

# RELATÓRIO DE PESQUISA

## DESCENTRALIZAÇÃO NO SECTOR DA SAÚDE: ALCANCE E IMPLICAÇÕES PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Com a colaboração de:



Com apoio técnico e financeiro:



Novembro de 2018

## FICHA TÉCNICA

Título: Descentralização no sector da saúde: alcance e implicações para os cuidados de saúde primários

Editor: **medicusmundi**

**Autores:** Salvador Cadete Forquilha<sup>1</sup>, Sérgio Chicumbe<sup>2</sup>, Carlos Botão<sup>2</sup> Isabel Cambe<sup>2</sup> e Lúcio Posse<sup>1</sup>

1. Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE)
2. Instituto Nacional de Saúde (INS)

Com apoio técnico e financeiro de :



Com a colaboração de:



Para comentários e sugestões, por favor, contacte:

Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE)

[salvador.forquilha@iese.ac.mz](mailto:salvador.forquilha@iese.ac.mz)

Escritório de Representação da **medicusmundi** em Maputo

[representacion.maputo@medicusmundi.es](mailto:representacion.maputo@medicusmundi.es)

*Esta publicação foi produzida com o apoio financeiro da Agencia Espanhola de Cooperación Internacional para o Desenvolvimento (AECID) no marco do Convênio 14-C01-124, "Fortalecimento, Promoção e defesa dos princípios de Cuidados de saúde Primários em Moçambique"*

*O conteúdo da dita publicação é da exclusiva responsabilidade dos autores e não reflete necessariamente a opinião da AECID.*

## Sumário

<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>1.1. Justificativa</b> .....	4
<b>2. Objectivos do Estudo</b> .....	5
2.1. Objectivo Geral.....	5
2.2. Objectivos específicos.....	5
<b>3. Metodologia</b> .....	6
<b>3.1. Desenho de estudo</b> .....	6
<b>3.2. Critérios de inclusão</b> .....	7
<b>3.3. Procedimentos para a recolha de dados</b> .....	7
3.4. Análise dos dados .....	8
<b>3.5. Área de estudo</b> .....	8
3.5.1. Distrito de Mecúfi .....	8
3.5.2. Distrito de Rapale .....	9
3.5.3. Distrito de Chimbonila.....	10
3.5.4. Distrito da Cidade da Beira.....	10
3.5.5. Distrito da Maxixe .....	11
<b>4. Resultados Preliminares</b> .....	12
<b>5. Conclusão</b> .....	32
<b>6. Algumas mensagens-chave</b> .....	33
<b>7. Referências Bibliográficas</b> .....	34

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Despesa realizada por nível territorial (2008 – 2016) .....	25
<b>Gráfico 2:</b> Despesa da saúde por nível territorial (2008 – 2017) .....	26
<b>Gráfico 3:</b> Despesas no orçamento Geral do Estado .....	27
<b>Gráfico 4:</b> Fundos alocados aos CSP e outros sectores de saúde.....	28

## Lista de Siglas e Abreviaturas

APEs	Agentes Polivalentes Elementares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DPS	Direcção Provincial de Saúde
EPI	Ensino primário do I grau
EPII	Ensino primário do II grau
ESGI	Ensino secundário geral do I grau
IESE	Instituto de Estudos Sociais e Económicos
INE	Instituto Nacional de Estatística
MDM	Movimento Democrático de Moçambique
MISAU	Ministério de Saúde
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SMI	Saúde Materno Infantil
TM	Taxa de mortalidade
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PF	Planeamento Familiar
ONGs	Organizações Não-governamentais
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para Infância

## 1. Introdução

A literatura sobre o Estado em África mostra que o papel central que o Estado teve no processo de desenvolvimento, no período imediatamente a seguir às independências, mudou significativamente nos anos 1970 e 1980 (Hyden, 1980, 2000; Migdal, 1988; Rothchild & Chazan, 1988; Olowu & Wunsch, 1990; Chabal & Daloz, 1999; Médard, 1990, 1991; Bratton & Van de Walle, 1997; Mkandawire, 2001; Boone, 2003). Do Estado impulsionador do desenvolvimento passou-se para um Estado qualificado de predador, parasita, dependente, neo-colonial, patrimonial, enfim um Estado disfuncional em matéria de desenho e implementação de políticas públicas e gestão dos processos ligados ao desenvolvimento (Mkandawire, 2001)<sup>1</sup>.

Foi neste contexto que muitos países da África subsaariana, particularmente a partir dos anos 1980, com o financiamento de parceiros internacionais, iniciaram programas de reforma do sector público. Estes programas, na sua maioria, podem ser vistos como uma resposta à crise do Estado, que se manifestou essencialmente a dois níveis: regulação política e provisão de serviços públicos. Com efeito, a euforia das independências africanas e o processo da construção do Estado desenvolvimentista, cedo, se viram confrontados com a queda da capacidade de regulação política efectiva e de provisão de serviços básicos. Por conseguinte, partia-se do pressuposto segundo o qual as reformas do sector público não só iriam melhorar a provisão dos serviços públicos como também tornar o Estado mais efectivo e legítimo.

Todavia, o balanço das reformas dos últimos trinta anos parece sugerir resultados mistos. Aliás, hoje, a literatura sobre reformas do sector público nos Estados da África subsaariana vai mais longe ao realçar que os dois principais objectivos das reformas, nomeadamente a melhoria na gestão dos orçamentos e programas dos governos e a melhoria na oferta dos serviços, não foram alcançados (Crook, 2010, p.485). As pesquisas que têm vindo a ser desenvolvidas neste âmbito, sublinham, cada vez mais, a ideia da influência, por um lado, da governação e política (*politics*) no processo da provisão dos serviços e, por outro lado, a influência do efeito da provisão dos serviços

---

<sup>1</sup>No entanto, é importante referir que a literatura também menciona excepções, nomeadamente Botswana, Maurícias, Cabo Verde, África do Sul e Ghana. Além disso, o papel do Estado na África subsaariana, nos últimos trinta anos, foi afectado pelo processo de implementação de planos de ajustamento estrutural, que, em muitos casos, diminuiu consideravelmente o espaço de actuação do Estado, particularmente em matéria de serviços públicos.

na legitimação e construção do Estado (Olivier de Sardan, 2009; Bierschenk, 2010; Crook, 2010; Booth, 2010; Manor, 2011; Batley, McCourt & McLoughlin, 2012).

Relativamente a Moçambique, embora o país tenha iniciado uma série de reformas económicas e políticas a partir dos finais dos anos 1980<sup>2</sup>, foi sobretudo com o lançamento da estratégia global da reforma do sector público, em 2001, que a questão da melhoria da qualidade na provisão de serviços públicos ganhou alguma visibilidade (CIRES, 2001)<sup>3</sup>. Com efeito, o documento da estratégia global da reforma do sector público não só menciona a provisão de serviços públicos como um dos elementos fundamentais dos objectivos da reforma como também apresenta a racionalização e descentralização das estruturas e processos de prestação de serviços como uma das principais componentes da reforma. É neste contexto que se enquadram a reforma dos órgãos locais do Estado (Lei 8/2003) e a descentralização de fundos sectoriais, a partir de 2007.

Mas como é que estas reformas afectam o processo da provisão de serviços públicos (em cobertura e qualidade)? À semelhança do que aconteceu, nos últimos trinta anos, em muitos países da África subsaariana (Crook, 2010), os resultados que Moçambique conseguiu no âmbito da reforma do sector público são modestos, sobretudo no que se refere aos serviços públicos. Com efeito, os serviços básicos em sectores vitais tais como água e saneamento, educação, saúde, estradas, justiça, segurança, etc., continuam aquém dos planos governamentais não só em termos da cobertura como também da qualidade oferecida, apesar dos recursos financeiros investidos na estratégia global da reforma do sector público e em diferentes programas sectoriais.

No que se refere especificamente à saúde, dados recentes do sector indicam que houve avanços nalguns indicadores, nomeadamente os que dizem respeito à saúde infantil. A este propósito, por exemplo, o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019, fazendo o diagnóstico do estado de saúde em Moçambique sublinha que “os indicadores de saúde infantil mostram progressos assinaláveis e consistentes nos últimos anos. As Taxas de Mortalidade (TM) em menores de 5 anos e infantil baixaram em mais de

---

<sup>2</sup>A este propósito é importante distinguir os dois tipos de reformas: económicas, que começaram em 1984 e aceleraram a partir de 1987; e políticas, que iniciaram com a aprovação da Constituição de 1990 e aceleraram a partir da assinatura do Acordo Geral de Paz em 1992.

<sup>3</sup>Apesar do Estado moçambicano, logo depois da independência, ter investido significativamente na expansão de alguns serviços, nomeadamente educação e saúde, a questão da qualidade de serviços ganhou um novo impulso no âmbito da implementação da estratégia global da reforma do sector público.

100% entre 1997 e 2011 (MISAU, 2013, p.8). Mas apesar disso, houve poucos avanços na questão da redução da mortalidade materna e os progressos alcançados em outros indicadores, tais como a taxa de mortalidade neonatal, a malnutrição em crianças menores de 5 anos têm sido lentos (MISAU, 2013). Além disso, o diagnóstico do estado de saúde em Moçambique aponta problemas de acesso e equidade (cristalizados em desigualdades geográficas, afectando particularmente os agregados familiares mais pobres e desfavorecidos, com destaque para as zonas rurais), fraca qualidade dos serviços e ineficiências na sua provisão (MISAU, 2013, p.22).

Para fazer face aos desafios e problemas acima mencionados, o sector da saúde em Moçambique, à semelhança de outros sectores, tem estado a introduzir importantes reformas nos últimos anos, particularmente, no âmbito da implementação da estratégia global da reforma do sector público, que sublinha a descentralização como um dos aspectos cruciais. Neste contexto, várias políticas e estratégias do sector da saúde têm estado a incorporar a questão da descentralização como elemento chave das reformas. Aliás, o actual instrumento orientador estratégico do sector (PESS 2014 – 2019) coloca a descentralização no centro da actuação estratégica do sector da saúde para os próximos anos. Mas, se é verdade que as políticas e estratégias sectoriais mencionam a descentralização como elemento importante das reformas, também não é menos verdade que as práticas observadas na actuação do sector não vão necessariamente na mesma direcção do preconizado nas referidas políticas e estratégias do sector, facto que tem implicações nos serviços prestados, particularmente a nível primário. Aliás, o próprio PESS 2014 – 2019, referindo-se à governação no sector da saúde, reconhece isso nos seguintes termos: “(...) existem muitas políticas e estratégias orientadoras que promovem o desenvolvimento da saúde, mas apresentam potencial para sobreposição, fragmentação e descoordenação. A estrutura pesada e centralizada de governação do sector, aliada à fraca capacidade de gestão no nível periférico, bem como o sistema de gestão e planificação verticalizado e pouco participativo, e a deficiente prestação de contas contrastam com o processo e propósito da descentralização em curso no sector público” (MISAU, 2013, p.34).

