foi assinado um acordo sobre a transferência parcial. Nenhuma das experiências produziu, porém, quaisquer melhorias substanciais na qualidade dos serviços de saúde, e, no caso de Maputo, sucedeu até o contrário (Ombe et al., 2017). E num estudo de caso comparando a descentralização da saúde em duas cidades, Maputo e Quelimane, governadas por partidos políticos diferentes, os autores concluem que os procedimentos legais para a descentralização dos CSP são dificultados pela política e pela instrumentalização de um discurso de descentralização na campanha eleitoral. Isto, concluem os autores, é certamente em detrimento do alargamento deste importante serviço ao cidadão e de uma maior igualdade no acesso a este serviço (Matsinhe e Namburete, 2019). Um estudo sobre descentralização fiscal encomendado pelo MEF cita declarações da antiga vereadora para a saúde da Câmara Municipal de Maputo, Dra. Nurbai Calú, e o Inspector-Geral do MISAU, Dr. Martinho Dgedge, que confirmam a nossa conclusão de que as experiências de descentralização ao abrigo do Decreto 33/2006 não produziram

resultados tangíveis. Uma avaliação do MISAU (2012) chegou à conclusão de que «a DPS não se sente confortável a transferir este Programa para a autarquia» e que «os municípios nem sempre coordenam estas iniciativas como o distrito e a província» (MISAU, 2012:83).

Esta experiência leva-nos a concluir que o Decreto 33/2006, em vez de facilitar a transferência de funções, representa um entrave à descentralização do sector. Para além das razões burocráticas para abrandar o processo de descentralização do sector, foi assinalado em várias entrevistas que o governo central quer manter o controlo dos recursos fiscais e a prerrogativa de fazer concursos para a construção de unidades de saúde a nível central, e em especial de RH, por razões alheias aos aspectos técnicos do sector, mas relacionadas antes com a economia política e a procura e manutenção de um sistema clientelista (Informante 1, Informante 2, Informante 3). Embora um funcionário das unidades de reforma do MISAU defenda que o Decreto 33/2006 continuará a orientar a descentralização de CSP para os municípios - apesar do Novo Paradigma (Informante 4), consideramos que este decreto deve ser revogado e o papel dos municípios na agenda da reforma do sector deve ser definido num quadro institucional legal diferente. Esta opinião baseia-se na convicção, assente em esmagadora evidência, de que os municípios têm desempenhado, e continuam a desempenhar, um papel importante na expansão e reforço dos serviços públicos ao nível subnacional, incluindo os CSP. Num inquérito por amostragem realizado pelo Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE) sobre desempenho e governação municipal, os inquiridos mostraram-se, em média, bastante satisfeitos com a prestação de diversos serviços municipais, excepto

nalguns casos, como Tete ou Lichinga (Forquilha et al., 2018).

Pode, contudo, fazer-se uma pergunta provocatória: os CSP e os pequenos hospitais devem estar sob a gestão dos municípios? Quais seriam as vantagens e quais seriam as desvantagens? Na nossa opinião, poucos municípios moçambicanos estariam neste momento tecnicamente preparados e teriam a capacidade de assumir a responsabilidade de gerir eficientemente um hospital, mesmo que, juntamente com a delegação da responsabilidade pela saúde, lhes fossem atribuídos mais recursos. Factores limitativos são a falta de experiência, de capacidade técnica e de financiamento. Actualmente, a maioria dos municípios depende já das dotações globais que recebem do governo nacional para financiar as suas despesas de funcionamento e de salários. Como o mostra o estudo da MAP Consultoria (2017), poucos municípios conseguem financiar as suas despesas de funcionamento com receitas próprias. Uma responsabilidade adicional com os CSP viria provavelmente agravar a situação, mesmo que recebessem do governo central mais dotações sectoriais condicionadas. Outro desafio que se colocaria a uma administração municipal gerindo uma unidade de saúde seria, por exemplo, a gestão da cadeia de abastecimento de medicamentos, que requer capacidade técnica e integração no sistema logístico relativo à CMAM. Concordamos, pois, com o antigo ministro da Administração Estatal, Alfredo Gamito¹⁹, quando defende que se colocam à descentralização da saúde um sem-número de desafios técnicos e carências em termos de capacidade, o que a torna muito mais complexa do que a descentralização de outros sectores, como, digamos, a gestão de resíduos sólidos ou o ensino primário. Além disso, uma transferência da responsabilidade relativa à saúde primária viria tão-só substituir o

actual esquema de gestão de uma unidade de saúde local por uma burocracia (governo distrital/SDSMAS) pela gestão por outra burocracia, o governo municipal. Como demonstraremos na secção seguinte, 3.3.3, preferimos um modelo de gestão em que sejam os hospitais a ter directamente a principal responsabilidade e os recursos, e não uma administração de saúde. De facto, os hospitais deveriam ter uma autonomia de gestão, administrativa, financeira e patrimonial semelhante à que foi conferida aos municípios. A Lei de Base de Organização e Funcionamento da Administração Pública (LEBOFA, Lei 7/2012) permite que isso se faça.

O argumento apresentado não significa, porém, que os municípios não devem desempenhar qualquer papel no sector da saúde - antes pelo contrário. Vários exemplos ilustram que os municípios colaboraram formal e informalmente com os SDSMAS e unidades de saúde na melhoria dos serviços. Alguns municípios adquiriram ambulâncias e puseram-nas à disposição da unidade de saúde local²⁰. Outros pagaram combustível com fundos municipais para ambulâncias pertencentes à unidade de saúde local, ou investiram, em bairros municipais periféricos, na construção de postos de saúde ou abrigos para mulheres grávidas a caminho da maternidade do hospital. E nada, em princípio, impede um município de alargar o abastecimento de água e os serviços de saneamento a uma unidade de saúde dentro do seu território ou de cuidar da incineração de resíduos médicos, no âmbito das suas tarefas de gestão de resíduos sólidos. De particular importância para a saúde pública, também do ponto de vista da rentabilidade, é um abastecimento de água adequado, já vez que o retorno do investimento para a saúde pública e económica é elevado²¹.

