



## ESTUDO 1

# FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE

### Autores

Elis Borde, Eliana Martínez-Herrera, Mariana Gutiérrez-Zamora Navarro, Janet Dulá,  
Policarpo Ribeiro, Ivan Zahinos, Joan Benach

### Apoio técnico:



### Financiamento:

OPEN SOCIETY  
FOUNDATIONS



Esta pesquisa foi realizada com o apoio financeiro da Open Society Foundations (OSF) e da Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID), no âmbito do Convénio 18-CO1-1096 «*Melhorar a saúde da população, com incidência nos seus Determinantes Sociais e especial enfoque na nutrição, através do fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários como a melhor estratégia para garantir o Direito à Saúde e a colaboração da sociedade civil, das instituições de pesquisa e do SNS*», financiado por esta última. O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não reflecte necessariamente as opiniões da OSF ou da AECID.

Junho de 2021

## Resumo

O financiamento do sistema de saúde de Moçambique é marcado pela fragmentação que também caracteriza a arquitetura da assistência ao desenvolvimento no país e se expressa, por exemplo, no elevado grau de recursos externos que não passam pelos instrumentos de gestão do governo (off-budget). Entre os desafios destacam-se ainda a estrutura centralizada e verticalizada, o elevado grau de dependência dos doadores externos e suas agendas prioritárias e um persistente sub-financiamento do sector.

O sector de saúde moçambicano registrou importantes avanços, mas o enfrentamento de um cenário sanitário cada vez mais complexo vai requerer mais do que um aumento do apoio financeiro ao sector de saúde mas também um investimento em uma gestão mais eficiente e equitativa dos recursos disponíveis. O sistema de saúde precisa ser fortalecido e ampliado, estruturas paralelas de informação e atenção à saúde devem ser integradas e isso necessariamente passa pela reestruturação dos mecanismos de financiamento do sector.

O relatório foi elaborado a partir de uma revisão bibliográfica e documental, considerando publicações do governo, de fundos globais, ONGs locais e internacionais assim como fundações. As informações foram complementadas com entrevistas semiestruturadas com informantes-chave.

## Lista de Abreviaturas

APEs	Agentes Polivalentes Elementares
APS	Atenção Primária à Saúde
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo
CNBS	Comité Nacional de Bioética para Saúde
CUT	Conta Única do Tesouro
INS	Instituto Nacional de Saúde
LOLE	Lei dos Órgãos Locais do Estado
MEF	Ministério da Economia e Finanças
MISAU	Ministério de Saúde
MM	Medicus Mundi
ODM	Objetivo do Desenvolvimento do Milénio
PARP	Plano de Ação para Redução da Pobreza
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PQG	Plano Quinquenal do Governo
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SNS	Serviço Nacional de Saúde
US	Unidade Sanitária

## Conteúdo

1. Introdução .....	5
A. GEOGRAFIA E DEMOGRAFIA .....	7
B. ESTADO DE SAÚDE .....	8
C. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE .....	9
D. OBJETIVOS DO ESTUDO .....	12
E. MÉTODOS DO ESTUDO.....	12
2. Organização e governança .....	14
A. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE .....	14
B. POLÍTICAS DE SAÚDE E INSTRUMENTOS DE PLANIFICAÇÃO .....	18
C. DESCENTRALIZAÇÃO E CENTRALIZAÇÃO .....	21
D. INTERSECTORIALIDADE .....	24
E. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE E DISPONIBILIDADE DE DADOS .....	25
F. ESTRATÉGIAS DE GOVERNANÇA.....	27
3. Financiamento do sector de saúde.....	29
A. DESPESAS COM SAÚDE.....	29
B. VARIAÇÃO NA DESPESA ENTRE PROVÍNCIAS E DISTRITOS .....	32
C. FONTES DE FINANCIAMENTO E FLUXOS FINANCEIROS .....	33
D. CANAIS DE GESTÃO (POOLING) DOS FUNDOS .....	40
E. ALOCAÇÃO DE RECURSOS .....	40
F. PAGAMENTOS DIRETOS (OUT-OF-POCKET PAYMENTS).....	41
G. MECANISMOS DE COMPRA DE SERVIÇOS.....	43
4. Considerações finais.....	44
Referências bibliográficas.....	46

## 1. INTRODUÇÃO

Moçambique é um dos países mais pobres do mundo e um dos principais beneficiários de ajuda externa (no setor de saúde). Apesar dos avanços nos últimos anos, segundo o relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas de 2020, o país está listado no lugar 181 (de 189) no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2020 e teve uma esperança de vida ao nascer de apenas 45 em 1995, em 2006 de 58 anos e mais recentemente, em 2018 de 60,2 anos. Atualmente, cerca de 66% da população moçambicana mora em áreas rurais, em sua maioria exercendo atividades agrícolas de subsistência (Hansine & Arnaldo, 2019). Dados do Banco Mundial evidenciam um crescimento urbano acelerado desde os anos 1980, com a população urbana crescendo de aproximadamente 8% em 1975 para os atuais 34% (Hansine & Arnaldo, 2019), o que principalmente se atribui ao crescimento natural (taxas de fecundidade nas cidades) e, em menor medida, às migrações. Apesar desse crescimento, continuamos a ter a maior parte da população moçambicana residindo em zonas rurais, com dificuldades no acesso a água, electricidade, rádio e TV, escolas e dificuldades no acesso aos serviços de saúde (RER-IDS 2011, IMASIDA 29015 e Censo 2017), demandado do governo e seus parceiros um maior investimento de recursos para reverter este cenário e melhorar os determinantes de saúde. As cidades moçambicanas são classificadas em quatro níveis segundo o tamanho, nomeadamente A (maior), B, C e D (menor), conforme detalhado na reprodução da tabela apresentada por Hansine e Arnaldo (2019) (p. 302):

CIDADE NÍVEL A	CIDADES NÍVEL B	CIDADES NÍVEL C	CIDADES NÍVEL D
Maputo	Beira	Chimoio	Anguiche
	Nampula	Nacala	Cuamba
	Matola	Quelimane	Chibuto
		Inhambane	Chókwé
		Lichinga	Dondo
		Pemba	Gurubé
		Tete	Manica
		Xai-Xai	Masise
		Iha de Moçambique	Mocimboa
			Montepuez

Fonte: adaptado do Banco Mundial (2010).

Tabela 1. Classificação das cidades moçambicanas, reproduzido de (Hansine & Arnaldo, 2019)

De forma geral, a densidade populacional está aumentando, o que representa desafios em termos de planejamento urbano, mas segundo Hansine e Arnaldo, é também uma oportunidade para “providenciar bens e serviços mais facilmente, contrariamente ao que sucede a uma população dispersa” (p. 313) (Hansine & Arnaldo, 2019).

Moçambique possui uma diversidade étnica expressiva, possíveis de serem agrupados através das principais línguas maternas: Bitonga, Cichopi, Cimanika, Cindau, Ciniyungwe, Cisena, Ciwutewe, Echuwabo, Ekoti, Elomwe, Emakhuwa, Lolo, Shimakonde, Shona, Xichangana, Xironga e Xitshwa.

O direito à saúde é reconhecido na Constituição do país (art 89) e o compromisso político com a saúde e mais especificamente com a equidade em saúde tem sido afirmado em diversos documentos estratégicos do governo. Na revisão constitucional (2004) ainda foi detalhado que: “Compete ao Estado promover, disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento e de diagnóstico” (Art. 116/5).

Moçambique fez grandes progressos para melhorar o estado de saúde geral da sua população através do fornecimento de melhores serviços de cuidados de saúde. No entanto, persistem desigualdades na cobertura de serviços de saúde e de forma mais geral, no acesso e na qualidade dos serviços no país que reforçam desigualdades sociais em saúde e produzem morte prematura e sofrimento na população.

Como é reconhecido no Relatório Mundial da Saúde - O financiamento da cobertura universal (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), 2011), além de ações que diretamente modificam os determinantes sociais da saúde, há necessidade de aprimorar o financiamento dos sistemas de saúde a partir do aumento do volume e da eficiência da colecta da receita fiscal, da redefinição das prioridades dos orçamentos governamentais, da introdução de mecanismos inovadores de financiamento e também a partir de transformações na ajuda ao desenvolvimento para a saúde (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), 2011).

Em relação aos primeiros pontos, no relatório é afirmado que “poucos países africanos atingem a meta fixada pelos seus chefes de estado na Declaração de Abuja de 2001 de gastar 15% do seu orçamento governamental em saúde” (p. 15) (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), 2011).

O Governo moçambicano tem aumentado de forma progressiva a contribuição para o sector da saúde e pelo menos no último ano tem ficado perto da meta fixada de 15% (2021 – 14% planejado) mas em 2019 o orçamento do sector da saúde representou apenas cerca de 9%, em 2018 11,3%, em 2017 10,2% e em 2016 11,7% do volume global do orçamento do estado (UNICEF, 2018), bem abaixo da meta, o que evidencia uma grande variação e representa um desafio na medida em que dificulta o planeamento do sector.

Outros desafios do financiamento do sistema de saúde do país, que serão analisados de forma detalhada nesta avaliação, relacionam-se à composição dos recursos.

O orçamento proposto para o sector de saúde em 2021 sustenta-se em 81,8% com recursos internos e 18,2% com recursos externos, o que representa uma mudança acentuada em relação ao rácio de 2019 com 61,1% de recursos internos e 38,9% de recursos externos (Ministério da Saúde (MISAU), 2019) e ainda mais acentuada em relação ao rácio de 2008 com 48% de recursos internos e 52% de recursos externos (UNICEF, 2020). No entanto, este rácio não representa adequadamente a composição do orçamento porque não considera recursos que não entram no orçamento oficial, que por definição são recursos externos. Desta forma, o aumento relativo de recursos internos no orçamento do Estado não necessariamente representa uma maior apropriação do Governo dos recursos do sector. De fato, persiste uma

elevada dependência de agentes externos e desta forma também das agendas externas, o que pode distorcer o processo de definição de prioridades no sector (Observatório Cidadão para Saúde, 2021). Isso é agravado pelas flutuações em decorrência da inflação (UNICEF, 2020).

Ainda há uma expressiva falta de coordenação e harmonização entre os doadores e particularmente uma lenta ou nula adoção da abordagem Sector Wide Approach (SWAp) para maximizar a efetividade da ajuda externa de alguns dos principais doadores, que tem sido responsabilizado pelo crescimento de financiamento vertical e uma crescente fragmentação do sector assim como uma fragilização do sistema de saúde público (Collier & Ong, 2005; Pfeiffer et al., 2017).