Ao transformar-se num aspecto crucial das reformas sectoriais da saúde, a descentralização surge assim como um elemento importante da actuação estratégica para a melhoria dos cuidados de saúde, particularmente no nível primário. Aliás, o próprio lema do PESS 2014-2019 é posto nos seguintes termos: “Por uma



descentralização efectiva do sector da saúde, que melhor responda às necessidades locais do nosso povo e assegure a progressiva cobertura universal de saúde” (MISAU, 2013).

Nesta pesquisa, a noção de cuidados de saúde primários é usada no sentido definido na declaração de Alma-Ata, em 1978, no seu número VI, como sendo “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”(OMS & UNICEF, 1979, p.3). Neste sentido, a pesquisa olha para a saúde como um direito humano, centrado numa maior equidade, que exige uma resposta e colaboração intersectorial.

### **1.1. Justificativa**

O estudo enquadra-se num projecto de pesquisa mais amplo que o IESE tem vindo a desenvolver nos últimos três anos, intitulado “Governança, serviços públicos e construção do Estado”, que procura compreender os processos e as dinâmicas da construção do Estado em Moçambique, a partir do que, em alguns estudos sobre políticas públicas, se chama “o Estado no concreto”(Padioleau, 1982). Neste contexto, procurou-se, por um lado, analisar e compreender a maneira como o Estado se constrói através do processo da provisão de serviços públicos (serviços de saúde) e, por outro lado, aprofundar o conhecimento existente sobre cuidados de saúde primários (CSP) em Moçambique como um modelo sócio-sanitário na resposta às necessidades de saúde das populações locais.

A relevância da realização desta pesquisa residiu no facto da adopção de uma abordagem etnográfica que permitisse uma melhor compreensão relativamente à

maneira como as reformas de descentralização no sector da saúde, particularmente no que se refere à governação e ao financiamento, estão sendo implementadas e afectam os cuidados de saúde primários. Isso, por sua vez, permitiu identificar e analisar as causas e a origem dos actuais resultados das reformas de descentralização no sector e suas implicações para os cuidados de saúde primários.

## **2. Objectivos do Estudo**

### **2.1. Objectivo Geral**

O objectivo geral da pesquisa é analisar o alcance e as implicações da descentralização no sector da saúde para os cuidados de saúde primários. Trata-se de analisar o contexto, as dinâmicas, as lógicas e as práticas dos actores a diferentes níveis (central, provincial e distrital) na implementação das reformas no sector da saúde, focalizadas na descentralização, e os seus efeitos nos cuidados primários de saúde. A pesquisa procura fazer esta análise a partir de duas dimensões importantes do sector, nomeadamente a governação e o financiamento.

### **2.2. Objectivos específicos**

Especificamente a pesquisa visa:

- Analisar o significado, o alcance e as implicações da descentralização no sector da saúde para os cuidados de saúde primários;
- Descrever e analisar as dinâmicas, lógicas e práticas de governação no sector da saúde, no contexto da descentralização;
- Descrever e analisar as dinâmicas, lógicas e práticas de financiamento do sistema de saúde e seus efeitos nos cuidados de saúde primários;
- Analisar os níveis (central e distrital) e distribuição vertical das despesas de saúde no contexto da descentralização e suas implicações para os cuidados de saúde primários;

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Desenho de estudo**

Os pressupostos teórico-metodológicos desta pesquisa tiveram em conta a linha das pesquisas em políticas e sistemas de saúde, com um forte substrato multidisciplinar baseado nas ciências sociais, particularmente ciência administrativa, ciência política, antropologia, entre outras (Olivier de Sardan & Ridde, 2015).

Tratou se de um estudo que procurou compreender as dinâmicas políticas e sociais presentes na implementação do processo da descentralização no sector da saúde. A pesquisa foi adaptativa e de natureza indutiva, na medida em que procurou partir da observação e descrição do contexto, construir interpretações e teorias sobre o objecto pesquisado. A recolha de dados foi feita com recurso a entrevistas semi-estruturadas, observação, documentação de arquivos e discussões em grupos focais.

A pesquisa de campo decorreu no período entre Novembro de 2015 a Agosto de 2017, nos distritos de Mecúfi (Cabo Delgado), Rapale (Nampula), Chimbonila (Niassa), Beira (Sofala) e Maxixe (Inhambane). A selecção dos locais da pesquisa obedeceu essencialmente a três critérios: a) rural/urbano; b) o tipo de descentralização (desconcentração/devolução) e c) contexto político local.

A escolha dos locais para a pesquisa de campo foi feita com base nos seguintes critérios:

- Diversidade territorial (norte, centro e sul de Moçambique);
- Combinação de contextos políticos-partidários mistos e dominantes;
- Combinação de cenários com sobreposição de tipos de administrações locais (distrito e município) e cenários sem sobreposição;
- Combinação de cenários mais e menos urbanizados.

### 3.2. Critérios de inclusão

Tomando em conta o objectivo, o tipo de perguntas e o enfoque da pesquisa acima mencionados, o estudo interessou-se essencialmente por quatro categorias de actores, que foram abrangidos pelo processo de colecta de dados, nomeadamente:

- a) Autoridades governamentais, que lidam com o processo das reformas de descentralização aos níveis central (Ministério da Administração Estatal e Função Pública, Ministério da Saúde, Ministério da Economia e Finanças), provincial (Secretarias Provinciais, Direcções Provinciais de Saúde, Direcções Provinciais de Finanças) e distrital (Governos distritais e/ou municipais dos locais seleccionados para o estudo);
- b) Gestores e profissionais do sector da saúde afectos, essencialmente, nos níveis provincial e nos locais da realização do estudo;
- c) Utentes dos serviços de saúde nos locais da realização do estudo;
- d) Organizações da sociedade civil, organizações-não governamentais e agências de cooperação que colaboram com o sector da saúde nos locais da realização do estudo;

Todavia é importante referir que nas categorias a), b) e d), as pessoas foram seleccionadas para entrevistas e discussões em grupos focais em função da relevância do seu papel nas respetivas instituições. Apesar de os profissionais de saúde a trabalhar nos locais acima seleccionados serem parte importante na pesquisa e a visita a algumas unidades sanitárias constituir um elemento chave relativamente à observação, o estudo foi realizado, essencialmente, fora das unidades sanitárias.

### 3.3. Procedimentos para a recolha de dados

A colecta de dados foi feita com recurso a quatro instrumentos metodológicos, nomeadamente entrevistas semi-estruturadas, discussões em grupos focais<sup>4</sup>, análise da documentação de arquivos e observação.

---

<sup>4</sup>Para guardar o anonimato, os entrevistados estão referenciados por iniciais escolhidas arbitrariamente.

As entrevistas semi-estruturadas foram dirigidas às quatro categorias de actores acima mencionadas com o objectivo de captar as representações que os entrevistados tinham relativamente às reformas de descentralização no sector de saúde, olhando particularmente para governação e financiamento, e seus efeitos nos cuidados de saúde primários.

No que se refere às discussões em grupos focais, elas foram organizadas com os utentes dos serviços de saúde e com os actores ligados a organizações da sociedade civil, organizações não-governamentais que trabalham nos locais abrangidos pela pesquisa. Os grupos foram constituídos por 7 a 8 participantes.

Foram feitas observações que permitiram captar não só as interacções entre diferentes actores envolvidos nas reformas de descentralização dentro do sector, como também os efeitos das reformas sobre os cuidados de saúde primários.

### **3.4. Análise dos dados**

Os dados abstraídos das entrevistas semi-estruturadas, discussões em grupos focais foram transcritos, codificados livre, axial e tematicamente e analisados com recurso ao NVivo (versão 9). As descrições e experiências dos participantes tiveram em conta o contexto dos cinco locais abrangidos pela pesquisa permitindo deste modo a construção de interpretações e teorias sobre o fenómeno estudado, na perspectiva das análises da construção do Estado.

### **3.5. Área de estudo**

A pesquisa foi realizada em cinco distritos, nomeadamente Mecúfi (Cabo Delgado), Rapale (Nampula), Chimbonila (Niassa), Beira (Sofala) e Maxixe (Inhambane).

#### **3.5.1. Distrito de Mecúfi**

O distrito de Mecúfi localiza-se a Sudeste da província de Cabo Delgado, fazendo fronteira com os distritos de Pemba a Norte, Chiúre a Sul, Oceano Índico a Este, e o distrito de Ancuabe a Oeste.

No que se refere à extensão territorial, o distrito de Mecúfi tem uma superfície de 1.254 km<sup>2</sup>. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), Mecúfi tem uma população estimada em 48.823 habitantes e com uma densidade populacional de 38,9 hab/km<sup>2</sup>.

Em 2013, Mecúfi tinha 19 escolas públicas do ensino primário do I grau (EPI), seis escolas públicas do ensino primário do II grau (EP II) e duas do ensino secundário geral do I grau (ESGI). Relativamente ao sector da saúde, dados do INE indicam que o distrito possui três centros de saúde, que contam com um total de 40 camas, das quais 19 referem-se aos serviços de maternidade (INE, 2013d).

O acesso à água potável é extremamente difícil. Cerca de 58% dos agregados familiares de Mecúfi dependem essencialmente de poços e furos protegidos, 6% dos agregados familiares usam poços sem protecção, 11% recorrem a rios e lagoas, 24% usam fontanários e apenas 2% dos agregados familiares têm acesso à água canalizada (INE, 2013d).

Em relação às actividades económicas, a agricultura é a actividade praticada pela maior parte da população. Mas é importante referir que, o facto de Mecufi ser um distrito costeiro, torna a actividade pesqueira das mais importantes para a economia da população, tanto para a dieta familiar como para a comercialização. Associado a estas actividades, existem outras tais como pequenas lojas, bancas, pequenas indústrias no sector das pescas, carpintaria, artesanato e turismo.

### **3.5.2. Distrito de Rapale**

Outrora conhecido pela designação “distrito de Nampula-Rapale”, o distrito de Rapale está localizado na província de Nampula, fazendo fronteira a Norte com os distritos de Mecuburi e Muecate, a Sul com os distritos de Mogovolas, Murrupula e Meconta, a Oeste com o distrito de Ribaue e Murrupula e a Este com o distrito de Meconta (INE, 2013e). O distrito ocupa uma área de 3.698 km<sup>2</sup> e, segundo dados do INE, Rapale tem uma população estimada em cerca de 253.294 habitantes.

Em relação a infraestruturas educacionais, o distrito possui 126 escolas do EP I, 59 escolas do EP II, seis escolas do ESG I e três escolas do ESG II. No que se refere ao sector da saúde, estatísticas do INE mostram que Rapale conta com cinco centros de saúde, 10 postos de saúde, totalizando cerca de 130 camas, das quais 48 camas são para os serviços de maternidade.

O acesso à água potável constitui um dos maiores desafios do distrito. Com efeito, 72.9% dos agregados familiares de Rapale recorrem a poços sem protecção, 21.1% usam água dos rios e lagoas e apenas 1.5% têm acesso a fontanários. A agricultura constitui a principal actividade económica do distrito. Além disso, as populações de Rapale praticam também a pesca, carpintaria e artesanato (INE, 2013e).

