

3

SAÚDE PARA O POVO? PARA UM ENTENDIMENTO DA ECONOMIA POLÍTICA E DAS DINÂMICAS DA DESCENTRALIZAÇÃO NO SECTOR DA SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

Bernhard Weimer⁴⁸

1. Introdução

Houve em 2011 três acontecimentos que revelaram as dimensões dos desafios que se colocam à gestão do Sistema Nacional de Saúde moçambicano em geral e ao Ministério de Saúde (MISAU) em particular. O primeiro foi uma auditoria externa das contas de 2009 do PROSAUDE II e do Fundo Global, realizada pela empresa de auditoria KPMG e entregue ao governo e aos seus parceiros internacionais em Junho de 2011. Esta auditoria revelou fraquezas consideráveis, nomeadamente em relação à auditoria interna e uma substancial diferença final não reconciliada entre os valores recebidos e os pagamentos efectuados.

O segundo foi a crise de abastecimento de medicamentos, amplamente divulgada dos produtos farmacêuticos, quando os meios de comunicação noticiaram, num período de Março a Julho, que, no armazém farmacêutico central do MISAU, o CMAM,⁴⁹ em Maputo, havia medicamentos no valor de pelo menos 2 milhões de USD que estavam fora de prazo; que os medicamentos se tinham esgotado nos hospitais públicos na Zambézia; e que grandes quantidades de medicamentos tinham desaparecido da farmácia do Hospital Central de Nampula.⁵⁰ Os doadores recusaram um pedido de um montante adicional de 25 milhões de dólares para reabastecimento de medicamentos, feito pelo Ministro da Saúde

em Março de 2011, argumentando que o governo teria que abordar e resolver as questões pendentes dos resultados da auditoria de 2009, antes de os doadores do PROSAUDE assumirem quaisquer compromissos de financiamento adicionais.⁵¹

Em terceiro lugar, pouco antes do fim do ano, o pessoal da saúde na Cidade de Nampula, incluindo os médicos, ameaçaram fazer greve, se não lhes fossem pagos os salários, três meses atrasados.

Estes acontecimentos põem em relevo, em síntese, alguns dos principais desafios com que a gestão do sector da saúde se debate em Moçambique. Não se sabe até que ponto estes acontecimentos e o que eles revelam sobre a gestão de recursos no sector da saúde afectaram o funcionamento das unidades de saúde nas províncias e distritos, e o impacto sobre a saúde das pessoas doentes e da população em geral. Estas unidades dependem crucialmente de recursos (pessoal, financiamento e medicamentos) para o cumprimento da sua missão de controlar a doença e salvar vidas humanas, ou seja, para produzir os resultados de saúde que lhes compete alcançar, muitas vezes medidos com o indicador DALY.⁵²

Neste artigo, não tentaremos avaliar o impacto das práticas de gestão no sector da saúde e os seus resultados em termos de vidas humanas. Tentaremos antes entender as dinâmicas políticas, económicas e institucionais que influenciam os resultados de saúde e o desempenho das unidades de saúde ao nível subnacional em Moçambique.

O nosso argumento é que estas variáveis são determinadas não apenas por factores endógenos ao sector de saúde, como sejam as suas políticas e quadro regulamentar, a sua estrutura institucional, o grau de descentralização, e ainda os recursos que lhe são atribuídos e as suas capacidades de gestão. Também há factores exógenos, como as decisões orçamentais do Ministério das Finanças, a Ajuda ao Desenvolvimento da Saúde (ADS)⁵³ por parte dos doadores e as suas políticas e mecanismos de atribuição de fundos, como a abordagem sectorial integrada (SWAp)⁵⁴ e o financiamento conjunto, bem como a mudança social e económica e as formas de governar um país, que produzem impactos decisivos no sistema de saúde e nos seus resultados. No que diz respeito à temática da descentralização da saúde, partimos, em primeiro lugar, do princípio que os 'objectivos gerais da descentralização e a abordagem sectorial não são incompatíveis', uma vez que tanto os primeiros como a segunda 'têm por objectivo aumentar a eficiência técnica; incentivam uma maior participação; e põem a tónica na transparência e prestação de contas' (Hutton, 2002: 3. Original em inglês). Em segundo lugar, chamamos a atenção para a necessidade de reconhecer um papel forte e normativo do Estado central nas políticas de saúde, na sua gestão, supervisão e questões de equilíbrio social, especialmente em matéria de cuidados de saúde primários, uma vez que a descentralização pode levar à diferenciação e à diversidade e

não ao reforço da justiça social nos padrões e no acesso às unidades de saúde (Collins & Green, 1994). Como Booth sugeriu, o papel do Estado central é fundamental, nomeadamente em institucionalizar e supervisionar, do topo para a base, a disciplina de desempenho eficaz na componente de recursos humanos e na produção de serviços de qualidade a nível local (Booth, 2010: 34).

Para este artigo, optámos por usar um quadro da análise político-económica para examinar alguns dos determinantes endógenos e exógenos. Do ponto de vista conceptual, a análise da economia política e da descentralização no sector da saúde pode ser estruturada de várias maneiras. Uma, é analisando as mudanças de epidemiologia, de características biomédicas dos corpos humanos e de ocorrências-chave nos ciclos da vida humana (por exemplo, a fertilidade, a morbilidade ou mortalidade) como resultantes de intervenções por parte das instituições do sector da saúde, em condições sociais, económicas, ambientais e culturais em mudança. Esta abordagem é muitas vezes centrada na pobreza e assenta no pressuposto de que as mudanças institucionais, como a descentralização da prestação de serviços de saúde, conduzem a um aumento do bem-estar e a uma melhoria da saúde nas sociedades, se as intervenções institucionais (planos, programas, prestadores de serviços, etc.) forem 'correctos' e dispuserem de suficientes recursos financeiros e humanos, e capacidades, bem como de um quadro adequado de políticas. Dessa forma, julga-se que as taxas de fertilidade e mortalidade acabarão por diminuir, que as doenças infecciosas serão controladas e podem ser alcançados outros progressos no combate à pobreza e à doença (O'Laughlin, 2010: 7).

Este e outros autores, porém, têm firmemente defendido que o enfoque na pobreza na saúde não é suficiente para explicar mudanças na saúde e no bem-estar das sociedades. Têm, em vez disso, sugerido um enfoque na desigualdade, citando estudos que 'demonstraram que mantendo constantes os níveis de pobreza absoluta, os resultados de saúde são piores para quem vive em sociedades não igualitárias que para quem vive em sociedades igualitárias. Concluem, assim, que as sociedades desiguais são também sociedades doentes' (O'Laughlin, 2010: 8. Original em inglês⁵⁵).

Nesta perspectiva, a saúde individual e colectiva é um resultado da dinâmica entre as elites dominantes, o Estado e a sociedade, que reflecte lutas e alianças entre eles (O'Laughlin, 2010: 12). Por outras palavras, mesmo do ponto de vista epidemiológico (Marmot, 2005; Wilkinson & Marmot, 2006), a saúde individual e pública é em grande parte determinada por relações socioeconómicas e padrões de distribuição de riqueza, bem como pelo acesso a serviços sociais, incluindo saúde. Quando falamos de distribuição, analisamos a sua dimensão vertical, ou seja, no padrão social de classe, de estratificação e de rendimento, e também em todos os níveis do sistema político-administrativo, e ainda no território de um país.

Ao analisar as questões de distribuição, por exemplo, do ponto de vista das finanças públicas, a ‘sociologia fiscal’ examinaria o orçamento do Estado e a estrutura de receitas e despesas em relação aos segmentos da sociedade que beneficiam das despesas nos serviços de saúde e/ou que os financiam, através de impostos.⁵⁶ Uma análise marxista incluiria os resultados de saúde e a sua distribuição como resultado das lutas e alianças entre classes sociais e o fundamento de classe do Estado e das suas respectivas políticas de saúde (O’Laughlin, 2010: 12). Uma terceira perspectiva consideraria que a distribuição dos serviços de saúde e dos seus resultados está relacionada com o impacto que os arranjos políticos entre os segmentos das elites políticas e económicas dominantes têm em relação ao sistema de saúde, nomeadamente em estruturas políticas clientelistas e orientadas para *rent seeking*, em África e noutros lugares (Khan, 2010).⁵⁷ Embora não recusando a análise fiscal do orçamento do Estado nos seus aspectos mais pertinentes relacionados com a saúde, o autor subscreve a abordagem analítica apresentada no capítulo introdutório do presente livro.

No que respeita à metodologia, baseámos a nossa análise num estudo de literatura seleccionada, bem como em entrevistas com pessoas conhecedoras e inseridas no sector da saúde e em informação por elas fornecida no âmbito de uma consultoria sobre a economia política do sector da saúde.⁵⁸

Embora nos centremos no aspecto de descentralização do sector da saúde, a análise do contexto macro e do papel do governo central no Sistema Nacional de Saúde (SNS) é, na nossa opinião, pelo menos tão importante para compreender os desafios que a saúde enfrenta a nível subnacional como o seu cenário institucional local e os aspectos-chave da descentralização da saúde. Assim, o artigo está dividido em duas partes principais. Na primeira parte, analisamos o contexto macro, enquanto a segunda parte serve para analisar o sector da saúde a nível subnacional, ou seja, ao nível das províncias, distritos e municípios. A última secção é dedicada a um resumo das conclusões.

2. O contexto macro: políticas, financiamento e mudança social

2.1 Políticas e quadro regulamentar: o Sistema Nacional de Saúde (SNS)

Na altura da Independência, em 1975, a então aliança política da Frelimo, sob a liderança de Samora Machel, tentou corrigir não só a economia, a sua estrutura, e o modelo de acumulação e distribuição do Estado colonial, mas também dismantlar e substituir a administração estatal, para esse fim. As implicações para o sector da

saúde foram três: em primeiro lugar, foi considerado um sector prioritário, com serviços de saúde gratuitos para todos os cidadãos; em segundo lugar, tentou-se diminuir o grande hiato na cobertura dos serviços, acesso à saúde, etc., entre o Moçambique urbano e o Moçambique rural; e, em terceiro lugar, reuniram-se todos os prestadores de serviços de saúde (hospitais públicos e das missões, e centros de saúde de grandes empresas), numa estrutura nacional única, a do Estado, num sistema de saúde unitário e altamente centralizado, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), moldado segundo o modelo soviético. Não apenas em Moçambique, mas também em outros países do mundo comunista e socialista, procurava-se conseguir o acesso universal e gratuito aos serviços básicos de saúde, centralmente planeados segundo normas estritas, com o objectivo de prestar serviços de qualidade uniforme em todas as partes do [país] (Balabanova et al., 2004).

Por várias razões, tais como a desestabilização e a guerra civil (1977-1992), a introdução de uma economia de mercado e a privatização de bens e empresas estatais no âmbito do Programa de Reajustamento Estrutural Económico e Social (PRES), a partir de 1986, bem como uma grave crise económica e fiscal, o sistema de saúde, inicialmente bem sucedido (O’Laughlin, 2010), os seus ideais políticos e as suas políticas foram tendo um ambiente socioeconómico e político cada vez menos propício, o que veio afectar negativamente os resultados do sector.

Durante a existência do sector de saúde em Moçambique desde a independência, as regras do jogo na área da saúde foram definidas pelo SNS, pela sua estrutura espacial e hierárquica, pelos seus métodos de planificação e contabilidade, pela sua ética laboral, pelos seus padrões profissionais, e gestão e formação de recursos humanos. Construído durante um governo da Frelimo que perfilhava o socialismo e, por isso, duramente atacado e danificado pela estratégia bélica da Renamo, o sector da saúde sobreviveu à guerra e à introdução da economia de mercado combinada com a privatização de empresas estatais.