O relatório é dividido em três partes. Uma primeira parte de introdução incluindo geografia e demografia, contexto económico e político de Moçambique e uma discussão sobre estado de saúde e desigualdades sociais em saúde no país. A segunda parte sobre organização e governança do sistema de saúde moçambicano abordará a organização do sistema de saúde, políticas de saúde e instrumentos de planificação, descentralização, intersectorialidade, sistemas de informação em saúde e estratégias de governança. Na terceira parte do relatório será discutido o financiamento do sistema de saúde, abordando despesas com saúde, variações entre províncias e distritos, fontes de financiamento e fluxos financeiros, canais de gestão, alocação de recursos, pagamentos diretos e mecanismos de compra.

#### **a. Geografia e demografia**

Segundo o Censo Populacional de 2017, Moçambique tem uma população de 28,9 milhões<sup>1</sup>, distribuída em onze províncias, incluindo a cidade de Maputo, capital do país, com estatuto de província. O país conta com 53 municípios.

Moçambique é um país jovem com 45% da população abaixo dos 14 anos e apenas 3% acima de 65 (Ministério da Saúde (MISAU), 2012). Em 2018, 17% da população moçambicana tinha de 0-4 anos de idade, 28% de 5-14 anos, 47% de 15-49 e 9% acima dos 50 (MISAU, 2012).

Moçambique também é um dos países mais pobres do mundo e uma estimativa de 2014 baseada na cesta de alimentos, indicou que aproximadamente 46,1% da população está em condições de pobreza (Paes-Sousa, Chavane, & Schattan P Coelho, 2019). Com 11,6% a cidade de Maputo apresentou a menor incidência e a província do Niassa a maior, com 60,6% de pessoas em condições de pobreza. A pobreza portanto é um desafio importante para o país e tem persistido apesar de importantes avanços na redução da pobreza entre 1996 e 2014.

De acordo com o Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS 2014-2019):

“O Governo da República de Moçambique (GRM) vem desenvolvendo e implementando estratégias de redução da pobreza (PARPA I e II, PAPP III) desde 2001, em que a saúde é um dos sectores prioritários dado o seu inestimável contributo para o desenvolvimento social e humano. Com efeito, a incidência da pobreza reduziu de 69,4% em 1996 para 54,7% em 2009,

---

<sup>1</sup> Em 2018, informou-se um número de 29,496 milhões (World Health Organization (WHO), 2020).

mas manteve-se aos mesmos níveis de 2003, de acordo com a Terceira Avaliação da Pobreza” (p. 7) (MISAU – PESS 2014-2019).

No país também persistem marcadas desigualdades. Como afirmam Paes-Sousa et al (2019), “entre 1996 e 2014, a incidência de pobreza foi reduzida nas áreas urbanas em 23,6%, enquanto nas áreas rurais essa redução foi de 21,7% (IOF, 2014-15). Não obstante, a desigualdade que vinha em queda desde 1996, apresentou forte crescimento entre 2008, quando o Índice do Gini se encontrava em seu pico histórico (45.6), e 2014, quando o Gini do país alcançou seu teto, 54 (World Health Data Atlas, 2019)” (p. 296) (Paes-Sousa et al., 2019). Além das desigualdades entre zonas rurais e urbanas, existem desiguais intra-urbanas.

#### **b. Estado de saúde**

As taxas de mortalidade no país são altas e, como outros países da África Subsaariana, a mortalidade em Moçambique concentra-se na infância, em particular em crianças menos de 5 anos (Hansine & Arnaldo, 2019). Houve uma redução substancial na mortalidade geral no país com as taxas médias passando de 21,2 por mil em 1997 para 15,6 em 2007, o que é principalmente atribuído à queda das taxas de mortalidade infantil, “que passaram de aproximadamente 140 por mil nascimentos para 64 por mil no final da década de 2000 (IDS, 2011)” (p. 305) (Hansine & Arnaldo, 2019).

No Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-2019 (PESS 2014-2019), o MISAU reconhece que apesar de avanços assinaláveis, nas últimas décadas, o estado de saúde dos moçambicanos apresenta progressos desiguais e refere, entre outros, às taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos que decresceram substancialmente, em especial na mortalidade infantil, mas assinala que os progressos “são mais lentos na mortalidade neonatal, que representa 16% das mortes nesta faixa etária, e nas taxas de mortalidade materna que continuam igualmente altas, com tendência estacionária e influenciadas pelas elevadas taxas de fecundidade” (p. 10) (MISAU - PESS 2014-2019).

A esperança de vida ao nascer melhorou ligeiramente e passou de 42 anos em 1997 para 50.9 em 2003 e 53,1 anos em 2011 e 53,7 em 2017 (Censo 2017), sendo 51 para homens e 56,5 para mulheres mas é marcada por um perfil epidemiológico dominado por doenças transmissíveis como a Malária, HIV, Tuberculose, e também por Doenças Não Transmissíveis como Hipertensão e Diabetes. Moçambique é um dos países mais afetados pela pandemia do HIV, onde, em 2017 aproximadamente 2,1 milhões de pessoas estavam vivendo com o HIV, e destas, 170 mil eram crianças de 0-5 anos (Paes-Sousa et al., 2019).

De acordo com os dados do INCAM apresentados no relatório anual de balanço do sector da saúde de 2018, as principais causas de morte em Moçambique são: malária (28,8%), HIV/SIDA (26,9%), doenças do período perinatal (6,8%), doenças diarreicas (4,4%), pneumonia (4,3%) e acidentes/causas externas (3,9%).

No PESS 2014-2019, o MISAU resume o estado de saúde do país da seguinte forma:



“O Fardo da Doença em Moçambique é ainda dominado pelas doenças transmissíveis, em particular o HIV/SIDA, com uma prevalência nacional estimada em 11,5% (1,4 milhões de infectados) e a Malária com 3,2 milhões de casos notificados em 2012, que combinadas representam mais de metade das mortes (27% e 29% respectivamente) na população geral. As diarreias, Infecções Respiratórias e a Tuberculose também contribuem consideravelmente para este perfil. A mortalidade em crianças menores de 5 anos apresenta o mesmo padrão, mas as mortes neonatais, que contribuem em cerca de 16% das mortes em menores de cinco anos, são causadas principalmente por Prematuridade (35%), Asfixia (24%) e Sépsis Neonatal (17%). Estima-se também que 30% das mortes em crianças menores de 5 anos têm a malnutrição como causa subjacente” (p. 9) (MISAU – PESS 2014-2019).

Ainda notam surtos de cólera (entre 2008 e 2010), sarampo (em 2010) e Meningite assim como a prevalência de doenças tropicais negligenciadas (prevalência de Tracoma, parasitoses intestinais (53%), bilharziose (47%), filaríase linfática (13%) que não necessariamente são causa directa de morte, mas causam incapacidade e atraso no desenvolvimento físico e mental (PESS 2014-2019).

Nas doenças não transmissíveis (DNT) a Doença Cardiovascular (DCV) é a causa mais importante de morbidade e mortalidade. A diabetes é também uma das maiores causas de doença e morte prematura, sendo responsável pelo aumento do risco para as DCV. Em Moçambique, a prevalência da diabetes na população com idade superior a 20 anos foi de 3,1% em 2003 e chegou em 7,4% em 2015 (OMS, 2020).

A incidência de HIV/SIDA aumentou de 10,4% em 2000 para 14,1% no período de 2007 e 2009 e 12,5 em 2017. A incidência da malária decresceu de 457 por mil em 2000 para 338 por mil em 2017. Houve um aumento na tuberculose com a incidência passando de 513 por 100mil em 2000 para 551 por 100 mil em 2017 (UNICEF, 2020).

### **c. Desigualdades sociais em saúde**

Em diversos documentos oficiais e também no prefácio do então Ministro de saúde Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido do informe do Observatório da equidade (EQUINET) de 2010 é afirmado que Moçambique tem um compromisso político e constitucional de garantir que “todo o seu povo tenha acesso universal a cuidados de saúde e que ninguém fica empobrecido pelo binómio saúde e doença” e há reconhecimento de que as desigualdades por regiões, idade e género fazem necessário avançar no acesso universal à saúde e “uma distribuição de recursos que responda às necessidades em saúde, e que eleve as oportunidades para que haja saúde para todos” (Ministério da Saúde (MISAU), 2010). No entanto, desigualdades sociais em saúde persistem no país.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desigualdades em saúde são diferenças observadas entre grupos populacionais relativas às condições de saúde ou à distribuição dos determinantes de saúde (Comission on Social Determinants of Health - CSDH, 2008). Referem às condições e aos indicadores de saúde de grupos populacionais que podem ser identificados por características socioeconômicas, locais, de género, raça, cor e etnia.

Desigualdades sociais em saúde são mediadas pelo acesso e a qualidade dos serviços de saúde assim como as características dos sistemas de saúde mas principalmente são produzidas e reproduzidas por condições sociais e mais especificamente, pela inserção relativa na estrutura social, pelas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem (Comission on Social Determinants of Health - CSDH, 2008).

Isso tem implicações para a organização dos sistemas de saúde e a provisão dos serviços mas também enfatiza que as desigualdades sociais em saúde não se resolvem unicamente a partir de intervenções no setor de saúde. Um estudo recente sobre os determinantes sociais da saúde em Moçambique neste sentido aponta que fatores macrossociais, medidos pelo lugar de residência, são os principais condicionantes das desigualdades sociais em saúde (Llop-Girones & Jones, 2020).

Em relação aos sistemas de saúde e seu papel e como os mesmos lidam com as desigualdades sociais em saúde, há consenso no reconhecimento da importância da Atenção Primária à Saúde (Starfield, 2002). Como alguns outros países da África Subsaariana, Moçambique tem conseguido avançar na equidade em saúde a partir da ampliação da Atenção Primária. A política de saúde do país está comprometida com a cobertura universal de saúde e com os Cuidados de Saúde Primários conforme o PESS (2007–2012) e o PESS 2014-2019. No entanto, Nações Unidas alertou em um relatório de 2015 que a ampliação do acesso aos serviços de saúde possivelmente não é suficiente para sustentar melhorias nos indicadores de saúde e profundas desigualdades sociais em saúde persistem em Moçambique. De forma semelhante é afirmado no PESS 2014-2019:

“A capacidade de resposta do sistema de saúde a estes enormes desafios é ainda limitada: a rede sanitária cobre apenas cerca de metade da população, e algumas das Unidades Sanitárias não possuem condições adequadas para a provisão de serviços de saúde de qualidade, quer em termos de recursos humanos, quer de equipamento, medicamentos e outros insumos” (p. 10) (MISAU – PESS 2014-2019).

Isso é confirmado em outras pesquisas (Mitano et al 2016; Loewenson & Simpson, 2015). Llop-Girones et al (2018), por exemplo, apontaram que há desigualdades no acesso aos serviços de saúde, sendo significativamente menor nas zonas rurais do Norte do país e do centro em comparação com as zonas urbanas no Sul do país (Llop-Girones et al, 2018). Resultados semelhantes foram publicados por Anselmi, Lagarde e Hanson (Anselmi, Lagarde, & Hanson, 2015) que destacaram barreiras geográficas, com a distância aos serviços de saúde sendo o principal determinante de acesso aos serviços. Entre problemas na qualidade dos serviços de saúde, a análise do inquérito domiciliar do orçamento familiar realizado pelo INE e publicado por Llop-Gironés et al (2018) indica a falta de medicamentos e tempo de espera, mas não encontrou diferenças na qualidade dos serviços entre homens e mulheres ou por indicadores socioeconômicos.

