

**AS IMPLICAÇÕES DA DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO DAS UNIDADES SANITÁRIAS: UM
OLHAR PARA O CASO DO MUNICÍPIO DE MAPUTO**

José Carlos Ombe

Lucas Eugénio Catique

“Conferência ‘Desafios da investigação social e económica em tempos de crise’, organizada pelo
IESE”

José Carlos Ombe é finalista do curso de Licenciatura em Administração Pública na UEM e vice-coordenador do Departamento de Projectos, Estágios Profissionais e Empreendedorismo na AEU-UEM.

Lucas Eugénio Catique é finalista do curso de Licenciatura em Administração Pública na UEM e docente no Instituto Técnico de Moçambique (ITM).

Maputo, 19-21 de Setembro de 2017

Resumo

A presente comunicação debruça sobre a descentralização na gestão das unidades sanitárias de cuidados primários de saúde, tendo em conta o estudo de caso realizado no Concelho Municipal de Maputo, tomando como representatividade os Centros de Saúde de Maxaquene e 1º de Maio, entre os anos 2009 à 2015. A comunicação teve como objectivos compreender a descentralização na gestão das unidades sanitárias e aferir o grau de impacto que este processo pode estar a causar nas unidades sanitárias descentralizadas.

A comunicação foi construída através de uma revisão bibliográfica e entrevistas semi-estruturadas realizadas no Concelho Municipal de Maputo, na Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, no Centro de Saúde de Maxaquene e no Centro de Saúde 1º de Maio, cujo tipo de amostragem adoptado para o efeito, foi a amostragem não aleatória do tipo intencional. Assim, para aferir o grau de impacto deste processo, foi dirigido um inquérito por questionário a uma amostra dos utentes dos Centros de Saúde de Maxaquene e 1º de Maio, cuja técnica de amostragem foi a amostragem aleatória simples, combinando com o método de abordagem indutivo e com a análise de conteúdo como método de análise.

Nesta comunicação argumenta-se que o processo de transferência das unidades sanitárias de cuidados primários de saúde para o Município de Maputo não está sendo levado de forma condigna, culminando em uma transferência ilusória, na medida em que, o processo ainda não foi acompanhado de recursos humanos, financeiros e muito menos de recursos patrimoniais. Em função disso, o Concelho Municipal de Maputo é dependente da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo para fazer a gestão corrente das unidades sanitárias, verificando-se uma dupla gestão. Ao mesmo tempo, verifica-se uma incapacidade de aplicação da legislação que rege a transferência de competências.

Como variáveis para aferir o grau de impacto deste processo nas unidades sanitárias descentralizadas, a comunicação olha para o conhecimento da entidade responsável pela gestão corrente do centro de saúde, o tempo de atendimento, o acesso aos medicamentos e as condições de higiene. Dado ao limitado papel do CMM neste processo, os resultados das variáveis revelam que a descentralização poderá não estar a surtir os efeitos desejados no âmbito da oferta dos serviços públicos, permanecendo o antigo estado dos serviços de saúde caracterizados por morosidade no atendimento, condições de higiene deploráveis e infra-estruturas pouco condignas, para além do não conhecimento da entidade responsável pela gestão das unidades sanitárias por parte dos cidadãos.

Palavras-chave: *Descentralização, Descentralização Política, Serviços Públicos.*

INTRODUÇÃO

A reforma do sector público em Moçambique foi destacada como uma estratégia crucial para a melhoria na provisão dos serviços públicos¹, em que a descentralização constituiria um mecanismo para que este objectivo fosse alcançado (CIRESP, 2001). Os resultados mostraram que, embora em pequena escala, os cidadãos passaram a ter um acesso fácil aos serviços públicos devido à descentralização e, mesmo assim, destacou-se que persistiam desafios institucionais e processuais (CEEI/ISRI, 2010). Este processo de descentralização, que passa necessariamente pela transferência de competências para os níveis inferiores e periféricos do Governo foi destacado, teoricamente, como uma condição necessária para que os Estados fortificassem a sua capacidade de resposta aos anseios da sua população.

Esta comunicação centra-se em analisar a descentralização no sector da saúde, particularmente a questão da transferência de gestão das unidades sanitárias de Cuidados Primários de Saúde² para o Município de Maputo, procurando perceber a forma como foi encarada esta transferência neste sector e o impacto que trouxe na melhoria da prestação dos serviços de saúde, uma vez que este sector tem encarado este mecanismo institucional como uma condição necessária para fortalecer o serviço de saúde moçambicano.

Assim, na primeira parte, procura-se dar uma visão do quadro legal de transferência de competências no âmbito da descentralização em Moçambique, ao mesmo tempo, se questiona a forma como a descentralização tem sido encarada no sector de saúde e a capacidade do Município de Maputo ter dado a sua contribuição na minimização das fragilidades que enformam o Serviço Nacional de Saúde; na segunda parte, mostra-se a metodologia que tornou possível a efectivação desta comunicação e a teoria que serviu de auxílio para a percepção do fenómeno de transferência da gestão das unidades sanitárias; na terceira parte, é apresentada a forma como os diversos autores percebem a implicação da descentralização nos serviços públicos; na quarta parte, descreve-se o processo de transferência da gestão das unidades sanitárias para o Município de Maputo e, ao mesmo tempo, é feita uma análise deste cenário administrativo; por fim, são feitas as considerações finais da comunicação.

¹ Entenda-se Serviços Públicos como organizações de meios humanos e materiais integrados no seio das pessoas colectivas públicas, encarregues de executar materialmente a actividade administrativa (Lei nº 7/2012, de 8 de Fevereiro).

² Os Cuidados Primários de Saúde correspondem aos Centros de Saúde, que constituem o primeiro nível do Sistema Nacional de Saúde. Consistindo no primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde, têm a responsabilidade de proporcionar a saúde da população e do ambiente dentro de uma zona geográfica delimitada. Por hierarquia sanitária, seguem os níveis, secundário (Hospitais Distritais, Rurais e Gerais); terciário (Hospitais provinciais); e quaternário (Hospitais Centrais). Diploma Ministerial nº 127/2002, MISAU.