Embora as duas pedras angulares do sector da saúde – o SNS dominado pelo Estado e centralizado e o dogma da ‘saúde gratuita para todos os cidadãos’ – tenham em grande medida permanecido inalteradas, foi formulada em 1995 uma nova política de saúde (Política Nacional de Saúde, PNS).⁵⁹ Além de prever a divisão do sector da saúde em três subsectores (público, privado e comunitário), abordava especificamente a necessidade de financiamento do sector através do orçamento do Estado, com o apoio dos doadores e os seus fundos comuns como ‘complementares’ aos esforços do próprio governo. E sublinhava a introdução e o eventual aumento das taxas de serviço pagos pelos doentes, a fim de ampliar a base de recursos próprios do sector. Não punha em causa, porém, os princípios fundamentais do SNS, que foram concebidos segundo o então modelo do sistema soviético. Um dos seus componentes essenciais tem sido as contas de

relações intra-sectoriais de insumos-produtos, típicas da planificação centralizada socialista. Neste sistema, o Estado e os seus vários departamentos do sistema de saúde são ao mesmo tempo fornecedores (vendedores) de bens e serviços e consumidores (compradores) e, portanto, nas Contas Nacionais de Saúde, uma unidade, por exemplo um hospital, pode figurar ao mesmo tempo como entidade financiadora (vendedora) e entidade prestadora de serviços (compradora) (Anon, 2011B: 7). Com a introdução de novos sistemas de Gestão das Finanças Públicas (GFP), ou seja, o Sistema de Administração Financeira do Estado (SISTAFE) e a descentralização, na esteira da reforma do sector público, foram introduzidas formas mais eficientes e harmonizadas de gestão do fluxo de recursos para o sector da saúde e para as suas diversas unidades e serviços territoriais e funcionais.

Mais recentemente, em 2007, o governo introduziu dois documentos políticos que fazem parte do quadro de políticas para o SNS. Em primeiro lugar, a Declaração de Política Nacional de Saúde do MISAU, de 2007, apresenta uma lista de objectivos gerais e específicos, e parâmetros de referência a serem alcançados, maioritariamente, até 2010, cobrindo todas as questões, desde o controlo de doenças até questões administrativas, organizacionais e financeiras, passando pelos recursos humanos (MISAU, 2007a). O segundo documento é o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2007-2012, que se baseia no documento anterior (MISAU, 2007b). O PESS identifica as três prioridades seguintes para a melhoria dos serviços de saúde em Moçambique (IHP, 2008):

- O desenvolvimento da capacidade dos recursos humanos.
- A melhoria da infra-estrutura de cuidados de saúde.
- O aumento da participação das comunidades e expansão da formação e colocação de activistas comunitários de saúde.

No entanto, nem foi elaborado e aprovado um quadro regulamentar para o SNS e para o sector da saúde no seu todo, nem foi aprovada a legislação que, segundo a Declaração, definiria a estrutura de competências e os mecanismos funcionais do SNS em todos os seus níveis, bem como nas suas estruturas descentralizadas subnacionais, e procedimentos administrativos e de gestão (MISAU, 2007a: 18).

Assim, nem as mudanças de ideologia nos últimos 30 anos quanto à prestação de serviços de saúde, nem o rápido surgimento de muitos prestadores de serviços de saúde privados nas zonas urbanas se reflectiram adequadamente nas políticas e regulamentação da saúde. Por muito que o PESS mencione explicitamente a diversidade de prestadores de serviços públicos, privados com fins lucrativos e privados sem fins lucrativos (ONGs) (MISAU, 2007b: 12), não reflecte, na nossa opinião, as acentuadas mudanças na diferenciação urbano/rural e social do acesso à saúde, bem como uma profunda mudança ideológica. A saúde cada vez menos

é considerada um serviço público essencial e basicamente gratuito fornecido pelo Estado, a que o público tem direito (mesmo quando paga taxas e encargos para o usar), e sim uma actividade económica e forma de ganhar dinheiro e obter rendimentos. Apesar de a proliferação de clínicas privadas, nomeadamente em Maputo e noutras zonas urbanas, ser um fenómeno recente, de que o PESS está consciente, como também o é o dramático aumento de financiamento externo ao sector, o quadro normativo, regulamentar e político não foi suficientemente ajustado às mudanças. Na nossa perspectiva, portanto, há muito que devia ter sido feito um ajustamento da política de saúde e da visão e missão em que ela assenta, e das opções do sector para a prestação de serviços e financiamento.

Do ponto de vista de análise do *political settlement*, porém, a reforma do SNS e da sua política reguladora, incluindo uma descentralização mais firme e eficaz, é um processo politicamente delicado. Se pressupusermos, por um lado, a emergência de um cenário de ‘clientelismo competitivo’ com contradições e tensões intrapartidárias face a um cenário social mais abrangente de partido dominante, teremos então de concluir que políticas e programas sociais e de saúde que assegurem amplo apoio eleitoral através da expansão e melhoria dos serviços públicos não são facilmente conciliáveis com as tendências de privatização do sector da saúde e do Estado. Por outro lado, a dependência da ajuda ao desenvolvimento e a elaboração de políticas populistas são susceptíveis de produzir aquilo que Booth designa como ‘incoerência institucional produzida pelas políticas, que impede a efectiva co-produção e gera incentivos inconsequentes aos prestadores’ (Booth, 2010: 11. Original em inglês), também no sector da saúde. Nessas condições, não vai ser fácil elaborar um quadro regulamentar nem conciliar interesses divergentes de facções da elite política de decisores.

2.2 Financiamento da saúde

As despesas, em termos absolutos de saúde têm vindo a aumentar ao longo dos anos, tanto como percentagem do PIB como percentagem do orçamento total (Umarji, 2011: 1). O sector continua a ser o segundo ‘sector prioritário’ mais importante (depois da educação) no que diz respeito a despesas. A figura que se segue mostra a evolução de 2004 a 2009 numa perspectiva comparativa. A tendência de crescimento do orçamento da saúde manteve-se no período 2009-11 (Umarji, 2011).

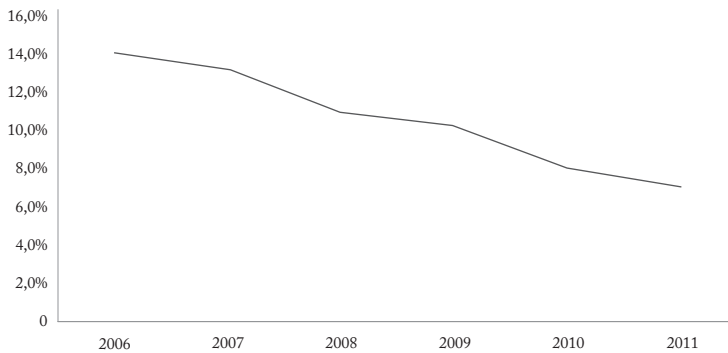
A imagem é, no entanto, bastante diferente quando o padrão de despesas é analisado em termos relativos:⁶⁰

- As despesas da saúde aumentaram consideravelmente menos do que as despesas gerais. Enquanto o orçamento total aumentou em média 12,8 %

por ano entre 2006 e 2008, o orçamento da saúde decresceu em média 1,5% ao ano no mesmo período. A percentagem de despesas de saúde no total de despesas (ambas em termos nominais) baixou de 14% em 2006 para 7% em 2010 (ver Figura 6 abaixo).

- Os orçamentos executados da saúde são invariavelmente mais baixos que os orçamentos planeados nestes anos e variam consideravelmente mais de ano para ano do que as despesas gerais.

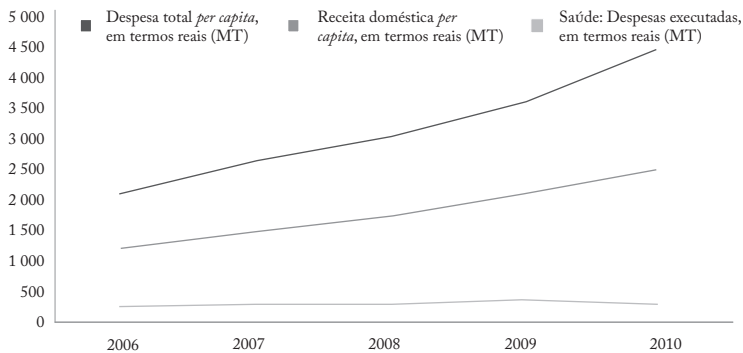
Figura 6: Despesas da saúde como % do total de despesas, 2006/2011



Fonte: Anon, 2011

Como o mostra a Figura 7 abaixo, a dinâmica de despesas do sector não tem relação com a dinâmica geral de crescimento das despesas do governo e da geração de rendimentos:

Figura 7: Receitas *per capita*, despesas da saúde e despesa geral, 2006-2010 (em MT)



Fonte: Cálculos do autor, a partir de dados de ATM, INE e BGA, 2011.⁶¹

Com base em entrevistas e nas análises de estudos, sugerimos duas principais razões interligadas para a estagnação/declínio das despesas de saúde do governo em relação às despesas gerais e à geração de receitas:

- Financiamento maciço do sector da saúde pelos parceiros internacionais do governo, quer via PROSAUDE (isto é, assente na filosofia da Declaração de Paris e seus mecanismos de implementação), quer via financiamento vertical (projectos), sobretudo com financiamento do governo dos EUA. Esta questão da ajuda como fonte de renda (*aid rent*) é discutida mais adiante.
- A ausência de uma política, ou de quadro regulamentador, de saúde ajustada ou recentemente formulada, que, substituindo a Política Nacional de Saúde de 1995, defina áreas prioritárias de despesa e critérios de distribuição, trate das questões de viabilidade económica e sustentabilidade do sector, e eventualmente introduza ainda rígidas limitações orçamentais.

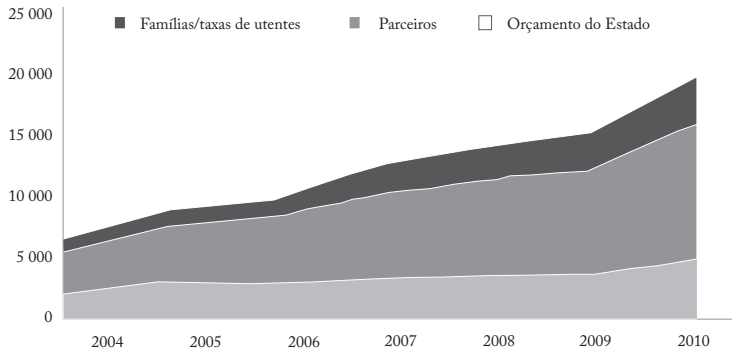
Estes factores, nomeadamente a questão de *aid rent*, têm consequências negativas para o sector: promovem o comportamento oportunista relativamente ao financiamento da saúde, levam a dissociar as despesas de saúde do crescimento económico e das tendências de receita, e representam desafios para a governação (por exemplo, procura de rendimentos não produtivos, corrupção, falta de prestação de contas), bem como para a viabilidade económica a longo prazo e para a sustentabilidade do sector. Este último ponto, sobretudo, foi salientado por vários entrevistados. O resultado pode eventualmente ser um fenómeno conhecido como ‘doença holandesa’ no sector da saúde, isto é, ‘demasiados fundos geridos de forma imprudente’,⁶² com consequências negativas para a atribuição e mobilidade dos recursos humanos e produtividade da saúde e de outros sectores.