O Censo de 2007 revela importantes diferenças de mortalidade entre as principais cidades moçambicanas, com as taxas mais elevadas em Chimoio (43 óbitos por mil habitantes), Lichinga (39,1 por mil) e Tete (37,4 por mil) (Hansine & Arnaldo, 2019), diferente das cidades no Sul do país como Inhambane (6 por mil), cidade de Maputo, Matola e Maxixe (10 por mil). De forma geral, as taxas de mortalidade são menores nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (Hansine & Arnaldo, 2019).

Há marcadas desigualdades na média de vacinação entre as províncias e em muitas permanece abaixo de 70%, mas a análise da cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano entre 1997 e 2015, aponta uma melhoria da cobertura ao longo do tempo, ocorrendo ainda a diminuição das diferenças entre elas (Paes-Sousa et al., 2019).

Entre 2000 e 2016, observou-se uma redução tanto da mortalidade materna institucional quanto das diferenças entre as províncias no país, mas desigualdades permanecem. Em 2007, por 100 mil nascidos vivos, a taxa de mortalidade materna variava de 271, em Tete, a 822, em Cabo Delgado (Paes-Sousa et al., 2019).

Houve uma redução na mortalidade infantil de 147 para 64 (56% de decréscimo) entre 1997 e 2011, tanto nas áreas rurais quanto nas urbanas (Paes-Sousa et al., 2019). Os dados de 2016 registram melhorias na mortalidade infantil com 71,3/1000 nados vivos (Guambe, Muendane, & Mabunda, 2018). Segundo Paes-Sousa et al (2019), “a redução mais marcante foi observada na província de Nampula, onde a taxa de mortalidade por mil nascidos vivos caiu de 216, em 1997, para 41, em 2011; ou seja, houve uma redução de 81% (Paes-Sousa et al., 2019). A cidade de Maputo também apresentou um modesto decréscimo da mortalidade infantil no período, caindo de 97 para 80” (p. 310). Entre 2000 e 2017, Moçambique reduziu a mortalidade infantil de uma média de 143 por 1000 nascidos vivos em 2000 para 69 por 1000 em 2017 (UNICEF, 2020).

No entanto, essa redução não se distribui de forma homogênea como demonstram os dados do Banco Mundial comparando quintis economicamente definidos (Gwatkin, 2007). Entre 1997 e 2003 houve uma redução da mortalidade infantil, porém essa redução foi muito mais expressiva no quintil mais baixo e houve aumento no segundo quintil socioeconômico (Tabela 2).

	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL / por quintil (por 1000 natos vivos)					
	Mais baixo	2 <sup>nd</sup>	3 <sup>rd</sup>	4 <sup>th</sup>	Mais alto	Promédio
<b>1997</b>	187,7	136,2	144,3	134,2	94,7	147,4
<b>2003</b>	142,5	147,1	128,2	106,1	71,1	123,6
Variação	-45,2	+10,9	-16,1	-28,1	-23,6	-23,8
<b>2017</b>						69 <sup>2</sup>

Tabela 2: Elaborado pelos autores a partir de (Gwatkin, 2007)

<sup>2</sup> Segundo dados de UNICEF, 2020.

De forma geral, persistem desigualdades de gênero, de idade e entre as diferentes regiões do país (Llop-Girones & Jones, 2020; Llop-Gironés et al., 2018). A evidência científica sugere que mulheres, pessoas acima dos 45 anos e pessoas que moram em zonas rurais, tem uma saúde mais fragilizada (Paes-Sousa et al, 2019; Llop-Girones et al 2018). Segundo Llop-Girones & Jones (2020) que analisaram dados de um inquérito domiciliar realizado entre 2002-2014 em Moçambique, as desigualdades sociais em saúde espelham as assimetrias sociais no país e aponta, entre outros, ações políticas que tem contribuído para um progressivo sub-financiamento da infraestrutura na zona rural e uma insuficiente distribuição do crescimento econômico geral para os setores mais vulnerabilizados.

A análise liderado por Gwatkin e colegas publicado pelo Banco Mundial em 2007 mostrou uma diminuição da desnutrição entre mulheres entre 1997 e 2003 de 10,9 para 8,1. Comparando os quintis economicamente definidos, nota-se uma redução mais expressiva entre o quintil mais pobre (17,2 em 1997 e 9,7 em 2003 = 7,5) em comparação com os quintis 2 (13,8 – 10,3 = 3,5) e 3 (11,4 – 8,9 = 2,5) e um leve aumento nos quintis mais ricos (6,1 – 7,0 e 4,2 – 4,7) (Gwatkin, 2007).

Em termos gerais, a análise global de Gwatkin e colegas demonstra que praticamente todos os indicadores de saúde seguem um gradiente social, desfavorecendo os quintis mais pobres. Os dados ainda demonstram que a cobertura da atenção básica é insuficiente, deixando os setores mais pobres sem serviços essenciais. Finalmente, o relatório demonstra que as melhoras são mais expressivas nos quintis mais ricos em comparação com os quintis mais pobres, o que evidencia desigualdades sociais em saúde (Gwatkin, 2007).

Ainda existem poucos estudos sobre desigualdades sociais em saúde em Moçambique e há uma escassez de análises sobre os impactos da organização e dos financiamento do setor de saúde no estado de saúde e nas desigualdades sociais em saúde no país. Este estudo pretende avançar na compreensão dessas interações para orientar a formulação de políticas e estratégias que possam ser adotadas a fim de reduzir as desigualdades sociais em saúde e melhorar o estado de saúde no país a partir de esforços de harmonização da cooperação para o desenvolvimento e um fortalecimento do sistema de saúde moçambicano.

#### **d. Objetivos do estudo**

Descrever e analisar o financiamento do setor da saúde pública (e privada) em Moçambique, partindo de uma análise do contexto histórico e das conjunturas sócio-políticas, considerando fontes, fluxos e variações no financiamento e suas relações com legislação e políticas vigentes.

#### **e. Métodos do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, que busca explorar os sistemas de informação e os dados disponíveis. Foi feita uma revisão bibliográfica e documental considerando publicações do governo, de fundos globais, ONGs locais e internacionais assim como fundações para caracterizar os diferentes aspectos do sistema de saúde em Moçambique e especificamente analisar o financiamento. As informações foram complementadas e contrastadas com

entrevistas exploratorias semiestruturadas com informantes-chave que atuam em organizações internacionais em Moçambique e centros de pesquisa.

#### **f. Limitações do estudo**

As limitações do estudo relacionam-se à dificuldade de acesso aos dados, sendo que, não foi possível ter acesso direto ao e-SISTAFE, uma plataforma electrónica através da qual o Estado realiza pagamento dos seus fornecedores de bens e prestadores de serviços e para a presente análise, depende-se de informações disponibilizadas pelas entidades do governo e outras entidades como ONGs e organismos internacionais.

Como é colocado pelos autores do relatório sobre a arquitectura da assistência ao desenvolvimento do sector da saúde em Moçambique publicado pela N'weti, “existe uma contradição, às vezes abismal, quanto aos dados reais do financiamento, os indicadores numéricos são incompletos, não só pela incapacidade do MISAU de controlar os dados, mas igualmente porque um número não marginal dos recursos que financiam o sector não são registados no sistema financeiro do Estado, o que permitiria um entendimento mais real” (p. 19) (Guambe et al., 2018), um fenómeno que discutiremos detalhadamente na terceira parte do estudo. Desta forma, plataformas de dados sobre ajuda oficial para o desenvolvimento (por exemplo, ODA Moz) se limitam à ajuda oficial e os dados apresentados não correspondem aos dados apresentados nos relatórios das entidade e do governo moçambicano.

Por outro lado, ainda há uma dificuldade em relação à apresentação dos dados, que muitas vezes não usam os mesmo critérios e costumam destacar dados sobre o orçamento planeado, deixando os gastos reais em segundo plano.

Além de constituir uma limitação do estudo, a dificuldade de acesso aos dados (atualizados) também é um resultado na medida em que evidencia alguns desafios em relação à transparência, que tem sido problematizado por diversos autores e também foi destacado pelos informantes chave (CIP, 2019; Guambe et al., 2018; N'weti, 2016; UNICEF, 2018).

Foi possível ultrapassar ou amenizar as limitações a partir da triangulação de dados e por complementar a análise documental com entrevistas com informantes chave.

## 2. ORGANIZAÇÃO E GOVERNANÇA

Entre os principais desafios da organização e governança do sistema de saúde moçambicano está a baixa cobertura de serviços e a falta de pessoal qualificado. Mesmo com o expressivo aumento de financiamento para HIV/aids durante os anos 2000, esses desafios permaneceram e observam-se desigualdades na distribuição dos recursos humanos, com as províncias de Zambézia, Tete e Nampula com rácio de recursos humanos mais desfavoráveis (Gironés, 2018). No intuito de identificar as características e desafios da organização e governança no sector de saúde em Moçambique, nesta parte do relatório serão abordadas a organização do sistema de saúde, políticas de saúde e instrumentos de planificação, descentralização e centralização, intersectorialidade, sistemas de informação da saúde e disponibilidade de dados e estratégias de governança.

### a. Organização do sistema de saúde

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Moçambique foi criado em 1975. Após a independência em 1975, o governo socialista do partido FRELIMO do então presidente Samora Machel priorizou a criação do sistema de saúde, nacionalizou as unidades sanitárias e iniciou a construção de um sistema de saúde gratuito, orientado pelos princípios da atenção primária à saúde definidos em Alma Ata (Paes-Sousa et al., 2019; Pfeiffer et al., 2017). O país enfrentou uma série de desafios na consolidação do sistema, incluindo a falta de recursos humanos para a saúde.

Diante da falta de pessoal qualificado e às crescentes necessidades em saúde, foi feito um maior investimento nas áreas de promoção e prevenção de saúde (Paes-Sousa et al., 2019), o que levou Moçambique a atingir uma cobertura de 95% de vacinação contra sarampo, tuberculose e tétano entre 1976 e 1979 e culminou na consolidação do Programa Alargado de Vacinação em 1980 (Paes-Sousa et al., 2019), muito antes que outros países no continente. Também foram criados mais de mil centros de saúde e programas de formação do pessoal de saúde (Pfeiffer et al., 2017).

