



IDeIAS

Informação sobre *Desenvolvimento, Instituições e Análise Social*

DESCENTRALIZAÇÃO NO SECTOR DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: “UM PROCESSO SINUOSO”

LÚCIO POSSE

INTRODUÇÃO

No discurso oficial do Ministério da Saúde (MISAU), a descentralização é um processo em implementação, dentro do sector, desde a proclamação da independência do país em 1975, e a saúde é considerado um dos sectores mais descentralizados do Estado em Moçambique (Weimer, 2012a: 437-8).

Mas, o que significa descentralização para o MISAU? Que factores e dinâmicas estruturam o processo? Que implicações a implementação do processo têm para os cuidados de saúde? Com base em pesquisa em curso sobre *Descentralização no Sector da Saúde: Implicações para os Cuidados de Saúde Primários*, este IDeIAS procura analisar a partir do discurso e das práticas do MISAU, as dinâmicas do processo da descentralização no sector.

As entrevistas e discussões em grupos focais, realizadas no âmbito do projecto acima mencionado, mostram que o processo de descentralização no sector de saúde é lento – contrariando o discurso do MISAU – devido, principalmente, à inexistência de instrumentos claros e específicos para guiar o processo. Estes factores criam condições para a perpetuação de uma gestão centralizada e baseada na lógica *top-down* e, para a exclusão de outros actores – como, por exemplo, as direcções provinciais de saúde (DPS's) e os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), de um lado, e os parceiros do sector, do outro.

Entre o discurso e as práticas

Diferentes documentos, como, por exemplo, políticas, estratégias, decretos, entre outros, foram aprovados e implementados para guiar as acções do sector de saúde nas diversas áreas, mas não se tem conhecimento de documentos específicos que procuram guiar as reformas de descentralização neste sector. O próprio MISAU reconhece a importância de um documento do género, pois acredita que pode ajudar a respon-

der às dinâmicas do sector no âmbito da descentralização do Estado (Saide & Stewart, 2001: 259).

Não obstante este reconhecimento, no último Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) para o período 2014-2019 (com extensão até 2023), a descentralização aparece apenas referenciada na sua missão, tal como o extracto a seguir ilustra:

“Liderar a produção e prestação de mais e melhores serviços de saúde básicos, universalmente acessíveis, através de um sistema descentralizado que privilegie as parcerias, para maximizar a saúde e o bem-estar de todos os moçambicanos, que lhes permita levar uma vida produtiva, rumo ao desenvolvimento pessoal e nacional” (MISAU, 2013: XI).

Neste PESS não existe uma ideia clara sobre o entendimento que o sector tem de descentralização, tendo em atenção as dinâmicas sociais, políticas e económicas do país, mas sobretudo no contexto da saúde. Este facto, de alguma forma afecta as práticas do sector em matéria de descentralização, particularmente no que se refere à transferência efectiva de funções e/ou competências dos níveis centrais para os níveis provinciais e distritais. Aliás, o próprio MISAU reconhece o facto de as práticas de gestão dentro do sector terem ficado aquém do que se esperava no contexto da estratégia global da reforma do sector público, onde a descentralização era assunto crucial.

“Esperava-se que cada sector governamental propusesse as reformas específicas para se adequar a este contexto [Estratégia Global da Reforma do Sector Público, 2001-2011]. Porém, ao longo dos anos, a estrutura orgânica do Ministério da Saúde foi-se adaptando apenas às circunstâncias, mantendo sempre uma concentração de funções, nas quais se incluem: a elaboração de políticas e planos

sectoriais, a regulamentação, o financiamento e a fiscalização, para além da gestão quase-directa dos serviços públicos e da respectiva supervisão” (MISAU, 2013: 95).

O excerto acima sugere que a perpetuação da gestão centralizada está a dificultar a descentralização efectiva do sector, o que se pode observar através das limitações – implementar a agenda definida pelo nível central – que os níveis provinciais e distritais enfrentam neste processo. Mas é importante não perder de vista o facto de que, na realidade, as dinâmicas do processo da descentralização do sector da saúde resultam dum contexto mais amplo do processo da descentralização do próprio Estado em Moçambique, marcado por resistência e conflitos¹.

Retrocesso ou estagnação?

A pesquisa em curso sobre o processo da descentralização no sector da saúde, levada a cabo pelo IESE, mostra, entre outros aspectos, que a informação sobre o processo da descentralização não chega aos níveis inferiores, neste caso às DPS's e SDSMAS, deixando-os à margem do processo. Este aspecto mostra que o sector continua centralizado.

A falta de informação sobre a descentralização nas direcções provinciais e distritais pode ilustrar que o processo é encarado como uma questão exclusiva do nível central, cabendo aos níveis inferiores, executar as decisões tomadas pelo nível central. E isto contribui para a reprodução das lógicas *top-down*, bem como a perpetuação da centralização do sector de saúde. As entrevistas efectuadas revelam um certo sentimento de exclusão dos níveis inferiores, nomeadamente as DPS's e os SDSMAS, no processo de tomada de decisão. Aliado a isso, está o alto grau de dependência de estes níveis inferiores em relação ao nível central na concepção e implementação das suas acções. Como afirma um dos parceiros do MISAU, “nas reuniões de planificação, dificilmente temos a presença dos representan-

¹ Para mais detalhes sobre o processo de descentralização do Estado em Moçambique, consulte-se, entre outros: Weimer (2012b).

tes das províncias [e dos distritos]... o Ministério [da Saúde] não deixa que as províncias [e os distritos] ajam por si próprias². Este sentimento de exclusão também se observou ao nível dos parceiros do MISAU. Para estes, uma das razões para a sua exclusão tem que ver com o facto de o governo considerar a descentralização, de uma forma geral, uma questão política muito sensível que mexe com a soberania do Estado.