2.2.1 Dependência dos doadores

Foram já assinalados o elevado grau de dependência dos doadores do sector, as suas causas e consequências. Nesta secção, apresentamos uma análise mais detalhada do apoio externo. Começamos com a discussão das dimensões globais do apoio externo relativamente a outras fontes de financiamento.

A figura que se segue, em que se apresenta o financiamento do sector por fonte de financiamento, mostra a tendência dos últimos anos:

Figura 8: Financiamento das despesas da saúde por fonte de financiamento (valores nominais), em milhões de MT



Fonte: Anon, 2011.

A Figura mostra uma dependência fortemente crescente da ajuda estrangeira ao orçamento moçambicano da saúde; em 2010 mais de 70% do financiamento do sector foi dado por um total de 26 doadores da saúde (Umarji, 2011: 1). A contribuição, também ela crescente, dos indivíduos/famílias para o orçamento da saúde merece uma análise à parte, para a qual não há lugar no âmbito do presente trabalho.

A Tabela 9 dá uma estimativa aproximada dos volumes por fonte de financiamento e as modalidades da sua atribuição e gestão.⁶³

Tabela 9: Sector da saúde – Dependência dos doadores e diversidade de gestão

Fonte de financiamento	Volume de financiamento (cálculo para 2011)		Dentro/fora do orçamento, CUT*, CGE**	Gestão via eSISTAFE
	Em milhões de USD	em %		
Orçamento do Estado (incl. DBS)	160	24	Dentro	Sim
PROSAUDE	100	15	Dentro	Sim
Governo dos EUA	340	52		
-PEPFAR via CDC	80		Fora	Não
-PEPFAR via USAID	180		Fora	Não
-Via ONGs, em espécie	80		Fora	Não
Fundo Global (FG)	50	8	Parcialmente até 2008	Até 2008
Outros (incl. ONU)	10	2	Fora	Não
Total	660	100		

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Anon, 2011 e entrevistas.

* CUT: Conta Única do Tesouro;

**CGE: Conta Geral do Estado

O maior parceiro internacional é, de longe, o governo dos EUA, cujas contribuições, em 2011, são aproximadamente iguais às do Governo e do PROSAUDE juntas. Notamos também que o apoio externo tem basicamente duas modalidades de atribuição e gestão: em primeiro lugar, o apoio ao orçamento através do PROSAUDE e gerido, em grande medida, através do sistema nacional de GFP; e, em segundo lugar, os fundos geridos fora do sistema moçambicano do e-SISTAFE, provenientes sobretudo do Governo dos EUA, do Fundo Global de Luta contra o SIDA, Tuberculose e Malária (FG), e outros. Há, no entanto, uma zona cinzenta, onde o sistema moçambicano de gestão das finanças públicas (GFP) é parcialmente utilizado e o governo (representado pelo MINEC e MF) é pelo menos informado sobre o volume da ajuda (entrevistas).⁶⁴ Uma parte considerável do financiamento dos EUA é atribuída e administrada através de entidades terceiras (*contractors*) e *subcontractors* (empresas, ONGs, universidades), que utilizam os seus próprios sistemas de gestão financeira e aquisições e contratações, mas que recorrem, em grande medida, a recursos humanos moçambicanos. Há um consenso geral, por parte dos entrevistados, que isto enfraquece a base de recursos humanos do SNS, constituindo as baixas escalas salariais do SNS um factor que promove a saída do pessoal de saúde para os projectos financiados pelos doadores. Recorre-se muitas vezes aos projectos fora do orçamento, apoiados pelos EUA e relativamente bem dotados orçamentalmente e apetrechados, para preencher lacunas de financiamento do sector da saúde, nomeadamente no caso dos salários do pessoal de enfermagem a nível provincial (Entrevistas).

Os chamados Fundos Verticais atribuídos pelas agências dos EUA e o Fundo Global destinam-se a combater doenças específicas. No que diz respeito a modalidades de atribuição e gestão, fazem parte da segunda categoria de agências financiadoras. Uma terceira e menos conspícua modalidade de atribuição de fundos é a assistência técnica ao MISAU, basicamente por agências da ONU.

Desta análise podem ser tiradas cinco conclusões:

- **A taxa de dependência** do financiamento externo **aumentou drasticamente**. Um estudo realizado em 1999 concluía já que os doadores assumiam um papel cada vez mais pró-activo e determinante no sector, com o Ministério da Saúde relegado para o lugar de parceiro 'receptivo e reactivo' (Pavignani & Durão, 1999: 243). Esta dinâmica produziu o efeito paradoxal de os próprios Parceiros de Apoio Programático do sector da saúde se queixarem de estarem a assumir o papel do governo⁶⁵. No entanto, o alinhamento com as metodologias e sistemas do governo e a previsibilidade das suas contribuições financeiras ainda deixam muito a desejar: uma recente avaliação do desempenho dos PAP revelou que 11 dos 14 indicadores foram apenas parcialmente cumpridos ou não foram cumpridos de todo (Castel-Branco et al., 2010).

- O sector da saúde está **altamente fragmentado** no que diz respeito a interesses, projectos, modalidades, etc.
- A pluralidade e a coexistência de muitos actores e projectos com abordagens diferentes de atribuição de financiamento e de gestão põem uma tremenda **pressão na capacidade nacional disponível** para coordenação, elaboração de relatórios, gestão em geral, e no pessoal da saúde em particular. A considerável diferença salarial entre o SNS e os projectos de saúde tem um efeito de fuga de pessoal qualificado do SNS. Supõe-se que um número considerável de profissionais, dos 15% do total dos recursos humanos que abandonaram o sector em 2010, foi absorvido por projectos e programas financiados pelos doadores. No que diz respeito aos médicos das zonas urbanas, é prática comum dividirem o tempo de serviço entre hospitais públicos (no período da manhã) e clínicas privadas (à tarde) (Entrevista).
- Embora a agenda da eficácia da ajuda resultante da Declaração de Paris e os seus mecanismos de implementação, como sejam o processo de Revisão Conjunta, o financiamento de um fundo comum para o sector (por exemplo, através do PROSAUDE substituindo o antigo Fundo Provincial de Saúde e do Fundo de Medicamentos) e o estabelecimento do Grupo de Parceiros da Saúde (GPS), tenham vindo melhorar consideravelmente a **coordenação entre o governo e os parceiros do PROSAUDE**, o grau de complexidade tem aumentado, juntamente com os custos de transacção da coordenação. Isso pode atribuir-se em parte à imprevisibilidade do financiamento externo para o sector. Segundo pessoas que conhecem bem o sistema, o grau de complexidade e de 'confusão' aumentou a tal ponto que a coordenação foi substituída por um desregulado 'deixar andar' e uma deterioração do 'estado de saúde do sector da saúde' (Entrevistas).
- A **sustentabilidade do sector da saúde está ameaçada**, como foi já observado atrás. Já em finais dos anos noventa um estudo concluiu que o sector, cada vez mais apoiado por doadores, estava a ser construído sobre 'areias movediças' (Pavignani & Durão, 1999).

A permanente e acentuada dependência da ajuda externa⁶⁶ do sector da saúde de Moçambique, aliada ao decréscimo do peso relativo da atribuição dos seus próprios recursos é certamente uma excepção à tendência geral observável nos outros países em vias de desenvolvimento. Concluiu-se recentemente que o financiamento nacional da saúde está a crescer de forma muito mais dinâmica que a Ajuda ao Desenvolvimento para a Saúde (ADS), que também aumentou nos últimos anos,

mas a um ritmo mais lento, devido à recessão económica global (IHME, 2011). Visto nesta perspectiva, os decisores políticos moçambicanos têm perante eles a tarefa de minimizar o risco e o impacto causado por uma potencial e possível falta repentina de financiamento e os seus efeitos nos resultados produzidos pelo SNS. Como notam os autores do estudo, ‘os decisores políticos terão de avaliar cuidadosamente as tendências na circulação de recursos, para decidir onde e como os gastos podem ter o impacto máximo na saúde da população, nesta altura crucial em que se aproxima rapidamente o prazo final dos ODM’ (IHME, 2011: 31).

2.3 Saúde – um negócio viável numa sociedade de classes?

Já referimos o processo de mudança e de diferenciação social que tem vindo a ocorrer em Moçambique desde o fim da guerra de 16 anos. A sociedade moçambicana tornou-se mais estratificada e revela cada vez mais ser uma sociedade de classes: uma classe pequena e muito rica de cidadãos directamente relacionados com as elites políticas nacionais no poder domina a economia e revela características de ‘burguesia tipo «comprador»’, ou seja, uma parte da elite nacional com alianças fortes com investidores estrangeiros, empresas multinacionais, bancos, etc. Esta classe inclui o chefe de Estado e membros da sua família, que têm participações importantes em empresas de quase todos os sectores⁶⁷ (Hanlon & Mosse, 2009), bem como os principais membros da elite da Frelimo ligados a empresas públicas e outros ligados a oligopólios comerciais (Buur *et al.*, 2012). No outro extremo da hierarquia social, encontramos uma ‘massa’ presumivelmente crescente de moçambicanos, rurais e urbanos, para quem as políticas governamentais apoiadas pelos doadores e visando a redução da pobreza têm pouco significado (Macuane, 2012) e poucos efeitos práticos, tendo em conta a estagnação dos indicadores utilizados para medição da pobreza (MPD, 2010b). Uma classe média crescente, predominantemente urbana e com algum poder de compra parece assentar numa base económica que é instável, sujeita a choques de preços e inflação, efeitos da especulação com terras e condições inseguras de propriedade e emprego ligadas a projectos, missões diplomáticas e empresas internacionais. ‘Terramotos sociais’ (Carlos Serra) em 2008 e 2010 violentos com mortos, manifestações e acções de carácter laboral são indicadores de lutas sociais por uma distribuição mais igualitária da riqueza.

O impacto destes processos de mudança reflecte-se no sector de saúde, que também está a passar por um processo de diferenciação. Segundo um médico que entrevistámos, está a surgir de novo um ‘sistema de classe’ de prestadores de serviços de saúde, de acordo com o poder de compra diferenciado dos vários estratos e segmentos da sociedade. Uma taxonomia simples distinguiria cinco classes de prestadores de serviços de saúde privados com fins lucrativos, nas zonas urbanas:

- Hospitais privados, cujos proprietários estão ligados à elite. Estas clínicas cuidam de doentes com posses e rendimentos altos, tanto nacionais como estrangeiros, com acesso a moeda estrangeira.
- Secções privadas dos hospitais centrais (clínicas especiais), com acesso preferencial a serviços médicos, médicos e equipamento – na maior parte dos casos, as facturas dos serviços são passadas em USD, mas são pagáveis em MT (a taxas de câmbio altamente desfavoráveis).
- Quartos e serviços especiais em hospitais públicos, negociados privadamente com os funcionários da saúde, e a serem pagos com tarifas extras (subornos) ou ‘sobretaxas’ (em MT).
- Serviços normais para pessoas normais. Nas palavras de um profundo conhecedor do sistema, isto representa o que na época colonial era designado como ‘Enfermarias Indígenas’.
- ‘Médicos’ privados e ‘prestadores de serviços’ informais, ligados a cadeias de fornecimento de medicamentos e com conhecimentos médicos básicos, por exemplo, de experiência de trabalho como enfermeiro no exército ou no SNS, juntamente com curandeiros, tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais, fora do SNS. Pode ainda acrescentar-se aqui praticantes e fornecedores de ‘medicina e medicamentos tradicionais chineses’, que se vêem cada vez mais nas zonas urbanas.