Na óptica de uma agenda de reformas realista, o ponto essencial é aqui encontrar e negociar um enquadramento e uma modalidade de trabalho para a colaboração entre diferentes tipos de governo local, com vista a conseguir uma melhor capacidade de prestação de serviços de saúde, em prol dos seus utentes e da comunidade. O governo municipal tem a vantagem adicional de que o seu quadro parcialmente autónomo de planeamento e orçamentação permite planear, implementar e contabilizar o investimento em insumos para melhoria dos CSP no seu território, e que pode receber e administrar financiamento (extra) condicionado para investimento no sector da saúde no seu território, se necessário.

Este argumento ganha peso se considerarmos que, com o Novo Paradigma de descentralização, os OGD são agora responsáveis pelos CSP fora dos territórios municipais. Poder-se-ia, assim, imaginar que a responsabilidade funcional dos CSP poderia incluir - em vez de excluir - unidades nos municípios, às quais se pudesse delegar a responsabilidade do CEP no sector da saúde? Isto contribuiria para manter um certo grau de integração vertical e horizontal dos CSP e reconhecer, que o município e o seu aparelho governamental estão muito mais próximos das necessidades dos cidadãos e das prioridades (locais) do sector.

3.3.3. Financiamento e gestão de unidades descentralizadas de cuidados de saúde

Vimos na secção 2.2 sobre a alocação de recursos financeiros que existe uma notória ausência de financiamento de investimento nos CSS e CSP a nível distrital, sendo a maior parte das decisões de investimento tomadas ao nível central para o nível central, mesmo não contando as enormes despesas em hospitais na Área do Grande

19. Por ocasião da Conferência Internacional "Moçambique: Que Caminhos para o Futuro?" - Beira - Moçambique, realizada de 22 a 24 de Março de 2017 e organizada pela Universidade Católica de Moçambique em colaboração com a Fundação MASC (na sessão 4, a 23 de Março de 2017).

20. No caso da cidade de Quelimane, a entrega de uma ambulância adquirida pelo conselho municipal foi recusada pelas autoridades de saúde, por motivos políticos. Cf. Matsinhe e Namburete (2019).

21. A Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que cada dólar investido em água potável segura e saneamento produza um retorno de 3-34 dólares. Ver: <http://www.unesco.org/new/en/natural-sciences/environment/water/wwap/facts-and-figures/all-facts-wwdr3/fact-38-investments-economic-health/>

Maputo. A falta de financiamento e de critérios claros de dotação orçamental do nível sub-regional só pode ser resolvida, na nossa opinião, através a) de uma revisão gradual dos padrões de despesa existentes e b) através de uma mobilização de financiamento adicional (interno). Segundo o director de uma ONG de saúde, seria necessário, entre outras medidas, ajustar a actual apólice de seguro automóvel contra terceiros, de modo a cobrir não só os danos dos veículos, mas também dos seus ocupantes, em caso de acidente. Canalizado para o sector da saúde, este rendimento ajudaria a compensar os custos de hospitalização e tratamento de pessoas feridas em acidentes de viação (Informante 3). Além disso, a tributação de prestadores de cuidados de saúde privados sem fins lucrativos não só nivelaria o campo do planeamento na concorrência com prestadores privados com fins lucrativos, obrigados a pagar impostos, como também poderia gerar receitas que poderiam ser utilizadas para subsidiar as instalações públicas de cuidados de saúde nos distritos. Uma potencial terceira fonte de receitas adicionais poderia ser consignar para o sector da saúde uma determinada percentagem do rendimento dos «impostos sobre o pecado» (sobre álcool e tabaco) (Informante 3).

Embora a Lei n.º 4/2019, de 31 de Maio, que operacionaliza o Novo Paradigma, estabeleça que a transferência de competências do Estado para os OGD e o CEP, incluindo a DPS, é sempre acompanhada da correspondente transferência de recursos humanos, financeiros e patrimoniais, são limitados os recursos disponíveis para estas unidades descentralizadas. Por muito que os seus planos e orçamentos anuais sejam aprovados pela AP, o quadro institucional e o volume de planos e orçamentos são delimitados pelo governo central, e os planos e orçamentos provinciais têm de reflectir as prioridades do Programa Quinquenal do Governo (PQG), e o Plano

Económico e Social (PES) e Orçamento Anual (OE) anuais. É a REP/SEP que assegura que tal aconteça e que se seguem os procedimentos de planeamento e orçamentação estabelecidos, mesmo para o planeamento estratégico provincial, uma prerrogativa exclusiva do SEP/REP. A Lei n.º 16/2019, de 24 de Setembro, sobre o Regime Financeiro e Patrimonial dos OGD, estabelece no seu artigo 6º que o Plano e Orçamento Anual do governo provincial descentralizado assenta em receitas próprias (não em impostos, mas em receitas não fiscais, como sejam a cobrança de licenças, etc.), e em recursos fiscais transferidos pelo governo central, cujos tectos anuais serão comunicados pelo MEF. Estes montantes são canalizados para os governos provinciais através do e-SISTAFE e constam do OE do governo (central). Ainda não foram definidos critérios claros para informar das decisões sobre a percentagem do OE que é atribuído às províncias nem sobre a distribuição desta quota pelas várias províncias. Nestas circunstâncias, o MEF tem o poder discricionário de afectar recursos aos OGD segundo a modalidade de distribuição que pressupõe o seguinte:

a média das despesas a nível subnacional (províncias, distritos, autarquias) durante os últimos cinco anos é equivalente a 37% das despesas totais (excluindo despesas gerais da administração central, tais como salários) e,

relativamente à distribuição, apenas são aplicáveis dois critérios, área geográfica (em km²), e número de habitantes de cada província, com 25% e 75% de peso relativo para cada um destes critérios.

Os montantes determinados atribuídos para despesas de funcionamento (excepto salários) são transferidos para o Serviço de Economia e Finanças do SEP e depois distribuídos entre os OGD e a REP, proporcionalmente ao número de funcionários públicos que trabalham nos

departamentos das Direcções Provinciais e dos Serviços da REP, respectivamente. No que diz respeito ao pessoal, os salários dos funcionários públicos tanto dos OGD como da REP (excepto para a administração da justiça, prisões, etc.), são distribuídos aplicando o mesmo método. Na lógica dos altos funcionários do MEF, o financiamento do investimento, nomeadamente para os SPRE, terá de provir dos orçamentos sectoriais (de saúde, educação, etc.).