A comunicação foi elaborada com o propósito de ser apresentada na V Conferência Internacional do IESE em 2017, subordinada ao lema “desafios da investigação social e económica em tempos de crise”.

O PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA DE COMPETÊNCIAS

Noção contextual e legal

A descentralização em Moçambique emergiu num contexto de transição do regime socialista para a democracia multipartidária, ela estava ligada ao reforço da democracia e um maior envolvimento de novos actores, como a sociedade civil em práticas de governação participativa, retirando o domínio do espaço público pelo Estado centralizador na provisão dos serviços públicos.

O regime centralizador do Estado acarretava muitos custos e impedia uma administração equilibrada em todo o território nacional, verificando-se em algumas regiões a falta de alguns serviços básicos de educação condigna, saúde, abastecimento de água, etc. Neste contexto, devido à estes e demais problemas, na década 1990 viu-se a necessidade de se introduzir reformas na administração do Estado e algumas dessas reformas passaram necessariamente por descentralizar a administração, com o objectivo de gerar crescimento e desenvolvimento económico e ajudar na reconstrução e legitimação do Estado a nível territorial (Faria e Chichava, 1999).

Assim, esta década tornou-se palco da discussão sobre a descentralização em seus dois moldes, a descentralização política e administrativa³. A descentralização política que consistiu na criação das autarquias locais viria a ser alavancada pela emenda constitucional de 1996 que culminou com a aprovação da Lei nº 2/97, de 18 de Fevereiro, que constitui o quadro jurídico para a implantação das autarquias locais, assumindo o gradualismo como o princípio orientador. Acompanhado a este fenómeno está a realização das primeiras eleições autárquicas em 1998, que marcou a criação de governos sub-nacionais democraticamente eleitos em 33 autarquias locais que, até o presente, existem 53 autarquias locais.

No âmbito das atribuições aludidas no artigo 6 da Lei nº 2/97, de 18 de Fevereiro, o Governo aprovou o Decreto nº 33/2006, de 30 de Agosto⁴, que regula os procedimentos para a transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais, salientando que a transferência deveria ser

³ A descentralização administrativa ou, simplesmente, desconcentração assumiu o seu ponto significativo com a criação da Lei nº 8/2003, de 19 de Maio e do Regulamento nº 11/2005, de 10 de Junho.

⁴ A redação dos artigos 5, 15 e 16 do Decreto nº 33/2006, de 30 de Agosto foi alterada pelo Decreto nº 46/2011, de 21 de Setembro, onde o nº 3 do artigo 5 fundamentou que as funções e competências são progressivamente transferidas para as autarquias locais, no prazo de 5 anos, prorrogáveis automaticamente por períodos iguais.

efectuada mediante a celebração do Acordo de Transferência de Funções e Competências entre o Governo Provincial e a Autarquia Local, revogando o Decreto nº 46/2003, de 17 de Dezembro⁵. Conforme o Decreto nº 33/2006, de 30 de Agosto, as autarquias locais poderiam realizar investimentos públicos nas áreas de equipamento rural e urbano; transporte e comunicações; estradas; educação, cultura e acção social; saúde; ambiente e saneamento básico; indústria e comércio. Anunciando no artigo 5 que “a transferência de competências de órgãos do Estado para órgãos autárquicos é acompanhada pela correspondente transferência dos recursos financeiros e, se necessário, humanos e patrimoniais”.

Na Lei nº 1/2008, de 16 de Janeiro, a actual lei das finanças autárquicas, a questão de transferência de competência é apresentada sob ponto de vista financeiro, em que para além das diferentes áreas já apresentadas, no âmbito da saúde, a lei fundamenta que o investimento público das autarquias locais endereça-se para as unidades de cuidados primários de saúde e que este investimento compreende “a identificação, a elaboração e a aprovação de projectos; o financiamento e a execução dos empreendimentos; a gestão, a manutenção e o financiamento dos projectos e do equipamento”⁶.

O Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007-2012 embora salientando que a descentralização no sector da saúde é um processo que teve o seu início em 1975 com a criação das Direcções Provinciais de Saúde, este instrumento assumiu esta vertente da reforma do sector público como um dos seus principais desafios. O Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019 assumiu a descentralização efectiva (transferência das unidades sanitárias para os municípios) como uma acção para o fortalecimento do sistema de saúde moçambicano com vista a melhoria do seu desempenho, através da preparação dos sistemas distritais de saúde.

O argumento estabelecido neste espaço ilustra os fundamentos legais da transferência de competências e funções do Estado para as autarquias locais, ao mesmo tempo vê-se que a descentralização no sector da saúde é vista como uma condição necessária para a melhoria na oferta dos serviços. Então, dado a relevância desta reforma no sector da saúde, em seguida se levanta umas questões sobre este processo.

⁵ Que estabelecia os Procedimentos de Transferência de Funções e Competências dos Órgãos do Estado para as Autarquias Locais.

⁶ Artigo 24 e 27 da Lei nº 1/2008, de 16 de Janeiro.

Que descentralização para os serviços de saúde em Moçambique?

As reformas de descentralização foram concebidas dentro de um argumento teórico comum, como uma estratégia e um requisito necessário para a melhoria na provisão dos serviços públicos de educação, saúde, infra-estrutura, saneamento do meio e abastecimento de água a nível local, na medida em que facilitaria o envolvimento da comunidade no processo de gestão, particularmente da planificação descentralizada, dentro de uma justificativa de que os governos sub-nacionais, diferentemente do Governo central, estão mais próximos aos cidadãos o que implica terem mais informações sobre as preferências das comunidades locais do que o Governo central (Azfar *et al*, 1999; Ekpo, 2007; Tshukudu, 2014). Este argumento confirmou-se em alguns contextos onde houve de facto a melhoria na provisão dos serviços públicos através destas reformas da Administração Pública (Hamid, 2013), enquanto em outros contextos revelou-se uma reprodução dos aspectos nefastos de governação marcados pela influência do Estado neo-patrimonialista na gestão pública (Forquilha, 2007). Mas, ao mesmo tempo, estudos empíricos referenciados por Azfar *et al* (1999) demonstraram a inexistência desta correlação positiva entre a descentralização e a promoção da capacidade de resposta à demanda dos serviços públicos.