Podem ser de incluir na nossa análise os estabelecimentos médicos da vizinha África do Sul, nomeadamente em Nelspruit, capital da província fronteiriça de Mpumalanga, que cuidam e dependem, em grande medida, de doentes da elite moçambicana e estrangeiros residentes em Maputo. Chegamos assim ao que parece ser uma imagem realista da natureza estratificada dos prestadores de serviços de saúde em Moçambique.

Todas as instituições cobram ao paciente os serviços que prestam, a diversas escalas. Assim, a prática real ultrapassou o antigo dogma da ‘saúde gratuita para todos’. Parece que este teve o seu tempo e foi substituído por outro, segundo o qual, para serviços de um bem público, há um preço a pagar, como em qualquer serviço público ou privado, seja ele abastecimento de água, recolha de lixo, etc. É este aspecto, ou seja, um escalonamento de preços para diversas escalas e qualidades dos serviços de saúde, que uma reforma do sector da saúde e uma nova política de saúde precisam de ter em consideração e operacionalizar.

A experiência do projecto-piloto do Hospital (público) Polana Caniço, em Maputo, gerido por uma ONG espanhola antes de passar de novo para a tutela governamental no mandato do ministro Garrido, demonstra que um serviço de saúde decente e popular de bom nível, que inclui a formação de médicos em

medicina de família (Entrevista), não precisa forçosamente de se opor a uma abordagem de recuperação de custos através de taxas moderadoras: um estudo de caso feito no início dessa experiência mostra que conseguiu recuperar quase 80% dos seus custos de funcionamento (Christie & Ferrara, 1999: capítulo 2.5.1). Não é claro, porém, se esta elevada percentagem foi mantida ao longo dos anos.

É de notar que ocorrem, a todos os níveis, várias formas e práticas de *rent seeking*, legais e ilegais, incluindo desvios e extorsão de dinheiro aos níveis mais baixos da saúde pública, vulgarmente conhecidos como corrupção de pequena escala. Isto significa que é paga uma taxa extra ou um valor monetário, resultantes da incongruência entre oferta e procura no sector, bem como de práticas ilícitas. Esta ‘taxa de corrupção’, sob a forma de suborno, etc., tem efeitos de tributação regressiva: ‘os muito pobres são quem mais sofre com esta corrupção, quando deixam de receber os serviços de que necessitam ou são forçados a pagar uma percentagem maior do seu rendimento para ter acesso a serviços que deviam ser fornecidos gratuitamente ou a mais baixo preço’ (USAID, 2005).

Tendo em conta que o sector privado na saúde atrai enfermeiros e médicos do SNS em grande medida formados pelas instituições do ensino médio e superior do sector, financiado através do erário publico, e usa, parcialmente, equipamento, etc., alocado ao SNS através de recursos financeiros públicos, pode sugerir-se que o sector público da saúde está, de certa maneira, a subvencionar o sector privado.

3. Saúde e Descentralização

3.1 Contexto

Afirma-se no PESS 2007-12 – sem se apresentar muitas provas – que o sector da saúde é um dos sectores mais descentralizados em Moçambique (MISAU, 2007b: 33). Ignorando a abordagem centralizada de inspiração socialista da administração de saúde da época, sugere-se que, com a criação das Direcções Provinciais de Saúde (DPS) em 1975 e a definição do distrito como plataforma de planificação em 1978,⁶⁸ foram dados passos importantes no sentido da descentralização, nos anos que se seguiram à independência. Segundo o PESS, foram feitos novos progressos em 1997/98, com a descentralização da gestão de recursos humanos de nível médio e de nível inferior e básico, e com a criação de orçamentos provinciais, e, mais tarde, distritais, para o sector da saúde e para as suas unidades, e ainda com a introdução do e-SISTAFE para gerir o fluxo de recursos e as despesas. Este documento não ignora, contudo, os desafios que continuam a existir, ligados à planificação vertical e horizontal do sector (MISAU, 2007b: 29ff) e ao facto

de que os municípios, legalmente dotados de competências relativamente a cuidados primários de saúde, não beneficiaram formalmente de transferências de responsabilidades e de recursos do sector.

Segundo a Avaliação Conjunta Anual (ACA) de 2008, regista-se um progresso no que toca à descentralização de competências e recursos nas áreas de:

- Planificação, execução e gestão de salários e despesas relacionadas com recursos humanos.
- Construção de alojamento para funcionários em unidades de saúde em distritos remotos.
- Construção de centros de saúde (tipo II) de acordo com os planos normalizados aprovados pelo MISAU, bem como a reabilitação desses centros.
- Implementação de actividades e investimentos relacionados com saúde no âmbito do fundo OIIL ('sete milhões').
- Reestruturação de serviços públicos e sectores subprovinciais.

Aceitando estas afirmações sem as questionar, continuamos a analisar a descentralização na saúde aos níveis provincial e distrital, tendo sempre presentes as vantagens na alocação e distribuição de fundos que se diz resultarem de orçamento público descentralizado e funções de serviços também descentralizadas (Bailey, 1999).

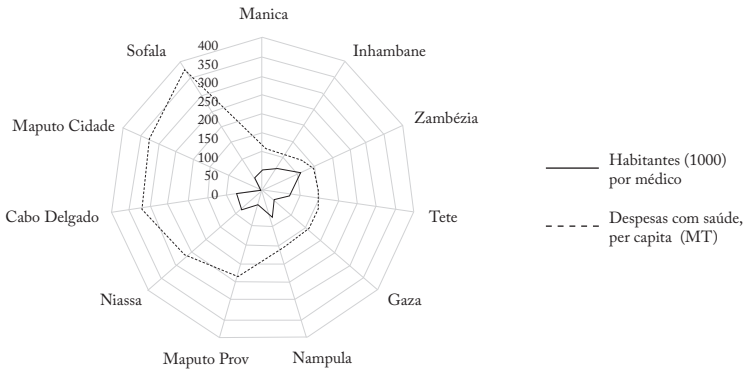
3.2 Províncias: afectação de recursos – aspectos verticais e horizontais

Tem sido evidente que as despesas de saúde *per capita* têm sido 'excepcionalmente desiguais entre as várias províncias' (McCoy & Cunamizana, 2008: 12). Um relatório recente sugere que os padrões de despesa variam de acordo com a capacidade instalada de recursos humanos e não com a necessidade, determinada por factores como a densidade populacional, o número *per capita* de hospitais e leitos hospitalares, os indicadores de pobreza e de privação grave de saúde (*Severe Health Deprivation – SHD*), etc. (Anon, 2011: 15). Isso pode explicar, que, por exemplo, a província do Niassa, com um número de habitantes muito baixo, tenha, estatisticamente falando, afectações de fundos substancialmente mais elevadas que as províncias com muita população, como Nampula e a Zambézia,⁶⁹ que ficam 'constantemente a perder', tendo, no caso da Zambézia, despesas de saúde *per capita* da ordem dos 3,73 USD em média, quando o país no seu todo tem uma média de 5,7 USD (McCoy & Cunamizana, 2008: i).

As figuras que se seguem mostram, em primeiro lugar, os efeitos horizontais, ou seja, geográficos, do padrão de afectação de dois recursos, nomeadamente recursos

financeiros (despesas *per capita*) e recursos humanos (médicos), e, em segundo lugar, a dimensão geográfica de alguns indicadores fundamentais de saúde, dois relacionados com a saúde infantil e um com a esperança de vida geral. O padrão de gastos não mudou substancialmente ao longo dos últimos anos, uma conclusão confirmada por outros estudos (Sal e Caldeira & Ximungo, 2009).

Figura 9: Afectação de recursos humanos e financeiros na saúde, por província

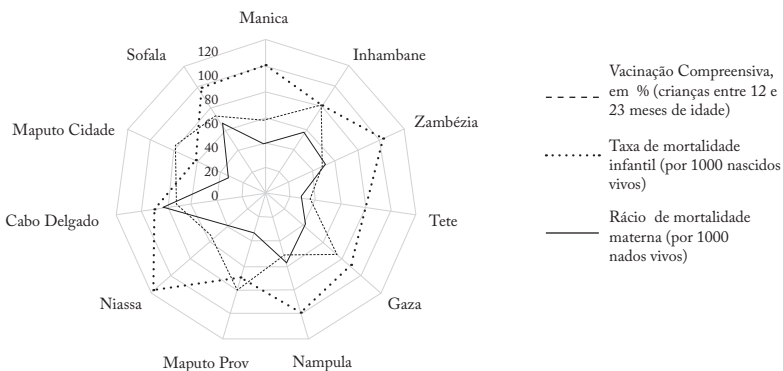


Fonte: elaborado pelo autor na base de Umarji, 2011; Ferrinho *et al.*, 2010: 8. Dados de despesas de saúde: 2010; para habitantes por médico: 2006.

A figura ilustra que a Cidade de Maputo e a Província de Maputo, bem como Sofala, estão bem servidas, tanto no que diz respeito a despesa *per capita* como ao número de médicos disponíveis, enquanto que a Zambézia, Tete, Gaza, Inhambane e Nampula têm uma falta considerável desses recursos. É surpreendente que Cabo Delgado tenha quase o mesmo nível de despesa de saúde *per capita* que a Cidade de Maputo.

A figura seguinte mostra indicadores de saúde seleccionados, por província.

Figura 10: Indicadores seleccionados de saúde por província



Fonte: elaborado pelo autor na base de FNUAP, 2011.

Se, para fins meramente ilustrativos, compararmos as duas figuras, vemos que parece haver uma correspondência entre a afectação de recursos e indicadores relacionados com a saúde materno-infantil. A taxa de mortalidade infantil é geralmente mais elevada nas províncias onde há maior escassez de recursos atribuídos e mais baixa em províncias mais bem dotadas de meios financeiros e de médicos, com o Niassa aparentemente constituindo excepção.⁷⁰ A imagem é menos clara relativamente aos outros dois indicadores. Enquanto a taxa de mortalidade materna é alta em províncias como Nampula e a Zambézia, que têm indicadores baixos para dotação de recursos, é elevada também em províncias como o Niassa e Sofala. Por outras palavras, existem outros factores além da alocação de recursos que influenciam os resultados de saúde. Por razões metodológicas óbvias, não nos é possível tirar conclusões rigorosas com base em simples comparações de indicadores. O que queremos aqui sugerir é que há uma hipotética correlação entre a atribuição de recursos e resultados de saúde, cuja racionalidade e validade precisaria de ser investigada num contexto diferente e com métodos diferentes do actual.

Voltando à Figura 10 acima: Quais são as causas do padrão predominante de despesa? Consideramos factores técnicos e políticos. Os principais factores técnicos interligados são:

- Planificação (PES) e orçamentação (OE) não estão sistematicamente integradas. Assim, a definição de novas prioridades ou uma alteração de prioridades não pode facilmente traduzir-se no orçamento e a execução orçamental não pode ser facilmente monitorada numa perspectiva de estratégias e políticas.
- O orçamento é elaborado de forma incremental, com base nas dotações anteriores ('orçamentação incremental'), o que não reflecte forçosamente o custo real de produzir e gerir um determinado serviço público ou administrativo, por exemplo, um hospital rural. Estes custos podem variar consideravelmente de província para província. Através da orçamentação incremental, as distorções iniciais na atribuição de recursos são sempre transportadas de um ano fiscal para o outro e são difíceis de mudar. Uma solução seria uma abordagem orçamental de base zero (*zero budgeting*), respectivamente, 'um exercício orçamental pontual extraordinário' (McCoy & Cunamizana, 2008: 21) combinado com um exercício de custeio, o que permitiria o reajustamento do padrão de distribuição para afectação de recursos.
- Falta de coordenação intra-sectorial eficaz e de negociação eficaz entre âmbitos (por exemplo, âmbito central e âmbito provincial). Segundo um entrevistado conhecedor desta matéria, conjugaram-se os elevados

custos de transacção, a falta de liderança e a preponderância de interesses do âmbito central relativamente aos de âmbito provincial para impedir que sejam fortemente tidos em consideração os interesses provinciais no processo orçamental da saúde, para não falar dos interesses distritais.