Na prática, isto significa que os recém-criados OGD têm uma autonomia financeira extremamente limitada e não estão bem dotados de recursos financeiros. O financiamento necessário, em particular para o investimento no sistema de saúde a nível subprovincial - já de si muito limitado - ainda é, na realidade, dividido entre a REP e os OGD.

Quanto ao fluxo de financiamento público para até chegar às unidades desconcentradas, os recursos orçamentais são atribuídos pelo Ministério das Finanças via e-SISTAFE às diversas Unidades Gestoras Beneficiárias (UGB), que incluem os serviços provinciais de acção social (que incluem a saúde) subordinadas ao SEP, a DPS (subordinada ao CEP), hospitais (centrais e provinciais) e secretários distritais, bem como, cada vez mais, aos SDSMAS. Estes dois últimos servem para transferir fundos para unidades de saúde distritais e postos de saúde. Os municípios não recebem transferências de fundos para financiar serviços.

O que é importante notar neste contexto, para além da questão da mobilização de recursos fiscais, é o facto de as unidades de CSP e CSS não receberem, na maior parte das vezes, financiamento público suficiente e atempado para despesas não médicas (combustível, consumíveis, peças sobressalentes necessárias para diagnóstico e funcionamento, etc.). Reside nisto uma das razões para a sua falta de eficiência, reconhecida pelo PESS. Um

caso sintomático é o das máquinas de ultrasons em maternidades e unidades de saúde, que não podem ser utilizadas devido à falta de financiamento para a compra do gel necessário. Caso semelhante é a falta de fundos para a aquisição de materiais de limpeza nos hospitais, o que tem graves repercussões na desinfecção das unidades de saúde. O que pretendemos aqui realçar é que sobretudo as unidades de saúde não só deveriam receber, a nível agregado, uma maior quota-parte do orçamento de saúde, mas também, como primeiro passo, um fluxo regular de financiamento para aquisição de bens e serviços que podem ser adquiridos localmente sem a intervenção duma burocracia da saúde. Seja como for, é a unidade de saúde que conhece melhor as suas necessidades e condicionalismos, e não o administrador nos SPS ou nos SDSMAS. Nesta perspectiva, faz sentido defender um maior grau de autonomia e de poder decisório das unidades de saúde subprovinciais para receberem financiamento directamente do orçamento, e não através da burocracia dos sectores da saúde ou do gabinete do SP no governo distrital. Para conceber e institucionalizar um modelo dessa natureza, há que ter em conta, na agenda da reforma do sector, as seguintes questões:

- a.** Atribuição de um grau de autonomia administrativa e financeira às unidades subprovinciais de saúde, nomeadamente aos hospitais distritais, e possivelmente, numa fase posterior, também aos postos de saúde seleccionados;
- b.** Definição da unidade de saúde, e não dos SDSMAS, como UGB ou Unidade Gestora Executora (UGE) com conta bancária própria;
- c.** Transferência regular e periódica de financiamento consignado para as unidades de saúde, com uma base de cálculo bem definida e transparente, através do e-SISTAFE;

d. Apoio às unidades de saúde com reforço de RH para planeamento e gestão dos seus recursos próprios (taxas) e transferências consignadas (dotações condicionadas).

Por enquanto, o único hospital a que foi atribuída a função de UGB é o de Nacala Porto. As razões para esta caso excepcional não são claras e precisariam de ser investigadas mais aprofundadamente. Este caso poderia, porém, ser considerado uma experiência piloto, que, devidamente monitorizada e avaliada, poderia servir de modelo para aumento da descentralização do poder de gestão da unidade de saúde e dos recursos condicionados transferidos.

Este modelo agradará certamente a alguns dos parceiros internacionais do sector, tais como a Agência Suíça para Desenvolvimento e Cooperação (SDC), membro do PROSAÚDE. Actualmente, esta agência já canaliza directamente para as unidades de saúde, por exemplo, em três distritos de Cabo Delgado, o seu apoio financeiro que está inserido na planificação, no orçamento, na contabilidade e na auditoria (SDC, 2019). No seu memorando de entendimento com o MISAU de Junho de 2017 (PROSAÚDE, 2017), os parceiros do PROSAÚDE acordaram já, em princípio, uma fórmula de distribuição vertical do apoio do PROSAÚDE: 20% são atribuídos para o nível central e 80% para os níveis subnacionais (Província e Distrito)²². Além disso, prevêem um papel importante dos comités de co-gestão criados no sector, que participam no ciclo de planificação, orçamentação e implementação e na sua monitoria. Sem planeamento e orçamento, «não teriam nada sobre que consultar e decidir» (Informante 6), sendo inoperacionais, se não supérfluos, e assim dificilmente poderiam cumprir o seu papel na «humanização» do serviço de saúde a nível distrital e subdistrital, fim para o qual o MISAU criou um departamento ministerial (Dias, s. d.).

Este modelo de reforma assenta, em certa medida, na experiência acumulada no sector da educação. O Apoio Directo à Escola (ADE) foi introduzido em 2003. As escolas beneficiárias receberam até 3000 USD por escola, em função do número de alunos e de salas de aula. O financiamento veio do Banco Mundial, do Fundo de Apoio ao Sector da Educação e de parceiros da cooperação bilateral. O financiamento directo serviu para aquisição de material didáctico e outros itens, de acordo com as estipulações de um Guia do ADE. E o processo deliberativo foi dirigido pelos Conselhos de Escola (CE), que incluíam o director da escola e representantes de pais e professores.