A guerra civil entre 1976 e 1992 deixou profundas feridas no país e também no sistema de saúde, cuja infraestrutura foi fortemente impactada pela guerra e pelos estratégicos ataques de “desestabilização” à infraestrutura do estado pelo RENAMO, com 291 unidades sanitárias destruídas e quase 700 unidades temporariamente fechadas entre 1981 e 1988 (Paes-Sousa et al., 2019).

Mais de uma década de guerra deixou o país quase falido e grande parte da infraestrutura pública em ruínas (Pfeiffer et al., 2017), agravado por medidas de austeridade impostas ao governo a partir do programa de ajuste estrutural de 1987 em função do endividamento público que sustentou o crescimento econômico do país, mas reforçado por escândalos de dívidas ilegais, conduziu o país para uma crise da dívida (Ibraimo, 2019).

Com a assinatura do acordo geral de paz em 1992, o país se reorganizou de forma pragmática, movendo cada vez mais de um modelo estadista para um modelo de economia de mercado privatizado, o que segundo Pfeiffer e colegas (Pfeiffer et al., 2017) atraiu ajuda externa principalmente em forma de projetos e o governo lançou o Programa de Recuperação do Setor da Saúde (HSRP) apoiado pelo Banco Mundial, que principalmente buscou reduzir a

mortalidade infantil e materna a partir do investimento na atenção primária à saúde (Paes-Sousa et al., 2019).

O artigo 89 da Constituição da República de 1990 estabeleceu a todos os cidadãos o direito à assistência médica e a lei n. 25/1991 criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e “abriu possibilidades para o estabelecimento da Política Nacional de Saúde (PNS, 1995), que determinou a divisão da área da saúde em três subsectores (público, privado e comunitário) e destacou a introdução de taxas de serviço pagas pelos usuários, como forma de ampliar a base de recursos do setor” (p. 374) (Matsinhe & Namburete, 2019).

Os autores do relatório sobre a arquitectura da assistência ao desenvolvimento do sector da saúde em Moçambique afirmam que o sector da saúde é parte do processo histórico do país e desta forma “foi parte estruturante mas também estruturado pelo quadro de mudanças e de sucessão de regimes políticos do Estado” (p. 21) (Guambe et al., 2018). As trajetórias do sistema de saúde assim como seus desafios, portanto, devem ser lidas nesta perspectiva histórica.

Segundo o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2014-2019), “a prestação de serviços de saúde, em Moçambique, é feita por quatro tipos de prestadores. O Sector Público, agrupado no SNS, é o mais abrangente geográfica e tecnicamente. O Sector Privado divide-se em lucrativo –de presença quase exclusiva em zonas urbanas– e não lucrativo, constituído por ONGs nacionais e internacionais com fortes ligações com o sector público” (p. 16) (MISAU – PESS 2014-2019). O MISAU ainda reconhece como parte do subsector comunitário, os Praticantes de Medicina Tradicional (PMT). Existe, portanto, um reconhecimento da multiplicação de actores no sistema (pela entrada de diversos parceiros internacionais), mas também de uma estrutura múltipla de providência do serviço (Guambe et al., 2018).

Hoje o sector de saúde é composto por um conjunto de entidades que fazem parte do Ministério da Saúde (MISAU), que estão organizados em três níveis administrativos: nível central, provincial e distrital. Presentemente fazem parte do sector um total de 184 Unidades Gestoras Beneficiárias (UGBs), entre as quais, o MISAU (que o lidera a nível nacional), 11 SPS (coordenam o sector à nível de cada província), as DPS que cuidam da gestão dos centros de saúde e 151 SDSMAS (coordenam o sector à nível de cada distrito). Fazem ainda parte do sector o Instituto Nacional de Saúde (INS), a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), 4 Hospitais Centrais, 8 Hospitais Provinciais, 5 Hospitais Gerais, 1 Hospital Psiquiátrico e 1 Hospital Distrital (UNICEF, 2020). Ainda tinha 1652 Unidades Sanitárias (UNICEF, 2020).

Na provisão dos serviços diferenciam-se quatro níveis: nível primário (centros de saúde), nível secundário (hospitais distritais, rurais e gerais), nível terciário (hospitais provinciais) e nível quaternário (hospitais centrais e especializados).

No Relatório da revisão do sector de saúde (Ministério da Saúde (MISAU), 2012) apresenta-se uma figura da estrutura do SNS em termos de hierarquia administrativa, que é reproduzido aqui para ilustrar a organização nos três níveis de organização administrativa (veja a Figura 1):

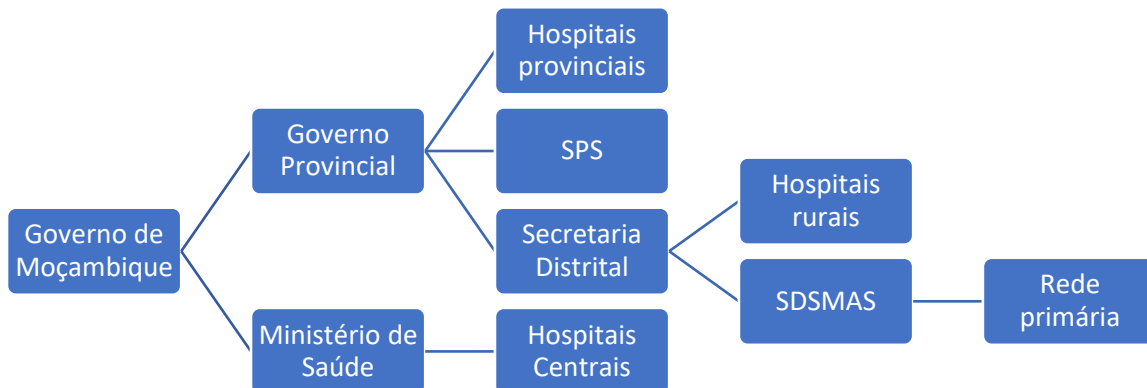


Figura 1. SNS em termos de hierarquia administrativa

Em termos de autonomia financeira, a estrutura do SNS é bastante diferente, o que é ilustrado na seguinte figura, retirada do Relatório da revisão do sector de saúde (Ministério da Saúde (MISAU), 2012) (veja a Figura 2):

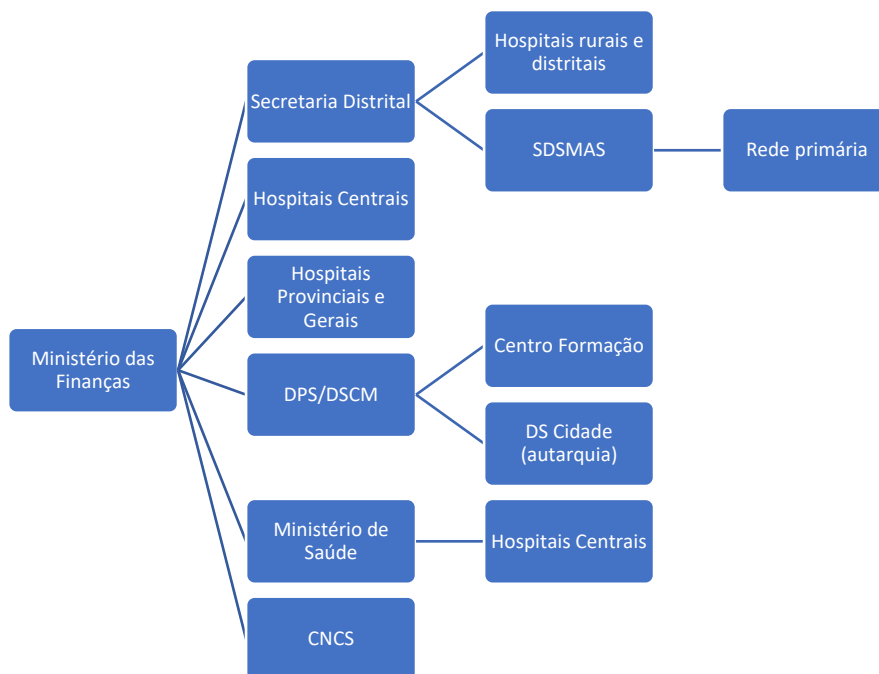


Figura 2. SNS em termos de autonomia financeira

O cenário dos actores do sector da saúde, no entanto, é bem mais complexo e foi resumido na tabela abaixo (veja tabela 3), adaptada da tabela apresentada pelos autores do relatório sobre



a arquitectura da assistência ao desenvolvimento do sector da saúde em Moçambique (Guambe et al., 2018):

Natureza do actor	Actor
Estatal	Governo
	MISAU
	Serviço Provincial de Saúde (SPS)
	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS)
	Ministério de Economia e Finanças
	Assembleia da República
Multilaterais	Agencias das Nacoes Unidas (OMS, UNICEF, FNUAP), Banco Mundial e ONUSIDA
Bilaterais	AECID, AFD, BTC, Agência Canadiana, CDC, USAID, Fundação Clinton, DANIDA, DFID, EU, GIZ, Flanders Delegation, Friends in Global Health, OIM, Cooperação Italiana, Embaixada dos Países Baixos, PEPFAR, Embaixada Irlanda, Cooperação Suíça para o Desenvolvimento
Iniciativas globais	GFATM, Global Alliance for Improved Nutrition, Aliança Gavi, Global Fund (GF) e Global Fund Facility (GFF)
ONG	Amodefa, Pathfinder, Save the Children, World Vision, SolidarMed, PSI, Aga Khan, Medicus Mundi, Médicos sem Fronteiras, Jhpiego, CIC, CCS, FHI360, ICAP, Forum Mulher, Wiwanana, N’weti, CESC, FDC, ICRH- Mozambique, Malaria Consortium, etc.

Tabela 3. Actores da assistência ao desenvolvimento do sector da saúde em Moçambique

A diversidade de agendas e finalmente também dos mecanismos de financiamento gera diversos conflitos (latentes e manifestos) e desafios que discutiremos detalhadamente na terceira parte do estudo. Guambe e colegas diferenciam os actores de acordo com a atuação na (1) formulação e decisão de políticas do sector, na (2) na implementação e na (3) monitoria e avaliação, e afirmam que na formulação e decisão de políticas do sector “a acção continua do domínio aparente das autoridade estatais mas fortemente pilotado pelos doadores” (p. 31) (Guambe et al., 2018). Em relação à implementação, os parceiros de cooperação são os mais relevantes (Guambe et al., 2018) e segundo os autores.

“há sobreposição a vários níveis de actuação no terreno, uma total falta de controlo das actividades do MISAU sobre o que efectivamente está acontecendo nos níveis hierarquicamente mais baixo. As províncias ficam, até certo ponto, ilhas de implementação de projectos verticais, às vezes não registados nem no e-SISTAFE nem na Conta Única de Tesouro (CUT)” (p. 31) (Guambe et al., 2018).

Ainda destacam a importância das ONGs na implementação ou provisão dos serviços do sector por serem intermediárias dos financiadores que usam mecanismos de financiamento vertical.