No quadro da Estratégia Global da Reforma do Sector Público (2001-2011), reconheceu-se que a reforma visava melhorar a prestação dos serviços públicos nos diferentes sectores, com enfoque no cidadão, em que um dos mecanismos para que isso fosse alcançado seria a descentralização, isto é, o envolvimento dos outros actores na prestação dos serviços públicos, dentre os tais, as autarquias locais (CIRES, 2001). Mas, em 2006, muito antes do início do processo de transferência de gestão das unidades sanitárias do tipo primárias, num estudo sobre a corrupção no sector da saúde em Moçambique, Mosse e Cortez (2006) demonstraram que os serviços públicos de saúde em Moçambique são caracterizados por longas filas, onde os pacientes têm então de ficar em listas de espera por longos períodos até que sejam atendidos, as quais criam um ambiente para a solicitação e oferta de subornos e, também, denotam uma carência generalizada de instrumentos médicos. Não obstante, estes autores salientaram que, “a morosidade no atendimento dos pacientes é um ‘facto nos serviços públicos de saúde’ e, esta, pode ser fruto de inexistência de recursos humanos em quantidade e qualidade e de sistemas de gestão ineficientes” (Mosse e Cortez, 2006:13-14).

Esta informação também foi revelada em 2010, pela Segunda Pesquisa Nacional sobre Governação e Corrupção, que visava “aferir o impacto das mudanças introduzidas no âmbito da reforma do sector público, na melhoria da prestação de serviços aos cidadãos e na implementação da Estratégia Anti-

Corrupção em particular” (CEEI/ISRI, 2010:4). Em que, embora tendo destacado, no que tange a qualidade, que “houve melhorias em termos de maior acessibilidade aos serviços através da descentralização (...)”⁷, a pesquisa identificou que “os desafios no âmbito da qualidade na prestação de serviços estão relacionados ao mau atendimento; longas filas de espera; fraco domínio por parte de alguns funcionários; burocracia; incumprimento de prazos; falta de informação sobre requisitos, padrões e formas de acesso aos serviços; falta de pessoal qualificado e absenteísmo” (CEEI/ISRI, 2010:10).

Assim, tendo o Conselho Municipal de Maputo (CMM) recebido o *dossier* dos Cuidados de Saúde Primários pela Direcção de Saúde da Cidade de Maputo (DSCM) em 2010, a luz do Decreto nº 33/2006, de 30 de Agosto e da Lei nº 1/2008, de 16 de Janeiro, emergem as seguintes questões: quais são as acções que o CMM terá tomado com vista a minimizar os constrangimentos acima referenciados? Que impacto essas acções tiveram na melhoria da prestação dos serviços públicos de saúde? Tendo em conta que a transferência da gestão das unidades sanitárias do tipo primárias para as autarquias locais acontece num período em que as autarquias locais têm-se ressentido de incapacidade técnica e financeira para fazer face às suas actividades, pois segundo Canhanga (2009:28), a provisão eficiente dos serviços públicos ao nível das autarquias locais, particularmente no âmbito do combate a pobreza, é minada devido ao “baixo nível de transferências orçamentais, fragilidade na exploração da base tributária, limitações legais para os municípios explorarem mais taxas e impostos, a fraca experiência das autarquias na gestão e execução financeira e a desresponsabilização do Estado em relação ao apoio aos municípios”.

No âmbito deste argumento, Weimer (2012:445), analisando a descentralização ‘administrativa’ no sector da saúde, afirma que “tem sido dada mais responsabilidade às instituições ao nível local, sem, que no entanto, esta tenha sido acompanhada pelo necessário grau de autonomia em planificação, orçamento de programas e execução orçamental, que continua a fazer-se a níveis superiores”. Entretanto, sendo esta uma prática do sector da saúde, terá o mesmo aspecto se repetido a nível da transferência da gestão das unidades de cuidados primários de saúde para as autarquias locais, isto é, transferir responsabilidades sem os devidos recursos necessários para proceder a gestão destas? Se a resposta for positiva, que implicações isto traz na gestão das unidades sanitárias? São estas as possíveis questões que se podem levantar neste processo e que serviram de elemento para a construção desta comunicação.

Em seguida se apresenta a teoria que suportou as análises e a metodologia que tornou possível a construção do argumento da comunicação.

⁷ *Ibid.* p. 8.

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

As análises institucionais têm merecido relevante destaque nos estudos das ciências sociais, com forte predominância da corrente neo-institucionalista. Subdividida em três vertentes (institucionalismo da escolha racional, histórico e sociológico), a corrente neo-institucionalista surge no contexto de entender como as estruturas socio-económicas e políticas afectam o comportamento dos actores (Procopiuck, 2013).

Dentro da comunicação, o destaque especial vai para o institucionalismo histórico, que sugere que as interações e conflitos importantes não ocorrem em função de situações que emergem a partir das situações do dia-a-dia, mas de contextos estruturados de condicionamentos históricos, e as trajetórias são desenvolvidas em função dos resultados passados incorporados em políticas (Procopiuck, 2013).

Durante a década de 1990, destacada como a década em que as reformas da descentralização tiveram destaque em Moçambique, Faria e Chichava (1999) evidencia que apesar de a descentralização ter tido origem na Frelimo antes dos doadores terem eleito a descentralização como condição de ajuda, existia uma resistência no seio da Frelimo quanto a necessidade de descentralização e sobretudo as divergências quanto ao tipo de descentralização, seus benefícios e desvantagens, onde por um lado temos uma forte pressão no sentido de descentralizar, aliada a uma forte concentração, o que acaba causando uma morosidade no processo de atribuição de recursos para as autarquias.