Conceder um grau de autonomia e transferir dotações condicionadas regulares para unidades de saúde, para despesas não salariais, poderia ser, a nosso ver, um ponto de partida para um projecto de reforma estratégica. Numa fase posterior, e em função da monitoria e avaliação destas experiências, poderiam acrescentar-se outros elementos à descentralização do sistema de saúde (por exemplo, financiamento ou um sistema de cupões para a aquisição de medicamentos). Ao cabo deste processo, o resultado poderia ser um sistema de saúde descentralizado do tipo da Tanzânia, mediante três condições fundamentais. Em primeiro lugar, «a descentralização só melhorará a prestação de serviços de saúde quando se juntar a um grau adequado de capacidade de decisão os poderes institucionais adequados para permitir o exercício dessas autoridades. Os conselhos distritais e o ministério da saúde devem reforçar as capacidades dos prestadores de serviços de saúde e dos membros dos comités e conselhos de saúde» (Kigume e Maluka, 2018). Em segundo lugar, dado que «importantes melhorias nos serviços de saúde locais e nos resultados da saúde local são sistematicamente travadas pela vontade dos funcionários do nível

22. Cf. PROSAÚDE 2017a (operations manual):8.

imediatamente acima de gastar recursos “em nome” do nível imediatamente abaixo» (Boex et al., 2015), a atribuição de um grau suficiente de autonomia e de poder deliberativo aos prestadores de serviços de saúde deve ser acompanhada pela minimização da influência da hierarquia burocrática do sector. Por outras palavras, é necessária uma burocracia da saúde mais simples e mais eficiente, a par da separação entre regulador e prestador de serviços já abordada na secção 3.1. Por último, o sector da saúde, enquanto parte do orçamento público, precisa que os critérios de atribuição e distribuição de financiamento sejam revistos a seu favor, para que se possam atingir os objectivos estratégicos do PESS.

3.3.4. Cuidados de saúde comunitários

Como observámos atrás, os cuidados de saúde ao nível da comunidade e nomeadamente os APE são os mais cruciais, mas também os mais desconsiderados prestadores de saúde pública ao nível distrital e subdistrital de governo. Não são funcionários do Ministério da Saúde e só recebem apoio de ONG e parceiros internacionais. O número de APE registados triplicou entre 2012 e 2018, registando-se os números mais elevados e o crescimento mais dinâmico nas províncias de Nampula

e Zambézia (MISAU, 2019). Dada a sua importância para a medicina preventiva e as campanhas de saúde, sobretudo em tempos de pandemia de COVID-19, esta base descurada da pirâmide de cuidados de saúde precisa claramente de ser reforçada. Na nossa opinião, merecem um papel mais formal e remunerado na prestação de cuidados de saúde, bem como mais capacitação/formação, maior mobilidade (bicicletas/motociclos, celulares), organização e remuneração. A Unidade de Reforma do MISAU, inspirada em estudos de caso no Ruanda, Botsuana, Quênia e Senegal, está a conceber uma estratégia precisamente com este fim: a estruturação e reforço do subsistema de saúde comunitária através de um programa integrado de saúde comunitária. (MISAU, 2021). No cerne desta estratégia está a concepção e aprovação de um Pacote Essencial de Cuidados de Saúde (PECS) a ser implementado pelos APE, que pode ser modificado para se aplicar à saúde comunitária em zonas urbanas, periurbanas e rurais. Aquilo que, na nossa opinião, ainda precisa de ser ponderado e debatido é a integração institucional dos APE, assim como o seu financiamento e os respectivos mecanismos. Os postos comunitários e os seus APE poderiam, por exemplo, ser incluídos nas administrações municipais (serviços sociais) ou estar ligados a elas,

com a tarefa de satisfazer as necessidades de cuidados de saúde das comunidades em bairros periféricos dos municípios e áreas adjacentes bem definidas fora do território municipal? Ou será que estas unidades e os APE deveriam estar, como o sugeriu o MISAU (2021), institucionalmente ligados a grandes unidades de saúde, como hospitais distritais, por exemplo, como um departamento de serviços de saúde externos (móveis)? Tenha a forma que tiver, essa integração institucional teria também de ser ponderada para encontrar formas de transferir financiamento para estas unidades, através do sistema nacional de GFP, e para as manter dentro do circuito de informação sobre questões de saúde, etc. Como no caso das unidades de saúde rurais atrás discutidas, estas unidades também deveriam ser consideradas centros de custos do sistema de saúde e, por conseguinte, receber financiamento, tanto para despesas de funcionamento (remunerações) como para despesas operacionais. Teriam também de fazer parte da cadeia de fornecimento de medicamentos. No nosso entendimento, estas unidades teriam também de apresentar relatórios aos comités de gestão.

4. Rumo a uma estratégia de descentralização dos serviços de saúde

4.1. Conclusões: elementos-chave da reforma

Numa altura em que a pandemia da COVID-19 põe a nu os principais desafios do sector da saúde em termos de eficácia, cobertura, governação e financiamento, e revela cada vez mais a sua fragilidade institucional e a sua natureza de classe, já não se pode adiar mais o debate sobre a reforma do actual sistema de prestação de cuidados de saúde em Moçambique. Garrido (2020) e os seus

colegas do projecto UNU WIDER também salientaram esta urgência de uma reforma institucional, também no sector da saúde. Como demonstrámos atrás, todavia, as mudanças institucionais previstas para o sector da saúde, decorrentes do Novo Paradigma de descentralização, podem não apontar forçosamente o rumo para um sistema de cuidados de saúde mais eficaz e mais descentralizado. Tal como

está neste momento, poderão antes levar a uma maior fragmentação do sistema e a uma utilização e distribuição inadequadas dos escassos recursos disponíveis para o sector.

Defendendo um amplo processo de consulta e debate sobre a necessária reforma do sector da saúde, em que participem profissionais de saúde (médicos,

enfermeiros, APE, etc.), especialistas em saúde pública, administradores de saúde, académicos, funcionários dos governos nacionais e subnacionais, membros de assembleias nacionais e subnacionais, ONGs que trabalhem no sector, os meios de comunicação social e parceiros internacionais, o presente artigo chama a atenção para várias questões que merecem ser abordadas na agenda da reforma. Quanto mais aberto for o processo de consulta para a reforma do sector da saúde, tanto melhor.