Na monitoria e avaliação se refletem algumas das fragmentações anteriormente citadas na medida em que cada doador tem seus próprios critérios de avaliação, o que segundo os autores torna mais complexa a capacidade de coordenação do sector por parte do MISAU (Guambe et al., 2018). Destaca-se a actuação das organizações da sociedade civil que tem contribuído nos processos de monitoria da acção governamental e na avaliação dos resultados e cujos relatórios estão sendo considerados neste estudo.

Um relatório recente sobre desigualdades em saúde em Moçambique constatou que o actual sistema de saúde em Moçambique é bastante semelhante ao da maioria dos países da África Subsaariana, com “um nível primário com uma infra- estrutura muito deficiente, pessoal de saúde pouco qualificado e [...] requisitos básicos indisponíveis como água canalizada, fornecimento de energia confiável, medicamentos, oxigênio, transporte seguro ou diagnóstico e equipamento terapêutico” (p. 12) (Llop-Gironés, Belvis, Mireia, & Benach, 2018). Ainda destaca que há uma importante presença de provedores privados e uma fragmentação entre organização e prestação de serviços, que segundo os autores reforça ineficiência no sector.

O relatório anual de balanço do sector de saúde de 2018 afirmou que houve um crescimento da Rede Sanitária entre 2017 e 2018 (1,3%), no entanto, este crescimento não acompanhou o crescimento da população no mesmo período (2,6%).

O mesmo relatório afirma que do total de unidades sanitárias 96% são de nível primário, 3,1% do nível secundário (hospitais distritais, rurais e gerais) e 0,4% do nível terciário (hospitais provinciais) e 0,4% do nível quaternário (hospitais centrais). Oitenta e nove por cento das Unidades de Saúde do nível primário são rurais e 11% urbanos. Apesar do elevado número de unidades de saúde e com o rácio habitantes por unidade sanitária estando acima da recomendação da OMS de 10000 habitantes/unidade sanitária (o rácio em Moçambique estava em 16855 em 2018), há províncias com um rácio inferior ao nacional e outras com um rácio mais elevado, esses últimos incluindo Manica, Zambézia, Tete, Nampula e Cidade de Maputo. No relatório ainda se constata que o aumento do número de Unidades Sanitárias não foi suficiente para alterar a distância média a percorrer para encontrar uma unidade sanitária que era de 12,4km em 2018 e não se reduziu muito em relação ao ano anterior (12,5km).

#### **b. Políticas de saúde e instrumentos de planificação**

As atividades do sector de saúde são definidas pelos Planos Estratégicos que são publicados desde o ano 2000, “com o propósito de orientar a edificação do Sistema de Saúde moçambicano, em particular o SNS, tendo em vista a melhoria progressiva do estado de saúde da população” (p. 10) (MISAU - PESS, 2014-2019).

O Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019 (PESS), estipulou os seguintes objetivos estratégicos: (i) aumento do acesso e utilização dos serviços de saúde, (ii) melhoria da qualidade dos serviços de saúde, (iii) redução das desigualdades geográficas no acesso e

utilização dos serviços de saúde, (iv) melhoria da eficiência dos serviços de saúde prestados, (v) fortalecimento das parcerias de saúde, (vi) aumento da transparência e a responsabilização na utilização dos recursos públicos, e (vii) fortalecimento da governação do sistema de saúde de Moçambique.

O Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) mais recente é de 2014-2019.

Além dos Planos Estratégicos o país regularmente publica o Plano Quinquenal do Governo (PQG), o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) e o Plano Económico e Social (PES).

O Plano Quinquenal do Governo (PQG) é um plano vinculado ao ciclo eleitoral e inclui uma série de objectivos estratégicos a serem alcançados durante os cinco anos subsequentes e incluem objetivos específicos do sector de saúde. O plano actual é de 2020-2024. Os indicadores usados para medir os progressos no PQG estão contidos na Tabela abaixo (Tabela 4) adaptado do MISAU (2015) e apresentado em um relatório técnico intitulado “Desigualdades em saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade de atendimento” (Llop-Gironés, Belvis, et al., 2018):

Indicadores	Base 2014	Esperados 2019	Último dado disponível
% de partos institucionais %	71	84	87% <sup>3</sup> (2019)
% de crianças totalmente vacinadas %	82	94	94% <sup>2</sup> (2018)
% de baixo peso curado em crianças menores de cinco anos de idade	60	94	
% de adultos e crianças retidos em ART %	45/64	80/80	n.i./55
% de HIV+ mulheres grávidas que receberam ARVs	86	90	
Taxa de profissionais de saúde por 100.000 Habitantes	94	113,3	
Número de distritos com um hospital distrital	44	60	
% de mulheres entre 30 e 55 anos de idade com triagem de cancro do colo do útero em consultas de planeamento familiar	1	15	

Tabela 4: Indicadores para medir progressos no PQG (2015-2019) e atualizações (UNICEF, 2020)

O Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) é a estimativa de médio prazo das receitas e despesas. Segundo Llop-Gironés (2019), “o actual CFMP 2017-2019 está subordinado ao PQG 2015-2019. Os recursos são orçamentados através do CFMP, que é negociado com o Conselho de Ministros e o Ministério da Economia e Finanças e aprovado pelo Parlamento. O CFMP contém uma descrição geral das despesas previstas no sector da saúde e aponta três acções para reduzir a mortalidade materna e neonatal: aumento dos partos institucionais, reforço do tratamento

<sup>3</sup> Balanço do Plano Económico e Social – 2018; Plano Económico e Social - 2021

preventivo intermitente em mulheres grávidas em risco de malária e a distribuição de redes mosquiteiras (Ministério da Saúde, 2015)” (p. 14).

O Plano Económico e Social (PES) é um instrumento de programação e gestão das atividades a serem realizadas em cada programa no PQG dentro de um ano. As prioridades em saúde para 2018 eram: cuidados da saúde materno-infantil, melhoria da qualidade dos cuidados, melhoria da logística de produtos médicos, redução do impacto de epidemias.

No PES 2020 se reconhece “expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde” como um objetivo estratégico e são detalhados 14 acções com indicadores que incluem:

- Manter a taxa de cura de crianças tratadas com desnutrição Aguda em 80% / % de crianças com desnutrição aguda curadas
- Manter a Cobertura das crianças menores de 1 ano Completamente Vacinadas (CCV) acima de 95% / % ou número de crianças completamente vacinadas
- Aumentar o Rastreio do Cancro do Colo do Útero em mulheres dos 25 - 54 anos na consulta de PF de 23% em 2019 para 26% em 2021 / % ou Número de Mulheres rastreadas
- Operacionalizar o funcionamento da Autoridade Nacional Reguladora de Medicamentos (ANARME) por regiões do País / número de Instituições regionais operacionais
- Aumentar a Cobertura de Partos Institucionais de 87 em 2019 para 89 em 202 / % ou Número de Partos Institucionais Realizados
- Formar médicos especialistas em diferentes especialidades / Número de médicos especialistas formados

Em função da pandemia foi elaborado um Plano Nacional de Prevenção e resposta ao COVID-19 e o PES de 2020 e a Proposta do Plano Económico e Social (PES) de 2021 (Ministério da Saúde (MISAU), 2020) incluem a pandemia nas análises e projeções. No último, destaca-se, por exemplo, o reforço das medidas de prevenção e mitigação desta pandemia e há menção das consequências socioeconômicas da pandemia no que diz respeito à redução do investimento directo estrangeiro e a redução das importações e exportações, que reduziram o crescimento económico do país. Os objetivos da Proposta do Plano Económico e social (PES) de 2021 são muito semelhantes aos objetivos dos PES 2020 mas incluem 16 em vez de 14 acções prioritárias.

Entre 2000 e 2010 o desenvolvimento de recursos humanos no sector da saúde foi orientado por 4 planos nacionais (PDRH 1992- 2002, PDRH 2000-10, PDRH 2005-10 e PDRH 2008-15) e o desenvolvimento de recursos humanos no sector da saúde também é incluído nos indicadores dos PES. Segundo o relatório da revisão do sector da saúde, as metas foram alcançadas e até superadas. Desta forma, entre 2000 e 2010 houve um aumento de 161% de médicos, 47% de enfermagem geral, 191% na farmácia e 112% em carreiras vinculados ao Laboratório e bioquímica (Ministério da Saúde (MISAU), 2012). No entanto, o rácio de profissionais qualificados por habitante ainda é baixo e reduziu de um profissional por 1947

habitantes em 2000 para 1004 habitantes em 2010, pela absorção média no aparelho do estado dos recém-graduados não acompanhar a produção anual do pessoal. Ainda há um problema de retenção com aproximadamente 2,5% da força de trabalho deixando o sistema em 2010 (Ministério da Saúde (MISAU), 2012).

No relatório de revisão do sector de saúde, é afirmado que o “MISAU adoptou numerosas políticas para promover a retenção dos profissionais de saúde e reduzir as desigualdades entre meio urbano e rural” (p. 75), incluindo o aumento da oferta de profissionais de saúde através de cursos pós-laborais (período de tarde) ou nocturno; a colocação de pessoal recém-graduado nas áreas desfavorecidas; os incentivos para os funcionários colocados em áreas rurais; a expansão da formação nas províncias; a revisão das competências técnicas através da transferência de competências e responsabilidades entre categorias de trabalhadores de saúde.

A persistência dos problemas com recursos humanos para o sector de saúde no país em grande parte reflete assimetrias globais, marcadas pela fuga de cérebros, mas também ilustra as fragmentações do sector de saúde em Moçambique. Desta forma, os desequilíbrios na arquitectura da assistência ao desenvolvimento do sector da saúde e especificamente no financiamento tem reforçado um padrão desigual e gerado uma série de desafios para resolver o problema dos recursos humanos e, de forma mais geral, consolidar um sistema de saúde com uma organização e governança eficaz, eficiente e equitativa.

### **c. Descentralização e centralização**

Como outros países da África subsaariana, Moçambique iniciou reformas de descentralização nos anos 1980 mas foi especialmente a partir do lançamento da estratégia global da reforma do sector público, em 2001, que se deram transformações mais estruturais voltadas à provisão de serviços públicos.

