



CENTRO DE INTEGRIDADE PÚBLICA  
MOÇAMBIQUE

# A CORRUPÇÃO no Sector da SAÚDE em Moçambique

Documento de Discussão nº 4

Por Marcelo Mosse e Edson Cortez

## **Ficha Técnica:**

---

**Título:** A Corrupção no Sector da Saúde em Moçambique

**Autor:** Marcelo Mosse e Edson Cortez

**Edição:** Centro de Integridade Pública de Moçambique

**Design e Layout:** Élia Manjate

**Impressão:** CIEDIMA

**Tiragem:** 300 exemplares

Maputo, Janeiro de 2006

○ estudo e a edição tiveram o patrocínio da Fundação Friedrich Ebert, Maputo



CENTRO DE INTEGRIDADE PÚBLICA  
*CENTER FOR PUBLIC INTEGRITY*  
Boa Governação-Transparência-Integridade  
*Good Governance-Transparency-Integrity*

Av.Vladimir Lenine, 1447; 2º Esquerdo  
Tel.: (+258) 21 32 76 61 - Fax: (+258) 21 32 76 61  
Cel.: (+258) 82 301 6991 - Caixa Postal: 3266  
Maputo-Moçambique  
Email: cipmoz@tvcabo.co.mz ou cipmoz@gmail.com  
Website: integridadepublica.org.mz

# **A Corrupção no Sector da Saúde em Moçambique**

Documento de Discussão n° 4

Marcelo Mosse e Edson Cortez

*Setembro de 2006*

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AMETRAMO:** Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique

**EAC:** Estratégia Anti-Corrupção

**FES:** Fundação Friedrich Ebert

**HCM:** Hospital Central de Maputo

**MDG:** Millennium Development Goals

**MISAU:** Ministério da Saúde

**ONGs:** Organizações Não Governamentais

**PARPA:** Plano de Acção para a Redução da Pobreza

**PNUD:** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**SNS:** Sistema Nacional de Saúde

## *AGRADECIMENTOS*

O Centro de Integridade Pública de Moçambique (CIP) agradece a Fundação Friedrich Ebert pelo seu apoio à realização deste relatório. Também agradecemos a todos quantos comentaram e partilharam as suas análises sobre a corrupção na Saúde em Moçambique.

## CONTEÚDO

<b>1. Introdução</b>	<b>5</b>
<b>2. Contexto</b>	<b>5</b>
<b>3. Justificação</b>	<b>6</b>
<b>4. Objectivos do Estudo</b>	<b>7</b>
<b>5. Objecto do Estudo</b>	<b>7</b>
<b>6. Enquadramento Teórico</b>	<b>7</b>
<b>7. Metodologia</b>	<b>8</b>
<b>8. O Sector da Saúde em Moçambique</b>	<b>8</b>
8.1 Caracterização Funcional do Sistema Nacional da Saúde	9
8.2 O Sector Privado da Saúde em Moçambique	10
8.3 O Sector Tradicional de Saúde em Moçambique	11
<b>9. Os Actores e as Oportunidades para a Corrupção</b>	<b>12</b>
9.1 Os Actores da Corrupção na Saúde	12
9.2 Burocracia Excessiva e Grandes Bichas	13
9.3 Salários Baixos e Luta pela Sobrevivência	14
9.4. A Confusão Público-Privado	15
<b>10. As Formas de Corrupção no Sector da Saúde</b>	<b>16</b>
10.1 As Infracções Mais Comuns no HCM em 2004	16
10.2 O suborno	17
10.3 O roubo de medicamentos e equipamento	18
10.4 As Fragilidades no <i>Procurement</i>	19
<b>11. A Ausência da Inspeção Geral da Saúde</b>	<b>21</b>
<b>12. Conclusões</b>	<b>22</b>
<b>13. Recomendações</b>	<b>22</b>
<b>14. Lista de Entrevistados</b>	<b>23</b>
<b>15. Bibliografia</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Analisando as práticas em vigor nos hospitais públicos em Moçambique, este relatório pretende traçar uma compreensão dos mecanismos da corrupção no sector da Saúde, as formas mais comuns, o perfil dos actores e as suas representações sobre o fenómeno. Usando entrevistas formais e informais com actores relevantes, captamos situações objectivas de corrupção na Saúde. O estudo teve como principal objectivo identificar o perfil dos actores da corrupção, caracterizar as estruturas de oportunidade, mostrar as formas de corrupção vigentes, identificar os actores da corrupção.

O estudo mostra que a corrupção na Saúde é alimentada pela fraqueza das estruturas de incentivos e das estruturas de *accountability*. O absentismo dos médicos, que gastam muito do seu tempo em clínicas privadas, é uma situação comum, a qual contribui para a criação de filas de espera, levando a que alguns funcionários se aproveitem dessa morosidade para efectuarem cobranças ilícitas.

Este estudo é apenas um primeiro exercício de compreensão de como a corrupção ocorre na Saúde, e tem uma clara limitação: foi desenhado para compreender as estruturas de oportunidade e as formas de corrupção prevalentes no sector em Moçambique tendo como objecto os hospitais do sector público. Este relatório sistematiza o material empírico captado no terreno, respondendo às questões da pesquisa. Neste sentido, o relatório faz a identificação do perfil dos actores e das oportunidades para a corrupção, das suas formas, terminando com conclusões e recomendações, as quais são um contributo para o controlo da corrupção neste sector em Moçambique.

## 2. CONTEXTO

A melhoria da Saúde Pública é uma pré-condição fundamental para o alcance do desenvolvimento humano. A importância da Saúde para o crescimento económico e redução da pobreza está reflectida nos Millennium Development Goals (MDG). Três dos oito objectivos dos MDG relacionam-se directamente com a Saúde. Uma dessas condições refere-se ao acesso a medicamentos por parte dos países em desenvolvimento (Human Development Report, 2003). Os desafios contra o HIV/Sida e a insuficiência dos orçamentos para o sector da Saúde em consequência da deterioração das condições económicas levaram a uma carência generalizada no fornecimento de medicamentos, a um inadequado pagamento de salários aos trabalhadores do sector e a uma pobre qualidade dos serviços de Saúde em muitos países em desenvolvimento. O resultado foi a deterioração das condições de saúde no geral e um aumento da corrupção em todos os níveis do sistema de Saúde (World Development Report, 2004). Moçambique não é uma ilha nesta caracterização. A corrupção na Saúde é, pois, uma preocupação mundial, mas muito especialmente é um problema crítico nos países em desenvolvimento e nas economias em transição, onde os recursos públicos são escassos (Taryn Vian, 2002).

Em Moçambique, o sector da Saúde, como todos os outros sectores sociais, está mergulhado na corrupção. O Estudo sobre Corrupção da Ética Moçambique (2001) refere que, no caso concreto do sector da Saúde, médicos e enfermeiros são alguns dos protagonistas da pequena corrupção. Situações de suborno exigidos a doentes são frequentemente relatadas na comunicação social. Enfermeiros, médicos, técnicos de medicina, serventes, agentes de farmácias são descritos como estando envolvidos em práticas de corrupção. Os baixos salários no sector são vistos como um incentivo para a existência de pagamentos informais, para o

absentismo e para a ladroagem, etc. Os mais comuns abusos no sector incluem a cobrança informal de rendas e subornos a pacientes, o uso ilegal dos bens públicos para benefício privado, o absentismo e os conflitos de interesses decorrentes da prática de medicina privada por parte de médicos. Muitas das vezes estes médicos servem-se dos recursos dos hospitais públicos para o tratamento dos seus pacientes privados e, noutras situações, utilizam o sistema de saúde público para angariarem mais clientes para as suas clínicas privadas.

O sector da Saúde moçambicano é fundamental para a garantia de um capital humano saudável capaz de levar a cabo as iniciativas de desenvolvimento. Em 2003, a Agenda 2025, um documento que contém uma visão de longo prazo sobre o desenvolvimento de Moçambique (elaborado por uma equipa representativa dos variados quadrantes sociais e políticos nacionais), identificou algumas opções estratégicas para o sector, consubstanciando-se na ideia de que “o Serviço Nacional de Saúde (SNS), como principal provedor de serviços de saúde pública, em todo País, deve concorrer para o fortalecimento do Capital Humano, complementado pelos serviços de saúde privado como clínicas e hospitais, ou outros com fins não lucrativos, como unidades sanitárias sustentadas por ONGs, confissões religiosas e outras” (Agenda 2025, 2003).

De acordo com o documento, as opções devem ser direccionadas para: a expansão do Serviço Nacional de Saúde a todo o território nacional dando particular ênfase à medicina preventiva; para a formação de pessoal para essas unidades e para provisão de medicamentos. Uma questão que se coloca é: como é que essas acções poderão melhorar os serviços de saúde em Moçambique se as práticas de corrupção persistem? Que práticas são essas e como se manifestam? Que estratégias de incentivos e motivação são tomadas em conta? Que mecanismos de controlo e supervisão são viabilizados?