### **3.5.3. Distrito de Chimbonila**

Em consequência da Lei 26/2013, que cria novos distritos, o antigo distrito de Lichinga passou a designar-se por distrito de Chimbonila. Este distrito faz fronteira a Norte com os distritos de Lago, Sanga e Muembe, a Sul com Ngauma, a Este com Majune e a Oeste com a República do Malawi. Chimbonila possui uma população estimada em 114.024 habitantes e uma densidade populacional de 21 hab/km<sup>2</sup>.

Relativamente ao acesso à água potável, cerca de 48.3% dos agregados familiares dependem de poços sem protecção, 29.7% recorrem a rios e lagoas, 18.3% usam furos protegidos e apenas 2.3% dos agregados familiares têm acesso à água canalizada. No que se refere ao sector da educação, de acordo com os dados do INE, Chimbonila possui 58 escolas do EP I e uma escola do ESG I. Quanto ao sector da saúde, o distrito tem um centro de saúde e 14 postos de saúde, totalizando cerca de 35 camas, das quais 23 camas são dos serviços de maternidade. À semelhança de outros distritos, Chimbonila tem a agricultura como a actividade económica principal (INE, 2013a).

### **3.5.4. Distrito da Cidade da Beira**

O distrito da Cidade da Beira localiza-se na província de Sofala, tendo como limites a Norte o distrito do Dondo, a Sul o Oceano Índico, a Este o distrito do Dondo e o

Oceano Índico e a Oeste o distrito do Buzi. De acordo com os dados do INE, Beira tem uma superfície de 631 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 456.005 habitantes.

À semelhança do que acontece em outros distritos e cidades, o acesso à água potável é um dos principais desafios que a Cidade da Beira enfrenta. Com efeito, cerca de 47% dos agregados familiares ainda não têm acesso à água canalizada, recorrendo a poços, rios, lagoas, etc. O sector da educação conta com 106 escolas do EP I, 57 escolas do EP II, 45 escolas do ESG I e 27 escolas do ESG II. Relativamente ao sector da saúde, estatísticas do INE indicam que a Cidade da Beira possui um hospital central, 11 centros de saúde e dois postos de saúde, totalizando cerca de 859 camas, das quais 235 são dos serviços da maternidade. A economia deste distrito é dinamizada por diferentes sectores, nomeadamente têxtil, florestal, agrícola, pesqueiro, alimentar, comercial, bancário, construção civil, etc. (INE, 2013c).

### **3.5.5. Distrito da Maxixe**

O distrito da Maxixe está localizado na província de Inhambane e tem limites com os distritos de Morrumbene a Norte, Jangamo a Sul, Cidade de Inhambane e Jangamo a Este e Homoine a Oeste. O distrito tem uma superfície de 268 km<sup>2</sup>, com uma população estimada em 129.599, de acordo com as projecções do INE (INE, 2013b).

Em relação ao acesso à água, somente 14% dos agregados familiares têm água canalizada nas suas residências. Cerca de 24% dos agregados familiares dependem de poços ou furos protegidos, 27% consomem água de poços sem bomba e a céu aberto e 27% dos agregados familiares dependem de fontanários. Estatísticas do INE em 2013 indicam que o sector de educação no distrito da Maxixe possui 30 escolas do EP I e 28 escola do EP II, todas públicas, cinco ESG I também públicas e duas ESG II uma pública e outra privada. Enquanto o sector da saúde neste distrito, em 2012, tinha um hospital rural, dez centros de saúde e um posto de saúde. Para todos estes estabelecimentos hospitalares, o distrito tinha à disposição, para o mesmo período, um total de 172 camas, das quais 75 estavam destinadas à maternidade. Quanto à economia local, agricultura, pecuária, comércio, entre outras, constituem as actividades principais (INE, 2013b).



#### 4. Resultados Preliminares

##### 4.1. Reformas da descentralização: porquê se tornaram tão importantes no sector da saúde?

Nas últimas décadas, a descentralização dos sistemas de saúde tem sido promovida como prioridade em muitos países, incluindo Moçambique, com a finalidade de melhorar a provisão de serviços e garantir o envolvimento das comunidades mais pobres. Tsofaet al. (2017) consideram que o apelo para a descentralização dos sistemas de saúde data da época da declaração de Alma Ata, em 1978, que, na realidade, surgiu como elemento importante para lidar com a questão das iniquidades.

No início dos anos 1990, o *World Development Report*, examinando a interacção entre a saúde humana, políticas de saúde e desenvolvimento económico, partindo de evidências do Ghana, Botswana, Chile, Polónia, enfatiza a ideia segundo a qual “a longo termo, a descentralização pode ajudar a aumentar a eficiência quando existe capacidade adequada e prestação de contas nos níveis mais baixos do sistema nacional de saúde” (World Bank, 1993: 12). Todavia, o *World Development Report* adverte também para o facto de que uma descentralização feita às pressas, sem linhas estratégicas claras, para responder às pressões políticas, por vezes, pode criar problemas de ineficiência, iniquidades, entre outros (World Bank, 1993).

Neste sentido, os efeitos das reformas de descentralização não são lineares, no que se refere à eficiência, redução das iniquidades e melhoria na provisão de serviços de saúde, sobretudo os cuidados de saúde primários. Na realidade, o contexto em que as reformas são implementadas joga um papel muito importante nos resultados obtidos. Tsofaet al. (2017) sublinham que, “apesar do crescente reconhecimento como uma abordagem para fazer face à pobre governação dos sistemas de saúde, as experiências de descentralização do sector de saúde, em muitos países em vias de desenvolvimento, têm variado, independentemente da forma ou modalidade da descentralização adoptada. Existe também um amplo reconhecimento de que, ao visar a transferência de poder de uns actores para outros, a descentralização é um processo inerente altamente político, cujos efeitos e resultados são fortemente influenciados por factores contextuais (Tsofa et al., 2017: 2).

## **As reformas de descentralização em Moçambique**

Moçambique iniciou o processo da descentralização nos anos 1990, na sequência da abertura do espaço político, no âmbito da nova Constituição da República e do fim da guerra civil. Todavia, contrariamente ao que se podia esperar, o país iniciou o processo da descentralização sem nenhuma política nem estratégia de orientação claras. Aliás, a política e estratégia de descentralização foram aprovados muito mais tarde (em 2012), após longos anos de discussão entre o governo de Moçambique e os seus parceiros de apoio ao orçamento.

Entretanto, apesar da ausência duma política e estratégia claras, Moçambique optou por um modelo de descentralização que combina a devolução gradual do poder, funções e competências para as autarquias locais e a desconcentração do poder, funções e competências para os órgãos locais do Estado, nomeadamente as províncias e os distritos. Trata-se dum modelo complexo que, muitas vezes, encerra contradição em si mesmo, na medida em que não só traz a sobreposição e confusão de responsabilidades e papéis entre as diferentes instituições descentralizadas e desconcentradas, como também, por via disso, propicia conflito entre distritos e municípios nos espaços municipalizados. Mas quais são os traços mais marcantes do modelo? Como é que o modelo funciona?

### ***Devolução – as autarquias locais***

Como mencionado acima, um dos traços do modelo de descentralização em curso em Moçambique é a devolução do poder, funções e competências para entidades locais autónomas, designadas autarquias locais. Com efeito, dois anos depois do fim da guerra civil, o então Parlamento monopartidário, aprovou em 1994 a lei 3/94 referente à municipalização total do país, que, basicamente, transformava os distritos existentes em distritos municipais com a devolução de poderes, funções e competências. Tratava-se da primeira reforma de descentralização de grande importância. Todavia, a lei 3/94 foi revogada, antes mesmo de iniciar o processo da sua implementação, e no seu lugar foi aprovada a lei 2/97, que estabeleceu o quadro jurídico-legal para a criação das primeiras 33 autarquias locais e a realização das primeiras eleições autárquicas na história de Moçambique. Todavia, na prática, a revogação da lei 3/94 e a aprovação da lei 2/97 significou um recuo e limitação nas reformas de descentralização na medida em que não só houve uma clara redução do espaço autarcizado como também limitações em termos

de funções e competências das entidades descentralizadas, na sequência do princípio de gradualismo (territorial e funcional). Na realidade, isso significava, por um lado, que o território nacional seria autarcizado gradualmente em função de um conjunto de pré-requisitos necessários, em termos de condições socioeconómicas locais, infra-estruturas, recursos, etc. e, por outro, o governo central iria transferir gradualmente as funções e competências para as entidades descentralizadas, particularmente em matéria de educação, saúde, transporte, etc.

No que se refere à saúde, por exemplo, o decreto 33/2006, atinente à transferência de funções e competências para as autarquias locais estabelece que “na área de saúde, em conformidade com as disposições da Política Nacional de Saúde e rigorosamente cumpridos os regulamentos, normas, especificações e manuais técnicos, regras profissionais e padrões de qualidade definidos pelo Ministério da Saúde são competências dos órgãos autárquicos: a) Mobilizar a população da autarquia local para a promoção e defesa da sua própria saúde e para a prevenção de doenças, através da sua participação activa na higiene individual, das habitações e dos equipamentos colectivos, nos programas de saneamento de meio e de higiene dos alimentos e dos indivíduos e estabelecimentos que manuseiam, controlo da qualidade da água e nos restantes programas de saúde; b) Assegurar a gestão corrente das unidades sanitárias de nível primário – centros de saúde garantindo que nelas sejam dispensados todos os componentes dos cuidados de saúde primários (...)” (Art. 12: Decreto 33/2006).

Constata-se, portanto, que as reformas de descentralização na sua vertente de autarcização reservam para as entidades descentralizadas (autarquias locais) funções e competências no âmbito dos cuidados de saúde primários. Todavia, mais de 10 anos depois, apenas uma autarquia local (autarquia de Maputo) recebeu do governo central as funções e competências em matéria de saúde. No discurso do governo central a lentidão na transferência de funções e competências para as autarquias locais prende-se com a falta de recursos técnicos, materiais, financeiros e capacidade por parte dos municípios que solicitam o trespasse desses serviços (Notícias, 2015). Para os municípios, particularmente aqueles sob a gestão do Movimento Democrático de Moçambique – MDM (com destaque para o município da Beira), a lentidão e/ou “hesitação” na transferência de funções e competências se explica por uma mera “manobra política” por parte do governo central, no sentido de dificultar o trabalho dos municípios. Falando do processo da transferência de funções e competências do governo central para as

autarquias locais, um quadro sénior do município da Beira sublinha não entender as razões da lentidão do processo nos seguintes termos:

*“(...) Sim, ouvi. Principalmente sobre a transferência de competências dos cuidados de educação ou saúde primária. Eu não vejo razões para não se transferirem esses serviços porque quem garante a maior parte desses serviços é o Conselho Municipal, mas nós não temos esse poder de acção curativa connosco. Mas nós temos conversado com o Governo para que esse Decreto se implemente. ,O Governo do dia não está muito interessado nisto – seja saúde, educação ou mesmo transporte”<sup>5</sup>.*

Seja como for, o discurso da falta de recursos técnicos, materiais, financeiros e capacidades por parte dos municípios como razão para a lentidão do processo da transferência acima mencionado é contraditório, na medida em que a descentralização implica exactamente que o governo central não só transfira funções e competências, como também recursos (humanos, materiais, financeiros, etc.). No que se refere ao sector da saúde, por exemplo, transferir funções e competências para os municípios implica que o governo transfira também os recursos necessários (humanos, materiais, financeiros, etc.) de maneira a que os municípios desempenhem o seu papel adequadamente.