Quanto à metodologia para o desenvolvimento da comunicação, recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica sobre a descentralização, particularmente sobre a sua implicação na melhoria da provisão dos serviços públicos e entrevistas semi-estruturadas feitas no Conselho Municipal de Maputo, no Centro de Saúde de Maxaquene e no Centro de Saúde 1º de Maio, cujo tipo de amostragem adoptado para o efeito, foi a amostragem não aleatória do tipo intencional. Em outro momento, para aferir o grau de impacto deste processo junto aos utentes, foi dirigido um inquérito por questionário a uma representatividade dos utentes dos serviços do Centro de Saúde de Maxaquene e do Centro de Saúde 1º de Maio (que serviram como forma de aprofundar a pesquisa e englobar actores directamente ligados aos serviços de saúde no centro urbano e na periferia da Cidade). Neste momento, em busca das respostas ao inquérito, privilegiou-se aos utentes que se encontravam nos Centros de Saúde em causa, para servirem à amostra composta por 50 utentes dos serviços do Centro de Saúde, cuja técnica de amostragem foi a amostragem aleatória simples.

Assim, a presente comunicação foi desenvolvida com recurso ao método indutivo de abordagem, que nos permitiu analisar a gestão dos Cuidados Primários de Saúde num caso específico do Conselho Municipal

de Maputo, o que poderá nos permitir explicar o fenómeno para casos semelhantes a este, uma vez que actualmente tem-se notado uma pressão e vontade por parte de outros Municípios (particularmente os Municípios governados pela oposição) para a concessão da gestão destes Cuidados Primários de Saúde, a seu favor.

A informação recolhida no Conselho Municipal de Maputo, na Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, no Centro de Saúde de Maxaquene e no Centro de Saúde 1º de Maio foi analisada com recurso à análise de conteúdo, como método de análise, em que os dados do inquérito não foram fragmentados por unidade sanitária, optando-se por uma abordagem genérica.

A seguir são apresentadas algumas percepções teóricas sobre a correlação entre a descentralização e a oferta dos serviços públicos.

DESCENTRALIZAR PARA MELHOR FORNECER OS SERVIÇOS PÚBLICOS: PERCEPÇÕES TEÓRICAS

A democratização das instituições implica um ambiente institucional que permite a abertura para os outros actores na prestação dos serviços públicos, particularmente as autarquias locais, o sector privado e a sociedade civil, o que constitui um caminho para a prestação dos serviços públicos de qualidade para a população, envolvendo-a no ciclo de planificação das políticas públicas que visam resolver os seus problemas colectivos.

No âmbito das reformas que tem ocorrido no mundo e, em particular, caso de Moçambique, a descentralização tem sido um processo incontestável, sobretudo para a melhoria na prestação dos serviços públicos. Deste modo, parte-se do princípio de que os serviços públicos devem estar mais próximos aos cidadãos, para melhor eficiência e eficácia na sua prestação, reduzindo o tempo de tomada de decisões, facilitando a canalização das demandas, aumentando os níveis de prestação de contas e promovendo a competição inter-partidária em que cada Governo Municipal terá de oferecer serviços em quantidade e qualidade desejável a população para que possam ser reeleitos.

Phirinyane (2009), *apud* Tshukudu (2014), é da posição de que a descentralização, em suas várias formas, tem sido adoptada por ambos países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento, como uma estratégia central das reformas do sector público. Para os países em vias de desenvolvimento não é apenas uma estratégia de reformas, mas, mais do que isso, visto como uma parte integral, ou condição *sine qua non* do processo de desenvolvimento.

Uma das razões fundamentais para a existência dos governos locais é a pressuposição de que níveis inferiores do Governo, por exemplo o Governo local, está bem colocado para perceber os desejos e as demandas dos cidadãos para os serviços públicos do que um Governo distante e centralizado (Ekpo, 2007; Hamid, 2013; Okojie, 2009). Isto, devido a proximidade que os governos locais têm com a população, onde permite um fácil envolvimento destes no processo de governação participativa, o que não aconteceria em governos centralizados.

Ekpo, refere que transferindo o poder de tomada de decisão para os níveis do Governo que estão mais próximos da população, a descentralização pode permitir aos cidadãos uma maior influência sobre o nível e o tipo de serviço dos governos que eles consomem e maior habilidade do Governo fazer a prestação de contas perante os eleitores⁸.

Apesar do ideal da descentralização, ela traz consigo alguns constrangimentos. O primeiro constrangimento é a disparidade no desenvolvimento das regiões, uma vez que cada Governo local terá de mobilizar recursos e fazer a alocação. Existem certas regiões com fraca capacidade de fazer a mobilização de recursos e conseqüentemente a oferta de serviços públicos poderá estar minada em determinadas regiões (Okojie, 2009; Miller, 2002).

O segundo é o risco de captura do poder/recursos por elites locais, que por sua vez usarão esse poder ou esses recursos para seus benefícios particulares (Miller, 2002). Isto, na medida em que a descentralização abre espaço para novos actores no processo de governação e conseqüentemente estes podem desvincular-se do seu objectivo principal e usar da autoridade que a eles foi conferida para fins particulares ou diferentes daqueles que explicam a sua razão de existência.

Entretanto, segundo Ekpo (2007), para que a descentralização possa realmente causar impacto na oferta de serviços, o nível de corrupção deve ser reduzido. Para tal, o autor advoga que como um dos pilares da descentralização é a promoção da transparência e prestação de contas, as instituições que vão monitorar e avaliar o desempenho devem estar estabelecidas. Tal afirmação é de total relevância para o contexto africano e, particularmente em Moçambique, onde as lógicas de acumulação de capital por parte das elites governantes estão internalizadas, desviando deste modo muitos recursos que seriam usados para a provisão dos serviços em quantidade e qualidade, para fins privados⁹.