### 3. JUSTIFICAÇÃO

A corrupção reduz os recursos existentes para a saúde, baixa a qualidade, a equidade e a efectividade dos serviços e aumenta os custos dos serviços fornecidos. Outra consequência é o desencorajamento das pessoas em relação ao uso e pagamento dos serviços, tendo, por último, uma consequência negativa na saúde pública da população. Um estudo levando a cabo pelo Fundo Monetário Internacional usando dados de 71 países mostra que os países onde existem altos índices de corrupção têm sistematicamente altas taxas de mortalidade infantil (Sanjeev, Gupta et al, IMF Working Paper 00/116). Por isso, a prevenção de abusos e a redução da corrupção é importante para o aumento dos recursos ao dispor dos serviços de saúde.

A literatura teórica mostra que existem três maneiras através das quais a corrupção afecta a provisão dos serviços públicos. Primeiro, aumenta as despesas e baixa o nível de serviços prestados pelo Estado (Shleifer e Vishny, 1993, citados por Das Gupta et al); segundo, reduz o investimento no capital humano (Ehrlich e Lui, 1999, citados por Das Gupta et al); reduz as receitas públicas e consequentemente a qualidade do serviço prestado, levando a que mais cidadãos optem por recorrer a serviços médicos privados. Por outro lado, o pagamento de salários baixos aos funcionários da saúde leva à desmotivação e estimula as práticas corruptivas, tal como já foi confirmado num estudo no Uganda realizado pelo *Ugandan Inspectorate General of Government*. Nesse estudo, os funcionários públicos foram questionados sobre até que ponto os seus salários afectavam o seu desempenho profissional e se encorajavam as práticas de corrupção. 70% dos inquiridos responderam que a sua *performance* profissional era afectada negativamente pelos seus baixos salários.

Em Moçambique, as abordagens sobre a integridade no sector da saúde, embora reconheçam a existência de um desmoronamento ético e deontológico, não procuram explicar as razões destes factores e das disfunções que prevalecem, concentrando-se apenas nas perspectivas de evolução da rede sanitária e da melhoria da provisão de medicamentos. Mas se a corrupção em Moçambique atravessa todos os sectores do Estado e da sociedade, qual é o diagnóstico de cada sector? Parece imprescindível que qualquer estratégia anti-corrupção em Moçambique deva passar por uma compreensão mais profunda que envolva outros instrumentos de medição e outras maneiras de olhar o problema. É neste contexto que se impôs um diagnóstico sectorial sobre a corrupção no sector da saúde em Moçambique.

### 4. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo central deste estudo é contribuir para o aumento da compreensão das dimensões e manifestações da corrupção no sector da Saúde em Moçambique. Os objectivos específicos são os de compreender os mecanismos da corrupção no sector da Saúde em Moçambique e traçar um perfil sobre as estruturas de oportunidade para a corrupção no sector da Saúde.

### 5. OBJECTO DO ESTUDO

O objecto do estudo são as instituições formais do Sistema Nacional da Saúde provedoras de serviços de Saúde do sector público, nomeadamente hospitais, enfermarias, serviços de triagem, farmácias, etc. As instituições do sector privado e as instituições informais como curandeiros não são alvo do estudo. O estudo abrangeu algumas instituições do sector da Saúde das cidades de Maputo e Matola.

### 6. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A definição clássica de corrupção é tributária de Colin Nye, que a estabelece como sendo *“um comportamento desviante dos deveres formais de um papel público (eleito ou nomeado) motivado por ganhos privados (pessoais, familiares, etc.) de riqueza ou status”* (Nye 1967:416, citado por Andvig et al, 2000). Quando falamos de corrupção no sector da Saúde estamos a falar da *corrupção burocrática* pois esta ocorre na administração pública, no lado da implementação das políticas, aquela que os cidadãos normais experimentam no seu dia a dia, nomeadamente nos serviços como tribunais, hospitais, escolas, locais de licenciamento de actividades comerciais, polícia, alfândegas, autoridades fiscais, etc. As somas envolvidas nesta forma de corrupção são geralmente modestas (ajustadas às condições locais) e, por isso, a corrupção burocrática é geralmente referida como rotineira ou *“pequena corrupção”*.

A perspectiva teórica que propomos usar é a institucionalista, que assenta na corrente neo-liberal e considera a corrupção como um elemento de disfunção do sistema. Esta perspectiva, totalmente divergente da funcionalista (Huntington, 1968), defende que, tendo em conta o funcionamento e a modernização da administração pública, a corrupção aumenta a ineficiência e morosidade burocrática porque cria um estímulo para a procura de novas e mais rendas ilícitas; impede a modernização burocrática e cristaliza o nepotismo e sistemas clientelares de gestão da coisa pública, aumentando a despesa pública desproporcionalmente às receitas (devido às reduções ilegais de impostos ou fugas fiscais, etc.).

O institucionalismo também considera que a corrupção bloqueia a transição para um Estado de direito, retarda o desenvolvimento de um sentido cívico e comunitário e não é um incentivo à produtividade e eficiência. A adopção desta perspectiva para efeitos deste estudo justifica-

se na medida em que as estratégias de desenvolvimento e da reforma do Estado em curso assentam no modelo neo-liberal da economia e do Estado.

### 7. METODOLOGIA

A equipa de investigação procurou responder as questões da pesquisa através do aprofundamento teórico da temática e da revisão de bibliografia de abordagens eventualmente já realizadas tendo como pano de fundo material empírico relevante. Numa primeira fase, a pesquisa realizou entrevistas exploratórias a informadores privilegiados seleccionados na base do seu envolvimento reconhecido no sector da Saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos de medicina, serventes, técnicos de farmácias, técnicos de farmácia, oficiais de procurement, dirigentes do Estado. O trabalho de campo terminou com a realização de entrevistas abertas na cidade de Maputo e Matola.

Ao estudarmos a corrupção no sector da Saúde em Moçambique procuramos perceber quais são as estruturas de oportunidade que possibilitam as práticas corruptas nesse sector, as formas de corrupção mais prevalentes, a existência de conflito de interesses, o perfil dos actores envolvidos. Uma vez que o controlo da corrupção tem como um dos suportes a existência e efectividade de regras de sancionamento, procurou-se igualmente compreender se, dentro do sector da Saúde, elas existem e se são ou não aplicadas. Objectivamente, o estudo esteve orientado para as seguintes questões: qual é a natureza e mecanismos das relações de corrupção no sector da Saúde em Moçambique? Qual é o perfil dos actores passivo e activo da corrupção? Que sistemas de *accountability*, códigos de ética e conduta, instituições de controlo existem no sistema de Saúde moçambicano?

### 8. O SECTOR DA SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

O sector da Saúde<sup>1</sup> continua a ser considerado, a par dos sectores da Educação e da Agricultura, um elemento chave dentro da estratégia de alívio à pobreza em Moçambique. Apesar do crescimento dos gastos governamentais nos sectores sociais nos anos recentes, o sector ainda carece de financiamento<sup>2</sup>, continuando a depender extremamente da ajuda externa, resultando que a qualidade seja fraca e a oferta cubra apenas uma minoria da população.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS)<sup>3</sup> em Moçambique encontra-se dividido, por ordem crescente de dimensão, em quatro níveis, nomeadamente: a) O nível primário, que compreende os centros de saúde, urbano e rurais; b) O nível secundário, onde se encontram os hospitais gerais, rurais e distritais; c) O nível terciário, onde se encontram os hospitais das capitais provinciais; d) O

---

1 - O sistema de saúde em Moçambique é uma mistura dos sectores público, privado e tradicional, e de algumas instituições que são uma combinação dos dois primeiros sectores.

2 - Sendo um sector-chave para os desafios de desenvolvimento de Moçambique, a Saúde tem como principais financiadores o governo de Moçambique, através do Tesouro Público; Créditos e Donativos Internacionais de Agência Bilaterais e Multilaterais; os Agregados Familiares (individuais e familiares); os Empregadores, que financiam os serviços de Saúde geralmente através dos benefícios que atribuem aos seus trabalhadores.

3 - A descrição da estrutura do Sistema Nacional de Saúde e a sua caracterização funcional foi feita com base em "Caracterização Técnica e Enunciados de Funções Específicas. Critérios de Classificação das Instituições do Sistema Nacional de Saúde". Diploma Ministerial nº 127/2002. MISAU.

nível quaternário, que é representado pelos Hospitais Centrais da Beira, Nampula e Maputo<sup>4</sup>. Este SNS foi criado depois da Independência em 1975, com o objectivo de colocar a saúde ao alcance de todos os moçambicanos e de forma não discriminatória. Tratou-se, na prática, de estender os serviços e as estruturas a todos os pontos do país.

O SNS é hoje o principal provedor de serviços de saúde pública, recebendo, no entanto, a complementaridade cada vez mais crescente de serviços privados (como clínicas e hospitais), de serviços sem fins lucrativos (como as unidades sanitárias sustentadas por ONGs e confissões religiosas) e de serviços da medicina tradicional. A opção estratégica para o sector da Saúde em Moçambique é vista como devendo ser direccionada para: expansão do Serviço Nacional de Saúde a todo o território nacional dando particular ênfase à medicina preventiva; formação de pessoal para essas unidades; provisão de medicamentos (Agenda 2025 e Programa de Governo 2005-2009).