### ***Desconcentração– Províncias e distritos***

Um outro traço importante do modelo de descentralização em curso em Moçambique é a desconcentração de funções e competências para os órgãos locais do Estado de nível local, nomeadamente províncias e distritos. Com efeito, em 2003, o Parlamento moçambicano aprovou a lei 8/2003, referente aos órgãos locais do Estado. Na sequência destas reformas, o Estado ganhou uma outra configuração a nível local, consubstanciada na reorganização dos sectores numa forma integrada. Assim, os diferentes sectores a nível dos distritos deixaram de ser uma mera reprodução da estrutura que funcionava a nível central e provincial (ministérios e direcções provinciais) para passarem a ser serviços distritais integrados.

No âmbito da reforma dos órgãos locais do Estado, o distrito passou a ser definido como “a unidade territorial principal da organização e funcionamento da administração local do Estado e a base da planificação do desenvolvimento económico, social e

---

<sup>5</sup>Entrevista com L.C. gestor sénior no Município da Beira, 20 de Outubro de 2016.

cultural da República de Moçambique” (art. 12, Lei 8/2003). Como se pode constatar, a reforma dos órgãos locais do Estado coloca um acento particular na importância do distrito no processo de planificação e desenvolvimento do país. Todavia, se o distrito tem uma margem relativamente grande do ponto de vista de planificação, o mesmo não se pode dizer no que se refere à orçamentação, na medida em que o processo da orçamentação está completamente dependente dos limites orçamentais centralmente estabelecidos pelo Ministério das Finanças. Isso, muitas vezes, leva a que a planificação e a orçamentação distritais sejam dois processos que não vão necessariamente juntos, facto que afecta o processo da implementação dos planos distritais.

O Decreto 6/2006, que cria o estatuto orgânico do governo distrital, estabelece que a estrutura tipo do governo distrital é composta por serviços distritais, além da secretaria distrital e gabinete do administrador. Relativamente aos serviços distritais, o decreto sublinha que eles têm como funções, na sua área de actividade, “a) garantir a execução de programas e planos definidos pelos órgãos do Estado de escalão superior e do governo distrital; b) garantir a orientação e apoio às unidades económicas e sociais; c) garantir a implementação das políticas nacionais e dos planos e programas definidos; d) dirigir, controlar e garantir o apoio técnico, metodológico e administrativo aos órgãos ao nível local ...” (art. 4 Decreto 6/2006). Os serviços distritais surgem, assim, como um elemento importante para a execução dos planos e programas dos governos central e distrital.

No contexto da reforma dos órgãos locais do Estado, o sector da saúde a nível do distrito passou das antigas Direcções Distritais de Saúde para os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), com um grande enfoque nos cuidados de saúde primários. Com efeito, o decreto 6/2006 estabelece que na área de saúde, os SDSMAS devem “a) assegurar o bom funcionamento das unidades sanitárias; b) planificar a gestão dos recursos humanos, materiais e medicamentos; c) assegurar a prevenção e tratamento de doenças; d) promover a saúde materno-infantil e nutricional; e) promover a higiene, o saneamento do meio e a qualidade de vida; f) envolver a comunidade na promoção da saúde; g) promover a medicina tradicional; h) realizar campanhas de vacinação; i) divulgar informação sobre epidemias e pandemias; j) promover a educação e a prevenção do HIV/SIDA e outras doenças.

Por conseguinte, falar da descentralização no sector da saúde em Moçambique implica tomar em conta todo o processo das reformas nas suas duas modalidades, nomeadamente devolução e desconcentração. No caso específico que nos interessa nesta pesquisa, olhamos sobretudo para a desconcentração, na medida em que, tal como fizemos referência acima, até ao momento, em termos de evidência só temos o caso da transferência de funções e competências na área de saúde feita só para um município (do Maputo) dos 53 existentes no país.

Os CSP surgem enquanto reforma do sistema de saúde para propor a alteração dos paradigmas de saúde, isto é, tornar as pessoas o centro das intervenções de saúde com respeito pelos seguintes valores: “justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade” (OMS, 2008: xii).

Importa referir que, de acordo com o Diploma Ministerial 127/2002 de 31 de Julho, os cuidados de saúde primários (CSP) são idealmente o primeiro nível de contacto que os indivíduos, as famílias e a comunidade têm com o sistema nacional de saúde. É por isso que um dos pressupostos importantes é que os CSP sejam levados a níveis tão próximo quanto possível, ou seja, para os locais onde as pessoas vivem e trabalham.

Ao nível mais abrangente, os CSP incluem todos os serviços que desempenham um papel na determinação da saúde, tal como os rendimentos, alojamento, educação e ambiente. Inclui ainda os cuidados clínicos e preventivos primários, ou seja, o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões, os elementos críticos da promoção da saúde e prevenção de doenças e de lesões. Uma das suas principais vantagens consiste na participação do cidadão na identificação das necessidades e na prestação de serviços através de diversos modelos ou plataformas de participação da comunidade na saúde (DPS Cabo Delgado: 2013).

Os cuidados de saúde primários possuem 4 princípios fundamentais, a saber: **1.** Serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis: Significa que qualquer pessoa deve ter um acesso razoável aos serviços essenciais de saúde, sem barreiras financeiras nem geográficas; **2.** Participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde: O público deve ser encorajado a participar no planeamento e tomada de decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, do mesmo modo deve ser dada a devida capacitação necessária para o fazer; **3.** Abordagens inter-sectoriais na saúde: Os

profissionais de vários sectores, incluindo o sector público, devem trabalhar de forma interdependente com os membros da comunidade para promover a saúde da comunidade; **4. Tecnologia apropriada:** A tecnologia e as formas de cuidado devem basear-se nas necessidades de saúde, e procurar adaptá-las de forma adequada ao desenvolvimento social, económico e cultural da comunidade.

### **Breve descrição da rede de Cuidados de Saúde Primários em Moçambique**

No discurso oficial do governo, a provisão dos CSP em Moçambique é a combinação, por um lado, da experiência das dinâmicas de provisão de cuidados de saúde à população nas zonas libertadas e, por outro, da adesão à *Declaração de Alma-Ata*, da qual o país é signatário desde 1978. Esta declaração tinha como objectivo mobilizar os estados, sobretudo em desenvolvimento, a investir na prestação de cuidados primários de saúde como forma de melhorar a qualidade dos serviços tanto no acesso como na cobertura (Chilundo *et al.*, 2015).

Estes factores contribuíram para a emergência de CSP, em Moçambique, com intervenções que tivessem em consideração os aspectos físico-estruturais, económicos, demográficos, sociais e culturais do país e que afectam a saúde dos moçambicanos. Essa intervenção é feita de múltiplas formas, podendo se destacar as seguintes:

- Educação para a Saúde;
- Programa Alargado de Vacinação (PAV);
- Saúde Materno e infantil e Planeamento Familiar (SMI/PF);
- Promoção de saneamento do meio e das actividades de vigilância e de controlo da higiene do ambiente;
- Contribuir para a garantia da qualidade de água e alimentos (inspecções sanitárias);
- Educação nutricional, promoção de boas condições nutricionais e prevenção de doenças nutricionais;
- Prevenção e controlo das principais doenças endémicas e respectivas estratégias de luta;
- Diagnóstico clínico (com e sem apoio laboratorial) e tratamento dos agravos à saúde correntes;

- Primeiros socorros e outros cuidados de emergência aos traumatismos mais vulgares;
- Distribuição de medicamentos essenciais;
- Recolha e tratamento de dados estatísticos, epidemiológicos e demográficos de base e elaboração de relatórios periódicos;
- Supervisão e apoio logístico e técnico às acções de saúde e de saneamento do meio realizadas nos níveis mais periféricos da área da saúde (aldeias e localidades);
- Referência para níveis superiores, dos problemas de saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível;
- Gestão dos recursos que lhes forem atribuídos.

O modelo organizacional que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) adoptou na sua política dos cuidados de saúde primários tem como base de implementação o distrito – com base no Decreto 6/2006 de 12 de Abril, que aprova a estrutura orgânica do Governo Distrital. Como referido acima, neste contexto, as competências de gestão do sector de saúde – bem como os assuntos de género e acção social – ao nível do distrito passaram a ser tuteladas pelo governo distrital através dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), anteriormente Direcção Distrital de Saúde (DDS), representando o último nível de administração do SNS. Este serviço tem como responsabilidade a planificação e implementação das actividades de saúde através da rede de saúde primária e secundária. E é no contexto das reformas de descentralização que os SDSMAS passaram a gerir os centros de saúde, assim como as instituições de base comunitária, nomeadamente os comités de saúde, os comités de co-gestão e os comités de qualidade e humanização respectivamente.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, os comités de saúde são constituídos a partir da eleição dos membros da comunidade, com o objectivo de os representar na identificação e resolução dos problemas de saúde, participando tanto no processo de tomada de decisão como na sua implementação. Diferentemente, os comités de co-gestão, para além dos membros da comunidade, incluem na sua constituição trabalhadores e gestores de saúde e têm como objectivo participar no processo de planificação, tomada de decisão, execução, monitoria das questões da unidade sanitária (Chilundo *et al.*, 2015). E por fim, os comités de qualidade e humanização, constituídos



por líderes religiosos e comunitários locais, tem como objectivo garantir um atendimento digno (e humano) aos pacientes e utentes das unidades sanitárias.

Assim, os SDSMAS, para o seu funcionamento e execução de actividades, passaram a ter como base, uma estrutura claramente definida, no âmbito do processo da reforma dos órgãos locais do Estado. Neste contexto, os cuidados de saúde primários são providenciados por uma rede de unidades sanitárias (na sede distrital e periferia) assim como nas comunidades, essencialmente através dos agentes comunitários de saúde, actualmente designados por (Agentes Polivalentes Elementares – APE s).

No universo dos centros de saúde, existem diferentes categorias, nomeadamente: (i) centro de saúde urbano, constituído por três diferentes tipos por critérios de complexidade ou serviços prestados (A, B e C); e o (ii) centro de saúde rural, constituído por dois tipos: I e II, e suas respectivas áreas de saúde.