⁸ *Ibid.*

⁹ Ver: CIP; CMI; U4-ANTI-CORRUPTION RESOURCE CENTRE (2016). *Os Custos da Corrupção para a Economia Moçambicana: por quê é que é importante combater a corrupção num clima de fragilidade fiscal*. Maputo: CIP.

Com o esgrimido nesta parte, fica claro que quando se debruça sobre a descentralização, ela não deve ser encarrada como uma panaceia, isto é, uma solução universal para os problemas enfrentados na provisão dos serviços públicos. Ao mesmo tempo em que certos governos têm sofrido pressões (internas e externas) para que possam descentralizar a administração, concomitantemente percebe-se que ao contrário de trazerem soluções para a melhoria da provisão dos serviços públicos, surgem alguns riscos identificados por Miller. Não obstante, deve se observar que a descentralização no âmbito da oferta dos serviços públicos pode apresentar três resultados, nomeadamente: melhoria na oferta dos serviços públicos, manutenção do *status quo* e, por fim, uma pior prestação dos serviços públicos.

Em seguida é descrito o fenómeno da transferência das unidades sanitárias para o CMM e, sob auxílio das noções teóricas, é feita uma aparição crítica da forma como este processo tem sido encarado pelos actores envolvidos.

A TRANSFERÊNCIA DAS UNIDADES SANITÁRIAS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE PARA O MUNICÍPIO DE MAPUTO

Estar na dianteira das unidades primárias de saúde implica uma responsabilidade de prestar um serviço que satisfaça a comunidade, mas para que isto seja possível, o órgão responsável deverá estar munido de capacidades técnicas e financeiras para fazer face às constantes necessidades de gestão organizacional. Nesta onda, para enquadrar as novas competências, o CMM viu-se a rever a sua estrutura organizacional, passando, neste caso, pela criação da Vereação de Saúde e Acção Social em 2009, através da Resolução nº 001/AM/2009, de 07 de Fevereiro.

Tendo-se rubricado o Acordo de Transferências de Funções e Competências do Sector da Saúde para a Autarquia Local de Maputo em 21 de Dezembro de 2009, pela Governadora da Cidade de Maputo e pelo Presidente do CMM, que previa uma validade de um ano, podendo ser prorrogado, apenas, por mais um ano (2011), só em 15 de Fevereiro de 2013 é que viria a ser assinado um memorando de procedimentos e execução do acordo de transferência ora assinado, que culminou com a transferência da gestão técnica de 26 unidades sanitárias, 3 morgues¹⁰ e departamento de saúde pública. Assim, destaca-se que o memorando de procedimentos assinado aproximadamente um ano e 2 meses depois do período legal previsto pelo Acordo de Transferências não tem fundamento legal, porque foi baseado num acordo que se

¹⁰ Foram transferidos para o CMM os seguintes morgues: Morgue do Hospital Central de Maputo, Morgue do Hospital Geral de Mavalane e Morgue do Hospital Geral José Macamo.

encontrava na altura extemporâneo, assim como pode se dizer isto para qualquer compromisso decidido a luz do acordo de 2009, depois do tempo previsto.

Esta questão pode ser explicada, de alguma forma, devido à incapacidade de aplicação do Decreto nº 33/2006, de 30 de Agosto. Na medida em que, em entrevista com a directora da DSCM¹¹, foi possível constatar que, o processo de transferência tem sido lento devido a ausência de um instrumento operacional (neste caso um regulamento para o Decreto supracitado) que facilitaria e uniformizaria todo o processo, e face a isto, o que foi transferido para o CMM, foi apenas por razões de que o processo tinha que andar e tinha que resultar algo do Acordo assinado em 2009.

Nesta sequência de transferência dos Cuidados Primários de Saúde passaram para o CMM as seguintes unidades sanitárias por distrito municipal:

Tabela 1: Unidades Sanitárias transferidas para o CMM

Distrito Municipal	Unidade Sanitária
Distrito Municipal Kampfumu	Centro de Saúde do Porto, Centro de Saúde Malhangalene, Centro de Saúde Alto-Maé, Centro de Saúde Maxaquene, Centro de Saúde do Tribunal e Centro de Saúde da Polana Cimento
Distrito Municipal Nihamankulu	Centro de Saúde de Xipamanine e Centro de Saúde Nº 14
Distrito Municipal Kamaxakeni	Centro de Saúde 1º de Maio
Distrito Municipal Kamavota	Centro de Saúde 1º de Junho, Centro de Saúde de Albazine, Centro de Saúde de Hulene, Centro de Saúde Pescadores, Centro de Saúde Romão e Centro de Saúde Chihango
Distrito Municipal Kamubukwana	Centro de Saúde Bagamoyo, Centro de Saúde Zimpeto, Centro de Saúde Inhagoia, Centro de Saúde Magoanine Tendas e Mini-Centro de Saúde Magoanine Tendas
Distrito Municipal Katembe	Centro de Saúde Catembe, Centro de Saúde

¹¹ Senhora Alice Pedro Magaia de Abril, directora da DSCM, em entrevista no dia 2 de Setembro de 2016.

	Incassane e Centro de Saúde Mutsecua
Distrito Municipal Kanyaka	Centro de Saúde da Inyaca, Centro de Saúde Muchina e Centro de Saúde Inguane

Fonte: CMM/Pelouro da Saúde e Acção Social (2015).

No âmbito da transferência destas unidades sanitárias, o Pelouro de Saúde e Acção Social apresenta que não foi transferida nenhuma viatura para os programas¹² e unidades transferidas, nenhum orçamento, nenhum funcionário (administrativamente), 3 Centros de Saúde anexos aos Hospitais Gerais e o Centro de Saúde da Polana Caniço, como foi anteriormente acordado (CMM, 2015).