Weimer divide o processo de descentralização moçambicano em 2 fases. Segundo o autor, a primeira fase foi marcada pela aprovação da Lei da Devolução, lei nº 4/94 e uma estratégia de devolução radical com a legislação correspondente (3/94). A segunda fase foi marcado pela Lei 7/97, o pacote autárquico, que previa dois tipos de autarquias urbanas: municípios (urbanos) e ‘povoações’ (rurais). Contudo “os distritos (isto é, as zonas rurais) [eram] excluídos do processo de devolução e [permaneceram] subordinados à administração (central) do Estado” (p. 88) (Weimer, 2012a). Mais tarde, em 2003, “são designados os Órgãos Locais do Estado (OLEs), em que os distritos coexistem com as autarquias, que formam um tipo de espaço autónomo, ‘extraterritorial’, dentro da área do distrito” (p. 88) (Weimer, 2012a). Desde 1996 houve diversas tentativas de formular uma política nacional de descentralização, incluindo a “Estratégia Nacional de descentralização administrativa em Moçambique” (1998), o documento estratégico “Política e Estratégia de Desenvolvimento Autárquico em Moçambique para 2005-2010” (2005), a proposta preliminar “Estratégia Nacional de Planificação e Finanças Descentralizadas” (2005) e o “Plano Estratégico do Sector da Administração Local (PESAL)” (2010). Em Dezembro de 2010 foi apresentada uma versão preliminar da Política Nacional de Descentralização (PEND – Política e Estratégia Nacional de Descentralização) a um grupo de doadores, que sugere quatro pilares da descentralização: democrática eleitoral (autarquias),

administrativa participativa (OLEs), burocrática e fiscal. Contudo, a proposta da Política não definiu cronograma e mudanças das responsabilidades e, desta forma, deixou uma série de vazios, que não foram respondidos até hoje.

No sector da saúde, as reformas de descentralização tiveram início ainda em 1975 por meio da “desconcentração” realizada através da criação das Direcções Provinciais de Saúde (DPS), a definição do distrito como plataforma de planificação em 1978 e a transferência das competências na gestão de recursos humanos, planificação e orçamento entre 1997 e 1998, o último especificamente a partir da criação de orçamentos provinciais (Weimer, 2012a). Outro destaque foi a introdução do e-SISTAFE para gerir o fluxo de recursos e despesas. A partir de 2006 as reformas de descentralização se associaram particularmente a estratégias de melhoria da qualidade na provisão de serviços e no decreto n.33/2006 o governo central oficialmente transferiu para os municípios as competências dos Cuidados de Saúde Primários<sup>4</sup>.

Apesar de sucessivas ações que levaram a algum grau de desconcentração, ainda há um descompasso entre a concepção dos instrumentos legais e a “materialização efetiva da agenda de descentralização e transferência de competências de gestão de serviços de saúde primários para os municípios” (p. 376) (Matsinhe & Namburete, 2019) e o sector da saúde permanece altamente centralizado. Matsinhe e Namburete (2019) desta forma argumentam que desde a aprovação do decreto, a transferência “foi materializada somente no município de Maputo em 2009 e, mais recentemente, no município de Pemba, ambos geridos pelo partido no poder. Entretanto, até junho de 2018, 19 das 53 autarquias locais existentes já tinham manifestado ao Ministério da Administração Estatal interesse em gerir os serviços primários de saúde” (p. 373) (Matsinhe & Namburete, 2019). Guambe e colegas neste sentido afirmam que a descentralização do sector ocorreu em um meio de “receio político-administrativo” (Guambe et al., 2018) e citam que a transferência de competências prevista na lei 2/97 e no decreto 33/2006 para os níveis municipais apenas ocorreu no município da cidade de Maputo com algumas atribuições na gestão de Cuidados de Saúde Primários (CSP) em 2009 e uma implementação efetiva dessas transferências acontecendo unicamente a partir de 2013. Ainda afirmam que:

“muito por conta de conflitos de poder político-administrativo, a descentralização para os municípios altamente urbanizados geridos por partidos da oposição, casos de Quelimane, Beira, Nampula, Nacala Porto, assim como, para os municípios geridos pelo partido no poder, mas com uma forte partilha do poder ao nível dos Conselhos Autárquicos, caso do município da

---

<sup>4</sup> A noção dos Cuidados de Saúde Primários surgiu de modelos de atenção à saúde nas zonas libertadas no contexto da luta de libertação nacional (1964-1974) e da adesão à Declaração de Alma Ata (1978) sobre atenção primária em saúde e inclui: Saúde Materna e infantil e planeamento familiar (SMI/PF), o programa Alargado de Vacinação (PAV), ações de saneamento e vigilância em saúde, educação nutricional, prevenção e controle de doenças endêmicas, primeiros socorros e outros cuidados de emergência aos traumatismos mais vulgares, distribuição de medicamentos essenciais, diagnóstico e tratamento de agravos à saúde correntes

Matola, conhecem e poderão conhecer uma resistência da administração central em transferir competências na gestão administrativa e financeira do sector” (p. 24) (Guambe et al., 2018).

Além dessas dificuldades na transferência de competências, os principais desafios da descentralização situam-se na defasagem entre planificação e orçamentação. Desta forma, a descentralização de funções e competências não acompanhou a descentralização dos recursos (financeiros, materiais e humanos) (Posse, 2018; Weimer, 2012a) e “os processos de elaboração de planos e orçamentos estão desarticulados” (p. 2) (N’weti, 2016).

Por exemplo, enquanto o Plano Económico e Social (PES) sectorial e o Plano Económico e Social Distrital (PESOD) são elaborados pelo governo central, prescrevendo uma Planificação e Orçamentação por Programas (POP) na qual os distritos são considerados unidades centrais de planificação, a orçamentação é feita de cima para baixo com o nível central definindo os tectos orçamentais e efetuando as dotações orçamentais: do nível central para o nível provincial e do nível provincial para o nível distrital (N’weti, 2016).

Dados publicados pelo Fórum de Monitoria do Orçamento (2016) demonstram que desde 2008 61% dos recursos financeiros são usados a nível central, 31% a nível provincial e 8% ao nível do distrito. Como aponta o Observatório Cidadão para Saúde (2021), em 2021 projectou-se que aproximadamente 19 mil milhões de MT do orçamento da saúde sejam alocados a nível central, correspondente a 51% do volume total de recursos destinado ao sector da saúde, sendo que a maior percentagem (50,4%) é absorvida pelo Ministério da Saúde (MISAU).

Como afirma Lúcio Posse em uma publicação do Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE), as contradições entre uma descentralização formal de competências e funções e uma insuficiente descentralização dos recursos pode “tornar o sector mais ineficiente, exacerbar as iniquidades” (Posse, 2018) e finalmente inviabilizar o objetivo central de melhoria da qualidade na provisão de serviços. Isso é agravado pela falta de perspectiva política para uma maior descentralização no sector de saúde. O mesmo autor neste sentido afirma que “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” (p. 1), o que segundo o autor afecta as práticas do sector “no que se refere à transferência efectiva de funções e/ou competências dos níveis centrais para os níveis provinciais e distritais” (p.1) (Posse, 2018). Desta forma, se reproduzem lógicas *top-down* e perpetua-se a centralização do sector de saúde, que tem contribuído para 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” (p. 445) (Weimer, 2012a). Weimer (Weimer, 2012a) neste sentido argumenta que “a descentralização, no caso da saúde, limita-se à desconcentração e delegação” (p. 445), sendo que tem sido dada mais responsabilidade às instituições ao nível local sem acompanhar isso com um aumento na autonomia em planificação, orçamento de programas e execução orçamental, o que finalmente levou a problemas ligados à gestão e execução orçamental ao nível subprovincial.

O Policy Brief 4 intitulado “Por um sistema de saúde eficiente, descentralizado, transparente e envolvente dos cidadãos” na N’weti (N’weti, 2016) identificou 3 desafios gerados pela desarticulação entre planificação e orçamentação:

- (1) De natureza técnica, no sentido da definição de prioridades não poder traduzir-se facilmente no orçamento e a execução orçamental não poder ser monitorada facilmente numa perspectiva de estratégias e políticas.
- (2) Em relação à fragmentação entre planificação e orçamentação, sendo que a planificação é feita por programas e a orçamentação é feita de forma global e incremental, o que tem gerado importantes distorções na atribuição inicial de recursos.
- (3) De natureza sócio-política, associado à desmotivação do pessoal da planificação e consequente desvalorização do processo de planificação, “uma vez que planificar sem poder decidir a dotação orçamental tornou-se num exercício meramente formal” (p. 3) (N’weti, 2016).

Além desses desafios alguns autores têm argumentado que o estágio incompleto da descentralização prejudica a articulação dos diferentes níveis do sector da saúde, e perturba o envolvimento da sociedade civil, isso é, a participação pública (N’weti, 2016; Pereira, 2012; Weimer, 2012b). Desta forma Pereira argumenta que em Moçambique “constatamos uma participação restrita a poucos segmentos sociais com capacidade de organização e expressão política, cujo risco é, exactamente, reforçar o círculo vicioso de produção e reprodução das enormes desigualdades já existentes, em razão da crescente dificuldade (ou incapacidade) de organização e expressão política dos segmentos sociais em situação de vulnerabilidade ou exclusão social” (p. 52) (Pereira, 2012) e conclui o capítulo de livro afirmando que “embora a descentralização tenha aberto novos espaços de participação das comunidades na gestão pública, ela não trouxe necessariamente uma mudança qualitativa na relação entre estruturas locais e as comunidades mais pobres” (p. 55), sendo que espaços locais criados pela descentralização como os Conselhos Locais “não são espaços inclusivos” (p. 55) (Pereira, 2012).

Partindo do pressuposto de que a centralização inibe a elaboração de respostas locais efetivas a problemas de saúde e pode reforçar desigualdades no país, diversos análises coincidem na importância de radicalizar processos de descentralização político-administrativa no país e finalizar o que tem sido descrito como uma descentralização “inacabada” ou “doseada”, “dadas as hesitações e parcimônias governamentais na dinamização e implementação dos dispositivos legais que legitimam o investimento na descentralização” (p. 376) (Matsinhe & Namburete, 2019).

Na avaliação de Weimer, “a história infinita de formulação de uma estratégia de descentralização [...] não é apenas uma história de muitas propostas por várias instituições, mas um processo caracterizado por ‘muitos consultores, mas pouca consulta’” (p. 93) (Weimer, 2012a).

#### **d. Intersectorialidade**



A intersectorialidade é reconhecida como elemento chave em diversos documentos políticos como, por exemplo, o PESS 2007-2012 que contempla a intersectorialidade no objetivo geral 16, que se propõe “aprimorar os mecanismos de cooperação intra e intersectorial e a comunicação com os parceiros nacionais e internacionais”. No entanto, o relatório de revisão do sector de saúde afirma que “os mecanismo para a cooperação intersectorial para a saúde não foram criados” (p. 92) e ainda reconhece que a colaboração intersectorial entre os ministérios foi limitada na medida em que “não existem planos conjuntos com os ministérios para abordar assuntos relacionados com agricultura, turismo, meio ambiente, educação, obras públicas, habitação, ou a pesca” (p. 40) para abordar doenças como malária (Ministério da Saúde (MISAU), 2012) e de forma semelhante, o “Relatório Mundial da Saúde – financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal” reconhece a insuficiência de acções intersectoriais como entrave para a expansão da cobertura dos serviços (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), 2011).