A razão política pode estar relacionada com a geografia e a sociologia do poder, que produziu poucos centros e subcentros de acumulação de capital, e com importantes infra-estruturas sociais e técnicas, e a autoridade fiscal, administrativa, etc., ou, por outras palavras, com funções fundamentais do Estado. Moçambique não constitui excepção à regra geral de Estados africanos territorialmente vastos de que estas funções centrais do Estado se restringiam e continuam a restringir-se a uns quantos destes centros, incluindo a capital, nomeadamente ao longo da costa (Herbst, 2000). A afectação privilegiada de recursos humanos e financeiros à Cidade de Maputo e ao Hospital Central de Maputo (HCM) espelha claramente esse padrão. Isto articula-se, obviamente, com o modo colonial de acumulação de capital e a economia mineral e agrícola, extractiva e orientada para a exportação, cuja estrutura continua a caracterizar a economia política moçambicana (Mosca, 2005; 2011; Castel-Branco & Ossemane, 2010) – apesar das tentativas que a coligação política da Frelimo fez, nos primeiros tempos pós-independência, de rectificar a estrutura herdada e dismantelar o Estado (central e local), para esse fim. Contudo, esta tentativa falhou em grande medida e levou à apropriação do Estado pelas diversas coligações da Frelimo que governam o país desde a independência (Ecorys, 2008; Sumich, 2010b).

Num cenário deste tipo, a periferia, isto é, as províncias e os distritos ou as zonas rurais – onde existe uma próspera ‘economia não observada’ que dá comida e rendimento à vasta maioria dos moçambicanos –, é relegada para a função de fornecedora de terra, de produtos agrícolas e de mão-de-obra, a menos que surja uma descentralização radical e uma política de redistribuição, aliada à transformação do modo predominante de acumulação de capital, ambas com necessidade de incluir nos *political settlements* entre as elites políticas locais/regionais, ou, por outras palavras, um interesse mais abrangente da coligação no poder. Nem aconteceu um projecto radical de descentralização, com substancial transferência de poderes e recursos para o Estado local⁷¹, nem se deu a transformação da estrutura económica e modo de acumulação herdados (Mosca, 2005; Castel-Branco, 2010), e muito menos o empoderamento das elites locais e a sua inclusão nos acordos políticos centrais.

O estudo de caso de Nampula na Parte II deste volume mostra que os sectores sociais, incluindo a saúde, não fogem a este padrão. Por muito que a província de Nampula seja a segunda mais importante em termos de contribuição para o PIB,

está entre as províncias com indicadores baixos no que diz respeito a serviços de saúde e com despesas de saúde *per capita* abaixo da média, apesar de parte da elite local ter sido co-optada para o poder político central e para o governo. Juntamente com outros factores, de carácter histórico e antropológico, isto pode explicar a instabilidade eleitoral e política da província no passado. Um antigo funcionário estatal de nível superior, com conhecimento profundo do sector da saúde, que foi entrevistado para este estudo sugere que a instabilidade política de Nampula e de outras províncias ricas em recursos pode aumentar na medida em que a economia moçambicana política continua a atrair grandes investidores nos negócios de extracção mineral e agrícola, por um lado, sem, no entanto, partilhar cada vez mais com a população as receitas destes negócios, através da melhoria do emprego, das condições de vida e das condições sociais, incluindo melhores serviços de saúde. O nosso interlocutor sublinhou a sua análise com uma analogia com a violência política e as lutas de classes na industrialização da Alemanha no séc. XIX (Entrevista).

O governo tem consciência dos efeitos negativos da actual afectação horizontal de recursos e está a ponderar maneiras de a corrigir, e não apenas no sector da saúde. A recente proposta elaborada no Ministério da Planificação e Desenvolvimento (MPD) procura redefinir os critérios de dotação orçamental provincial e o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP), por intermédio da utilização de dois critérios na fórmula de atribuição de fundos, um dos quais é um índice de pobreza composto, redefinido e recalibrado (em cuja composição a saúde ocupa 20%), com um peso de 30%. O outro critério é o tamanho relativo da população provincial, com peso de 70% (Rosenfeld, 2012). A ser aprovada, a fórmula garantiria uma afectação mais baseada na necessidade e mais justa, previsível e transparente, dos orçamentos de investimento das províncias bem como das dotações para bens e serviços do orçamento recorrente. Melhoraria e simplificaria também a planificação provincial e representaria um grande passo no sentido de uma verdadeira descentralização.

3.3 Nível subprovincial

Dadas as características demográficas, geográficas e socioeconómicas de Moçambique, os estabelecimentos de saúde pública ao nível distrital são de extraordinária importância para a população rural. Tem-se aqui em conta também os padrões definidos pela coligação política nos primeiros tempos após a independência cedo e pela fragilidade e ausência parcial de serviços de saúde significativos e seguros durante a guerra civil, devido à destruição maciça de instalações de saúde por parte da Renamo. O aumento da cobertura dos serviços de saúde e a prestação de serviços de saúde de qualidade, ao nível distrital,

especialmente a mulheres e crianças, tem feito parte das prioridades do governo, nas últimas estratégias de redução da pobreza, em geral, e dos planos estratégicos específicos do sector da saúde, em particular. Uma grande parte do pessoal de saúde é colocado a este nível e o sistema de saúde pode orgulhar-se de ter atingido recentemente a colocação de pelo menos um médico em cada um dos 128 distritos do país. Isto não é acompanhado, porém, por um nível proporcional de recursos financeiros: apenas 11% do orçamento da saúde (2011) são atribuídos ao nível local (Anon, 2011: 15), e muitas unidades têm, muitas vezes, falta de medicamentos e de fundos para aquisição de bens e serviços, e para salários do pessoal de enfermagem. Também tem sido difícil reter esses médicos nesses hospitais da periferia, pois a atracção das clínicas privadas nas zonas urbanas, com melhores condições de vida e de serviços públicos e privados, bem como a atracção de projectos de saúde directamente financiados por doadores diminuem a capacidade das unidades sanitárias rurais de reter pessoal médico. Por isso, o governo está a considerar aumentar drasticamente o nível salarial dos médicos que trabalham nas zonas periféricas.

No início da década de 1990, vários doadores começaram a canalizar a ajuda directamente para as províncias, desenvolvendo um processo de ‘geminção’ de grandes agências e províncias. No mesmo período, realizou-se uma série de iniciativas para tentar resolver questões de capacidade e equidade no sector. Os doadores e o MISAU criaram mecanismos de coordenação que levaram à criação de fundos comuns – Fundo Comum de Medicamentos, Fundo Comum Provincial (FCP), etc. O FCP foi distribuído com base em critérios claros para a afectação de recursos, incluindo perfis provinciais de pobreza. Com o desenvolvimento do processo de abordagem sectorial integrada e do PROSAUDE, diminuiu o apoio directo às províncias, assistiu-se à fusão dos fundos comuns no PROSAUDE, mas não foram integradas no ‘novo mecanismo’ exigências como os critérios de atribuição de fundos em função de questões de equilíbrio social. Assim, a atribuição e a gestão de recursos ao nível local debate-se com dificuldades e desafios de governação (várias entrevistas).

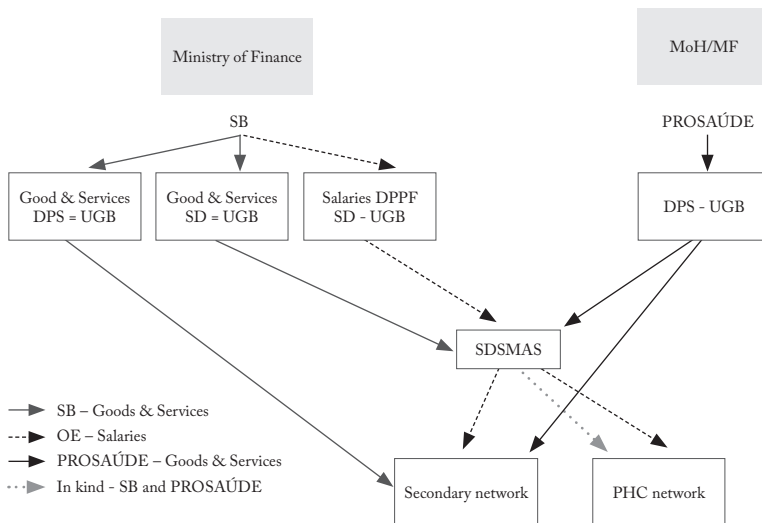
3.3.1 Estrutura institucional

No que diz respeito à gestão do sistema de saúde, o nível local é representado pelas autoridades distritais de saúde, os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS). Estes serviços distritais correspondem ao nível último e inferior do sistema nacional e têm um papel mais directo na prestação de serviços por intermédio da rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP), os centros e os postos de saúde. Os SDSMAS têm a responsabilidade de administrar e gerir todos os estabelecimentos de saúde nos distritos e em muitas autarquias. A equipa de gestão

a este nível é responsável pela gestão de recursos afectados através de: (i) o governo distrital – Secretaria Distrital para os fundos do Orçamento do Estado (OE), (ii) o sector da saúde a nível provincial, os fundos do PROSAÚDE e (iii) um número cada vez maior de ajuda por projectos e fundos verticais. No entanto, os SDSMAS, como todas as outras autoridades sectoriais distritais, não são normalmente uma Unidade Gestora Beneficiária (UGB), como definida no e-SISTAFE. Como tal, os fundos do OE são geridos globalmente como orçamento do governo distrital. Há problemas de gestão resultantes desta estrutura que têm um efeito negativo na prestação de serviços.

Ao nível distrital, além da rede de CSP, alguns distritos têm unidades de saúde de nível secundário – Hospitais Rurais, Gerais e Distritais. Estas unidades de saúde são consideradas autónomas relativamente aos SDSMAS; isto vem acrescentar mais complexidade de organização, planificação e gestão. Além disso, são formalmente consideradas UGB, mas, na prática, na maioria das províncias recebem o seu financiamento das Direcções Provinciais de Saúde (DPS) para bens e serviços, do OE (salários), do PROSAÚDE e dos SDSMAS. A figura que se segue ilustra o fluxo de fundos para o sector da saúde a nível distrital.

Figura 11: Fluxo de Fundos para o Nível Distrital – Salários e Bens e Serviços



Quanto aos municípios, está legalmente consagrada a sua responsabilidade pelos cuidados de saúde primários, e foram aprovadas regras institucionais para que sejam transferidos para eles os recursos humanos e financeiros (Decreto 33/2006 de 30 de Agosto). No entanto, isso não aconteceu até agora, para desgosto de alguns presidentes de conselhos municipais. Assim, os estabelecimentos municipais de saúde estão subordinadas ao 'Representante do Estado' e às autoridades de saúde, isto é, aos SDSMAS,⁷² tanto nas zonas rurais como nas principais vilas e cidades (Anon, 2011). Como tal, são tratados como quaisquer outros centros e postos de saúde, e portanto administrados/geridos pela mesma entidade, o SDSMAS, e recebem o seu financiamento pelos mesmos canais.