### 8.1 Caracterização Funcional do Sistema Nacional da Saúde

O nível primário do SNS engloba um conjunto de acções básicas para a solução dos problemas mais vulgares na comunidade. A este nível são resolvidos os problemas menos complexos, surgindo por conseguinte a necessidade da sua expansão ao longo de todo o território para que possa estar mais próximo dos utentes. Cerca de 90% dos problemas que motivam os primeiros contactos da população com a estrutura de saúde podem ser resolvidos a este nível<sup>5</sup>. O nível secundário é mais diferenciado e desenvolvido apoiando o nível primário quer quanto aos problemas técnicos como organizacionais. Este nível resolve situações mais complexas, remetendo para os outros níveis de atenção (terciário e mesmo quaternário) a solução de todas as situações que ultrapassam o âmbito da sua competência. Muitas vezes as actividades de prevenção secundária implicam uma maior contribuição da capacidade técnica dos quadros de saúde, dado que esta exige meios técnicos, materiais e humanos<sup>6</sup>.

---

4 - O Hospital Central de Maputo difere-se das restantes unidades sanitárias do seu nível pelo facto de servir de referência para todos os outros Hospitais Centrais do país e provinciais. Este facto acrescenta maiores responsabilidades a este hospital, uma vez que é o último recurso dos pacientes que, nos níveis inferiores, não conseguem obter resposta; o HCM, por isso, concentra a maior parte dos poucos especialistas que o país dispõe e apresenta igualmente as melhores condições em termos de equipamento. O HCM possui 7 departamentos clínicos com 42 serviços de internamento distribuídos da seguinte maneira: Departamento das Medicinas com 11 serviços de internamento, Departamento das Cirurgias com 8 serviços, Departamento das Pediatrias com 9 serviços, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia com 6 serviços, Departamento das Ortopedias com 4 serviços, Serviços de Urgências com 1 serviço e Clínica Especial com 3 blocos de internamento (in Relatório das Actividades Realizadas no Hospital Central de Maputo durante o ano de 2004).

5 - As unidades sanitárias de nível primário são designadas Centros de Saúde e tem como funções fornecer cuidados Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os Centros de Saúde classificam-se em Urbanos e Rurais. Os Centros de Saúde urbanos localizam-se nas zonas urbanas e, em princípio, os centros de Saúde Rurais localizam-se nas zonas rurais.

6 - Os hospitais de nível secundário têm como função dispensar cuidados de saúde secundários e constituem o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos Centros de Saúde das suas zonas de influência, pese embora o facto destes mesmos hospitais, em caso de urgência, receberem directamente doentes que efectuem o seu primeiro contacto com o Sistema Nacional de Saúde. Os Hospitais de nível secundário são de três tipos: Hospitais Distritais, Rurais e Gerais. O Hospital Distrital destina-se a servir de unidade hospitalar de primeiro nível de referência dos vários centros de saúde da sua zona de influência.

A principal característica de um Hospital Rural, que o distingue dos hospitais Distritais, é o facto de possuir condições para a realização de intervenções de grande cirurgia, para o internamento, e disponibilidade de serviços individualizados das quatro especialidades básicas: medicina interna, pediatria, cirurgia e obstetrícia e ginecologia. As estruturas da Saúde do nível terciário apoiam, supervisionam e coordenam o trabalho dos escalões inferiores. A este nível as acções médicas de carácter curativo incluem especialidades mais complexas como por exemplo, para além das do nível secundário, as infecto-contagiosas, cuidados intensivos, psiquiatria, dermatologia, medicina física e reabilitação, etc.

Os hospitais provinciais têm como função fornecer cuidados de saúde terciários e constituem o nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais, bem como para doentes proveniente dos centros de saúde que se situam nas imediações do Hospital Provincial, e que não têm nem Hospital Rural nem Hospital Geral para onde possam ser referidos<sup>7</sup>.

Em Moçambique, os cuidados curativos do nível quaternário tem um carácter regional, uma vez que estão a cargo dos três hospitais centrais existentes nas cidades de Maputo, Beira e Nampula, sendo cada um responsável por uma região do território nacional. Estes hospitais constituem o nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos hospitais provinciais, rurais e gerais, bem como doentes provenientes dos hospitais distritais e de Centros de Saúde que se situam nas imediações do Hospital Central e que não têm Hospital Provincial por perto, nem hospital Rural ou hospital Geral para onde possam ser referidos.

Os hospitais centrais funcionam também como “hospitais provinciais” das províncias onde se localizam embora, mas só recebam doentes nos casos referidos acima, podendo, contudo, em casos de urgência e outros motivos excepcionais, devidamente regulamentados, receber directamente doentes que efectuem o seu primeiro contacto com o SNS. Para o desempenho do Sistema Nacional de Saúde foi desenhada uma forma de interacção entre os quatro níveis que o compõem, através de uma relação hierárquica, escalonada e regionalizada, que funciona tanto no sentido ascendente como descendente. O objectivo desta hierarquização funcional visa assegurar a todos os cidadãos a possibilidade de disporem de cuidados de saúde tão diferenciados quanto o exija a complexidade da sua situação, tentando-se estabelecer um sistema coerente de interacções entre os diversos níveis.

### 8.2 O Sector Privado da Saúde em Moçambique

Alguns desenvolvimentos recentes no sector da Saúde em Moçambique incluem a descentralização e a economia de mercado. Tendo sido banidos e nacionalizados com a independência, os serviços privados de Saúde foram reintroduzidos em 1991/1992. Os operadores do sector privado, consistindo de organizações lucrativas e não lucrativas, também são actores importantes e continuam em franco crescimento, especialmente nas zonas urbanas (PAVIGNANI, Enrico et al, 2002). Sempre houve em Moçambique uma actividade paralela no sector da Saúde, nomeadamente através da medicina tradicional. E, nos anos mais recentes, durante o período de emergência que caracterizou o fim da guerra civil, as Organizações Não Governamentais tiveram um importante papel na

---

7 - Em geral, os Hospitais Provinciais localizam-se na cidade capital provincial, mas nada impede que em províncias muito populosas haja mais do que um hospital provincial.

distribuição de serviços de saúde. Estes grupos foram mais tarde acrescidos de actores privados (privado no sentido de busca de lucro), nomeadamente depois das alterações legislativas ocorridas no início da década de 90. Esta abertura resultou num crescimento da oferta de serviços privados, o que sugere que a quantidade de dinheiro movimentada no sub-sector deve estar a aumentar ano após ano.

Os serviços prestados pelo sector privado da saúde integram a medicina dentária, serviços curativos com internamento e as consultas especiais. Poucos têm serviços de cirurgia (Clínica Cruz Azul, Clínica de Sommerschield). Apenas duas das maiores clínicas privadas em Maputo oferecem um leque variado de serviços, incluindo 24 horas de emergência, camas para internamento de doentes, raio X, laboratórios e uma vasta gama de consultas de especialidade. Existem alguns laboratórios privados mas a maioria dos consultórios remete as análises dos seus pacientes para os serviços do Hospital Central. Por exemplo, um exame de *electrocardiograma com esforço* só está disponível no Hospital Central de Maputo.

As empresas privadas de saúde em Moçambique são registadas no Ministério da Saúde, passando por uma inspecção prévia antes de abrirem as portas. A prática de inspecção posterior à abertura de instalações não é frequente. Uma das críticas que se faz ao sector privado é a de alguns consultórios e clínicas terem a tendência de quebrarem os regulamentos relacionados com a prescrição de medicamentos a doentes. A mistura de actividades entre os sectores público e privado tem tido implicações negativas para o sistema, como por exemplo através dos pagamentos ilegais que ocorrem nas unidades públicas e alguns arranjos especiais na Clínica Especial do Hospital Central de Maputo<sup>8</sup>. Por último, a actividade de seguro de saúde é muito recente em Moçambique e permanece ainda num estágio muito primário.

### 8.3 O Sector Tradicional de Saúde em Moçambique

Para mostrar a estrutura do sector da Saúde em Moçambique é importante tomar em consideração a existência de actividades de prestação de serviços ao nível do sector tradicional. Boa parte da população moçambicana procura e recebe cuidados prestados por médicos tradicionais, gastando aí consideráveis somas de dinheiro<sup>9</sup>. Moçambique teve, depois da Independência, uma história problemática sobre o relacionamento entre o imenso, mas não quantificado, sector tradicional e o sector formal. A história foi

---

8 - Existem alguns aspectos que, não sendo propriamente objecto do nosso estudo, levantam algumas questões ligadas à transparência e accountability. Um desses aspectos é o facto os Serviços Especiais e as actividades da Clínica Especial do Hospital Central de Maputo não estarem integrados nas contas do HCM, de que, na verdade, fazem parte. Este facto distorce o relatório financeiro do hospital por várias razões: subestima o real perfil das receitas do hospital: a única fonte disponível de receitas do hospital é aquela que decorre dos serviços públicos prestados – e estas são extremamente baixas; sobrestima os custos totais do hospital: os custos dos serviços especiais e da clínica especial são incluídos, mesmo que não contribuam directa e oficialmente para as receitas do hospital; subestima a utilização do hospital: a Clínica Especial e os respectivos serviços de hospitalização de pacientes não são registados.