Independentemente dos desafios que se colocam ao sector na sequência do processo de reforma da descentralização, resume-se abaixo as principais conclusões deste documento. Partimos do princípio que estas mudanças não só podem contribuir para a reforma do sector da saúde, como também podem estimular o debate necessário sobre a reforma global da descentralização, ainda incompleta e altamente contestada pelas partes interessadas e no seio da administração pública moçambicana. Assim, resumimos as conclusões da seguinte forma:

a. A diferenciação entre a administração da saúde e o aspecto de elaboração de políticas, por um lado, e a prestação técnica de serviços de saúde, por outro, faz sentido numa perspectiva funcional e de governação, e também de prestação de contas. Actualmente, nem sempre se faz plenamente esta diferenciação no sector da saúde. Assim sendo, importa definir, numa agenda de reformas, uma separação funcional entre o regulador (isto é, o ministério da saúde e as entidades subnacionais suas subordinadas) e as unidades de saúde, na sua qualidade de prestadoras de serviços de saúde. O caso das disposições institucionais na área da protecção social mostra que é possível uma desagregação saudável das funções de elaboração de políticas das funções de prestação de serviços, em prol dos beneficiários.

b. Esta desagregação implica uma reflexão sobre a concessão de um grau de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Isto implica que o financiamento, sobretudo para os hospitais distritais, deve ir directamente para a unidade de saúde e ser gerido por ela, e não fazer um «desvio» passando pelo governo distrital. Isto implica que a unidade de saúde deve ter o estatuto de UGB/UGE no sistema de GFP instituído. Outra consequência seria a necessidade de aumentar a capacidade administrativa e financeira das unidades de saúde, através da afectação, financiamento e formação de um técnico contabilista/gestor financeiro que faria parte da direcção da unidade. Conseguir-se-ia provavelmente financiar deste cargo através de ganhos na reforma funcional do sector, uma redução dos SPRE para uma dimensão adequada e um mais rigoroso combate à corrupção.

c. Um modelo de gestão deste tipo permitiria que o financiamento do sector, tanto nacional como estrangeiro, se faça através da Conta Única do Tesouro (CUT), estando inserido nos planos, no orçamento, na contabilidade e nas auditorias, aumentando assim a transparência e a prestação de contas do sector.

d. Com uma reforma desta natureza, é necessário um papel novo e claramente definido para a administração da saúde, ou seja, para o MISAU e as suas ramificações subnacionais, no que respeita à supervisão e tutela dos prestadores de serviços de saúde, tanto públicos como privados, e também ao nível das comunidades.

e. A descentralização do sector implica, antes de mais, alterar os critérios de atribuição e distribuição dos recursos financeiros e humanos para os níveis inferiores da pirâmide do sistema de saúde, ou seja, as unidades de saúde

distritais e subdistritais. O sistema é, actualmente, uma pirâmide invertida, dado que está a beneficiar muito mais as unidades de saúde do Grande Maputo que as unidades da periferia.

f. É de particular importância o reforço financeiro e material dos APE a nível comunitário e a inclusão destes agentes no quadro remunerativo.

g. Os municípios podem ser considerados actores importantes na reforma do sector da saúde; não no sentido de substituir as actuais funções de CSP dos governos distritais/SDSMAS, previstas no Decreto 33/2006, mas antes como entidades que prestam serviços complementares e fornecem investimentos para os prestadores de cuidados de saúde mais autónomos, como sejam instalações de água e saneamento, construção de postos de saúde, etc., de uma forma bem negociada.

4.2. Recomendações

Uma vez que a descentralização do sector da saúde, herdada de um passado socialista e sujeita a pressões relacionadas com a economia política, é um processo gradual de longo prazo, as questões aqui levantadas só podem ser consideradas matéria de reflexão que visa contribuir para iniciar o processo. Espera-se que as propostas apresentadas mereçam um amplo debate e cheguem à Unidade de Reforma de saúde do MISAU e aos decisores políticos, para eventual benefício do sector, da população, que requer e reivindica uma saúde preventiva e curativa de qualidade com uma cobertura geográfica cada vez mais ampla, e do desenvolvimento humano de Moçambique em geral.

Com base na análise e nas considerações atrás apresentadas, propomos agora uma «tradução» das principais conclusões a que chegámos em recomendações, que se

centram na descentralização do sector, com atenção específica aos cuidados de saúde primários, embora não se limitem a este aspecto. Organizámos as recomendações em função dos diversos actores a que especificamente se dirigem.

A. Governo de Moçambique, em particular MISAU, MEF e MAEFP como subconjunto do Conselho de Ministros

Recomendações:

- a. Criar um Grupo de Trabalho, com termos de referência e um cronograma para a reforma do sector da saúde, no âmbito da reforma de descentralização em curso;
- b. Incluir o MISAU, como membro permanente, na comissão interministerial de descentralização e divisão de funções e recursos;
- c. Organizar e documentar audiências e consultas sistemáticas do Grupo de Trabalho a representantes de organizações com intervenientes do sector (deputados a nível nacional e subnacional, CP/CEP e REP/CSREP), médicos, enfermeiros, APE, ONG, parceiros internacionais;
- d. Criar uma plataforma interactiva virtual sobre a reforma da descentralização (com projectos de legislação, estudos, protocolos de audiências, etc.);
- e. Rever os critérios e padrões de despesa (de funcionamento e de investimento), tanto verticalmente (percentagem do orçamento global do sector) como horizontalmente (distribuição entre províncias/distritos e unidades de saúde) a favor da prestação de serviços de saúde subnacionais;

f. Ponderar a inclusão de rubricas orçamentais para a administração e gestão das unidades de saúde; e

g. Avaliar a experiência modelo do Hospital de Nacala Porto como UGB com ligação directa ao e-SISTAFE e, com base nos resultados, rever os estatutos legais das unidades de saúde no sentido de maior autonomia administrativa e financeira e patrimonial, e programar o alargamento do modelo a outras unidades de saúde a nível distrital.

B. MISAU

Recomendações:

- a. Reforçar a Unidade de Reforma do MISAU e a sua colaboração proactiva e tecnicamente competente com o Grupo de Trabalho referido no ponto a. através do fornecimento de contributos técnicos e políticos;
- b. Convocar reuniões regulares sobre temas seleccionados da agenda da reforma com outras partes interessadas (médicos, enfermeiros, ONG que trabalham no sector, parceiros internacionais);
- c. Acelerar o trabalho de análise funcional do sector, também ao nível subnacional e em relação tanto aos CSP (a nível provincial, distrital e municipal) como às unidades de saúde comunitárias e aos APE, torná-la pública e pô-la a debate;
- d. Abordar questões de governação e transparência na análise funcional e propor soluções para a corrupção de grande e pequena escala dentro do sector - isto pode incluir a colaboração com ONG trabalhando no sector e a Procuradoria Geral da República e o seu Gabinete Central de Combate à Corrupção, com vista a incluir na

sua reforma formas mais eficazes de prestação de contas e governação do sector, nomeadamente no que diz respeito aos principais hospitais e fornecimentos de medicamentos;