3.3.2 GFP e saúde: Descentralização, recentralização, eficácia e governação

A descentralização, no caso da saúde, limita-se à desconcentração e delegação. 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. Por exemplo, um estudo realizado em 2009 concluiu que mais de 75% dos orçamentos de saúde, educação e agricultura foram concebidos e gastos ao nível central, apesar de esses sectores precisarem de estar especialmente próximos da comunidade e dos beneficiários (Erskog & Rasmussen, 2009). A descentralização financeira no sector de saúde (bem como na agricultura) fica, de longe, atrás, em comparação com, por exemplo, o sector da educação ou de coordenação de acções ambientais.

De facto, a relativa autonomia de gestão e execução orçamental e de contabilidade que tinham antigamente as autoridades distritais de saúde foi agora cortada, em dois sentidos. Em primeiro lugar, como o orçamento da saúde faz agora parte do orçamento do governo distrital, tem de ser conciliado com potenciais competidores. Em segundo lugar, como os SDSMAS não são uma UGB no âmbito do e-SISTAFE, a função de gestão orçamental passou para o Gabinete do Secretário Permanente do distrito, que normalmente tem o estatuto de UGB. Do ponto de vista institucional, isto levou a uma debilitação da arquitectura de gestão de recursos da prestação de serviços de saúde a nível local, que resulta da falta de conciliação entre a descentralização (territorial) das funções e responsabilidades, por um lado, e a atribuição e gestão de recursos através do e-SISTAFE, por outro. A possibilidade criada pelo e-SISTAFE de execução e controlo orçamentais mais eficazes não é completamente aproveitada para promover melhor desempenho das unidades descentralizadas de prestação de serviços de saúde. Não estão ainda delineados de forma a torná-los coerentes com as suas necessidades de gestão. Um outro factor que potencialmente enfraquece a já fraca autonomia do sector

são as Presidências Abertas e Inclusivas (PAI) nos distritos. A implementação das orientações e matrizes que produzem é considerada prioritária e pode implicar a redistribuição dos recursos já alocados aos sectores (não apenas à saúde), pois devem ser implementadas sem aumento de recursos disponíveis (entrevistas)⁷³.

As consequências adversas desta dinâmica para o sector da saúde podem ser ilustradas com uns quantos exemplos:

- Com a descentralização e o processo de Apoio Sectorial, os SDSMAS **perderam a maior parte de sua antiga autonomia na gestão e contabilidade das suas despesas**. A gestão do processo de contabilidade, incluindo a apresentação de comprovativos (facturas, recibos, etc.) continua a ser feita ao nível sectorial, mas a reconstituição dos fundos justificados só é feita depois de todos os outros sectores (além da saúde) terem correctamente apresentado contas das suas despesas. Como há diferentes níveis de capacidade de gestão financeira, (o sector da saúde em geral, tem, por razões históricas, mais competências neste aspecto⁷⁴) há atrasos devido a uma prestação menos eficiente nos outros sectores.⁷⁵ Isto vem criar situações críticas no sector, que se vê privado de OE para aquisição de insumos (peças sobressalentes, combustível para ambulâncias, alimentação para doentes internados, etc.) e vê parcialmente comprometida a execução das suas atribuições fundamentais. Há vários exemplos elucidativos que sublinham a ineficiência do fluxo e gestão de fundos: houve falta de recursos, em 2010, durante quase nove meses, para aquisição de bens e serviços de saúde, nos Distritos de Nhamantanda e Dondo (entrevistas), e informações recolhidas em Sofala e Cabo Delgado indicam que, nalguns casos, a situação voltou ao nível dos anos noventa, com os distritos a recorrer a financiamento de ONGs e a acumular dívidas, devido aos atrasos e imprevisibilidade dos fundos do OE.
- A parcial perda de autonomia levou também, nalguns casos, à **não apresentação de todas as contas via eSISTAFE e, portanto, à retenção de receitas próprias (taxas dos utentes)**, tentando-se assim atenuar a falta de recursos para a compra de bens e serviços.⁷⁶ Uma solução poderia ser a de alargar (ou reinstalar) a autonomia na gestão financeira aos SDSMAS transformando-os em UGB e até em unidades executivas, descentralizando assim, de forma coerente, os recursos, a planificação, a gestão financeira e a contabilidade. Do ponto de vista técnico, o e-SISTAFE dá a possibilidade de fornecer aos SDSMAS e às unidades de saúde de nível secundário o financiamento de base destinado a fins específicos ou financiamento condicionado para despesas de capital e despesas correntes e para apoio específico por parte dos doadores.⁷⁷

A questão é se há suficiente consideração ao nível central, não só no MISAU, para aproveitar essas oportunidades proporcionadas pelo instrumento central do sistema moçambicano de GFP.

- A exclusão dos SDMAS da gestão orçamental implicou também **baixas taxas de execução dos fundos de OE**, um dos critérios utilizados pelo MPD/MF para atribuição de recursos. Por outras palavras, existe um efeito multiplicador negativo para futuras dotações orçamentais.
- Embora a política de descentralização reconheça o importante papel dos governos locais (tanto dos **distritos** como das **autarquias**) na planificação e orçamentação para uma execução eficaz de serviços públicos a nível local, este papel é muito limitado. Já foi referido o facto de os municípios não terem recebido os recursos para desempenharem as funções que lhes são atribuídas nos cuidados primários de saúde – um ponto de discórdia entre alguns deles e o governo central. O papel que os distritos desempenham na planificação, através do PESOD e do PEDD, também tem poucos efeitos, principalmente por duas razões. O seu exercício de planificação é feito ao mesmo tempo que o das unidades central e provincial. Isto significa que os planos locais só são integrados nos planos provinciais e nacionais, se o chegarem a ser, com um atraso considerável. E, como já afirmámos, os instrumentos de planificação, incluindo o CFMP e o PES, não estão nem organicamente ligados ao processo orçamental e ao SISTAFE nem os orçamentos são custeados, embora o e-SISTAFE forneça uma solução técnica para tal.

O governo tem reconhecido os problemas do sector da saúde ligados à gestão e execução orçamental ao nível subprovincial e os seus eventuais efeitos negativos nos impactos desejados de saúde, especialmente no que diz respeito a produzir unidades de saúde locais com cada vez mais qualidade e cobertura. Na altura da redacção do presente texto, os autores tomaram conhecimento de que a lei do orçamento para 2012 inclui três rubricas especificamente para SDSMAS nos orçamentos correntes dos Distritos: salários, bens e serviços e transferências correntes. Isto significa, que a sua dependência da Secretaria Distrital foi reduzida e sua antiga 'autonomia' parcialmente reinstalada. A longo prazo, no entanto, a melhor utilização das possibilidades do e-SISTAFE e do estatuto de UBG terão de complementar as medidas tomadas.

3.4 Desafios

Como a descentralização efectiva dos serviços de saúde do SNS depende, em grande medida, da atribuição atempada e adequada de financiamento, por instituições do governo central (para investimentos, despesas correntes e fornecimento de medicamentos da CMAM), a planificação, a gestão e a monitoria do fluxo de recursos para as unidades de saúde aos níveis provincial e subprovincial são essenciais para o bom funcionamento dos serviços.

Infelizmente, o MISAU não reconheceu ainda suficientemente que a gestão eficaz, eficiente e transparente dos fluxos de recursos é uma das suas principais responsabilidades (entrevista).

Os acontecimentos referidos na introdução revelaram uma série de fraquezas estruturais no que diz respeito a gestão financeira e prestação de contas, que foram, de uma ou doutra forma, confirmadas pelas entrevistas realizadas para este estudo. Estas fraquezas podem ser resumidas de seguinte forma:

- Ausência de um sistema eficaz de auditoria interna, apesar de a estrutura organizacional da Direcção de Administração e Finanças (DAF) da Direcção Nacional de Planificação e Cooperação (DPC) do MISAU prever essa unidade.
- Auditorias externas inadequadas, devido à falta de capacidade do Auditor Geral, isto é, a 3ª Secção do Tribunal Administrativo (TA).
- Contabilidade e procedimentos de apresentação de relatórios inadequados, incluindo a documentação de justificativos das despesas.
- Falta de uma base de dados de qualidade para os fluxos financeiros do sector, o que torna praticamente impossível o Rastreamento da Despesa Pública (*Public Expenditure Tracking, PETS*).
- Insuficiente afectação de recursos humanos e falta de capacidade de retenção no DAF, bem como falta de apoio ao DAF por parte da DPC, à qual o DAF está subordinado.

Especificamente no que diz respeito a produtos farmacêuticos, cujo orçamento anual foi, em 2009, o mais importante item individual das despesas do governo na lista do e-SISTAFE de programas do governo (Erskog & Rasmussen, 2009), a crise veio revelar grandes problemas relativamente a:

- Gestão da cadeia de fornecimento e distribuição de produtos farmacêuticos.
- Gestão de armazenamento e stocks, incluindo a segurança dos armazéns.
- Procedimentos de aquisições de bens e serviços inadequados e pouco transparentes, muitas vezes executados por funcionários jovens, sem experiência profissional, devido à fuga de pessoal qualificado e ao

afastamento deliberado de funcionários experientes pelo antigo ministro.

- Falta de formação de administradores da cadeia de fornecimento e do stock (entrevistas; Grant Thornton, 2011).

Esta estrutura também influenciou os níveis de prestação de contas no sector e particularmente o combate à corrupção, que, até agora, tem habitualmente sido percebido como grave neste sector. A este respeito, um estudo realizado pelo CIP (Centro de Integridade Pública), em 2006, conclui que a corrupção no sector da saúde assenta nas relações de oferta e procura de serviços de saúde entre o sistema de saúde e o público. Neste sentido, todos os actores do sector podem eventualmente vir a participar nalgum tipo de práticas corruptas. Assim, as práticas mais frequentes são: exigência de pagamento ilícitos pelos enfermeiros; utilização das instalações e recursos públicos por parte do pessoal médico, para atrair clientes para as suas clínicas privadas ou para fornecer consultas e tratamento privados; aceitação de subornos pelos responsáveis das aquisições, para adjudicação de contratos públicos; desvio de produtos farmacêuticos para o mercado negro por parte dos funcionários da farmácia (Mosse & Cortez, 2006). O estudo assinala também casos de grande corrupção na adjudicação de obras públicas e importação de produtos farmacêuticos, e fornecimento ilegal de medicamentos às farmácias privadas, que cobram um preço muito mais elevado que as farmácias do sector público, obtendo, pois, grandes margens de lucro, uma conclusão que foi confirmada por um entrevistado. As causas identificadas da corrupção são os salários baixos, a debilidade do mecanismo de controlo interno (principalmente a inspecção) e a fronteira sempre vaga entre actividades públicas e privadas.

O diagnóstico do sector da saúde foi utilizado para conceber um plano de acção anticorrupção para o sector, em colaboração com o CIP, mas, paradoxalmente, a sua implementação não foi monitorada, devido ao desmantelamento da Inspeção Geral no mandato do ministro Garrido (ACS, 2009).

Tendo em conta as questões identificadas ao longo deste trabalho, a situação não se alterou muito no sector desde o estudo de 2006. Os problemas de prestação de contas persistem e as principais fontes de corrupção continuam a ser as mesmas do que nessa altura.

5. Conclusões

O estudo, utilizando uma abordagem de economia política na sua análise do sector da saúde de Moçambique, permite tirar quatro conclusões básicas.