Desta mesma forma, o relatório do Observatório da Equidade: Avaliação do progresso da equidade na saúde Moçambique afirma que para alcançar a equidade em saúde e melhorar o acesso dos agregados familiares aos recursos para a saúde “uma área que merece maior atenção e acção intersectorial é a cobertura de água segura e saneamento incluindo as áreas urbanas de baixo rendimento” (p. 69) (Ministério da Saúde (MISAU), 2010).

Embora a literatura sobre os pontos de entrada para acções intersectoriais ainda esteja limitada, um relatório da OMS AFRO afirmou que a adoção da abordagem Saúde em Todas as Políticas como eixo estruturador de acções intersectoriais pode evitar impactos negativos na saúde e apoiar os governos na identificação de sinergias que promovem a saúde da população e reduzem as iniquidades (World Health Organization Regional Office for Africa, 2013). OMS AFRO ainda reconheceu a importância de formar capacidade técnica para implementar acções intersectoriais e segundo as informações apresentadas no relatório, Moçambique era um dos poucos países que já tinha conduzido seminários/oficinas para capacitar profissionais na coordenação e implementação de intervenções a partir desta perspectiva.

Contudo, uma análise recente sobre os determinantes sociais da saúde em Moçambique atesta uma falta ou debilitada acção intersectorial no país e relaciona isso às transformações neoliberais a partir das quais, desde os anos 1980, uma abordagem mais seletiva e vertical substituiu abordagens mais voltadas para acções intersectoriais e focadas na atenção primária (Llop-Girones & Jones, 2020). As acções intersectoriais certamente devem passar por mudanças no financiamento e uma articulação estratégica entre os diferentes actores que definem as prioridades políticas mas também as prioridades orçamentais. Dada a fragmentação do sector de saúde no país e desafios na coordenação e harmonização entre os doadores, que serão discutidos detalhadamente na terceira parte do relatório, podemos afirmar que persistem uma série de desafios na consolidação de acções intersectoriais em Moçambique.

#### **e. Sistemas de informação da saúde e disponibilidade de dados**

Os sistemas de informação em saúde são uma peça estratégica de qualquer sistema de saúde na medida em que subsidia o processo decisório, uma vez que auxilia no conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco, condições demográficas, entre outras. Qualquer sistema de informação trabalha a partir da junção entre dado, informação e conhecimento.

O sistema de informação de Saúde em Moçambique foi criado em 1976 para registrar actividades preventivas, promotivas e curativas. Em 1979 o MISAU estabeleceu um mecanismo de recolha de dados de todas as unidades sanitárias do SNS baseado em fichas de levantamento tipo inquérito anual. Em 1982, o primeiro sistema organizado, estruturado, uniformizado de recolha sistemática de dados, que foi revisado e relançado em 1989/1990. A partir deste momento foram criados diferentes sub-sistemas de informação, que segundo um relatório sobre as boas práticas do SIS em Moçambique (Ministério da Saúde (MISAU), 2007) gerou “duplicação de recolha de informação, dispersão de dados, falta de credibilidade dada aos dados do sistema mãe (DIS) e deficiente produção de relatório estatísticos sanitários” (p. 4). Em um esforço de melhorar a qualidade da informação e fortalecer o sistema de informação em saúde, uma lista nacional de monitoria foi aprovada em 2001 e está presente nos PESS e nos Planos Anuais Operacionais e em 2006 foi criado um plano de reestruturação e reorientação do SIS. Em sequência, foram realizados diversos pilotos para introduzir a codificação CID-10 e foram publicados manuais.

Em 1997 foi introduzido o sistema de notificação obrigatória semanal incluindo eventos como cólera, meningite, meningocócica, sarampo, tuberculose e lepra/hanseíase. Especificamente em relação ao sarampo, Moçambique iniciou em 2005 um sistema de notificação e investigação individualizada de casos suspeitos com confirmação laboratorial (Ministério da Saúde (MISAU), 2007).

Entre os principais produtos do sistema de informação em saúde destacam-se: Boletim epidemiológico (semanal, mensal, trimestral, anual), Estatísticas sectoriais (HIV/Sida, ITS, TB, etc), Perfis sanitários provinciais, Informação estatística sobre medicamento e Relatórios provinciais anuais.

Como em outros países africanos, o sistema de informação em Moçambique ainda “enfrenta algumas dificuldades organizacionais, a falta de qualidade dos dados, deficiente análise, o problema do envio atempado e o problema do uso da informação pelos produtores” (p. 3) (Ministério da Saúde (MISAU), 2007).

Desta forma campanhas de registro de nascimento são realizadas de forma periódica em zonas rurais e foram realizados 4 censos populacionais em Moçambique (1980, 1997, 2007 e 2017) e diversos inquéritos como o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011 ou o Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) de 2009.

Um artigo de Baltazar Chilundo e colegas sobre a Ampliações de suporte de iniciativas de saúde globais no sistema de saúde de Moçambique, os autores argumentam que o surgimento de iniciativas de saúde global como o Fundo Global para o combate à SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM) ou o Plano do Presidente dos Estados Unidos da América para o Alívio ao SIDA (PEPFAR) tem “originado a geo-discrepância na oferta de serviços e proliferação de múltiplos projectos cada um com seus mecanismos de implementação incluindo, práticas de gestão diversas, sistemas de informação, monitoria e avaliação multifacetados e processos compartimentalizados de prestação de contas” (p. 52) (Chilundo et al., 2015). Os mesmos autores ainda apontam que a cobertura incompleta dos programas além de induzir iniquidades de acesso aos serviços de saúde, gera “sistemas de informação diversos que mal comunicam entre si” (p. 53) (Chilundo et al., 2015).

#### **f. Estratégias de governança**

No Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2014-2019) o MISAU reconheceu que a governança está num processo de descentralização no âmbito das reformas do sector público, mas que a produção de recursos humanos ainda não satisfaz as necessidades de profissionais de saúde de qualidade, aliada à sua distribuição desigual e fraco desempenho e ainda apontou “a deficiente logística de medicamentos e outros artigos médicos, de que resultam [em] rupturas frequentes de stocks, condicionando a qualidade dos serviços de saúde prestados” (p. 11). Os autores de um estudo sobre assistência farmacêutica em Moçambique chegam em uma conclusão semelhante, relacionando a provisão de medicamentos à elevada fragmentação do sistema de saúde o que segundo Sachy, Almeida e Pepe “conduz a problemas de gestão e à sobreposição de atividades, num contexto de escassez de recursos humanos, muitas vezes não capacitados adequadamente para lidar com essa multiplicidade de atores. Observam-se ainda inúmeras debilidades estruturais e lentidão na tomada de decisão, devido às diferentes instituições envolvidas. A dependência operacional do Ministério da Saúde das decisões do Ministério de Planificação e Finanças, que regula as licitações, atrasa ainda mais o processo de provisão de medicamentos, em detrimento, muitas vezes, das necessidades da população” (p. 2280) (Sachy, Almeida, & Pepe, 2018).

Diante deste cenário o MISAU tem apostado em duas estratégias de governança:

“O primeiro, designado por “Mais e Melhores” serviços, visa, essencialmente, acelerar os progressos para cumprir com os compromissos assumidos, sobretudo nas áreas de mortalidade materna e neonatal, malnutrição, redução do peso da malária, HIV, TB e DTN, através da intensificação das acções de promoção da saúde e da melhoria do acesso a intervenções-chave de qualidade, incluindo ganhos rápidos (quickwins) nas áreas de apoio aos. O segundo pilar, contém uma agenda de reformas holística e centrada na descentralização, que fortaleça o sistema de saúde e permita sustentar os ganhos actuais e futuros na melhoria equitativa do estado de saúde.” (p. 11) (MISAU – PESS 2014—2019).

A estratégia portanto é marcada por propostas com alcance mais estrutural e de longo prazo e outras de curto e médio prazo.

Os mecanismos de governança são fortemente afetados pelos modos de funcionamento e particularmente pela dependência da ajuda externa, que segundo Castelo Branco (40 EM SACHY) dificultam a elaboração de propostas inovadoras. Ainda é afirmado que os mecanismos de governança são debilitados pela “drenagem interna” de recursos humanos, “que são estimulados a trabalhar em organizações internacionais, ou mesmo não governamentais, com melhores salários e condições de trabalho” (p. 2288) (Sachy et al., 2018), deixando os funcionários públicos presos em uma lógica reactiva para atender as demandas de elaboração de projetos e prestação de contas aos doadores, que “impossibilita a “apropriação” dos processos por parte do Estado moçambicano” (p. 2288) (Sachy et al., 2018).

### 3. FINANCIAMENTO DO SECTOR DE SAÚDE

O financiamento do sector de saúde enfrenta uma série de desafios que incluem a insuficiência de recursos, a centralização dos gastos e uma fragmentação decorrente do financiamento vertical do sector, especialmente em função dos tetos de gastos impostos ao setor público e um maior financiamento de ONGs e outras organizações do sector de saúde, que deixou o financiamento disperso e nem sempre alinhado às prioridades locais (Pfeiffer & Chapman, 2019; Pfeiffer et al., 2017). No plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019, o MISAU neste sentido afirma que:

“O sector é sistematicamente sub- financiado e dependente de recursos externos. Nos últimos anos, a situação tem-se agravado dado o decréscimo nestes financiamentos, e ineficiências na alocação e utilização dos escassos recursos disponíveis” (p. 11) (MISAU – PESS 2014-2019).

De forma geral, pode-se afirmar que a multiplicação de actores de financiamento do sector de saúde a partir da década de 1990 não somente significou um aumento do total de recursos mas também implicou profundas modificações na arquitectura do sistema de saúde e na provisão de serviços com transformações na formulação de políticas de saúde e na definição de prioridades de financiamento do sector. Alguns autores desta forma destacam que faltou construir uma estrutura e uma plataforma única de interação entre o sector de saúde e os parceiros internacionais nos anos 1990, quando começaram entrar os financiadores internacionais com propostas nem sempre compatíveis entre si (Guambe et al., 2018; Pavignani & Durão, 1999). Hoje o sector da saúde de Moçambique “transformou-se num mosaico de complexidade em termos de coordenação das acções e esforços de melhoria do desempenho” (p. 25) (Guambe et al., 2018), marcado por multiplicidade, concorrência e descoordenação, que dificultam o enfrentamento dos desafios do país.

Entre os desafios, uma análise recente do Centro de Integridade Pública (CIP) que compreende o período entre 2012 e 2018, apontou uma falta de transparência na ajuda externa, nomeadamente no financiamento ao sector da saúde através dos fundos verticais. Ainda critica-se que o governo tem uma tendência de “prestar mais contas para os doadores que para os seus cidadãos ao não disponibilizar com frequência e regularidade informação sobre os recursos mobilizados” (p. 19) (CIP, 2019).

Nesta parte do relatório serão abordados alguns elementos relevantes para caracterizar o financiamento do sector de saúde em Moçambique, incluindo discussões sobre despesas com saúde, fontes de financiamento e fluxos financeiros assim como a alocação de recursos.