9 - A organização de Promoção da Medicina Tradicional estima que mais de 60% de moçambicanos dependa da medicina tradicional para viver, realçando que ela é parte integrante na cultura médica das populações moçambicanas (in Jornal Domingo, 1 de Maio de 2005). A Organização salienta também que a medicina tradicional está disponível em quase todas as comunidades moçambicanas e, na maioria dos casos, é a única fonte de saúde (in Jornal Domingo, 8 de Maio de 2005).

caracterizada pela rejeição por parte do Estado do papel e da prática da chamada medicina tradicional; concretamente, o Estado declarou que a prática de medicina tradicional era ilegal, mas a decisão não teve efeitos práticos pois os curandeiros continuaram a trabalhar, sobretudo junto das populações rurais (PAVIGNANI, Enrico et al, 2002).

Mais recentemente, o Governo decidiu reconhecer o sector tradicional e o seu papel enquanto prestadores de serviços de saúde. Estudos adicionais podem ser realizados para se ter uma ideia da extensão do sector tradicional e até que ponto ele pode ser integrado no Sistema Nacional da Saúde. Ao nível do Ministério da Saúde já houve discussões com a AMETRAMO (Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique) tendo como ponto de discussão as questões relacionadas com a segurança e o correcto uso de plantas medicinais. Ao nível local também tem havido a tentativa de algumas organizações não governamentais incorporarem curandeiros nos seus programas de treino. A adopção de políticas de envolvimento da medicina tradicional em Moçambique é vista como um curso de acção sensível para o sector na medida em que uma larga proporção dos pacientes em Moçambique usam os serviços misturados dos dois sectores.

## 9. OS ACTORES E AS OPORTUNIDADES PARA A CORRUPÇÃO

### 9.1 Os Actores da Corrupção na Saúde

Quem são os actores da corrupção no sector da Saúde em Moçambique? Os serventes ou os enfermeiros? Os médicos ou os restantes funcionários (nomeadamente técnicos de medicina, agentes de farmácia, pessoal administrativo, etc.)? Se definimos que a corrupção no sector público acontece na relação procura/oferta de serviços públicos por parte dos cidadãos, numa interacção onde os funcionários públicos encarregados de oferecerem esses serviços exigem subornos e cobram rendas, então existe a probabilidade de o perfil de actores compreender toda a gama de recursos humanos, independentemente da qualificação, da especialização e da posição hierárquica.

Em termos resumidos, serventes e enfermeiros cobram subornos e extraem rendas aos utentes, aproveitando-se da ineficiência geral do sistema, da morosidade crónica e do mau atendimento ao público. Os técnicos de laboratório também se aproveitam da exiguidade de meios para cobrar pelas vantagens que dão a quem paga para ser atendido em primeiro lugar em bem tratado. Os agentes das farmácias são mais conotados com os desvios de medicamentos, os quais depois aparecem à venda em mercados informais. Os médicos usam as facilidades dos hospitais públicos para atenderem às preocupações e problemas dos seus clientes das clínicas privadas. Existem também práticas de corrupção centradas nas estruturas ligadas ao *procurement* do sector, etc. Em suma, todos os perfis de quadros e funcionários do sector estão envolvidos, de uma ou se outra forma, em práticas de corrupção, obviamente com contornos de troca específicos, com valores diferentes e impactos diversos sobre a provisão de serviços públicos no sector.

Durante o trabalho de campo, foi interessante verificar que existe uma atribuição recíproca, de práticas de corrupção de todos contra todos: os médicos atribuem maiores desvios aos enfermeiros, estes aos serventes e aos médicos, os primeiros aos enfermeiros e aos médicos, etc., e assim por diante. Os utentes também são por todos acusados de serem quem, em muitas das vezes, desencadeia o primeiro passo que vai dar à corrupção. A pressão psicológica que a doença impõe ao utente faz com que este procure todos os meios disponíveis para resolver o seu problema. Se a corrupção é uma transacção com

actores activos e passivo num processo de troca, a oferta de presentes e dinheiro por parte de utentes acaba desencadeando a corrupção passiva dos funcionários.

Cruzando questões que nos dão pistas sobre as representações dos actores do sector relativamente é corrupção e as práticas (mecanismos), encontramos um grande culpado pela corrupção: os baixos salários. Eis como um enfermeiro explicou a relação entre o seu drama social e a facilidade com que recebe subornos dos utentes: *“Eu vivo no subúrbio, tenho 4 filhos, dois dos quais estudam aqui na cidade. Somos três em casa que precisamos de dinheiro de ‘chapa’ todos os dias, mas o meu salário é de 1.600.000 Mts. Antes do meio do mês esse dinheiro já não existe. Agora pergunto: acha que eu posso negar a oferta de dinheiro?”*.

Um técnico de laboratório apresentou-nos o seguinte entendimento sobre a oferta de presentes e gratificações por parte dos utentes: *“Às vezes os utentes dão dinheiro como forma de agradecer a nossa simpatia e bom tratamento; para mim isso não constitui corrupção. Corrupção é quando essa oferta é uma forma de ganhar vantagem”*. Mas há sempre uma moeda de troca, um benefício que aquele que oferece uma gratificação recebe da contraparte. Alguns utentes entrevistados fizeram disseram o seguinte: *“Oferecermos algo em troca do serviço prestado, mesmo que não nos tenham pedido, não deve ser considerado corrupção, pois aqui no hospital é quase impossível a gente conseguir despachar-se a tempo...por isso dá-mos uma gorjeta para as coisas acontecerem rapidamente”*.

As práticas menos correctas atribuídas aos médicos, como referimos, apontam para o uso das facilidades do serviço público para benefício próprio. Todos os enfermeiros e serventes entrevistados referiram-se a situações em que os médicos dão preferência aos pacientes que vêm dos consultórios privados onde trabalham. A situação é descrita por um enfermeiro nos seguintes termos: *“Todo pessoal hospitalar sabe que acontece este tipo de casos: quando chegam aqui ao hospital os clientes dos médicos das suas clínicas privadas, esses clientes têm prioridade nas bichas”*. Sobre o perfil dos actores da corrupção no sector da Saúde em Moçambique, os serventes entrevistados também consideram que há uma percepção errada de que só eles é que se deixam corromper. Um servente entrevistado declarou o seguinte: *“As pessoas pensam que nós os serventes é que fazemos a corrupção mas também os enfermeiros e os médicos fazem mas a sua maneira. Você não pode querer dar a um médico 10 contos; Ele não aceita”*.

### 9.2 Burocracia Excessiva e Grandes Bichas

Em geral, existem poucas zonas livres de corrupção nos hospitais moçambicanos. Eis os factores e as estruturas de oportunidade que propiciam a ocorrência de práticas de corrupção. Alguns dos procedimentos e processos ao nível da aceitação de um paciente e seu internamento são excessivos, o que combinado com a carência generalizada e a ineficiência, resulta em longas filas, as quais criam um ambiente para a solicitação e oferta de subornos. Os baixos orçamentos alocados ao sector da Saúde têm como consequência uma carência generalizada de instrumentos médicos. Os pacientes têm então de ficar em listas de espera por longos períodos até que sejam atendidos, como por exemplo em operações cirúrgicas. Por outro lado, os hospitais tendem a considerar mais os casos urgentes, abrindo assim portas para que outros clientes avancem para práticas de corrupção.

A morosidade no atendimento dos pacientes é o um factor que alimenta a corrupção. A morosidade pode ser fruto de inexistência de recursos humanos em quantidade e

qualidade e de sistemas de gestão ineficientes. É essa morosidade que desencadeia a intenção do utente de pagar e a expectativa do funcionário de ser pago. Trata-se de uma oportunidade que é estrategizada pelo utente para ser atendido com maior rapidez e pelo funcionário para ir arrecadando rendas.

Uma das formas que o HCM adoptou para combater a morosidade nas consultas externas e, por extensão, reduzir as oportunidades para a corrupção, foi através da introdução da taxa moderadora há cerca de 5 anos. A introdução da taxa serviria para reduzir a demanda dos utentes pelo hospital, obrigando-os a usarem as unidades sanitárias inferiores antes de optarem pelo HCM. O pressuposto era que, pagando mais pelas consultas no HCM e havendo ofertas mais baratas nas unidades inferiores, o fluxo de utentes ao hospital diminuiria, reduzindo as bichas, quebrando a morosidade e aumentando a eficiência e rapidez no atendimento. A taxa foi estabelecida em 75 mil Meticaís, contra os 1000 Meticaís que se pagava anteriormente; todos os utentes que se dirigissem em primeira opção para o HCM pagariam os 75 mil Meticaís; só pagariam 1000 Meticaís os doentes que chegassem ao HCM com guias de transferência doutros hospitais.