e. Promover a investigação e a troca de experiências sobre a reforma do sector da saúde (e particularmente sobre CSP e saúde comunitária), também com sectores que estão mais descentralizados (por exemplo, a educação e a acção social);

f. Elaborar uma estratégia de descentralização para o sector da saúde (incluindo objectivos, análise FOFA²³, opções, etc.) e enriquecê-la através do debate público com todas as partes interessadas relevantes;

g. Rever as propostas de reforma legislativa e institucional resultantes da reforma de descentralização em curso («Novo Paradigma») com o objectivo de travar a fragmentação do sector que se pode dar devido à reforma de descentralização. Deve ser evitada, em particular, a duplicação de funções entre os SEP e os OGDP, por exemplo, na logística do fornecimento de medicamentos e no controlo de doenças;

h. Utilizar, neste processo, a perspectiva da relação custo-eficácia, divisão do trabalho e responsabilidades institucionais, por um lado, e, por outro, a perspectiva da qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde a nível subprovincial e subdistrital de governo, com especial enfoque nos CSP e na saúde comunitária;

i. Elaborar uma proposta de reforma de descentralização que vise reduzir as atribuições funcionais do SEP e dos Serviços Provinciais de Assuntos Sociais para a saúde, para harmonizar

(vertical e horizontalmente) o processo de planificação e orçamentação do sector e monitorar a qualidade e a rentabilidade das unidades de saúde, deixando a execução e gestão dos serviços de saúde a cargo dos OGDG e das unidades de saúde;

j. Definir critérios sectoriais para a atribuição e distribuição (vertical e horizontal) de recursos a favor das unidades subnacionais, incluindo para a gestão de futuras unidades de saúde mais autónomas, o que inclui a análise da experiência dos comités de co-gestão e o seu reforço;

k. Desenvolver um modelo de gestão e financiamento para unidades de cuidados de saúde mais autónomas ao nível distrital;

l. Rever o Decreto 33/2006 e elaborar uma proposta sobre o papel das autarquias na prestação; e

m. Fazer chegar ao Grupo de Trabalho as propostas do MISAU de descentralização e reforma institucional do sector da saúde e negociar os melhores resultados para o sector.

C. ONG (com enfoque na saúde)

Recomendações:

a. Apoiar as propostas de reforma e a Unidade de Reforma do MISAU com dados factuais e contributos baseados em investigação, como sejam documentos de política, etc., com especial enfoque nos níveis subprovincial e subdistrital dos prestadores de serviços de saúde;

b. Proporcionar ligações e debates construtivos sobre a reforma das políticas - entre os interesses da comunidade (procura) e o MISAU e os SDS (oferta);

c. Promover a reforma do sector da saúde através de campanhas de advocacia e consultas públicas em todas as províncias;

d. Participar em reuniões regulares da Unidade de Reforma do MISAU;

e. Monitorizar e avaliar a eficácia e transparência do sector da saúde e a sua reforma (de descentralização); e

f. Documentar e divulgar resultados, propostas, melhores práticas, etc., através de redes e plataformas próprias.

D. Parceiros internacionais

Recomendações:

a. Apoiar activa e tecnicamente a Unidade de Reforma do MISAU, através do diálogo e de contributos;

b. Promover o intercâmbio e documentação de experiências com países que apresentam um elevado grau de descentralização do sector da saúde;

c. Contribuir para a definição de critérios e percentagem do apoio (externo) ao orçamento a favor de unidades de saúde descentralizadas e do sistema de saúde comunitária;

d. Continuar a fornecer incentivos ao MISAU em apoio à sua estratégia de descentralização sectorial (concepção e implementação);

e. Apoiar activa e financeiramente as ONG com enfoque na saúde; e

f. Acompanhar e monitorizar de forma crítica a reforma de descentralização no âmbito do Novo Paradigma.



5. Anexos

5.1. Informantes

Quadro 3: Lista dos informantes entrevistados

Código	Instituição	Características	Data da entrevista
Informante 1	HCM, clínica privada	Médico especialista com experiência de mais de 20 anos	25 de Março de 2021
Informante 2	HCM, clínica privada	Médico especialista com experiência de mais de 15 anos	26 de Março de 2021
Informante 3	ONG com enfoque em saúde pública	Director, especialista em saúde pública	26 de Março de 2021
Informante 4	MISAU	Funcionário/assessor da Unidade de Reforma	31 de Março de 2021
Informante 5	Doador do PROSAÚDE	Responsável, Área da Saúde	14 de Abril de 2021
Informante 6		Oficial de Programa, Área da Saúde	14 de Abril de 2021
Informante 7	Município (Cidade Categoria D)	Autarca	15 de Abril de 2021

5.2. Governos provinciais: Funções e organização dos serviços

Quadro 5: Funções/Atribuições da governação descentralizada

Nº	Competências/funções
1	agricultura, pescas, pecuária, silvicultura, segurança alimentar e nutricional
2	gestão de terra, na medida a determinar por lei
3	transportes públicos, na área não atribuída às autarquias
4	gestão e protecção do meio ambiente
5	florestas, fauna bravia e áreas de conservação
6	habitação, cultura e desporto
7	saúde no âmbito de cuidados primários
8	educação, no âmbito do ensino primário, do ensino geral e de formação técnico-profissional básica;
9	turismo, folclore, artesanato e feiras locais
10	hotelaria, não podendo ultrapassar o nível de três estrelas
11	promoção do investimento local
12	água e saneamento
13	indústria e comércio
14	estradas e pontes, que correspondam ao interesse local, provincial e distrital
15	prevenção e combate às calamidades naturais
16	promoção do desenvolvimento local
17	planeamento e ordenamento territorial
18	desenvolvimento rural e comunitário
19	outras a serem determinadas, por lei