Em primeiro lugar, considera-se que o desempenho do sector da saúde e os

desafios a ele ligados resultam principalmente de **défices de gestão e governação**, nomeadamente no que respeita à capacidade do próprio MISAU de gerir receitas e despesas, bem como a cadeia de fornecimento de medicamentos. Pode-se e deve-se também reforçar a interacção com o MF e o TA para melhorar a gestão do orçamento e melhorar a utilização do e-SISTAFE ao nível subprovincial para aumentar os gastos e os resultados de saúde. Os principais desafios relacionam-se, em princípio, com a gestão eficaz, eficiente, transparente e responsável dos seus recursos mais que com qualquer outro factor atrás discutido. Um estudo recente pelo DfID corrobora esta conclusão do ponto de vista das aquisições e contratações no sector público (Weimer & Macuane, 2011). O relatório da Avaliação Conjunta Anual de 2010 dos parceiros da saúde levanta também a questão da gestão eficaz, eficiente e transparente, como o faz, aliás, o documento sobre financiamento da saúde que com o MISAU contribuiu para a avaliação do sector de saúde. Afirma-se nesse documento que se gasta a surpreendente percentagem de 37% dos recursos do sector na gestão e administração dos programas de saúde pública (Anon, 2011: 7). Pode-se talvez acrescentar que este estado de coisas, aparentemente, não afectou de forma forçosamente negativa a eficácia do SNS, que, segundo os critérios de monitoria do QAD,⁷⁸ mostra tendências de melhoria, com a excepção de certos cuidados de saúde materno-infantil e indicadores de nutrição relacionados (MISAU, 2011a). Isso não quer dizer, no entanto, que, especialmente numa perspectiva comparativa, Moçambique não tenha um desempenho modesto, com o estado de saúde da população moçambicana continuando a ser 'inferior à média dos países africanos e segundo os padrões internacionais' (Visser-Valfrey & Umarji, 2010 : 7). O SNS já mostrou a sua robustez e capacidade de cumprir, mesmo sob pressão considerável (Cliff *et al.*, 1986; O'Laughlin, 2010). O profissionalismo, competência e motivação do pessoal de saúde – ou, por outras palavras, o capital social colectivo do sector – parece ser um dos principais factores responsáveis pelos resultados positivos, apesar de circunstâncias, como uma escala salarial baixa e pagamentos de salários irregulares⁷⁹, falta de pessoal e fuga de pessoal qualificado, que afectam negativamente o SNS (entrevista).⁸⁰

Em segundo lugar, uma vez que uma gestão eficiente e eficaz depende, em grande medida, de **um quadro claro de regulamentos e políticas**, que defina objectivos estratégicos e opções operacionais, e aborde questões de viabilidade e sustentabilidade, e a monitoria e avaliação coerente do sistema de saúde, torna-se óbvia a necessidade de uma política clara e de um quadro regulamentar que reflecta a dinâmica e as mudanças socioeconómicas que afectam o sector. A análise atrás apresentada produziu alguns argumentos poderosos que sustentam a necessidade de reforma do sector – uma perspectiva partilhada e salientada por quase todas as pessoas entrevistadas. Estas pessoas também concordam que uma reforma ou uma

nova política teria de tentar resolver especificamente os desafios colocados pelos prestadores de serviços privados das áreas urbanas, em rápida expansão, que não estão desligados da dinâmica da economia política e o fenómeno de *rent seeking*, quer legal quer ilegal. Embora actualmente não seja claro onde se encontram as forças motrizes e as alianças para uma reforma do sector da saúde, há um forte sentimento em vários entrevistados de que os actores não estatais e a sociedade civil devem ter – e deve ser-lhes dado – um papel importante numa análise dos actuais determinantes das políticas, que estão desajustados relativamente aos desafios socioeconómicos que hoje se colocam dentro e fora do sector. A reforma teria também de executar, no contexto dos processos de estratificação em curso, a tarefa politicamente delicada de conciliar a ideologia (ou a percepção) dominante de saúde (gratuita ou barata) para todos em todo o país, por um lado, com a ideologia da saúde como negócio lucrativo, por outro.

Em terceiro lugar, como o mostra a análise da secção 2.2, a **enorme dependência do financiamento externo** do sector de saúde tem fragmentado o sector e tido efeitos negativos na sua sustentabilidade. Portanto, é urgente abordar a questão do financiamento do sector da saúde, procurando não só formas e modalidades suaves de reduzir a dependência dos doadores, por exemplo, através de estratégias de retirada inteligentes (*exit strategies*), como também, e ainda mais importante, o financiamento do sector da saúde a partir de recursos domésticos, isto é, impostos em primeiro lugar. Como vimos, o financiamento do sector da saúde foi completamente desligado da dinâmica nacional de geração de receitas, o que é provável que venha a aumentar através da prevista tributação de megaprojectos e operações de extracção de minerais (EIU, 2012). Por outro lado, o financiamento por parte de particulares também aumentou consideravelmente. E, por último, existem reservas de financiamento ocultas, sob a forma de rendas ocultas e da ‘taxa de corrupção’ para serviços de saúde, cobradas de diversas formas a praticamente todos os níveis de prestadores de serviços públicos.

Por fim, no que toca a **descentralização**, a nossa análise realça a necessidade de analisar os critérios de atribuição e distribuição de fundos para as despesas do orçamento da saúde ao nível subnacional, por razões económicas, políticas e de eficiência. Uma distribuição mais justa dos recursos na saúde fornecerá os critérios necessários, se não suficientes, para uma descentralização significativa dos serviços de saúde. Outro critério é a harmonização da lógica funcional e territorial e das possibilidades de que dispõe o sistema de GFP (e-SISTAFE) com as necessidades das unidades subnacionais de saúde, em especial das unidades subprovinciais. Estas estão, digamos assim, presas no ‘purgatório’ indefinido entre uma lógica centralizadora e a descentralização.

Notas

1. O autor agradece aos colegas Minoz Hassam e Ozias Chimunuane pela assistência imprescindível na produção dos dados fiscais usados na análise neste artigo. Os agradecimentos estendem-se aos senhores Uri Raich e Nobre Canhanga que contribuíram com comentários valiosos, bem como ao senhor David Alberto Seth Langa pela revisão linguística do texto. Uma versão mais ampla deste artigo foi publicada pelo German Development Institute (GDI/DIE), Bona, RFA (Weimer, 2012).
2. Ver artigo por Nguenha, Raich & Weimer na Parte II.
3. Aprovado pelo Conselho de Ministros, Maputo, 16 de Novembro, 2010.
4. Nas autarquias da Beira, Cuamba, Marromeu, Nacala, Ribaua e Vilankulo.
5. O autor gostaria de agradecer aos interlocutores autárquicos pela informação facultada, bem como à direcção do P-13. O agradecimento especial vai para os colegas que participaram nestes estudos, nomeadamente, Uri Raich (Banco Mundial), Jamie Boex (Urban Institute, Washington D.C.), bem como Sven Hindkjaer (NIRAS, Copenhaga).
6. Uma cidade rural de pequeno porte na Província de Niassa no interior do país (região Norte).
7. Uma vila turística costeira na Província de Inhambane na região Sul de Moçambique.
8. Informação do IGF.
9. A percentagem que indica o total das receitas próprias (valores arredondados) inclui receitas das fontes principais (incluído taxa de lixo) e fontes secundárias de receitas fiscais e não fiscais (licenças, publicidade, multas etc.). Estas últimas não são objecto do presente estudo. Estas duas categorias representam 71 % e 29%, respectivamente (ver coluna 4, linhas 9 e 10 na tabela em baixo).
10. Entrevista com o responsável municipal para a gestão dos mercados; cf. Weimer *et al.*, 2010c: 28f.
11. Outras fontes são a 'Contribuição de melhoria' e taxas ligadas à prestação de serviços (resíduos sólidos, água, etc.) e concessão de licenças (por exemplo: para construção), as últimas subsumidas no CTA de 2008 na Taxa de Actividade Económica TAE.
12. Ministério de Finanças, Regulamento de Avaliação de Prédios Urbanos, Esboço, Maputo, Julho de 2010.
13. Lei No 19/97 de 1 de Outubro – Lei de Terras
14. Usou-se em todos os casos os dados orçamentais reflectidos na Conta de Gerência, isto é após a execução orçamental nos respectivos anos.
15. Esta metodologia alternativa foi elaborada e aprovada num Workshop metodológico organizado pelo P 13 e o Banco Mundial, em Nacala Porto, nos dias 17 e 18 de Maio de 2010. Participaram, para além dos investigadores, o consultor internacional do projecto, Sr. Jamie Boex, o especialista para finanças públicas do Banco Mundial, Sr. Uri Raich, o gestor financeiro do P 13, Sr. Hans Erskog, bem como o pessoal técnico do CM de Nacala. A Autoridade Tributária de Moçambique participou numa vídeo-conferência com os investigadores e o pessoal sénior do Banco Mundial no dia 27 de Janeiro de 2010, mostrando assim o seu interesse pelo tema.
16. Apresentação pelo Director do NOSi (Núcleo Operacional da Sociedade de Informação), Jorge Lopes, em Maputo, 7 de Outubro de 2011.
17. Para a discussão do poder de barganha vertical, isto é nas relações intergovernamentais como factor decisivo na descentralização e governação local ver Manor (1999: 81ff).
18. Só em Julho de 2010 o Ministério de Finanças produziu o *draft* de um regulamento com a finalidade de determinar a metodologia da avaliação e actualização do valor predial (ver: Nota de rodapé No 7).
19. Entrevista com o PCM de Vilankulo, Suleimane Esep Amuji, 13 de Junho de 2010.
20. Entrevista com o Sr. Estêvão, Conservador, Conservatório de Registos e Notariado, Cuamba, 9 de Julho de 2010.