Cinco anos depois, das nossas entrevistas com os actores do sector concluímos que o efeito da introdução da taxa é quase nulo. A taxa foi introduzida no HCM mas não houve melhorias, nos níveis inferiores, em termos de recursos humanos e condições materiais. Hospitais periféricos continuaram com maternidades pobres e, por exemplo, o “José Macamo” não tem médicos especialistas nas urgências; o Hospital de Mavalane só muito recentemente passou a ter um médico durante 24 horas. Em consequência, os utentes continuaram a afluír ao HCM. Uma comparação entre os níveis de afluência às consultas externas em 2000 e os níveis de afluência em 2004 seria mais elucidativa relativamente aos efeitos da taxa moderada. Mas a Repartição de Estatística Hospitalar do HCM não tem dados dos anos 2000 e 2001. Contudo, os dados de 2002, 2003 e 2004 mostram como os níveis de afluência às consultas externas do hospital continuam a subir. Com efeito, em 2002, o HCM realizou 158 760 consultas, contra 179 793 em 2003 e 177 998 em 2004 (Relatório de Actividades do HCM/2004).

### 9.3 Salários Baixos e Luta pela Sobrevivência

Os salários em vigor na função pública em Moçambique e, especialmente, no sector da Saúde são muito baixos. O salário mínimo em Moçambique é equivalente a 40 USD. De acordo com o documento que estabelece as Carreiras de Regime Especial da Saúde, um médico de saúde pública A do escalão 1 ganha 11,6 milhões de Mts (cerca de 500 USD); um médico de hospital assistente tem como salário 8,4 milhões de Meticaís. Por sua vez, um médico generalista interno de 1<sup>o</sup> recebe apenas 6,9 milhões de Meticaís. Os salários dos enfermeiros continuam a um nível muito baixo. Um enfermeiro de nível básico ganha 1,6 milhões de Meticaís (cerca de 80 USD), de nível geral (entre pouco menos de 2 milhões), de nível de bacharelato (entre 5 a 6 milhões), com o nível de licenciatura (entre 9 a 10 milhões). Estes valores incluem os subsídios que são pagos de acordo com a tabela de salários da função pública<sup>10</sup>.

Os enfermeiros do sector público da saúde não recebem qualquer incentivo, mesmo que não pecuniário. Nas nossas entrevistas, todos os enfermeiros e serventes com que

---

10 - Estes são subsídios atribuídos ao pessoal que trabalha no Hospital Central de Maputo, de acordo com informações recolhidas junto da Associação dos Enfermeiros de Moçambique. Nesse hospital, um enfermeiro básico ou geral tem um subsídio de 350.000,00; os enfermeiros chefes têm subsídio de 750.000,00 pela função que ocupam.

falamos repisaram que só continuam a trabalhar no sector público porque não têm outras alternativas de emprego. Os que conseguem empregos em clínicas privadas e organizações não governamentais nacionais ou estrangeiras preferem abandonar no Estado, pedindo licenças sem salário.

No caso dos enfermeiros e serventes a trabalhar no Hospital Central de Maputo, uma das alternativas é fazerem horas extras na Clínica Especial do HCM<sup>11</sup> bem como em outras clínicas espalhadas pela cidade. Mas a maior parte dos enfermeiros do sector público trabalha em tempo parcial em clínicas privadas, principalmente na cidade de Maputo<sup>12</sup>. Este facto acaba afectando o seu rendimento quando vão trabalhar nos hospitais públicos pois encontram-se sempre cansados.

Os trabalhadores da Saúde até têm ganho a simpatia de fazerem muito mais do que deviam fazer tendo em conta o seu salário. Foi tendo em conta a incapacidade de o Estado pagar devidamente os seus servidores que o Governo decidiu autorizar que os médicos e outro pessoal do sector público da Saúde pudessem trabalhar no sector privado, sobretudo em clínicas privadas, após o seu período normal de trabalho; o objectivo era fazer com que os médicos e restante pessoal pudessem ter a possibilidade de aumentar os seus rendimentos ao mesmo tempo que permanecessem no sector público.

A importância da remuneração adequada para viabilizar um serviço público honesto é reconhecida na abordagem sobre a corrupção no sector público e nos debates sobre a reforma salarial. As seguintes linhas argumentativas podem ser encontradas: o aumento de salários pode ser suficiente para reduzir a corrupção; o aumento de salários pode ser uma condição necessária mas não suficiente; o aumento de salários pode não ser importante relativamente a outras políticas.

Num estudo sobre práticas de sobrevivência no sector da saúde em Moçambique (Ferrinho, 1998), 11 médicos moçambicanos foram solicitados a sugerir medidas que levariam à melhoria da performance do sector público da saúde. Eles sugeriram as seguintes medidas: reformas políticas profundas, melhorias de salários para todos os trabalhadores do sector; melhoria das condições de trabalho dos sectores de saúde; reforço da formação do pessoal do sector; reforço do financiamento, etc. A questão salarial foi, pois, uma das mais focadas. Os baixos salários são uma das razões que faz com os médicos e outro pessoal do sector da Saúde se moverem rapidamente para o sector privado.

### 9.4. A Confusão Público-Privado

A prática de medicina privada por médicos do sector público é uma realidade assente em Moçambique desde que o Governo decidiu avançar para a liberalização. Os médicos e enfermeiros do sector público investem numa multiplicidade de actividades de geração de rendimentos. Estas práticas são consideradas como estratégias individuais para fazerem face às discrepâncias existentes entre as expectativas sociais, económicas e

---

11 - A Clínica Especial do HCM existe uma escala fixa enfermeiros, os quais têm um subsídio mensal de 3.000.000. Não se trata de salário. Optou-se por se denominar subsídio uma vez que esses enfermeiros não trabalham na Clínica a título permanente; trabalham a título de rotatividade, anualmente, outros enfermeiros do Hospital Central de Maputo possam ter acesso a trabalho na clínica especial. Quer isto dizer que os enfermeiros têm contratos de um ano não renováveis.

12 - Informação prestadas por dirigente da Associação dos Enfermeiros de Moçambique. Este recurso dos enfermeiros ao sector privado ajuda a aumentar os seus rendimentos.

profissionais, e a situação da vida real. A prática de medicina privada emergiu como uma dessas estratégias, do ponto de vista de geração de rendimento (Ferrinho, 1998). É hoje patente a percepção de que, para os médicos em Moçambique, a ideia de um médico a trabalhar a tempo inteiro no sector público é coisa do passado. Mesmo que os níveis salariais passem a ser altos, a combinação de várias fontes de rendimento por parte dos médicos vai-se manter. Por outro lado, os médicos continuam a trabalhar no sector público por causa dos seguintes motivos: prestígio social; acesso a oportunidades para pós-graduação; crença de que no futuro as coisas poderão melhorar; estar no sector público é uma forma de acesso a projectos de cooperação.

A prática de medicina em clínicas privadas por parte de médicos do sector público teve algumas consequências claras: redução da qualidade do serviço público e a redução da atenção dos médicos aos pacientes por causa do cansaço (por terem já estado a trabalhar em clínicas privadas); possibilidade de haver horários conflitantes; redução do tempo disponível de um médico para trabalhar no serviço público, levando a uma maior indisponibilidade de pessoal; aumento das listas de espera e transferência de recursos do sector público para o sector privado. O crescimento recente do sector privado teve a ver com a insatisfação do lado da oferta (os médicos) com os salários pagos no sector público e a insatisfação do lado da procura (os pacientes) com a qualidade dos serviços prestados nas unidades hospitalares públicas do sector urbano (Yates et al, 1999). A prática de medicina privada em Moçambique trouxe as seguintes consequências.

- Os médicos passam mais tempo nas suas clínicas privadas, deixando os seus pacientes no serviço público sem atendimento;
- Os médicos e as clínicas privadas usam as facilidades do serviço público, como equipamento, para tratar os doentes das suas clínicas privadas, os quais têm geralmente prioridade sobre os outros;
- Os médicos usam as suas posições no serviço público para recomendarem aos seus doentes determinados serviços privados de medicina;
- Os médicos prescrevem medicamentos que eles sabem não se encontram disponíveis no serviço público mas apenas nas farmácias com quem eles têm relações;
- Tem havido casos de roubo de medicamentos e equipamento dos hospitais públicos, canalizados para as clínicas privadas.

## 10. AS FORMAS DE CORRUPÇÃO NO SECTOR DA SAÚDE

### 10.1 As Infracções Mais Comuns no HCM em 2004

Quais são as formas mais comuns de corrupção na Saúde? Já nos referimos a práticas de suborno e cobrança de rendas, assim como da questão do conflito de interesses entre o público e o privado tendo em conta não só o uso de facilidades do sector público por parte de médicos e enfermeiros como também a questão do absentismo e da fadiga dos trabalhadores. Antes de descrevermos as práticas de corrupção mais frequentes no sector da saúde, parece-nos fundamental realçar as práticas desviantes mais comuns vistas pelos utentes, ou seja, práticas que resultam das reclamações dos utentes (Relatório de Actividades do Hospital Central de Maputo, referente a 2004).