Entretanto, apesar do avanço legalmente garantido sobre a transferência de gestão das unidades sanitárias, a realidade ilustrada no relatório do Pelouro de Saúde e Acção Social/CMM revela que há uma significativa tendência de resistência para a descentralização efectiva a nível do sector da saúde, o que corrobora na criação de uma transferência ilusória, porque o CMM é quase, maioritariamente, dependente da actuação da DSCM na gestão das unidades sanitárias que por norma são da sua alçada. Desta forma, as constatações apresentadas no pelouro acima citado são, de alguma forma, abordadas pela vereadora da Saúde e Acção Social da seguinte forma:

“A transferência das unidades sanitárias não foi acompanhada de recursos humanos, financeiros e nem de recursos patrimoniais, ainda não houve nenhum destes. Neste momento o que está acontecer é que teoricamente o Município de Maputo está a fazer a gestão das unidades sanitárias de nível primário, mas se falta uma lâmpada tem que pedir ao Governo e para pagar a água tem que pedir ao Governo, (...). Neste momento o Município está a fazer a gestão corrente das unidades sanitárias mas não tem qualquer poder sobre elas, não faz actos administrativos, se o Governo da Cidade decide por acto transferir um trabalhador, transfere, (...). [Sem nenhum orçamento] Pelo menos o município faz o dia-a-dia que não precisa de recursos financeiros, como atender doentes, etc., estas actividades estão sendo feitas em grande escala, mas há actividades que ficam paralisadas, como é sabido, as unidades têm problemas sérios de infraestruturas, de limpeza (...) mas se tivéssemos o orçamento, poderíamos utilizá-lo tendo a certeza do défice que existe, estando connosco.¹³

¹² Foram transferidos para o CMM os seguintes programas: Saúde Materno Infantil e sua componente de prevenção da transmissão vertical; Programa Alargado de Vacinação; Programa Nacional de Controlo da Malária; Programa Nacional de Controlo da Tuberculose; Programa Nacional de Controlo da Lepra; Programa Nacional de Nutrição; Vigilância Epidemiológica; Saúde Ambiental; Doenças Tropicais Negligenciadas; Doenças não transmissão/trauma; Saúde Escolar e do Adolescente; Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente e Jovem; Saúde Oral; Programa Nacional de Oftalmologia; Programa Nacional de Otorrinolaringologia; Saúde Mental; e, Educação para a Saúde Pública (CMM, 2015).

¹³Entrevista com a Vereadora da Saúde e Acção Social do CMM, Senhora Nurbai Calú.

Tal facto foi confirmado pela directora da DSCM¹⁴, onde afirmou que foi feita a transferência de algumas responsabilidades sem a devida transferência dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais. Assim, o cenário problemático da transferência das unidades sanitárias torna difícil a promoção da capacidade do Município nesta área, pois os âmbitos que facilmente destacariam uma presença forte e firme desta entidade, particularmente a questão das infraestruturas e a limpeza, ficam bastante comprometidos devido a retenção do orçamento pelo Governo da Cidade¹⁵, e este fenómeno cria possibilidades de “fuga de culpa”¹⁶ perante o cidadão, em ambas as partes governamentais.

Quanto a coordenação, destaca-se que o processo de coordenação entre as duas entidades públicas é caracterizado como sendo deficiente e com muitas barreiras institucionais que tendem a fragilizar cada vez mais a auto-afirmação do Município no processo de gestão das unidades sanitárias, conforme destacou a vereadora da Saúde e Acção Social: “a coordenação não é muito boa, nós tentamos fazer as reuniões de coordenação, mas nem sempre o que tentamos decidir nas reuniões é implementado conforme havíamos decidido”. Neste âmbito da coordenação, o pelouro da Saúde e Acção Social, destaca que “a DSCM não responde aos convites do Conselho Municipal para as actividades que devem ser realizadas em conjunto (ex., a elaboração do orçamento que foi enviado ao Ministério das Finanças, elaboração do Plano Director, solicitação para a recolha de dados nos Hospitais Gerais, etc)”¹⁷.

Entretanto, este processo levanta um paradoxo no sector da saúde, uma vez mais que no seu Plano Estratégico 2014-2019, incluindo no anterior Plano Estratégico 2007-2012, dá-se muita ênfase à descentralização, como um dos mecanismos cruciais para fortalecer o sistema de saúde moçambicano, mas a prática parece mostrar que este assunto não está sendo encarado seriamente. Assim, embora que o Município de Maputo esteja a desenvolver acções de “*supervisão, intervenção, formação e reuniões de auscultação*” com vista a desempenhar o seu papel na minimização das fragilidades do Serviço Nacional de Saúde, a sua presença neste âmbito ainda não está sendo notável no seio das comunidades

¹⁴ Senhora Alice Pedro Magaia de Abril, em entrevista no dia 2 de Setembro de 2016.

¹⁵ Este facto de infraestruturas degradadas e problemas de limpeza também foi destacado aquando das entrevistas feitas às Directoras dos centros de Saúde de Maxaquene e 1º de Maio (Srª. Iracema Araújo e Srª. Wanda, respectivamente), onde salientaram que os centros estão degradados, nunca foram reabilitados, as casas de banhos não estão em boas condições. O mesmo pode se verificar no Centro de Saúde Alto-Maé.