Fazem parte dos centros de saúde urbanos, os centros de saúde com características urbanas do tipo A, B e C e que foram concebidos para servir a população num raio de 1 a 4 km (podem ter ou não maternidade). Os centros de saúde do tipo C constituem a mais pequena unidade sanitária que oferece CSP em meio urbano. Eles estão concebidos para servir populações da sua zona de influência directa (de 4km de raio) compreendidas entre 10.000-25.000 habitantes e localizam-se nas vilas ou em bairros pouco populosos das cidades. Estes podem realizar actividades de promoção e prevenção. Os centros de saúde do tipo A constituem os mais diferenciados e de maiores dimensões, localizando-se também no meio urbano. Por sua vez, fazem parte dos centros de saúde rurais, os centros de saúde com características rurais do tipo I e II.

Os centros de saúde do tipo II constituem a mais pequena unidade sanitária que oferece os CSP em meio rural. São concebidos para servir uma população estimada entre 7.500-20.000 habitantes e localizam-se em sedes de postos administrativos pouco populosos e sedes de localidades. Os centros de saúde do tipo I são os mais diferenciados e de maior dimensão, encontrando-se ainda no meio rural. Estes servem a uma população estimada entre 16.000 – 35.000 habitantes e localizam-se nas sedes dos Postos Administrativos/localidades.

De acordo com o MISAU (citado por Conceição, 2011), as unidades sanitárias/centros de saúde (o primeiro nível de atenção em termos funcionais) estão direccionadas à prestação de cuidados de saúde primários mesmo sendo estes também transversais a todos os níveis de cuidados de saúde, deve assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela área de saúde. O segundo nível de atenção constituído por grupos de serviços prestados pelos hospitais distritais, rurais e gerais (do nível secundário), têm como função prestar cuidados de saúde secundários e constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos centros de saúde. O terceiro nível é formado pelos hospitais provinciais (do nível terciário), que constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos hospitais distritais, rurais e gerais bem como aqueles provenientes de hospitais distritais e centros de saúde que se situam perto do hospital provincial e que não têm hospital rural nem geral para onde possam ser transferidos. Por último, o nível quaternário é constituído pelos hospitais centrais e especializados. São a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos hospitais provinciais, distritais, rurais e gerais bem como dos doentes provenientes de hospitais distritais e centros de saúde que se situam nos arredores.

Para além dos centros de saúde, os CSP se estendem às comunidades através de diversificadas plataformas de agentes comunitários de saúde, como, por exemplo, os Agentes Polivalentes Elementares (APE's), activistas de ONG's que levam a cabo acções de prevenção e ou curativas por clínicas móveis.

#### **4.2. Que significado e alcance têm as reformas de descentralização para os CSP em Moçambique?**

Como foi mencionado acima, quando falamos da descentralização no sector da saúde em Moçambique é preciso tomar em conta todo o processo das reformas que ocorreu a nível do país nas suas duas modalidades, nomeadamente devolução e desconcentração. Dado o facto de o governo central, até ao momento, ter feito muito pouco em termos de transferência de funções e competências no sector de saúde para os municípios, a análise do significado e alcance das reformas de descentralização para os CSP, neste relatório de pesquisa, é feita no contexto da descentralização administrativa, ou seja, a desconcentração de funções e competências para os órgãos locais do Estado – províncias e distritos, estabelecida no âmbito da lei 8/2003.

Bossert & Mitchell (2011) e Tsofa *et al.* (2017) consideram que o espaço de decisão, a prestação de contas e a capacidade organizacional, aliados ao contexto político e ao tipo de descentralização, são elementos fundamentais que afectam as escolhas das unidades descentralizadas/desconcentradas e, por via disso, condicionam os efeitos da descentralização nos cuidados de saúde. Para o que nos interessa nesta pesquisa, olhamos particularmente para o espaço de decisão e a capacidade organizacional. No que se refere ao espaço de decisão trata-se de olhar para o grau do poder discricionário que as unidades desconcentradas (províncias/DPS; distritos/SDMAS) têm dentro da Lei (Tsofa *et al.*, 2017) e como elas usam isso a ponto de afectar ou não a provisão dos cuidados de saúde. Por sua vez, a capacidade organizacional diz respeito a infra-estruturas, tecnologia, recursos financeiros, sistema organizacional, sistema de gestão, comunicação, normas, valores e poder que se exerce em torno desse processo (Tsofa *et al.*, 2017: 3).

#### **4.2.1. Conhecimento sobre o significado das reformas da descentralização**

As entrevistas e discussões em grupos focais levadas a cabo no âmbito desta pesquisa mostram que existe algum conhecimento sobre o significado das reformas de descentralização no sector da saúde. Com efeito, para os gestores do sector entrevistados, a descentralização, teoricamente, traz consigo grandes vantagens na medida em que transfere para os níveis inferiores o poder de decisão, tal como menciona uma das gestoras do sector a nível provincial:

*“Quando olhamos para a descentralização e os cuidados de saúde primários nós olhamos no sentido em que queremos também de certa maneira dar competências ao próprio distrito para a solução dos problemas de saúde da população daquele distrito... A descentralização é também para a diferenciação onde cada um [distrito] tem a autonomia de olhar os problemas de saúde que a sua população tem, definir prioridades, até encontrar soluções para a sua própria população...A descentralização dá autonomia também para a mobilização de recursos a nível local. A Direcção Provincial de Saúde (DPS) dá apoio técnico, programático e tem o papel regulador”<sup>6</sup>.*

O discurso sobre a descentralização, particularmente no que se refere aos seus benefícios, parece estar bem articulado do ponto de vista teórico, a nível central do sector da saúde. A título ilustrativo, um dos gestores sénior do Ministério mencionou o seguinte:

---

<sup>6</sup>Entrevista com S. G, gestora na DPS de Cabo Delgado, Pemba 25 de Julho de 2016.

*“Esse processo [descentralização] tem em vista (em primeiro lugar) reduzir a carga de trabalho nos níveis centrais e (em segundo) garantir que os níveis mais abaixo possam realizar as suas actividades de forma eficiente porque quando as actividades surgem do nível mais alto fica difícil os níveis mais baixos implementar. Essa implementação ajuda a fazer com que as actividades todas fluam de forma mais rápida. No fundo, a descentralização permite garantir maior eficiência”<sup>7</sup>*

Para alguns entrevistados, a descentralização também significa a harmonização entre a autonomia local, do ponto de vista de gestão de recursos e tomada de decisão, e as orientações que saem do nível superior, nomeadamente do Ministério da Saúde.

Mas se é verdade que existe dentro do sector da saúde uma generalizada sobre as vantagens da descentralização, também não é menos verdade que, na prática, observa-se o contrario. Isto é, não existe clareza suficiente relativamente às atribuições e responsabilidades de cada nível do sector. Aliás, as entrevistas individuais e as discussões em grupos focais mostram que, apesar do discurso prevalecente sobre a descentralização, o sector da saúde continua ainda muito centralizado no seu funcionamento. Esta é a percepção não só dos funcionários como também dos parceiros de cooperação do sector, tal como sublinha um dos entrevistados falando sobre a questão dos medicamentos.

*“Os medicamentos são comprados a nível central e depois são mandados para os distritos e agora, a minha questão é essa: será que aqueles medicamentos, aquelas quantidades de medicamentos são das doenças mais notificadas em Govuru, Palma, ou os kits de medicamentos são iguais para todo o país?...”<sup>8</sup>*

As práticas centralizadoras prevalecentes dentro do sector acabam afectando os cuidados de saúde primários, na medida em que tornam os centros de saúde altamente dependentes do nível central do sector, o que não permite que as respostas locais em matéria de cuidados de saúde sejam dadas de acordo com a priorização dos próprios centros de saúde. A este propósito, um antigo gestor do sector sublinhou o seguinte:

*“Eu quero um serviço de saúde a funcionar. Em 1978, em Cazaquistão falou-se que quando as pessoas estão doentes devem ir a uma unidade sanitária mais pequena, o hospital era para tratar assuntos mais complexos, e um Estado deve-se preocupar com esses centros pequenos. E nós [Moçambique] fomos dos países que avançámos muito em criar centros de saúde, quer nos bairros e nas zonas rurais. Saúde primária é um conjunto de 7 cuidados, para que 90% vá aos centros de saúde e 10% vá aos hospitais. Mas com esse debate agora [descentralização], muitos perguntam porque razão em Mucucune não são eles a gerir e é Maputo a fazer? Na África do Sul se atribui um orçamento para cada província, compram os medicamentos em função das suas necessidades locais. Não passa pela cabeça de ninguém na África do Sul ir perguntar*

---

<sup>7</sup>Entrevista com D. V., gestor na Direcção Nacional de Recursos Humanos, MISAU, Maputo, 10 de Outubro de 2017.

<sup>8</sup>Entrevista com J.J., gestor numa ONG, Inhambane, 10 de Junho de 2017.

*ao Ministro por que não há medicamentos. É preciso que vocês entendam que isso de descentralização facilita muito a vida do Ministro. Ora, cuidados de saúde primários descentralizados é mentira, não há isso em Moçambique. Se dizem que existe é blá, blá. O senhor sabe que uma caixa de medicamentos para um centro de saúde lá no local mais recuado de Nampula ou Niassa é preparada em Maputo?... E pior, nem os nomes dos centros de saúde que aparecem nas caixas são colocados aqui [em Maputo]... nós damos a lista das caixas à instituição fornecedora lá na Holanda... o nome é escrito na Holanda e quando chega aqui nós só distribuímos [para as unidades sanitárias]”<sup>9</sup>.*

As práticas centralizadoras prevalecentes no sector não podem ser vistas isoladamente, isto é, fora do contexto mais amplo da tradição centralizadora do Estado moçambicano e da ausência duma política e estratégia claras da descentralização. Como menciona um funcionário do Ministério da Economia e Finanças sobre a descentralização em Moçambique...

*“Eu penso que antes de avançarmos para uma descentralização tínhamos que definir bem o que queremos melhorar... O discurso [sobre descentralização] é bonito, mas o problema é a prática. Para o caso da saúde, teríamos que definir gradualmente quais são as áreas prioritárias onde queremos ver a descentralização”<sup>10</sup>.*

A falta de clareza sobre as atribuições e competências de cada nível dentro do sector, aliada à tradição centralizadora do Estado e à escassez de recursos (humanos, materiais e financeiros) a nível local, limita o alcance das reformas de descentralização para os cuidados de saúde primários, na medida em que afecta o espaço de decisão e a capacidade organizacional das unidades descentralizadas/desconcentradas. É disso que vamos falar nas linhas a seguir.

#### **4.2.2. Sobre o alcance das reformas de descentralização para os CSP**

No contexto das reformas de descentralização, quer no decreto 33/2006, referente à transferência de funções e competências do governo central para os municípios, quer no decreto 6/2006, atinente à criação da estrutura tipo do governo distrital, os cuidados de saúde primários são da responsabilidade dos municípios e dos distritos, respectivamente. Todavia, apesar disso, não existe uma clareza sobre acções e mecanismos concretos com vista à efectivação da descentralização, no contexto da provisão dos cuidados de saúde primários a nível local. Pelo contrário, na prática, constata-se que não só os mecanismos não estão regulamentados, como também ainda persistem práticas e atitudes centralizadoras, facto que afecta significativamente o espaço de decisão.