Em 2005, o gabinete de atendimento ao utente do Hospital Central de Maputo (HCM) registou 176 reclamações. As cobranças ilícitas por parte do pessoal hospitalar – o relatório refere-se a seis funcionários que praticaram este tipo de cobranças em 2004 – e o mau atendimento aos pacientes foram os desvios mais referidos pelos utentes. Outras

queixas tiveram a ver com: falta de sensibilidade em informar sobre a demora de médicos nas consultas, longas filas de espera nas farmácias, perda de processos de doentes, discussão entre o pessoal hospital e familiares de doentes durante as visitas.

Quanto aos actores dessas práticas desviantes, o HCM identificou seis funcionários que procediam a cobranças ilícitas, sendo um enfermeiro, dois técnicos e três serventes; foram igualmente identificados quatro funcionários que agrediram fisicamente utentes do hospital, um caso de violação sexual de uma paciente por parte de um funcionário hospitalar e três casos de embriaguez entre funcionários, entre outros. Contudo, a infracção mais frequente, segundo o relatório de actividades, foi mesmo a falta de assiduidade 15 funcionários.

### 10.2 O suborno

O suborno é a forma mais comum de corrupção no sector da saúde em Moçambique. Por definição, o suborno é o pagamento (em dinheiro ou espécie) que é feito numa relação de corrupção. Pagar ou receber um suborno é corrupção de *per se*, e deve ser compreendido como uma das essências da corrupção. O suborno é uma soma fixada, uma determinada percentagem de um contrato, ou outra forma de favorecimento em dinheiro, geralmente pago a um oficial do Estado que pode realizar contratos em nome do Estado ou, em vez disso, distribuir benefícios a empresas ou indivíduos, empresários ou clientes (Andivig, et al, 2002).

Os clientes do Sistema Nacional de Saúde pagam suborno em quase todos os departamentos hospitalares, desde os balcões de consulta médica aos laboratórios, passando pelas unidades de raio X e morgues e farmácias. Todos os nossos entrevistados para este estudo, desde serventes a médicos, passando por enfermeiros e técnicos de medicina, agentes de farmácia, etc., entendem a corrupção como um acto ilícito. Contudo, duas das enfermeiras entrevistadas disseram que a aceitação de prendas e gratificação oferecidas pelos utentes não é corrupção, mas pode conduzir a habituação, levando a que comecem a ser os próprios técnicos a exigirem as gratificações.

A oferta de presentes e gratificações por parte de utentes é tolerada por alguns dos nossos entrevistados. Eis como uma enfermeira avalia uma oferta: *“Se for uma oferta dentro da instituição pode ser uma forma de aliciar, mas acho que não é corrupção”*. Das nossas entrevistas salienta-se outra constatação interessante: a de que a corrupção na Saúde é, em muitos casos, induzida pelo utentes. Muitos pacientes tomam em primeiro lugar a iniciativa da transacção na esperança de que vão ser melhor atendimento e de forma mais rápida. Na presença de enormes filas espera e de mau atendimento, os utentes preferem pagar os funcionários para contornar a ineficiência do sistema. Eis como uma enfermeira relata a forma como os utentes desencadeiam a corrupção: *“Normalmente, as pessoas pensam que só pagando serão melhor tratadas, o que habitua os próprios funcionários hospitalares. Eu própria já tive um caso em que estava a chamar a bicha de utentes que iriam fazer ecografia e uma utente dirigiu-se para mim oferecendo-me uma nota de 10 mil Mts, pedindo que eu a chamasse mais depressa. Outro exemplo é o da sala de partos, onde muitas senhoras trazem dentro das suas capulanas algum dinheiro para oferecerem para serem bem tratadas. Isto é agora moda”*.

### 10.3 O roubo de medicamentos e equipamento

O roubo de medicamentos e equipamento é também muito frequente nos hospitais e farmácias moçambicanas<sup>13</sup>. Por definição, o roubo não é considerado corrupção do ponto de vista estritamente legal, mas é incluída numa definição mais vasta. Em termos legais, a corrupção é uma transacção entre dois indivíduos, um agente do Estado e outro civil, na qual o agente do Estado actua para além das fronteiras legais de modo a assegurar para si próprio um benefício privado na forma de suborno. O roubo é apenas o roubo; aqui não se envolve o agente civil directamente. O bem público é prejudicado quando fundos públicos são desviados. É uma prática que acontece em quase todas as unidades hospitalares. O pessoal hospitalar usa do seu acesso privilegiado a medicamentos para desviarem para outros fins que não a aplicação aos doentes em face de prescrição médica. A grande parte dos medicamentos desviados do hospital aparece depois à venda em mercados informais<sup>14</sup>. Esta revenda de medicamentos é, aliás, uma das fontes de rendimento do pessoal da saúde, principalmente enfermeiros e serventes, que é o pessoal mais mal pago no sector da Saúde em Moçambique<sup>15</sup>.

No caso de Moçambique, o roubo de medicamentos nas unidades hospitalares é descrito pelos profissionais entrevistados como estando muito bem organizado. Pois o roubo não acontece através de uma só pessoa. Há terceiras partes envolvidas. Também existe um circuito de distribuição. Isto envolve a viciação dos registos para a eliminação das evidências do roubo, o suborno do pessoal encarregue da supervisão. Há relatos de medicamentos que são desviados e transportados para fora do país para serem vendidos. Este circuito pode estar a ser controlado por pessoal exterior ao sector da Saúde. Nalguns casos em Maputo existem “contratos” entre clínicas privadas e trabalhadores do sector público para fornecimentos por parte destes de determinado tipo de medicamentos. Apesar deste cenário, os relatórios oficiais continuam a fazer uma abordagem periférica das práticas de corrupção e roubo que se verificam no sector. Por exemplo, o relatório de actividades do HCM referente a 2004 dedica apenas 4 linhas à problemática do roubo de medicamentos. Lê-se o seguinte:

*“Nos armazéns da Farmácia do HCM no ano de 2004 não foi reportado nenhum caso de desvio e furto de medicamentos semelhantes aos de Maio e Junho de 2003. Entretanto não podemos dizer que não existem desvios; alguns casos isolados podem ocorrer. Esforços da farmácia e o apoio da Direcção do HCM na contenção deste mal estão a ser feitos”.*

Se o roubo de medicamentos representa um acréscimo nas fontes de rendimento de técnicos de farmácia, enfermeiros e serventes, também representa perdas financeiras significativas para o sistema de saúde e afecta negativamente a *performance* do sector e contribui para o crescimento da falta de confiança e desrespeito por parte dos cidadãos

---

13 - Quando falamos em farmácias, referimo-nos àquelas detidas pelos serviços públicos. Estas farmácias estão localizadas em cada unidade hospitalar e são geridas por profissionais de saúde do Estado. Os preços dos medicamentos são fixados pelo Governo e são fortemente subsidiados (Yates et al, 1999).

14 - Em Maputo pode-se percorrer algumas ruas e avenidas da cidade ou mesmo os mercados do Xipamanine ou da Malanga para encontrarmos bancas com medicamentos à venda.

15 - Apesar desta realidade, há no início do mês de Abril, cerca de 5 centenas de jovens de Maputo concentraram-se junto do Hospital Central de Maputo para reclamarem a admissão em apenas 20 lugares de servente. O facto indica drama terrível ao nível do mercado de emprego em Moçambique; mas também que as autoridades hospitalares da saúde ainda não possuem mecanismos claros, transparentes e rigorosos de contratação de pessoal

relativamente ao pessoal da Saúde<sup>16</sup>. Há igualmente um impacto associado ao risco que a venda de medicamentos têm para a saúde pública. Alguns pacientes deslocam-se aos hospitais depois de terem recorrido à rua para comprar medicamentos. O consumo de medicamentos sem qualquer prescrição médica leva a que, mais tarde, os pacientes desenvolvam resistências a anti-bióticos.

### 10.4 As Fragilidades no *Procurement*

O *procurement*, sobretudo aquele que tem a ver com a aquisição de medicamentos, construção de hospitais, compra de equipamento hospitalar, construção de centros de saúde, é uma das áreas mais frágeis do sector. A compra de medicamentos para o sector público da saúde continua a ser coordenada pela Medimoc, uma empresa do Estado. O MISAU criou um gabinete específico (GACOPI)<sup>17</sup> para o resto das compras de equipamento e construções. Esta área, tal como a dos medicamentos, é financiada por parceiros bilaterais e multilaterais.