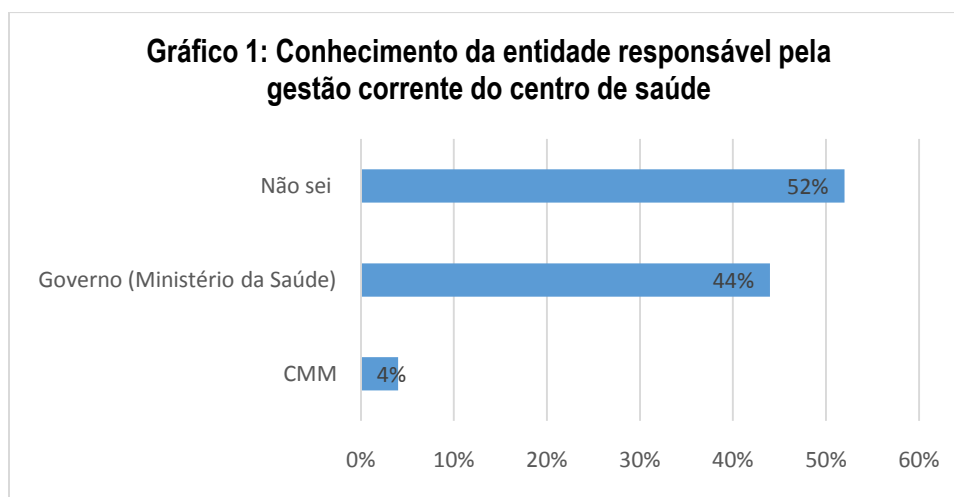
¹⁶ A fuga de culpa que se refere é, em casos de reclamações sobre a fragilidade na prestação dos serviços nos centros de saúde de nível primário, facilmente o Conselho Municipal pode se defender no argumento de que não tem o orçamento para proporcionar melhorias nas unidades sanitárias, e a DSCM, esporadicamente, pode-se defender no argumento de que as unidades sanitárias de nível primário já não estão sob sua alçada, cabe ao Conselho Municipal. Então, isto só pode ser evitado se a descentralização efectiva, neste sector, for encerrada rigorosamente, atribuindo responsabilidades acompanhadas com os devidos recursos financeiros, humanos e patrimoniais.

¹⁷ CMM (2015:2), *Op. cit.*

beneficiárias dos serviços nos centros de saúde, tal como verifica-se a seguir através dos resultados levantados por meio de inquérito em duas unidades sanitárias (Centro de Saúde de Maxaquene e o Centro de Saúde 1º de Maio).

Dupla gestão: que serviço de saúde pode se esperar?

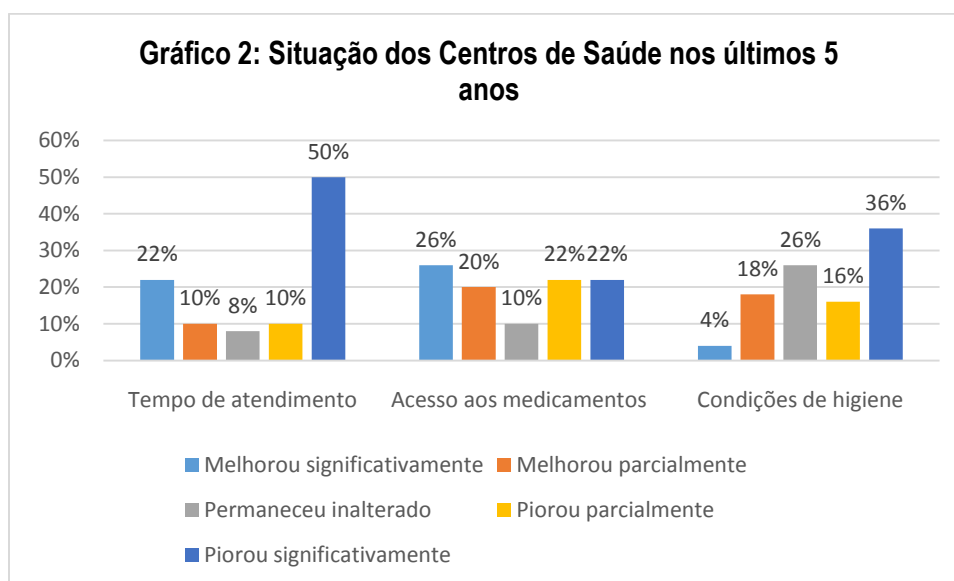
Com vista a aferir algumas opiniões das comunidades beneficiárias dos serviços de saúde nos centros de saúde, foi dirigido um inquérito por questionário a uma representatividade de 50 utentes dos serviços do Centro de Saúde de Maxaquene e do Centro de Saúde 1º de Maio. Através do inquérito levantou-se algumas variáveis, que são: o conhecimento da entidade responsável pela gestão corrente do centro de saúde, tempo de atendimento, acesso aos medicamentos e as condições de higiene. Importa, primeiramente, destacar a questão do conhecimento da entidade responsável pela gestão corrente do centro de saúde, onde apenas 4% da amostra respondeu correctamente, que a gestão dos centros de saúde está sob a alçada do município, sendo que os restantes 96% responderam erradamente a questão, onde 44% apontaram para o Governo (Ministério da Saúde) e os restantes 52% indicaram que não faziam ideia, tal como revela o gráfico a seguir:



Fonte: Elaborado pelos autores.

A questão por observar neste gráfico é o facto de a maioria dos inquiridos não saberem identificar concretamente a entidade responsável pela gestão dos Centros de Saúde, o que pode minar o senso de responsabilização. Num caso em que, em parte, o Governo municipal deveria ser responsabilizado pelas fragilidades dos serviços de saúde de nível primário, a causa acaba sendo imputada ao Governo provincial ou central.

Quanto ao tempo de atendimento, acesso aos medicamentos e as condições de higiene, importa observar que os resultados indicaram uma certa deficiência. Sobre o tempo de atendimento, 32% dos cidadãos inquiridos indicaram que melhorou (22% significativamente e 10% parcialmente), 8% apontaram que permaneceu inalterado e 60% responderam que piorou (10% parcialmente e 50% significativamente); sobre o acesso aos medicamentos, 46% responderam que melhorou (26% significativamente e 20% parcialmente), 10% responderam que permaneceu inalterado e 44% responderam que piorou (22% parcialmente e 22% significativamente); sobre as condições de higiene, 22% responderam que melhoraram (4% significativamente e 18% parcialmente), 26% responderam que permaneceram inalteradas e 52% responderam que pioraram (16% parcialmente e 36% significativamente), tal como ilustra o gráfico a seguir:



Fonte: Elaborado pelos autores.

Sobre estas variáveis, é importante observar que a questão da disponibilização de medicamentos não está sob responsabilidade do Conselho Municipal. A sua responsabilidade se restringe apenas em fazer a gestão corrente, cuidar dos programas, incluindo promover projectos e cuidar da infra-estrutura.