---

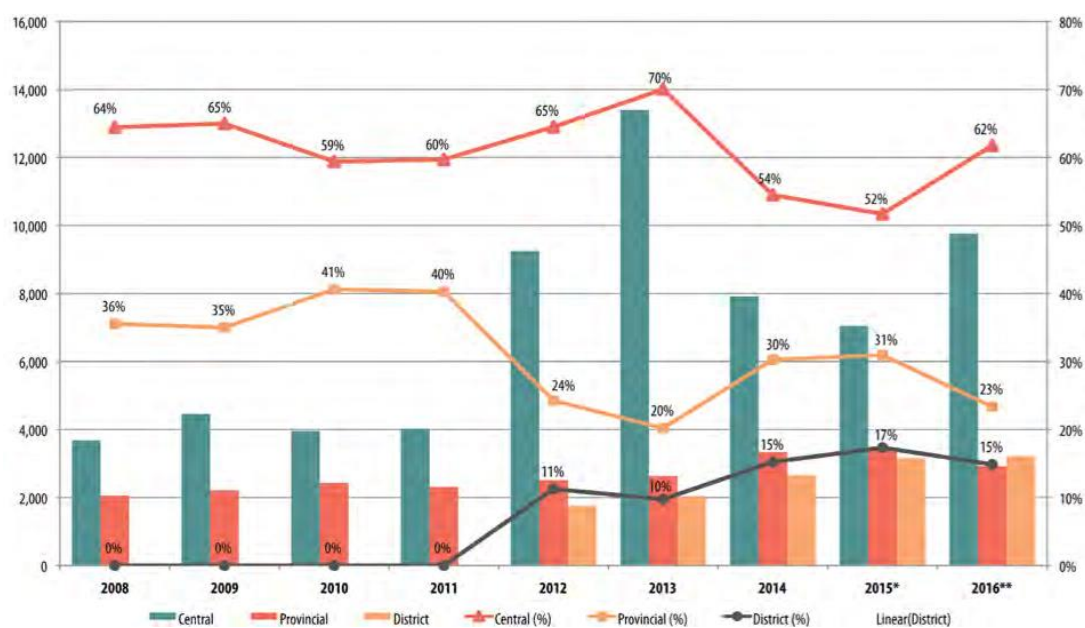
<sup>9</sup>Entrevista com P.G., antigo gestor do MISAU, Maputo, 15 de Outubro de 2017.

<sup>10</sup>Entrevista com V. P., funcionário da DPEF, Nampula, 25 de Novembro de 2016.

Relativamente aos distritos, por exemplo, a ausência da regulamentação sobre os mecanismos com vista à materialização da descentralização afecta as funções de planificação e, sobretudo, de orçamentação em matéria de saúde: o quê e até onde o distrito pode planificar? O quê e até onde o distrito pode orçar? Enfim, em que medida o distrito pode beneficiar das receitas provenientes do pagamento feito pelos utentes pelo uso dos serviços? Estas questões afectam directamente a capacidade do sector a nível do distrito do ponto de vista de tomada de decisão no âmbito da provisão dos cuidados de saúde primários.

Na realidade, uma das consequências da ausência de clareza sobre os mecanismos concretos com vista à efectivação da descentralização a nível local e, por via disso, os cuidados de saúde primários é a incoerência na atribuição de recursos, particularmente financeiros, aos níveis mais baixos do sector, nomeadamente províncias e distritos. Aliás, uma análise recente levada a cabo pelo Fórum de Monitoria do Orçamento, UNICEF e ROSC, relativamente às despesas na saúde em Moçambique, por exemplo, mostra que a afectação dos recursos financeiros no sector continua sendo numa lógica bastante centralizada, na medida em que “ao longo dos últimos sete anos, o nível central controlou, em média, 61 por cento dos recursos do sector, enquanto o nível provincial controlou 31 por cento e o nível distrital 8 por cento” (Fórum de Monitoria do Orçamento et al., 2016), tal como ilustra o gráfico 1.

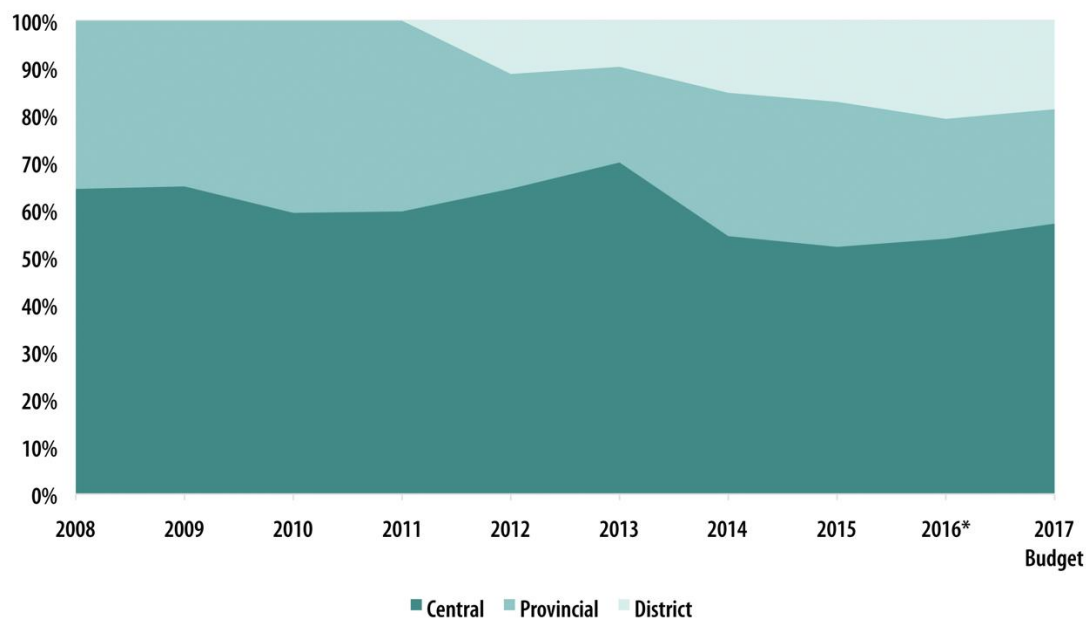
**Gráfico 1:** Despesa realizada por nível territorial (2008 – 2016)



Fonte: Fórum de Monitoria do Orçamento et al., 2016

Apesar de terem aumentado ao longo dos anos (2012 – 2016), constata-se que os recursos financeiros do sector canalizados para o distrito ainda estão abaixo dos 20 % do total dos recursos destinados ao sector da saúde. Aliás, esta tem sido a tendência prevalecte nos últimos anos. O gráfico 2 ilustra a situação em 2017 relativamente à distribuição da despesa do sector da saúde por nível territorial.

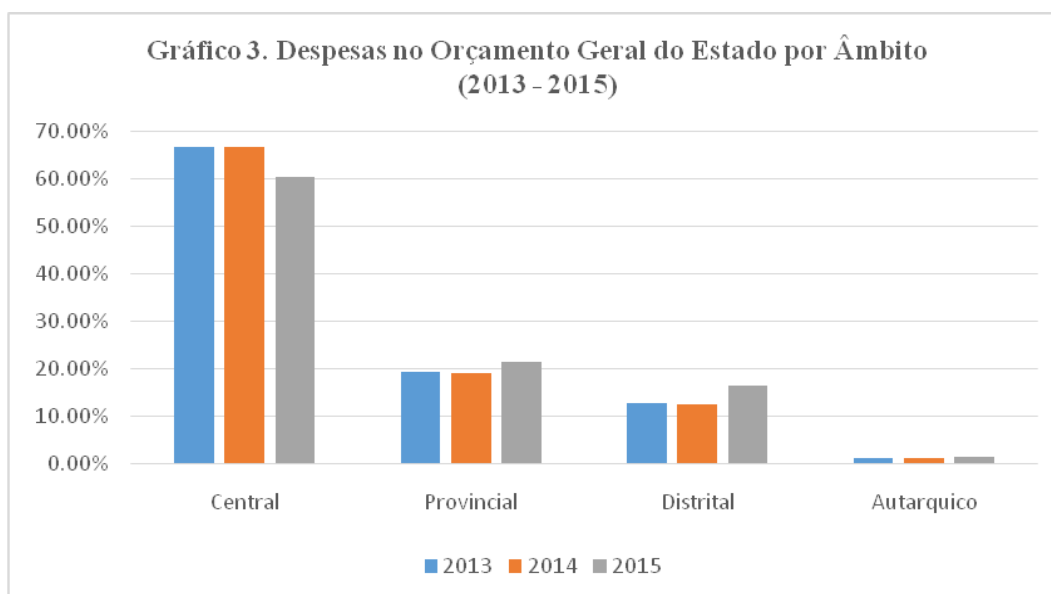
Gráfico: 2 Despesa da saúde por nível territorial (2008 – 2017)



Fonte: Fórum de Monitoria do Orçamento et al., 2017

Esta lógica de incoerência nas despesas, que contraria o discurso da descentralização, existe praticamente em todos os sectores, reproduzindo, assim, o que acontece com o Orçamento Geral do Estado (OGE), onde mais de 60% de recursos financeiros são gastos a nível central, 20% a nível provincial e menos de 15% a nível distrital, tal como o gráfico 3 ilustra.