O *procurement* do sector é feito com base em regras distintas, mas as metodologias do Banco Mundial são as mais usadas, dado que este é um dos maiores parceiros do sector e as suas regras são aceites por quase todos os parceiros. Isso não impede que cada doador imponha os seus critérios. As regras de *procurement* podem existir formalmente, mas até que ponto é que elas são aplicadas? Qual é a capacidade técnica local para seguir essas regras, geralmente muito exigentes em termos técnicos? E qual é o espaço político de manipulação dessas regras em função de interesses de acumulação por parte de figuras bem colocadas no aparelho governativo?

A simples existência de critérios de transparência não significa que não haja desvios, por exemplo, adquirindo-se equipamentos de baixa qualidade. Um técnico de *procurement* no Ministério de Saúde disse-nos o seguinte: *“Realço o facto de a transparência por si não garantir a qualidade do produto que desejamos pois, por vezes, pode-se cumprir rigorosamente os critérios estabelecidos nos cadernos de encargos e acabarmos por comprar gato por lebre; isto é produto adquirido não ter a qualidade desejável”*.

Num país dependente de doações e créditos concessionais, os pacotes de financiamento do sector da Saúde encontram-se previamente estabelecidos. Isto quer dizer que os fundos, quando são disponibilizados, já têm a finalidade definida. Isto quer dizer que o papel

---

16 - Um estudo realizado em 1998 aplicou um questionário a 27 indivíduos (11 médicos, 3 enfermeiros, um farmacêutico) sobre as práticas mais frequentes nos hospitais de Moçambique (sector público). Eis algumas das respostas: *“Todos sabem que o roubo de medicamento e outros bens hospitalares por parte de pessoal da Saúde é uma prática comum na nossa sociedade”*; *“É uma prática que existe há muito tempo e não vai terminar facilmente”*; *“Qualquer um que percorra as avenidas da cidade ou vai para um mercado pode encontrar facilmente medicamentos à venda nas ruas”* (Ferrinho, 1998).

17 - O Gacopi realiza o *procurement* de tudo quanto é investimento de parceiros que saem fora do Orçamento Geral do Estado tal como: Banco Mundial, BAD, BID, Banco Árabe Desenvolvimento Económico de África, Fundo da OPEC para o desenvolvimento de África e parceiros bilaterais. Os acordos bilaterais são para infra-estruturas e equipamentos hospitalares de nível central e provincial. O Gacopi dá apoio técnico ao Ministério da Saúde em investimentos no sector que tenham metodologias de investimento diferenciadas do Orçamento Geral do Estado, isto é se por exemplo o Banco Mundial, digo o Banco Mundial ou outro doador daqueles que tem ligações connosco financiar um programa de formadores para HIV/ SIDA o dinheiro desse programa irá ser monitorizado por nós mas toda a concepção do projecto ficará a cargo do Departamento de formação do Ministério.

do Gacopi é implementar o uso desses fundos. Por exemplo, um projecto recente era destinado a reabilitação das infra-estruturas destruídas do sector da Saúde. De acordo com as regras, pode-se crer que os fundos vieram somente para esse fim e, portanto, ao nível do Gacopi não houve possibilidades desviar o dinheiro para, por exemplo, compra de equipamentos hospitalares. Isto não quer dizer que não haja corrupção. A atribuição de licenças de construção e reabilitação de unidades hospitalares, o fornecimento de equipamentos e medicamentos está, também em Moçambique, infestada de práticas de corrupção através do pagamento de comissões pelos fornecedores ou empreiteiros a quem tem o poder de decidir sobre os concursos. Muitas das vezes, os concursos lançados nos jornais são apenas um processo de formalização.

O pagamento de comissões por fornecedores a técnicos de *procurement* que detêm informação privilegiada é uma prática comum em Moçambique, mas ela é vista como normal por alguns técnicos do sector. Um deles fez-nos a seguinte declaração: *“Em todos os países do mundo, também nos mais desenvolvidos, o pagamento de comissões é normal: toda a gente recebe o que o patrão quer e exige é qualidade necessária, bom preço do produto. As comissões até ajudam a estabelecer salários não muito altos que temos. Aqui em Moçambique como somos uns líricos achamos que receber comissões é corrupção. O que não concordo muito pois se um indivíduo escolhe a melhor alternativa dentre aquelas que concorreram à adjudicação sem prejudicar o interesse geral, a comissão funciona como um estímulo”*. Esta declaração sintetiza a prática e as representações prevalentes na área do *procurement* em Moçambique. Os relatos revelam, no entanto, que os níveis de desvios atingem somas muito altas. Há poucos anos houve um caso de desvio de 700.000 USD no sector de *procurement* do MISAU; o funcionário foi detido, mas o problema é que a soma foi desviada com a assinatura de um grande dirigente do Ministério na altura.

A corrupção é, como dissemos, um fenómeno escondido e a tentativa de buscar informação sobre os seus mecanismos esbarra geralmente em bloqueios e silêncios. Há três anos uma brigada da Inspeção-geral de Finanças teve imensas dificuldades em recolher informações junto das instituições relevantes do sector pois estava a encontrar “dimensões alarmantes” de práticas não transparentes. O relatório de avaliação ao desempenho do sector da Saúde, entretanto produzida pela Inspeção, mostrou um pouco dessas práticas. Algumas agências de cooperação internacional em Moçambique estão na posse desse e doutros documentos relevantes, mas guardados na gaveta. Funcionários ligados a agências doadoras e à Inspeção-geral de Finanças relatam que a importação de medicamentos para o sector público é uma das áreas onde a corrupção movimentava várias somas. O *procurement* relativo a medicamentos é controlado pela Medimoc. Foram relatadas suspeitas de que alguma parte dos fundos disponibilizados para essa área não chegam sequer a ser convertidos em medicamentos, através de processos de sobre-facturação.

Também é comum encontrarem-se medicamentos importados para o Estado disponíveis em farmácias privadas, a preços muitas vezes superior ao preço do custo: ou seja, medicamentos subsidiados e que deviam estar disponíveis nas farmácias dos hospitais para a população carenciada encontram-se à venda nas farmácias privadas a preços exorbitantes. O próprio HCM admite no seu relatório de actividades referente a 2004 que *“para os casos em que os medicamentos, pelo seu papel terapêutico, tinham um carácter extremamente urgente, recorreu-se internamente a fundos próprios do hospital para aquisição extraordinária no mercado local”*. Técnicos do sector admitem que a corrupção está tão enraizada na Saúde que sugerem que daquilo que é o gama total de

financiamento do sector apenas uma pouquíssima parte chega realmente aos doentes.

## 11. A AUSÊNCIA DA INSPECÇÃO GERAL DA SAÚDE

É recorrente que este tipo de estudos sobre corrupção seja um pouco mais do que uma descrição das práticas e das representações, sendo por isso fundamental, para enriquecer a compreensão do objecto de estudo, captar a natureza das estruturas de incentivos e motivação, do controlo e do *accountability*, da fiscalização e dos códigos de ética e deontologia, o papel dos organismos profissionais. Se estas são instituições importantes para o controlo ou redução da corrupção num dado sector, é fundamental que a pesquisa também se preocupe em compreender se elas existem, qual é a sua dinâmica.

As estruturas de incentivos, quer sejam salariais ou não, o estatuto do emprego e das carreiras profissionais, a supervisão e a forma de interacção com o público podem ter impacto positivo sobre o *accountability*. Em adição, as normas profissionais e os valores religiosos podem influenciar a extensão com que os funcionários do sector da saúde se sentem na obrigação de prestarem contas pelos serviços que prestam (Brinkerhoff, 2003).

Em Moçambique a instituição central de *accountability* no sistema é o Ministério da Saúde. É o principal actor das relações de *accountability*, tanto em termos de fazer com que as unidades do sistema prestem contas a si por via de hierarquias, como devendo prestar contas a outras instituições do Governo e, indirectamente, aos cidadãos. O MISAU pode exercer um importante *oversight* sobre um significativo grupo de actores: os provedores directos dos serviços de saúde pública a vários níveis (central, regional e local); os provedores privados através da regulação, da monitoria e da aplicação da lei; através do orçamento, logística e infra-estruturas; através das políticas e do planeamento, etc. Este vasto leque de mandatos é, em muitos casos, acompanhado por sanções: a habilidade de contratar, demitir e promover; o direito de assinar e cancelar contratos, etc.

Uma das instituições mais relevantes neste contexto é a Inspeção-geral de Saúde. Mas ao longo da nossa pesquisa não conseguimos entrevistar nenhum responsável do departamento<sup>18</sup>. No geral constatamos um sentimento de frustração por parte de alguns funcionários devido a fraca presença de inspecções e sanções no sector. Existe, pois, uma disparidade de informações e opiniões dos actores quando se lhes coloca a pergunta sobre se já presenciaram ou tomaram conhecimento de casos de corrupção sancionados. Alguns médicos referiram terem já denunciado casos de corrupção mas reclamaram que nunca houve um seguimento por parte das estruturas de direcção das unidades hospitalares. Um oficial administrativo disse que só teve conhecimento de um único caso de penalização de um funcionário que foi transferido para a morgue do HCM.