Para além do sentimento de exclusão identificado acima, também foi possível observar outros fenómenos, como, por exemplo, o controlo dos comités de saúde – órgãos que deviam ser constituídos por membros eleitos e/ou escolhidos pela comunidade, mas que são dominados por membros do partido Frelimo e dos governos distritais representando por isso, interesses deste partido e não os das comunidades locais. Em consequência disto, a participação das comunidades na resolução dos problemas de saúde – por via destes órgãos – torna-se quase inexistente³. Importa referir que os comités de saúde foram concebidos com objectivo de representar a comunidade na resolução dos problemas de saúde, participando tanto nos processos de tomada de decisão como na sua implementação.

A reprodução dessas lógicas – *top-down* e centralização – deve ser enquadrada no esforço dos decisores em controlar e concentrar o poder, sob o pretexto que o sector de saúde é muito sensível para ser descentralizado. Como afirma um dos parceiros do MISAU, entrevistado,

“Parece que até 2008/2009, o sector estava a ser mais descentralizado [...] as províncias tinham acesso aos recursos [tanto financeiros como humanos] e tinham mandato [para] tomar decisões sobre como usar os recursos disponíveis. [Mas] dá-me a entender que de uns tempos para cá essa decisão mudou. Tudo ficou mais centralizado. As decisões sobre como alocar os recursos ficaram mais centralizadas [...]. O sector é muito centralizado, e há quem quer que continue assim ao nível central”⁴.

Este aspecto associado ao sentimento de exclusão tem contribuído para a emergência da percepção – entres os entrevistados – de que os interesses e vontades dos administradores distritais e dos governadores provinciais têm obstruído os processos de descentralização do sector. Para tal, os entrevistados recorrem à sua experiência no processo de gestão dos recursos financeiros e humanos ao nível das províncias e distritos. Em

relação à alocação de recursos financeiros, os entrevistados consideram que o sector de saúde tem sido marginalizado no processo de elaboração do orçamento, o que deixa o nível distrital sem recursos, ou muito dependente do administrador para a execução das suas actividades. Como afirma um dos entrevistados, responsável numa das Direcções Provinciais de Saúde,

“O governo do distrito [...] solicita o serviço distrital [Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social] para uma reunião onde fazem um único plano onde se tiram as actividades da saúde [...], e no final há um orçamento [...] que está centralizado no distrito, não é específico para o serviço distrital de saúde [...] [isto é] quem decide o que vai ser feito com esse orçamento praticamente é o governo do distrito”⁵.

Em relação à gestão dos recursos humanos, os entrevistados têm a percepção que as transferências são feitas na base da simpatia (favorecimento) e não com base nas necessidades do sector de saúde ao nível do distrito.

Conclusão: por onde (re) começar?

Independentemente do tempo em que as reformas de descentralização no sector de saúde estão a acontecer, é possível perceber que este processo tem sido lento e com fraco envolvimento dos níveis inferiores, nomeadamente as DPS's e os SDSMAS. Nesse sentido, consideramos importante, por um lado, que os decisores comecem a envolver os diferentes actores no processo de descentralização, a começar pelo momento da concepção dos instrumentos, sob o risco de eles não se reverem nos instrumentos e oferecerem resistência na implementação das reformas. Como se referem McIntyre & Klugma (2003), a partir do exemplo sul-africano, os processos de tomada de decisão, no âmbito da descentralização no sector de saúde, não envolviam as lideranças locais, convidando-as somente para a fase de implementação. Em consequência disso, essas lideranças locais se distanciavam do processo de descentralização. Por outro lado, os processos de descentralização no sector de saúde em Moçambique devem procurar ter em atenção às dinâmicas, sociais, económicas, políticas e de saúde do país, para além da clareza sobre o que se procura alcançar com a descentralização. A negligência destes aspectos pode levar a resultados negativos, contribuindo para a diabolização da descentralização. Como afirmam Collins & Green (1994) e Omar (2003), não é a descentralização que é diabólica, mas,

sim, a falta de clareza sobre o seu significado, “o quê” e “como” descentralizar ou seja, o que se pretende alcançar com o processo.

Referências

- Collins, C. & Green, A. (1994), “Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries” *International Journal of Health Services*, 24, 459-76.
- McIntyre, D. & Klugman, B. (2003), “The Human Face of Decentralisation and Integration of Health Services: Experience from South Africa”, *Reproductive Health Matters*, 11 (21), 108-119.
- MISAU (2013), *Plano Estratégico para o Sector de Saúde (2014-2019)*, Maputo, MISAU.
- Omar, M. (2003), “Health sector decentralization in developing countries: Unique or universal!”, unpublished manuscript.
- Saïde, M. & Stewart, D. (2001), “Decentralization and human resource management in the health sector: a case study (1996-1998) from Nampula province, Mozambique”, *International Journal of Health Planning and Management*, (16), 155-168.
- Weimer, B. (2012a), “Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique”, in: Weimer, B. (Org.), *Moçambique: Descentralizar o Centralismo? Economia, Política, Recursos e Resultados*, Maputo, IESE, 423-456.
- Weimer, B. (2012b), “Para uma estratégia de descentralização em Moçambique: ‘Mantendo a falta de clareza?’: Conjunturas, críticas, caminhos, resultados”, in: Weimer, B. (Org.), *Moçambique: Descentralizar o Centralismo? Economia Política, Recursos e Resultados*, Maputo, IESE, 76-102.

² Entrevista com E. P., Maputo, 17/04/17.

³ Entrevista com P. M., Maputo, 23/05/17.

⁴ Entrevista com E. M., Maputo, 22/05/17.

⁵ Entrevista com S. M., Inhambane, 09/11/16