Importa realçar que no acto da recolha de dados por inquérito, alguns comentaram também acerca do nepotismo que existe naquelas instituições. Mas estas questões são fragilidades do serviço em si e a contribuição do Conselho Municipal ainda não se fez sentir.

Considerações Finais

Para terminar a discussão na temática da descentralização de gestão das unidades sanitárias de Cuidados Primários de Saúde, cabe trazer algumas considerações finais, na crença de que este não é um assunto acabado, cujo exercício desta pesquisa visou suscitar um debate em torno da transferência sectorial que ainda pode ser objecto de discussão no entendimento da lógica de descentralização em Moçambique. Assim, demonstrou-se que no processo de transferência de gestão das unidades sanitárias para o CMM o acordo não foi executado consoante o tempo por ele previsto, o que implicou na realização de compromissos extemporâneos. Ao mesmo tempo, ilustrou-se que o processo de descentralização na gestão das unidades sanitárias tem apresentado constrangimentos de índole institucional, como a incapacidade de aplicação da legislação, onde a ausência de um regulamento para o Decreto nº 33/2006, de 30 de Agosto tem sido apontado como uma das principais razões.

A discussão que se levantou neste texto, para além de mostrar que há uma resistência para uma descentralização efectiva no sector da saúde, o que acaba fazendo emergir uma transferência ilusória da gestão das unidades sanitárias para o Município de Maputo, mostrou-se que dado ao limitado papel do CMM neste processo, a descentralização na gestão das unidades sanitárias poderá não estar a surtir os efeitos desejados no âmbito da oferta dos serviços públicos, permanecendo o antigo estado dos serviços de saúde caracterizados por morosidade no atendimento, condições de higiene deploráveis e infra-estruturas pouco condignas.

Neste âmbito, a comunicação revela que há uma necessidade de se esclarecer a comunidade beneficiária dos Centros de Saúde que a gestão destas unidades passou para o Conselho Municipal, de modo a minimizar a ambiguidade na responsabilização, que pode ser feito através da sua respectiva designação por 'centro de saúde municipal'.

Referências bibliográficas

AZFAR, Omar, *et al* (1999). *Decentralization, Governance and Public Services: the impact of institutional arrangements*. IRIS Center, University of Maryland.

CANHANGA, Nobre de Jesus Varela (2009). *Descentralização Fiscal, Transferências Intergovernamentais e Dinâmicas da Pobreza nas Autarquias Locais*. Conference Paper N° 13, Maputo: II Conferencia IESE.

CEEI/ISRI (2010). *Segunda Pesquisa Nacional sobre Governação e Corrupção*. Maputo.

CIRESP (2001). *Estratégia Global da Reforma do Sector Público*. Maputo.

CMM (2015). *Historial da Transferência dos Cuidados de Saúde Primários e da Acção Social Básica, do Governo para a Autarquia Local de Maputo*. Pelouro de Saúde e Acção Social.

EKPO, Akpan H (2007). *Decentralization and Service Delivery: a framework*. Nairobi: African Economic Research Consortium (AERC).

FARIA, Fernanda; CHICHAVA, Ana (1999). *Descentralização e Cooperação Descentralizada em Moçambique*.

FORQUILHA, Salvador Cadete (2007). *“Remendo Novo Em Pano Velho”: O Impacto das Reformas de Descentralização no Processo da Governação Local em Moçambique*. Conference Paper N° 10, Maputo: IESE.

HALL, Peter A; TAYLOR, Rosemary C. R (2003). *As Três Versões Do Neo-Institucionalismo*. Lua Nova, N° 58.

HAMID, Hani Sulastri (2013). *Decentralization and Public Service Delivery in Indonesia: the case of road infrastructure*. Budapest, Dissertação, Mestrado, Department of Political Science of Central European University.

MILLER, Keith L (2002). *Advantages and Disadvantages of Local Government*. Caribbean conference on Local Governments and decentralization. Georgetown.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007-2012*. Governo de Moçambique, Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*. Governo de Moçambique, Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação.

MOSSE, Marcelo; CORTEZ, Edson (2006). *A Corrupção no Sector da Saúde em Moçambique*. Maputo: Centro de Integridade Pública de Moçambique.

OKOJIE, Cristina (2009). *Decentralization and Public Service Delivery in Nigeria*. Benin.

PROCOPIUCK, Mario (2013). *Políticas Públicas e Fundamentos da Administração Pública: análise e avaliação, governança e redes de políticas, administração judiciária*. São Paulo: Atlas.

TSHUKUDU, Theophilus Tebetso (2014). *Decentralization as a Strategy for improving Service delivery in the Botswana Public Service Sector*. Journal of Public Administration and Governance, Gaborone: Macrothink Institute.

WEIMER, Bernhard (2012). Saúde Para o Povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique. In: WEIMER, Bernhard (Org.). *Moçambique: Descentralizar o Centralismo? Economia Política, Recursos e Resultados*. Maputo: IESE.

Legislação

MOÇAMBIQUE. DECRETO Nº 33/2006, DE 30 DE AGOSTO. *Regula os procedimentos para a transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais*. Boletim da República, I série, nº 35 de 30 de Agosto de 2006.

MOÇAMBIQUE. DECRETO Nº 46/2011, DE 21 DE SETEMBRO. *Altera o regime jurídico das transferências de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais*. Boletim da República, I série, nº 38, de 21 de Setembro de 2011.

MOÇAMBIQUE. LEI Nº 2/97, DE 18 DE FEVEREIRO. *Cria o quadro jurídico para a implantação das autarquias locais*. Boletim da República Iª série nº 7, 2ºSuplemento de 18 de Fevereiro de 1997.

MOÇAMBIQUE. LEI Nº 1/2008, DE 16 DE JANEIRO. *Define o regime financeiro, orçamental e patrimonial das autarquias locais e o sistema tributário autárquico*. Boletim da República, Iª série nº 3, de 16 de Janeiro de 2008.