Fonte: Lei Nº 1/2018, de 12 de Junho, Artº 139 Artº 270 D

Quadro 4: Estruturas Organizacionais do CEP e do CPRE

	OGDP/CEP	SEP/CPRE
1	Gabinete do Governador da Província	Gabinete do Secretário de Estado na Província
2	Direcção Provincial do Plano e Finanças	Serviço Provincial de Economia e Finanças
3	Direcção Provincial de Saúde	Serviço Provincial de Actividades Económicas
4	Direcção Provincial da Educação	Serviço Provincial de Acção Social
5	Direcção Provincial da Agricultura e Pescas	Serviço Provincial de Infra-estruturas
6	Direcção Provincial das Obras Públicas	Serviço Provincial de Justiça e Trabalho
7	Direcção Provincial dos Transportes e Comunicações	Serviço Provincial do Meio Ambiente
8	Direcção Provincial da Indústria e Comércio	Serviço Provincial dos Veteranos de Guerra
9	Direcção Provincial do Género, Criança e Acção Social	Serviço Provincial dos Combatentes
10	Direcção Provincial da Juventude, Emprego e Desporto	
11	Direcção Provincial da Cultura e Turismo	
12	Direcção Provincial do Desenvolvimento Territorial e Ambiente	

Fonte: Do autor, baseado em Mangove et al., 2019 e legislação posterior

6. Bibliografia

- Anand, Prathivadi B. (2014). Extractive Economies and Sustainable Development: An analysis of infrastructure, health and social development. Paper presented to the United Nations Development Programme and Government of Brazil. Dialogue on the Extractive Sector and Sustainable Development – Enhancing Public-Private-Community Cooperation in the context of the Post-2015 Agenda. 3-5 December 2014. Brasilia: Brazil. <https://bradscholars.brad.ac.uk/handle/10454/10341>
- Bebbington, Anthony; Abdulai, Abdul-Gafaru; Hinfelaar, Marja; Humphreys Bebbington, Denise & d Sanborn, Cynthia (2017). Political Settlements and the Governance of Extractive Industry: A Comparative Analysis of the Longue Durée in Africa and Latin America (June 3, 2017). ESID Working Paper No. 81. Manchester: Effective States and Inclusive Development Research Centre, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2986786> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2986786>
- Boex, Jamie; Fuller, Luke & Malik, Ammar (2015). Decentralized Local Health Services in Tanzania Are Health Resources Reaching Primary Health Facilities, or Are They Getting Stuck at the District Level?. Urban Institute. RESEARCH REPORT. April 2015. <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/51206/2000215-Decentralized-Local-Health-Services-in-Tanzania.pdf>
- Booth, David, 2010. Towards a Theory of Local Governance and Public Goods' Provision in sub-Saharan Africa. Working Paper No. 13. London: Africa Power and Politics Programme/ODI. <http://www.institutions-africa.org/filestream/20100812-appp-working-paper-13-towards-a-theory-of-local-governance-and-public-goods-provision-in-sub-saharan-africa-david-booth-aug-2010>
- Borowczak, W & Kaufmann F & Weimer B (2020). How did the wine get watered down? A Political-economic Review of Development and Democracy in Mozambique in Light of the Limited Access Order Model. Berlin, Maputo. Friedrich Ebert Stiftung. FES Analyse. Demokratie und Menschenrechte. <http://library.fes.de/pdf-files/iez/16775-20200406.pdf>
- Brito, Luís de, Org (2017). Agora eles têm medo de nós! Uma coletânea de textos sobre as revoltas populares em Moçambique (2008–2012). Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE). <https://www.iese.ac.mz/estudo-do-iese-explica-as-razoes-das-revoltas-populares-de-2008-e-2010-em-mocambique/>
- Camões, Pedro, J. (2020). Impacto Financeiro da Descentralização Provincial de Funções em Moçambique. Relatório técnico de custeio e simulação de cenários prospectivos. Ministério da Economia e Finanças / Direcção Nacional de Planificação e Orçamento (relatório de consultoria não publicado).
- Castel-Branco, Carlos, (2015). 'Capitalizando' o capital doméstico: Porosidade e acumulação primitiva de capital em Moçambique. In: Brito, Luís; Castel-Branco, Carlos; Chichava, Sérgio e Francisco, António (eds.). Desafios para Moçambique. Maputo, Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE): 123-156.
- CIP (2020). Negligência do Governo pode levar ao colapso do sistema de saúde: Aumento de casos positivos da COVID-19 entre os profissionais de saúde pode estar associado à insuficiência de EPI's e à quantidade de vírus a que estão expostos. Centro de Integridade Pública (CIP). COVID-19. Edição nº 03, Fevereiro 2020. <https://cipmoz.org/wp-content/uploads/2021/02/Neglige%CC%82ncia-do-Governo-1.pdf>
- Collins, Charles & Green, Andrew, 1994. Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries. International Journal of Health Services, 24(3): pp. 459-476.
- DFID (2013). A Political Economy Analysis of Mozambique's Land Sector. Maputo, Department for International Development (DFID). September 2013 (não publicado).
- Dias, Jose (n.d.). Desafio da articulação entre os cidadãos e os Comités de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde como órgãos de representação da comunidade. Centro de Aprendizagem e Capacitação da Sociedade Civil (CESC). <https://www.medicusmundimozambique.org/files/24/62/29/paper-17-jose-dias.pdf>
- Egger, Eva-Maria; Salvucci, Vincenzo & Tarp Finn (2020). Evolution of multidimensional poverty in crisis-ridden Mozambique. WIDER Working Paper 2020/69. Helsinki: UNU-WIDER. <https://www.wider.unu.edu/publication/evolution-multidimensional-poverty-crisis-ridden-mozambique>