As instituições de inspecção e fiscalização são fundamentais em contexto onde a corrupção está muito disseminada. Por exemplo, num estudo elaborado por Di Tella (2001), o autor confirma que o grau de intensidade das auditorias e fiscalização foram cruciais para tornar efectivas as políticas salariais anti-corrupção. Depois disso, o principal desafio passou a ser a manutenção desses altos níveis de inspecção e fiscalização. O social *accountability* também tem a sua

18 - Era interessante saber o que é que a Inspeção-geral de Saúde faz, qual é o impacto que ela tem sobre o sector, de que forma exerce as suas atribuições na prática, como é que ela se articula com a direcção do Ministério, se apresenta relatórios anuais, qual é o seu conteúdo, o que destacam, quantos inspectores e que meios têm? Qual o seu papel relativamente às farmácias; à aquisição de medicamentos; ao absentismo dos médicos e enfermeiros; em relação à aplicação dos códigos de ética e deontologia, etc.

importância, mas ele depende de os utentes terem amplos poderes e voz para articular as suas necessidades e demandas. No nosso caso, como notamos, os utentes do SNS não têm nenhum canal de comunicação com as autoridades da saúde nem como expressarem as suas demandas, para além do sistema de livro de reclamações.

Por outro lado, há falta de informação sobre que tipos de serviços são fornecidos, onde são fornecidos e quem são os responsáveis. O ambiente que vigora é propício para a solicitação e pagamento de subornos. Os utentes deviam ser informados sobre os seus direitos e obrigações, de modo a que ficassem a conhecer o que esperam dos serviços públicos e quais são as suas responsabilidades. Em muitos casos, devido à falta de informação, os utentes pensam que o suborno é a atitude aceite. Para além de não terem informação sobre os seus direitos e obrigações, os utentes ainda não têm em Moçambique uma abertura para participarem no processo de *accountability* das unidades sanitárias.

## 12. CONCLUSÕES

Neste estudo mostramos um conjunto de práticas e mecanismos de corrupção que se podem captar no sector da Saúde em Moçambique, assim como algumas das oportunidades que a propiciam e um perfil dos actores envolvidos. As práticas verificam-se nas diversas unidades do sistema de Saúde em Moçambique, embora o grau de incidência varie de acordo com a natureza e dimensão dessas unidades. Por exemplo, se num hospital central como o de Maputo podemos encontrar facilmente situações de uso de instalações públicas para a prática de medicina privada, num Centro de Saúde suburbano uma das práticas mais visíveis é o roubo de medicamentos.

Ficou claro que os consumidores pagam subornos para terem acessos aos serviços públicos fornecidos pelo Estado, num cenário que faz com que os funcionários do sector exerçam o monopólio do poder, ao determinarem a quantidade de serviços e os *outputs*, seja ao atrasarem o seu fornecimento ou simplesmente mantendo os serviços em espera. Uma consequência destas práticas, como aliás acontece grosso modo com a corrupção burocrática, é que ela induz a sua própria reprodução, perpetuando a ineficiência e o mau atendimento, que passam a ser oportunidades estratégicas para que os funcionários do sector ganhem mais rendas. Por extensão, verifica-se uma *desigualitarização* no acesso aos serviços de Saúde. Isto quer dizer que os utentes com menos posses ficarão remetidos para os últimos lugares das filas de atendimento.

## 13. RECOMENDAÇÕES

- É preciso activar mecanismos de denúncia e reclamação por parte dos utentes; esses mecanismos têm de proteger aqueles utentes que possam ter a intenção de denúncia;
- Σ Uma das formas de reduzir a corrupção é aumentar os incentivos que agentes recebem do do Estado para poderem desempenhar as suas actividades; uma das formas é o estabelecimento de sistemas de remuneração e bónus ligados à *performance*;
- Σ Outra das formas de reduzir-se a corrupção no sector da Saúde é através da introdução do social *accountability*. Tratar-se-ia de permitir que os membros das comunidades participem na gestão dos serviços de saúde, fornecendo-lhes

informação, escolhas e oportunidades para apresentarem as suas reclamações no caso de os serviços não conseguirem atingir as suas expectativas. Trata-se de uma questão de monitoria e parte-se do princípio de que a efectividade do fornecimento de serviços de saúde depende da extensão com que os servidores públicos prestam contas aos utentes sobre a sua performance;

- $\Sigma$  As campanhas de educação cívica para os utentes contribuiriam para uma redução das situações em que são os utentes a induzir a troca corrupta;
- $\Sigma$  Um outro mecanismo de controlo da corrupção tem a ver com o *accountability* hierárquico, o qual é baseado nos controles burocráticos dentro do governo. O *accountability* hierárquico possibilita uma monitoria efectiva do desempenho dos funcionários públicos, premiando-os em caso de bom desempenho e punindo-os em caso de mau desempenho. Estes sistemas de avaliação de desempenho ainda não são claros, pelo que deveriam ser introduzidos de uma forma clara;

## 14. LISTA DE ENTREVISTADOS

Para este estudo, entrevistamos um total de 48 pessoas, a saber:

Médicos-----	10
Enfermeiros-----	9
Serventes-----	11
Técnicos de Medicina-----	5
Agentes de Farmácia-----	8
Dirigentes Associativos-----	1
Técnicos de <i>Procurement</i> -----	3
Funcionários de agência de cooperação-----	3
Utentes-----	16

## 15. BIBLIOGRAFIA

- AGENDA 2025 (2003): "Visão e Estratégias da Nação". Documento Preliminar. Maputo.
- ANDVIG, Jens Chr. et al (2000): "Research on Corruption A policy oriented survey". Commissioned by NORAD, final report, Oslo.
- BRINKERHOFF, Derrick (2003): "Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies", Partners for Health Reform plus Abt Associates Inc, Maryland, US.
- DI TELLA, Rafael e William D. Savedoff (2001): "Diagnosis Corruption". S/F.
- ÉTICA Moçambique (2001): "Estudo Sobre Corrupção", Maputo.
- FERRINO, Paul (1998): "How and Why Public Sector Doctor Engage in Private Practices in Portuguese-speaking African Countries". In *Healthy Policy and Planning* 332-338, Oxford Press University.
- FERRINHO, Paulo et al (2004): "Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy". In *Human Resources for Health* 2004, 2:4. This article is available from: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/4>.
- GUPTA, Sanjeev (2000): "Corruption and the Provision of Health Care and Education Services". IMF Working Paper.
- HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO (2005): "Relatório das Actividades Realizadas no Hospital Central de Maputo durante o ano de 2004".
- HUNTINGTON, Samuel, "Modernization and Corruption" (1968): Political Order In Changing Societies. Yale University Press.
- JORNAL DOMINGO, 1 de Maio de 2005.  
JORNAL DOMINGO, 8 de Maio de 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002): "Caracterização Técnica e Enunciados de Funções Específicas. Critérios de Classificação das Instituições do Sistema Nacional de Saúde". Diploma Ministerial nº 127/2002.
- OPPENHEIMER, Jochen e Raposo, Isabel (2002): "A Pobreza em Maputo". Ministério do Trabalho e Cooperação, Lisboa.
- PAVIGNANI, Enrico et al (2002): "Moving On-Budget in the Health Sector of Mozambique: Requirements, Features and Implications of Future Aid Management and Financing Mechanisms". Maputo.
- TARYN, Vian (2002): "Corruption and the Health Sector", U.S. Agency for International Development (USAID) and Management Systems International (MSI), p. 1.
- UGANDAN Inspectorate of Government (2003): "Second National Integrity Survey Final Report", March 2003.
- UNDP (2003): Human Development Report A Compact Among Nations to End Human Pverty, United Nations Development Programme, p.58.
- UTRESP (2005): "Estratégia de Combate à Corrupção", draft, 28.01.05. Maputo
- WORLD BANK (2004): "World Development Report Making Services Work For Poor People", The World Bank, p.5.
- YATES, Robert e Zorzi, Nathalie (1999): "Health Expenditure Review-Mozambique", Technical Assistance Provided By Family Planning Management Development Project Management Sciences for Health. Funding by USAID.





CENTRO DE INTEGRIDADE PÚBLICA  
MOÇAMBIQUE

CENTRO DE INTEGRIDADE PÚBLICA  
*CENTER FOR PUBLIC INTEGRITY*  
Boa Governação-Transparência-Integridade  
*Good Governance-Transparency-Integrity*

Av. Vladimir Lenine nº 1447; 2º Esquerdo

Tel.: +258 21 32 76 61

Fax: +258 21 32 76 61

Cel.: +258 82 30 16 39 1

Caixa Postal (PO Box): 3266

Maputo – Moçambique

E-mail: [cipmoz@tvcabo.co.mz](mailto:cipmoz@tvcabo.co.mz) / [cipmoz@gmail.com](mailto:cipmoz@gmail.com)

[www.integridadepublica.org.mz](http://www.integridadepublica.org.mz)

Patrocínio:

**FRIEDRICH  
EBERT**  
**STIFTUNG**