21. Entrevista com Sra. Laurinda, Chefe dos Serviços para Actividade Económica e Sr. Eusébio Costias, Vereador, Urbanização, Infra-estruturas e Meio Ambiente, Cuamba, 9 de Julho 2010.
22. Na constituição Brasileira de 1988 determinou-se que as autarquias brasileiras fazem parte da federação.
23. O desenvolvimento da segunda geração do SGM está presentemente a ser apoiado pelo P-13, em colaboração com a Cidade de Nacala-Porto (Município piloto) e com a Unidade Técnica da Reforma da Administração Financeira do Estado (UTRAFE).
24. Disciplina económica associada com as 'Ciência do Estado' *Staatswissenschaft* na Alemanha do início do século passado e com economistas como Schumpeter (1991).
25. *Edis sucumbem às ordens do partido*, O País [Maputo], Sábado, 13 Agosto, 2011 <http://www.opais.co.mz/index.php/politica/63-politica/15875-edis-sucumbem-as-ordens-do-partido.html>
26. Ver: Weimer & Isaksen, 2010.
27. Ver os artigos na Parte I deste livro.
28. Entendemos por 'eficiência' a capacidade institucional da organização de um sistema de abastecimento de água de produzir, numa forma palpável e sustentável, os efeitos desejados, isto é o abastecimento de água com qualidade e cada vez com maior cobertura. 'Eficácia' significa no contexto do presente trabalho a gestão económica de um projecto, de uma empresa de abastecimento de água etc. no sentido de maximizar os efeitos, em termos de produção, dos recursos investidos, e a cobertura das despesas correntes pela receita proveniente da venda do produto (isto é água).
29. Técnica, contabilística, financeira, comercial, segurança e administração.
30. Psicologia, antropologia, estatística, ambiental e mercadologia.
31. Tradução feita pelo autor.
32. Neste contexto definimos externalidade positiva o fenómeno segundo o qual o serviço público de abastecimento de água, para além de beneficiar os consumidores de água afecta positivamente o bem-estar da sociedade, por exemplo no melhoramento da saúde pública. Entendemos por 'externalidade negativa' o efeito negativo, por exemplo, a exclusão social que um monopólio de serviço de abastecimento de água possa produzir através de tarifas elevadas, não competitivas. Para a fundamentação teórica de externalidades, ver: Pereira *et al.* (2007: capítulo 3.2.3).
33. Isto é a gestão directa pela administração pública dos serviços públicos, independente do nível hierárquico da administração pública.
34. O Quadro de Gestão Delegada foi aprovado pelo Decreto 72/98 de 23 de Dezembro e tem como objectivo 'garantir a eficiência da gestão do serviço público e responder às necessidades de planificação, desenvolvimento das políticas e realização dos objectivos e parâmetros definidos na Política Nacional de Águas'.
35. A Lei 8/2003 (Lei dos Órgãos Locais do Estado, abreviadamente designada LOLE) de 19 de Maio estabelece os princípios e normas de organização, competências e funcionamento dos órgãos locais do Estado.
36. As autarquias estão representadas no Conselho de Administração do FIPAG. As formas de funcionamento do Conselho e o peso que as autarquias têm na tomada de decisões estratégicas é uma questão que merece outro tipo de análise.
37. Lei 16/91 de 3 de Agosto.
38. A Política Nacional de Águas foi aprovada pela Resolução 7/95 do Conselho de Ministros e clarifica os papéis e responsabilidade do governo e de outros intervenientes, assinalando a pertinência da participação do sector privado na disponibilização de diferentes tipos de serviços.
39. Os Modelos de Gestão são um conjunto de normas e opções de gestão que são propostos pelo governo para os sistemas de abastecimento de água por pequenos sistemas. Estes surgem da necessidade de encontrar alternativas de gestão que possam colmatar as frequentes situações de fraca sustentabilidade. Nestas opções destaca-se a autonomização como a forma mais viável de gestão sustentável deste tipo de serviços.

40. *Operation and Minor Maintenance Expenditures* (despesas de operação e manutenção de rotina), são as despesas com mão-de-obra, combustível, químicos, materiais, compra regular de água a granel, etc. A maior parte dos cálculos de custos presumem que as operações de rotina (OpEx) correspondem a 5% e 20% dos investimentos em activos fixos (CapEx). As pequenas manutenções são a manutenção rotineira necessária para manter os sistemas a funcionar em pleno, mas não incluem as grandes reparações. (para mais detalhes sobre as diversas componentes de custos e despesas no abastecimento de água, veja Fonseca (2010)).
41. *Capital Expenditures* (despesas de investimento em activos fixos), é o capital investido na construção de activos fixos tais como estruturas de betão, bombas e canalização. Os investimentos em activos fixos são ocasionais e 'volumosos' e incluem os custos da construção inicial e extensão do sistema, melhoramento e ampliação.
42. Em Agosto de 2010 o governo decretou a subida dos preços dos combustíveis, pão, electricidade e água, o que gerou uma turbulência social, caracterizada por manifestações populares que se degeneraram em actos de violência. Como resposta a essa turbulência, o governo introduziu medidas de alívio relativamente ao custo de vida, uma das quais foi o congelamento da tarifa de água para os consumidores do primeiro escalão.
43. O último grande inquérito realizado pelo INE e que traz resultados sobre o abastecimento de água e saneamento é o MICS (Multi Indicators Cluster Survey) de 2008.
44. Para pormenores ver contribuição de Borowczak & Weimer neste livro.
45. Sobre esta característica de todas as autarquias moçambicanas ver as contribuições de Nguenha, Raich & Weimer na Parte II e de Weimer nesta Parte do livro.
46. A Direcção Nacional de Águas classifica os PSAA em três categorias: Nível I – captação, rede distribuição, fontanários públicos e menos de 50 ligações domiciliárias/torneira no quintal; Nível II – captação, rede distribuição, fontanários públicos e entre 50 e 150 ligações domiciliárias/torneira no quintal; e Nível III – captação, rede distribuição, fontanários públicos e entre 150 até pouco mais de 500 ligações domiciliárias/torneira no quintal.
47. *Capital Maintenance Expenditures* (despesas de manutenção de capital), são despesas com custos de renovação, substituição e reabilitação de activos com base num critério de manutenção e risco. As despesas de manutenção de capital cobrem o trabalho e vão além da simples manutenção de rotina para reparar e substituir equipamento, mantendo os sistemas operacionais
48. O autor gostaria de expressar os seus agradecimentos ao Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID), em Maputo, pelo financiamento da pesquisa para o presente estudo, no âmbito de uma consultoria, e por autorizar a publicação desta obra. Gostaria também de exprimir a sua gratidão a Amélia Cumbi e a José Jaime Macuane, pelas suas várias contribuições para partes do texto, incluindo comentários desenvolvidos e informados a versões preliminares do trabalho.
49. Central de Medicamentos e Artigos Médicos.
50. Ver diversas reportagens nas edições diárias de *O País* sobre estas questões.
51. 'Doadores e Ministério da Saúde não se entendem'. 29/07/2011. <http://www.opais.co.mz/index.php/sociedade/45-sociedade/15534-doadores-e-ministerio-da-saude-nao-se-entendem.html>.
52. DALY (*disability-adjusted life year*, anos de vida com ajustamento à deficiência) é uma medição da carga total de doenças, expressa como número de anos perdidos devido a problemas de saúde, deficiência ou morte prematura.
53. Original em Inglês: Development Aid for Health (DAH).
54. SWAp = Sector Wide Approach.
55. O'Laughlin faz especial referência ao trabalho do epidemiologista britânico Wilkinson, cujo trabalho tem incidido na relação entre desigualdade social e saúde numa determinada sociedade. Ver: Wilkinson, 1996; 2005.
56. Isto é, a análise da relação entre classes e estratos sociais que, por intermédio dos impostos, etc., financiam o orçamento e aqueles que beneficiam com os gastos (Ver: Schumpeter, 1991).

57. Quanto à definição destes termos, ver a nota de rodapé 6 do artigo de Weimer, Macuane & Buur na Parte I do presente volume.
58. No total, foram entrevistadas 19 pessoas conhecedoras do sector da saúde, incluindo médicos, decisores políticos, gestores financeiros e membros do Grupo de Parceiros da Saúde (GPS), criado entre o Governo e os doadores para o PROSAUDE. Dada a natureza delicada de alguma da informação, o autor decidiu respeitar a confidencialidade das suas fontes.
59. Aprovada pela Resolução N° 4/95 do Conselho de Ministros.
60. Ver, por exemplo: McCoy & Cunamizana, 2008; Sal e Caldeira & Ximungo, 2009; Anon, 2011; BGA, 2011; Umarji, 2011.
61. Pressupostos para o cálculo: taxa de inflação média anual como publicada pelo INE, taxa de crescimento da população de 2,4% por ano, com base nos dados do censo de 2007.
62. Ebrahim-zadeh, Christine, 2003. 'Back to Basics: The Dutch Disease: Too much wealth managed unwisely'. *Finance and Development*, 40(1). <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2003/03/ebr.htm>.
63. Queremos salientar que se trata de cálculos aproximados, tendo em conta que não há dados fiáveis disponíveis – um facto em que insistiram vários interlocutores.
64. Um estudo dos financiamentos 'fora do orçamento' (*off budget*) realizado em 2005 concluiu que 29% do total de recursos do sector da saúde estão 'fora do orçamento anual', 60% 'fora da Conta do Tesouro' e 40% 'fora da Conta Geral do Estado' (Cabral et al., 2005). O autor foi informado da intenção da USAID de ponderar um projecto-piloto usando uma modalidade 'dentro do Orçamento' (*on budget*) e 'dentro da CUT' (*on CUT*) a partir de 2013 (Entrevista).
65. 'Parceiros dizem estar a assumir papel do Estado na área da saúde'. *O País*, 11 de Março, 2011. <http://www.opais.co.mz/index.php/sociedade/45-sociedade/12795-parceiros-dizem-estar-a-assumir-papel-de-estado-na-area-da-saude.html>.
66. Segundo o relatório do IHME, Moçambique está no 8º lugar da lista dos 30 maiores países recipientes do índice acumulado de ADS entre 2004 a 2009.
67. Ver também o artigo recente de Luis Nhachote no jornal sul-africano *Mail and Guardian*: 'Mozambique's 'Mr Guebusiness'', 6 de Janeiro de 2012. <http://mg.co.za/article/2012-01-06-mozambiques-mr-guebusiness>.
68. Uma ideia repetida 25 anos mais tarde na LOLE.
69. Entre 2003 e 2006, o factor médio era 2,5. (McCoy & Cunamizana, 2008: 12).
70. É importante entender que a imagem dos resultados de saúde parece variar consideravelmente consoante as fontes de informação usadas. Assim, os dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos (*Multiple Indicator Cluster Survey*, MICS) de 2008 dão uma imagem ligeiramente diferente da que é dada pela fonte usada neste artigo (FNUAP), que se baseia nos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE).
71. Ver Weimer, na Parte I do presente volume.
72. Os SDSMAS, Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social são a antiga DDS, Direcção Distrital de Saúde.
73. Sobre as PAI ver a contribuição de Leininger *et al.* neste livro.
74. Os assuntos das mulheres e a saúde fazem parte dos mesmos 'serviços'.
75. '... No mesmo âmbito de diálogo a nível de Governo, deve procurar garantir-se um 'estatuto especial' às DDS, a fim de evitar a penalização do sector da saúde na recepção de fundo, pelos atrasos nas justificações de fundos de outros sectores.' (Avaliação Conjunta de 2008, em 2009 – Anexo V: Relatórios dos Grupos de Trabalho).
76. Isto acontece até nos hospitais centrais. O rendimento próprio apresentado nas contas do HCM para o ano de 2011 é equivalente à quantia que a sua Clínica Especial gera numa semana (Anon 2011: 12).
77. Os códigos de programa e subprograma no sistema de classificação fornecido pelo e-SISTAFE

permitem orçamentar e gerir programas ao nível distrital. Códigos funcionais permitiriam o custeio da estrutura orçamental de (sub)programas e códigos seccionais permitiriam o desenvolvimento de planos de contas standard, centros de custos, etc., para orçamentos de unidades de saúde como sejam os hospitais ao nível local. Ao contrário da educação, o sector da saúde não aproveitou as oportunidades de programa oferecidas pelo e-SISTAFE (Entrevista).

78. 'Em comparação com anos anteriores, e tendo em conta os 28 indicadores para os quais há informação, a avaliação do desempenho do sector regista uma melhoria... Os indicadores que cumpriram as respectivas metas passaram de 53% em 2008 para 66.6% em 2009 e para 71% em 2010' (MISAU, 2011a: 8).
79. Em Dezembro de 2011, os médicos ameaçaram fazer greve por motivo de salários em atraso. Fonte: *O País*, 13/12/2011.
80. Segundo o Ministro da Saúde, em 2010, 12 % de cerca de 30.000 profissionais da saúde dos quadros estatais abandonaram o SNS 'à procura de melhores oportunidades.'. *O País*, 11/3/2011. <http://www.opais.co.mz/index.php/sociedade/45-sociedade/12795-parceiros-dizem-estar-a-assumir-papel-de-estado-na-area-da-saude.html>.