- ENABEL (2021). Memo Re: Estatuto Orgânico de SPS e SPS. 29/01/2021. Belgian Development Agency (documento interno).
- Forquilha, Salvador et al (org) (2018). Barómetro da Governação Municipal 2017. Relatório de dados quantitativos. Maputo. Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE). <https://www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2018/08/Baro%CC%81metro-Municipal-2017.pdf>
- Frynas, Jędrzej George & Buur, Lars. (2020). The presource curse in Africa: Economic and political effects of anticipating natural resource revenues. *The Extractive Industries and Society*. 10.1016/j.exis.2020.05.014. (no prelo).
- Garrido, Ivo (2020). Health, development, and institutional factors. The Mozambique case. Working Paper Helsinki UNU – WIDER. <https://www.wider.unu.edu/publication/health-development-and-institutional-factors>
- Helling, Louis; Farfan, Juan Estrada; Lobo, Manuel; Noordhoek, Marike & Wane, Maria Iolanda (2015).. Estrategia de Implementação: Transferencia de competências de Educação e Saúde aos municípios (Relatório Síntese. Banco Mundial e PCMC, Componente 1: Desenvolvimento Municipal.
- Impissa, Inocêncio (2020). O Novo Paradigma da Descentralização em Moçambique. Fundamentos da Revisão Constitucional de 2018 – Inovações, Impactos e Desafios. Maputo. Imagem One. Novembro 2020.
- Kigume R & Maluka S. (2018) Health sector decentralisation in Tanzania: How do institutional capacities influence use of decision space? *International Journal for Health Planning and Management*. 2018 Oct;33(4): e1050-e1066. doi: 10.1002/hpm.2587. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30052278.
- MAEFP (2020). Proposta de Lei: Divisão de competências entre a governação descentralizada e os órgãos centrais do Estado ou seus representantes, ao abrigo do disposto no nº3 do artigo 276 da Constituição. Ante projecto de lei. Ministério de Administração Estatal e Função Pública. Versão 18 /12/20 (draft)
- Mambo, Félix; Paris, Yonesse; Salvucci, Vincenzo & Santos, Ricardo (2018). Simulating the effect on households' real consumption and poverty of the increase in prices that followed the 2015–16 economic crisis in Mozambique. WIDER Working Paper 2018/61. Helsinki. UNU-WIDER.
- Mangove, Augusto (Coord), (2019). Pacote da Descentralização e Legislação Eleitoral. Maputo. Ministério da Administração Estatal e Função Pública e Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD). Português, Inglês.
- MAP Consultoria (2017). O Sistema de Transferências Fiscais Intergovernamentais (STFI) em Moçambique. Uma Análise Fiscal e Institucional. Relatório Final. Autores: Bernhard Weimer(team leder), Abdul Ilal , Lourenço gelo). Elaborado para o Ministério da Economia e Finanças, financiado pelo GIZ.
- Marmot, Michael, 2005. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: pp.1099-1104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6. PMID: 15781105.
- Matsinhe, Cristiano e Namburete, Denise (2019). Descentralização Doseada: Facetas Estruturantes das Inequidades em Saúde em Moçambique. *Novos Estudos - CEBRAP*. 38. 371-387. 10.25091/s01013300201900020004
- Meneses, M. Paula G. (2004). «Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada»: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. In: Boaventura de Sousa Santos & Teresa Cruz e Silva (org). *Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social*. Maputo. Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2004, p 77 – 144.
- MISAU (2012). Relatório da Revisão do Sector de Saúde. Maputo. Setembro 2012
- MISAU (2013). Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019. Direcção de Planificação e Cooperação. Maputo, 30 de Setembro de 2013.
- MISAU (2019). Relatório de Avaliação do Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS 2014-2019). Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação. Maputo, 14 de Agosto de 2019 (não publicado).

- MISAU (2020). Proposta de Resolução – Política Nacional de Saúde – versão do dia 14 de Outubro de 2020, Unidade da Reforma (não publicado)
- MISAU (2021). Estratégia para Subsistema Comunitário de Saúde – Draft. 05/02/2021 (não publicado)
- Mussagy, Ibraimo Hassane e Mosca, João (2020). Micro-simulações dos Impactos da Covid-19 na Pobreza. OMR. Observador Rural 96. <https://omrmz.org/omrweb/wp-content/uploads/Observador-Rural-96-Micro-simula%C3%A7%C3%B5es-dos-Impactos-da-Covid-19-na-Pobreza.pdf>
- Ombe, José Carlos e Catique, Lucas Eugénio (2017). As implicações da descentralização na gestão das unidades sanitárias: Um Olhar para o Caso do Município de Maputo. Artigo apresentado na conferência 'Desafios da investigação social e económica em tempos de crise', organizado pelo IESE, Maputo, 19-21 de Setembro de 2017.
- Orre, Aslak & Rønning, Helge (2017). Mozambique: A Political Economy Analysis. Report commissioned by the Norwegian Ministry of Foreign Affairs. Bergen. Chr. Michelsen Institute. <https://www.cmi.no/publications/file/6366-mozambique-a-political-economy-analysis.pdf>
- Potenciar (2021). Mozambique political economy analysis — macro level. For Transparency and Accountability for Inclusive Development (TAcID) Programme funded by the UK Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO) produced by a consortium led by Chemonics International, in partnership with the Centre for Civil Society Learning and Capacity Building (CESC), COWI, the Institute of Development Studies (IDS), and Konung International (KI) (não publicado).
- PROSAÚDE, 2017. Memorandum of Understanding between the Government of Mozambique, represented by the Ministries of Health and of Economy and Finance, and The Cooperation Partners, Regarding the Support to the Health Sector through the Joint Funding Mechanism. (PROSAÚDE III). Maputo, 24th April 2017
- PROSAÚDE, 2017a. Procedures Manual for the implementation of the Memorandum of Understanding of PROSAÚDE III
- SDC (2019). Mecanismo de Apoio Directo as Unidades Sanitárias (US) do nível Primário. Nota Conceptual – Draft. Swiss Development Cooperation (SDC) (não publicado)
- UNICEF (2018). National Political Economy Analysis and Fiscal Space Profiles of countries in the Eastern and Southern Africa region. Case Study Mozambique – Fiscal Space Analysis (ECORYS, July 2018) (unpublished).
- WBG (2020). Mozambique Risk and Resilience Assessment. World Bank Group. December 2020 (documento interno não publicado)
- Weimer, Bernhard & Carrilho, João (2017). The Political Economy of Decentralization in Mozambique. Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE), September 2017 (em inglês e português). http://www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2017/10/IESE_Political_Economy_of_Decentralisation_-_Livro.pdf
- Weimer, Bernhard, Macuane, Jose, J. & Buur, Lars. (2012). A economia do political settlement em Moçambique: contexto e implicações da descentralização. In: Weimer, Bernhard (ed.). Moçambique: Descentralizar o Centralismo? Economia Política, Recursos e Resultados. Maputo: IESE, pp. 31-75. Disponível em: http://www.iese.ac.mz/lib/publication/livros/Descent/IESE_Desc_web.pdf.
- Wilkinson, Richard, & Marmot, Michael (Eds.), 2006. Social determinants of health. Oxford: University Press.
- World Bank & UKAid/DFID (2013) Political Economy of the Supply-Chain for Medicines in Mozambique. April 2013 (não publicado).