Gráfico: 3 Despesas no orçamento Geral do Estado



Fonte: Elaborado pelos autores com base na Conta Geral do Estado 2013 – 2015

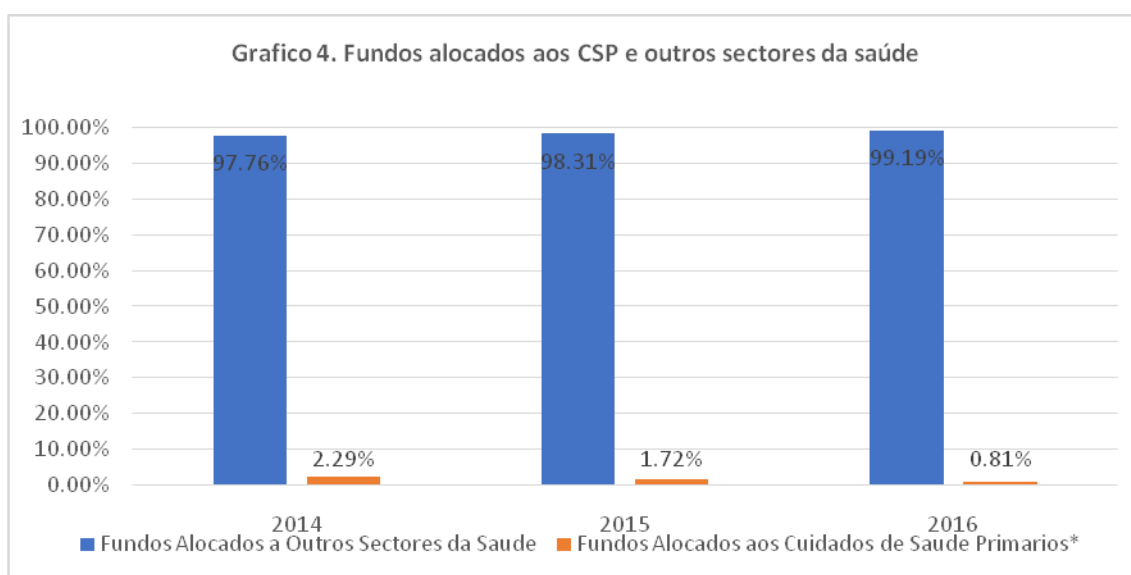
É importante referir que o orçamento para o sector da saúde é a combinação de fundos vindos do Orçamento Geral do Estado (OGE) e de um grupo de doadores que financiam sectores prioritários do Estado, do ProSaúde e dos fundos verticais. Não obstante esta combinação, a sua alocação obedece a uma determinada estrutura. Com efeito, os fundos do OGE são canalizados pelo Ministério da Economia e Finanças para o Ministério da Saúde e suas respectivas direcções ao nível provincial e distrital. Os fundos do ProSaúde são alocados directamente para o Ministério da Saúde e para as Direcções Provinciais. E estas direcções têm a responsabilidade de distribuir os mesmos pelas unidades sanitárias provinciais e distritais. E por último, existem os fundos verticais que são alocados directamente às organizações não governamentais do sector de saúde, que trabalham nos diferentes níveis: provincial, distrital e comunitário (MISAU, 2014, 2015 e 2016; World Bank, 2015).

Embora a estrutura do orçamento do sector da saúde não traga dados desagregados que permitam identificar, numa única vez, a quantidade de fundos canalizados para os cuidados de saúde primários, é possível, a partir dos relatórios de execução orçamental e financeira do sector, ter-se uma ideia não só da fonte como também do volume de recursos financeiros destinados aos cuidados de saúde primários, tal como mostra o gráfico 4.



Com efeito, os dados dos diferentes relatórios anuais de execução orçamental e financeira do sector da saúde mostram que os fundos que financiam as actividades ligadas aos cuidados de saúde primários (educação sobre os problemas de saúde prevalentes e métodos da sua prevenção e controlo; promoção de abastecimento de comida; abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; programa alargado de vacinação; SMI, incluindo planeamento familiar; prevenção e controlo de doenças endémicas; diagnóstico e tratamento de doenças comuns; programa de medicamentos essenciais; reconhecimento da área de saúde e informação para planificação e monitoria) vêm maioritariamente do Prosaúde e parte de fundos verticais. Além disso, uma análise dos relatórios anuais de execução orçamental e financeira do sector da saúde mostra que os fundos do orçamento do sector que financiam os CSP não só não chegam a 3%, como também tendem a decrescer ao longo dos últimos anos (2014 – 2016), tal como indica o gráfico 4.

Gráfico 4: Fundos alocados aos CSP e outros sectores de saúde



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos relatórios de execução orçamental e financeira do sector da saúde de 2014, 2015 e 2016.

As dinâmicas da descentralização acima descritas e consubstanciadas nas suas incoerências e contradições, relativamente à alocação de fundos do sector da saúde pelos diferentes níveis territoriais, afectam negativamente a estratégia de prestação dos serviços ao nível dos CSP. Com efeito, tal como sugerem as análises acima apresentadas, não só o nível distrital (onde acontece o grosso das actividades ligadas aos

CSP) recebe menos de 20% do total dos recursos financeiros destinados ao sector, como também os recursos que financiam os CSP vêm na sua quase totalidade de fundos do Prosaúde e parte de fundos verticais. Ora, isso contrasta com o discurso oficial de priorização dos CSP como elemento fundamental do sistema nacional de saúde. Assim, a incoerência na alocação de recursos para os níveis mais baixos dentro do sector limita a actuação destes últimos e enfraquece o alcance das reformas de descentralização na efectivação dos cuidados de saúde primários. Grande parte dos entrevistados e participantes nas discussões em grupos focais, quer a nível central, quer a nível dos cinco distritos abrangidos pela pesquisa (Maxixe, Beira, Rapale, Mecúfi e Chimbonila) sublinharam a ideia da exiguidade de recursos financeiros a nível local como sendo um dos constrangimentos chave. Na verdade, a exiguidade de recursos financeiros acaba afectando a disponibilização de recursos materiais e humanos a nível dos cuidados de saúde primários.

Os gestores do sector a nível local, particularmente nos distritos (SDSMAS), reclamam que os recursos financeiros disponibilizados ficam muito aquém das actividades planificadas. Além disso, os fundos provenientes do Orçamento Geral do Estado (OGE), muitas vezes chegam ao distrito tardiamente, facto que obriga o sector a recorrer a fundos dos parceiros (caso haja) a operar no distrito. A título de exemplo, uma gestora do sector em Mecúfi falou do assunto nos seguintes termos:

*“Aquilo que nós planificamos, nem sempre é coberto pelo OGE. Por exemplo, este ano [2015] estamos em crise(...) temos problema sério.... Até mês de Outubro já não tínhamos fundos para pagar salários e estamos com muitas dívidas que nem sabemos como vamos pagar. Não temos nem sequer dinheiro para comprar comida para os doentes do nosso centro de saúde... Os doentes têm que trazer comida de suas casas”<sup>11</sup>.*

Neste contexto, grande parte de actividades na área de medicina preventiva e saneamento do meio é financiada inteiramente com recurso a fundos dos parceiros. É o caso, por exemplo, das actividades dos Agentes Polivalentes Elementares (APE) e dos activistas das diferentes organizações do sector da saúde, tal como foi possível observar nos distritos em estudo.

Além da alocação financeira, um outro aspecto ligado às reformas de descentralização, que revela igualmente alguma incoerência na sua implementação, é a questão da gestão dos recursos humanos. Com efeito, no âmbito do decreto 6/2006, a gestão dos recursos humanos a nível do distrito é da responsabilidade do próprio governo distrital. Isso significa que o governo distrital gere igualmente funcionários do sector da saúde afectos

---

<sup>11</sup>Entrevista com I.D., gestora do sector de saúde no distrito de Mecúfi, Mecúfi, 28 de Novembro 01 de Dezembro de 2015.

ao distrito. Todavia, a prática de gestão dos recursos humanos a nível local (província e distrito), algumas vezes, entra em contradição com as prioridades do sector, quando o administrador, por exemplo, movimenta os funcionários sem obedecer às necessidades e prioridades do sector. A este propósito, uma gestora provincial de saúde colocou o assunto nos seguintes termos:

*“Nós já não temos autonomia de movimentar os técnicos nos distritos... nós só colocamos os técnicos lá. Então a movimentação internamente compete ao administrador. E se eu quiser tirar um técnico dum distrito tenho que solicitar a anuência do respectivo administrador... O administrador pode movimentar um técnico internamente sem precisar da autorização da DPS porque ele tem lá também a sua equipa técnica distrital”<sup>12</sup>.*

E há casos – como um antigo gestor sénior do Ministério da Saúde descreve com clareza – em que a movimentação de técnicos acaba criando conflitos entre as autoridades locais e os gestores do sector da saúde como se pode ver num dos depoimentos abaixo ilustrado:

*“A última coisa que eu queria dizer, para mostrar os dramas da descentralização vou lhe contar a história do ortopedista... Uma vez, verifiquei que não havia ortopedista em toda a zona norte do país: Nampula, Cabo Delegado e Niassa. Fiz um esforço centralmente para encontrar um ortopedista que quisesse ir trabalhar para o norte. Encontrei um e mandei-o para Nampula. Mas um dia sou informado que ele abandonou o SNS e trabalha já numa ONG porque lá pagam mais. Falaram que devia ser o governador a cuidar do serviço... O governador liga para mim e diz está sem ortopedista... mas foi ele quem autorizou a saída do ortopedista do SNS para a ONG. Resultado, até hoje não tens ortopedista em Nampula. Num país onde só tens 10 ortopedistas, porquê fazer isso? Nesse caso, o governador nem sabe que o país não tem muitos ortopedistas... Só porque ele tem competências para gerir os recursos humanos dentro da província, ele movimenta e aceita movimentar sem nenhuma consulta aos gestores do sector! Tenho medo quando se descentralizar mais, mais...tive muitos problemas também com administradores. O governador e o administrador não deviam andar a movimentar médicos e especialistas, enfermeiros. Isto tudo deve ser estudado...”<sup>13</sup>.*

Neste contexto, a gestão de recursos humanos é um aspecto fundamental para garantir que as reformas de descentralização não tenham efeito perverso sobre os cuidados de saúde primários. Além disso, a desmotivação do pessoal de saúde que trabalha nas zonas periféricas, por falta de condições de trabalho, salários baixos, problemas na contagem de tempo de trabalho para a reforma constituem, igualmente, desafios que reduzem o alcance das reformas de descentralização para os cuidados de saúde primários.

---

<sup>12</sup>Entrevista com S. C., gestora provincial de saúde, Pemba, 24 de Julho de 2016

<sup>13</sup>Entrevista com P.G., antigo gestor sénior do MISAU, Maputo, 15 de Outubro de 2017.

Mas como é que os utentes dos serviços de saúde a nível local olham para as reformas de descentralização, particularmente, o seu envolvimento no processo da provisão dos CSP? Um dos mecanismos institucionalizados para a ligação entre os utentes e as autoridades do sector é o envolvimento comunitário através dos comités de saúde, de co-gestão e humanização. Embora no discurso oficial do governo a referência a esses comités comunitários seja muito idealizada, quando se fala da participação comunitária no processo da provisão de serviços, evidências do terreno mostram que o seu funcionamento é marcado por vários desafios, com destaque para a abrangência, em termos de representação comunitária, a sustentabilidade e, em alguns casos, a credibilidade a nível comunitário. Esses desafios acabam estruturando a maneira como os utentes a nível local olham para os efeitos do envolvimento comunitário no melhoramento da qualidade dos serviços. As entrevistas e discussões em grupos focais levadas a cabo no âmbito desta pesquisa sugerem que os comités comunitários não só são pouco conhecidos localmente como também poucos acreditam na sua capacidade de influenciar positivamente a provisão de serviços de saúde a nível comunitário. Falando sobre o funcionamento dos mecanismos comunitários e os seus efeitos no melhoramento dos serviços de saúde a nível local, um utente se exprimiu nos seguintes termos:

*“Existem [canais e/ou entidades na comunidade para representar os residentes], mas mesmo quando as nossas preocupações chegam lá [órgãos de saúde competentes] ... depois não vejo quais são os resultados disso no concreto.... Porque quando apresentamos nossos problemas aos líderes comunitários eles levam para a saúde [SDSMAS], muitas vezes não há resposta... E quando há resposta, essa resposta não muda nada!”<sup>14</sup>,*

Mas os comités comunitários enfrentam também o problema da motivação dos seus membros, que, em princípio, deveriam trabalhar na base do voluntariado. As discussões em grupos focais levadas a cabo no âmbito desta pesquisa mostram que há casos de desistência de membros por falta de incentivos remuneratórios....

*“Assim estavam a nos perguntar quantos elementos criaram o comité de saúde, disseram que são cinco. Só que prontos, o nosso corpo [os membros] não aceita trabalhar em vão, sem receber subsídio. Quando for escolhido num serviço, ele pensa pelo menos apanhar dois contos para comprar sabão e, quando trabalha dois meses sem apanhar nada, estão a desistir porque é um serviço que nós temos para andar no*

---

<sup>14</sup>Entrevista com D.J., Utente do centro de saúde de Chimbonila – Niassa, 30 de Novembro de 2016.

*campo a fazer mobilização de gente no campo. Então deixa os seus serviços em casa para andar no sol e no fim do mês não apanha nada, as pessoas estão a desistir e, nos princípios mesmo dez elementos existiam no comité, mas mesmo esses cinco eu só vejo três pessoas que é líder e essas mães”<sup>15</sup>.*

Esta falta de motivação acaba afectando a própria sustentabilidade dos comités comunitários e, em última análise, o envolvimento comunitário nos CSP.

## **5. Conclusão**

Moçambique tem vindo a implementar reformas de descentralização num modelo que combina, ao mesmo tempo, a descentralização política (devolução), através do processo da municipalização e a descentralização administrativa (desconcentração), consubstanciada na transferência de funções e competências para os níveis inferiores do Estado, nomeadamente províncias e distritos. Nesta pesquisa, a descentralização no sector da saúde foi analisada tendo em conta essencialmente a descentralização administrativa (desconcentração), uma vez que a transferência de funções e competências para os municípios, na área de saúde, ainda não se efectivou, com a excepção do município de Maputo.

Mas é preciso sublinhar que, apesar de as reformas terem iniciado nos finais dos anos 1990, Moçambique só recentemente, em 2012, aprovou uma política e estratégia de descentralização. Todavia, a nível dos sectores, incluindo saúde, verifica-se que não existe uma estratégia e regulamentação claras sobre como é que as reformas devem acontecer. Uma das consequências desta falta de clareza é a incoerência particularmente na alocação de fundos para os níveis mais baixos do sector. Com efeito, esta pesquisa mostra que existe uma reprodução no sector da saúde daquilo que acontece com a despesa no Orçamento Geral do Estado, onde cerca de 60% dos recursos financeiros são gastos a nível central, 20% a nível provincial e menos de 15% nos distritos.

Assim, o nível distrital, responsável pelos cuidados de saúde primários, dispõe de recursos financeiros insignificantes para levar os cuidados de saúde a mais cidadãos, sobretudo os mais vulneráveis. Neste contexto, as reformas de descentralização não conduzem necessariamente à eficiência dos serviços e muito menos ajudam a combater

---

<sup>15</sup>Discussão em grupo focal com os membros do comité de saúde do centro de Tinga Tinga, Chefe da unidade e representante do Chefe de bairro, 17 de Novembro de 2016.

as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde. Por conseguinte, o alcance das reformas de descentralização para os cuidados de saúde primários fica enfraquecido, enquanto a descentralização de funções e competências dentro do sector não for acompanhada pela descentralização de recursos financeiros, materiais e humanos para o distrito, lá onde se supõe que os cuidados de saúde primários devem acontecer.

As reformas de descentralização não podem ser vistas como um fim em si mesmo. Elas constituem um meio para levar os serviços do Estado mais próximo do cidadão, com eficiência e qualidade. Nesse sentido, teoricamente, elas constituem um catalisador para os cuidados de saúde primários. No entanto, as entrevistas e discussões em grupos focais levadas a cabo no âmbito desta pesquisa mostram que isso não é assim tão linear, na medida em que os efeitos da descentralização na eficiência e qualidade de serviços depende duma multiplicidade de factores, com destaque particular para o contexto político.

## **6. Algumas mensagens-chave**

1. As reformas de descentralização no sector da saúde mostram, claramente, que não se pode descentralizar funções e competências sem a consequente descentralização dos recursos, nomeadamente financeiros, materiais e humanos, sob o risco de tornar o sector mais ineficiente, exacerbando as iniquidades, facto que acaba desacreditando não só as reformas de descentralização em si, mas também o sector de saúde como um todo.
2. Não existem dentro do sector da saúde mecanismos concretos sobre “como descentralizar?”, de modo a tornar claras as atribuições e competências para cada nível de tomada de decisão e actuação dentro do sector;
3. A dinâmica da alocação de fundos dentro do sector da saúde revela incoerências e contradizem o discurso e as reformas da descentralização, na medida em que a realidade mostra que, nos últimos anos, o nível distrital (onde acontece o grosso das actividades ligadas a CSP) recebe menos de 20 % do total dos recursos destinados para o sector da saúde;
4. Os fundos canalizados aos CSP correspondem a menos de 3% do total de fundos anualmente absorvidos pelo sector da saúde e tendem a diminuir nos últimos anos;
5. Os CSP dependem excessivamente de financiamento externo, nomeadamente do Prosaúde e de parte de fundos verticais;

6. O discurso do governo da priorização dos CSP não tem sido acompanhado de práticas de financiamento coerentes.

## 7. Referências Bibliográficas

Babbie, E., Mouton, J., Vorster, P. & Prozesky, B. (2015) *The Practice of Social Research*. Cape Town, Oxford University Press.

Batley, R., McCourt, W. & McLoughlin, C. (2012) The politics and governance of public services in developing countries. *Public Management Review*. 14 (2), 131–144.

Bierschenk, T. (2010) *States at work in West Africa: sedimentation, fragmentation and normative double-binds*.

Boone, C. (2003) *Political topographies of the African State. Territorial authority and institutional choice*. Cambridge, Cambridge University Press.

Booth, D. (2010) *Towards a theory of local governance and public goods' provision in sub-Saharan Africa*.

Bossert, T & Mitchell, AD (2011) Health Sector Decentralisation and Local Decision-Making, Institutional Capacity and Accountability in Pakistan. *Soc Sci Med*. 72, 39 - 48.

Bratton, M. & Van de Walle, N. (1997) *Democratic Experiments in Africa. Regime Transitions in Comparative Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.

Chabal, P. & Daloz, J.-P. (1999) *L'Afrique est partie. Du désordre comme instrument politique*. Paris, Economica.

Chilundo, B. et al. (2015) HIV prevalence and risk behaviours among Mozambicans working in South African mines. *AIDS Behav*, 19 Suppl 1, S59-67.

Conceição, M. (2011) *Hospitais de Primeira Referência, Distrito de Saúde e Estratégia de Cuidados de Saúde Primários em Moçambique*. Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Tese de Doutoramento).

CIRESP (2001) *Estratégia global da reforma do sector público*. Maputo.

Crook, R. (2010) Rethinking civil service reform in Africa: 'islands of effectiveness' and organisation commitment. *Commonwealth & Comparative Politics*. 48 (4), 479–504.

Decreto 6/2006 (2006). *Boletim da República*.

Decreto 33/2006 (2006). *Boletim da República*.

DPS Cabo Delgado (2013) *Guião de Planificação e Gestão para os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social*. Pemba, Direcção Provincial de Saúde.

Fórum de Moinitoria de Orçamento et al. (2016) *Moçambique. Informe Orçamental 2016: Saúde*. Maputo, UNICEF.

Fórum de Monitoria de Orçamento et al. (2017) *Moçambique. Informe Orçamental 2017: Saúde*. Maputo, UNICEF.

Hyden, G. (1980) *Beyond ujamaa in Tanzania. Underdevelopment and an uncaptured peasantry*. London, Ibadan, Nairobi, Heinemann.

Hyden, G. (2000) The governance challenge in Africa. In: *African perspectives on governance*. Trenton, Asmara, AWP. pp. 5–31.

INE (2013a) *Estatísticas do Distrito Lichinga*. Maputo, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2013b) *Estatísticas do Distrito Cidade de Maxixe*. Maputo, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2013c) *Estatísticas do Distrito da Cidade da Beira*. Maputo, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2013d) *Estatísticas do Distrito de Mecúfi*. Maputo, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2013e) *Estatísticas do Distrito Nampula-Rapale*. Maputo, Instituto Nacional de Estatística.

Lei 8/2003 (2003) *Boletim da República*.

Jornal Notícias (11 de Dezembro de 2015), “Do Estado para as autarquias: transferência de competências desperta expectativas dos municípios”, disponível em: <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/politica/47188-do-estado-para-as-municipios-transferencia-de-competencias-desperta-expectativa-dos-municipios.html>.  
Acedido a: 03 de Maio de 2017.

Manor, J. (2011) *Perspectives on decentralization*.

Médard, J.-F. (1991) L'État néo-patrimonial en Afrique noire. In: *États d'Afrique noire. Formation, mécanismes et crises*. Paris, Karthala. pp. 323–353.

Médard, J.-F. (1990) L'État patrimonialisé. *Politique Africaine*. (39), 25–36.

Migdal, J. (1988) *Strong societies and weak states. State-society relations and state capabilities in the third world*. Princeton, Princeton University Press.

MISAU (2013) *Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014 - 2019*. Maputo, MISAU.



MISAU (2014) *Relatório de Execução Orçamental e Financeira (REO) Sector da Saúde 2014*. Maputo, MISAU.

MISAU (2015) *Relatório de Execução Orçamental e Financeira (REO) Sector da Saúde 2015*. Maputo, MISAU.

MISAU (2016) *Relatório de Execução Orçamental e Financeira (REO) Sector da Saúde 2016*. Maputo, MISAU.

Mkandawire, T. (2001) Thinking about developmental states in Africa. *Cambridge Journal of Economics*. (25), 289–313.

Olivier de Sardan, J.-P. (2009) *The eight modes of local governance in west Africa*.

Olowu, D. & Wunsch, J. (1990) *The Failure of the Centralized State: Institutions and Self-Governance in Africa*. Boulder, Westview Press.

OMS & UNICEF (1979) *Cuidados Primarios de Saude. Relatorio da Conferência Internacional sobre Cuidados Primarios de Saude Alma-Ata, URSS, 6 - 12 de Setembro de 1978*. Brasilia, UNICEF.

Padioleau, J.G. (1982) *L'État au concret*. Paris, Presses Universitaires de France.

Resolução 4/95 de 11 de Julho de 1995 (n.d.) *Boletim da Republica*.

Rothchild, D. & Chazan, N. (1988) *The precarious balance: state and society in Africa*. Boulder, Westview Press.

Tsofa et al. (2017) *International Joirnal for Equity in Health* 16:151. p.p. 1-12.

World Bank (1993) *World Development Report 1993. Investing in Health*. Oxford, Oxford University Press.

World Bank (2015) *Mozambique Health Public Expenditure Review, 2009 - 2013*. Maputo, The World Bank.