#### a. Despesas com saúde

Em termos absolutos as despesas de saúde aumentaram entre 2004 e 2011 (Weimer, 2012b), no entanto, as despesas da saúde aumentaram muito menos do que as despesas gerais. No período entre 2006 e 2008, por exemplo, houve um aumento de em média 12,8% por ano no orçamento total e um decréscimo de em média 1,5% ao ano do orçamento da saúde e há

uma tendência de dissociar as despesas de saúde do crescimento económico e das tendências de receita (Weimer, 2012a).

O Observatório Cidadão para Saúde desta forma publicou um gráfico sobre a evolução da despesa no orçamento do Estado (em mil milhões de MZN) (veja a figura 3<sup>5</sup>) que ilustra essa relação:



Figura 3: Reproduzido do Observatório Cidadão para Saúde - Fonte: OCS com base na CGE 2010-2019, Proposta de Revisão OE 2020 e POE 2021

Em termos reais o sector da saúde teve uma despesa total de 31,4 mil milhões de Meticais em 2020, executando 89,9% do orçamento anual (REO 2020), em 2019 de 23,9 mil milhões de Meticais (REO 2019) e em 2018 de 23,1 mil milhões de Meticais.

Cabe notar que há pequenas diferenças entre os valores de execução informados nos respectivos REO (REO, 2020; REO 2019, etc). No REO (2019), por exemplo, para 2019 é informado um gasto de 23,9 mil milhões de Meticais e no REO (2020) para o mesmo ano é informado um valor de 22,7 mil milhões de Meticais de realização do sector saúde (p. 44).

Apesar de haver crescimento, no próprio relatório anual de balanço do sector de saúde (2018) é afirmado que o sector continua subfinanciado (p. 27).

A contribuição planejada para o sector da saúde em relação ao orçamento geral no último ano tem ficado mais perto da meta fixada de 15% (2021 – 14% *planejado*). No entanto, cabe notar que os orçamentos *executados* da saúde (despesa total) são consideravelmente mais baixos que os orçamentos planeados, como aponta Weimer (Weimer, 2012a) o que também é notado no Informe Orçamental Saúde 2018 publicado pela UNICEF, que afirma que “a dotação inicial do orçamento não é uma indicação fiável do que o sector irá gastar” (p. 2) (UNICEF, 2018).

<sup>5</sup> O Observatório Cidadão para Saúde baseou-se na CGE 2010-2019, na Proposta de Revisão OE 2020 e POE 2021. Os valores mais exatos para cada ano são publicados nos relatórios de execução do orçamento do estado (REO) e são considerados nos números apresentados neste relatório.

Observa-se “uma via constante da dotação, rectificação, em especial na despesa do Sector da Saúde” (p. 2) (UNICEF, 2018).

Desta forma é possível observar que em 2019 o orçamento do sector da saúde representou apenas cerca de 9%, em 2018 11,3%, em 2017 10,2% e em 2016 11,7% do volume global do orçamento do estado (UNICEF, 2018), bem abaixo da meta fixada na Declaração de Abuja de 2001 (15 por cento) e é provável que os valores de 2020 e 2021 também ficaram mais limitados do que inicialmente planejado.

Os dados apresentados no Relatório de Execução Orçamental (REO) são ainda mais limitados e indicam 8% em 2018, 7,2% em 2019 e 9,2% em 2020 (REO, 2020), bem abaixo da meta dos 15 por cento. Essa diferença nos valores provavelmente se atribui ao fato de que os valores de dotação ao sector da saúde representados na figura são valores que excluem as operações financeiras e o serviço da dívida do denominador.

De forma geral, observa-se uma tendência preocupante de decréscimo e estagnação também considerando os valores de anos anteriores representados na figura (Figura 4):

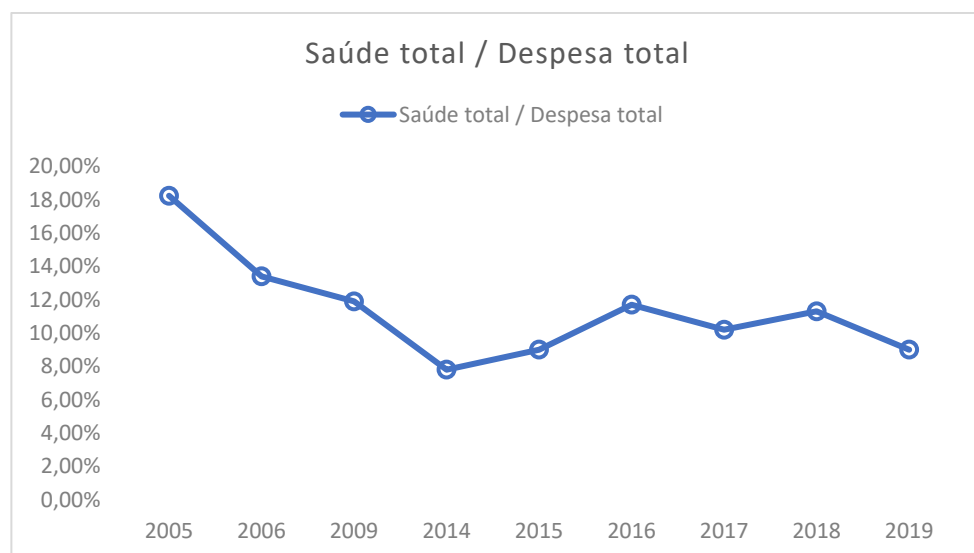


Figura 4. Despesa do sector da saúde em relação à despesa geral do Estado segundo dados apresentados por UNICEF, 2018.

Em 2005 alcançou a maior percentagem com 18,24% e desde então manteve uma tendência decrescente (Observatório Cidadão para Saúde, 2021).

É importante notar que circulam diferentes números sobre o peso do sector da saúde no orçamento do estado, alguns considerando projeções e outros gastos reais/despesas total.

Observa-se uma tendência de aumento do peso do sector da saúde no orçamento do estado quando o apoio externo se reduz. Guambe e colegas no entanto alertam que:

“O aumento do peso em contextos de crise não significa factualmente melhor prestação de serviço de saúde. Portanto, nota-se que o aumento do peso do sector da saúde num contexto de redução dos recursos externos denota que convenientemente opta-se por reduzir a alocação dos recursos domésticos ao sector da saúde como uma estratégia de mobilização de financiamento externo para o sector. Entretanto essa opção política reduz o controle do sistema deixando os doadores livres para de forma fragmentada criarem ilhas de iniquidades e de excelência” (p. 37) (Guambe et al., 2018).

Como é demonstrado no informe orçamental publicado pela UNICEF (UNICEF, 2020), houve uma redução substancial no total de compromissos dos doadores para o apoio ao Fundo Comum PROSAUDE. Nos últimos 5 anos observou-se uma queda com os atuais montantes (18,2 milhões de USD) correspondendo a cerca de um quarto da média dos últimos dez anos (71,7 milhões de USD) (UNICEF, 2020), o que se atribui “às mudanças globais dos paradigmas de apoio ao orçamento, com foco nos resultados em detrimento dos processos e procedimentos e, por outro lado, à crescente desconfiança em relação aos modelos de governação política” (p. 35) (Guambe et al., 2018).

Weimer relaciona a estagnação e o declínio das despesas de saúde ao “financiamento maciço do sector da saúde pelos parceiros internacionais do governo” via PROSAUDE ou via financiamento vertical (*aid rent*), e a uma “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.” (p. 431). Especialmente o *aid rent* que se traduz em um elevado grau de dependência dos doadores externos, é reconhecido como um problema para a sustentabilidade do setor da saúde, tem contribuído para uma fragmentação do setor da saúde e transformado o Ministério de Saúde em um parceiro ‘receptivo e reactivo’ (Weimer, 2012).

Além disso, a queda nos recursos externos reflete tendências globais que se intensificaram em decorrência da pandemia e da estagnação econômica global que levou à priorização de agendas políticas nacionais.

As evidências científicas sugerem que o investimento no sector da saúde (em termos relativos e per capita) deve aumentar para alcançar os objetivos da saúde e honrar os compromissos de promover a saúde e enfrentar as desigualdades em saúde feitos em diversos documentos oficiais. Isso requer investimento no sistema de saúde em si, na formação de recursos humanos mas também em setores que afetam a saúde, por exemplo, no abastecimento da água potável e no saneamento e na educação.

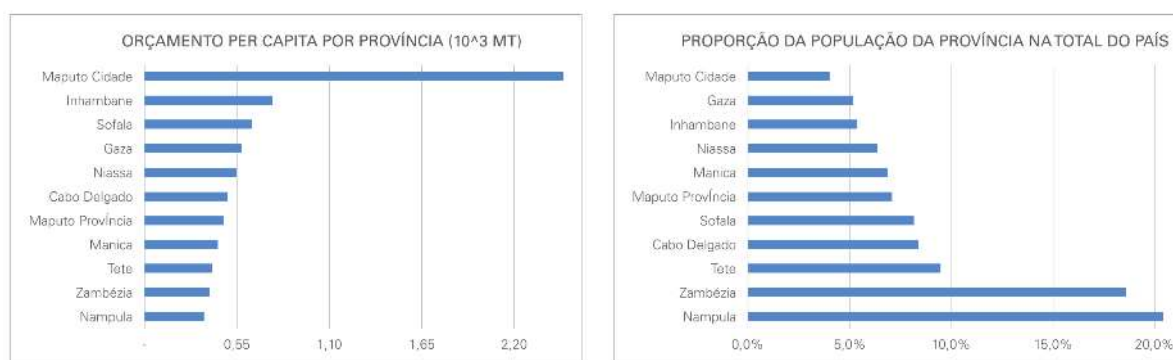
#### **b. Variação na despesa entre províncias e distritos**

Há importantes variações nas despesas entre províncias e distritos que tem a ver com a localização de alguns hospitais que geram maiores despesas. Contudo, existem desigualdades na alocação de recursos por área geográfica e alguns autores argumentam que as despesas



variam de acordo com a capacidade instalada de recursos humanos e não com a necessidade, determinada por fatores como a densidade populacional, o número per capita de hospitais e leitos hospitalares, os indicadores de pobreza e de privação grave de saúde (Weimer, 2012b). Desta forma províncias como Nampula, Zambézia, Tete e Manica tem um orçamento inferior ao nacional e as províncias Gaza, Sofala, Inhambane e Maputo Cidade estão acima da média per capita nacional (UNICEF, 2020).

A Figura retirada do relatório da UNICEF (veja a Figura 5) ilustra esse desequilíbrio demonstrando o orçamento per capita por província e a proporção da população da província em relação à população geral do país.



Fonte: Cálculos do autor com base em LOE 2019, REO I 2019, "IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017, Resultados Definitivos" (INE 2019)

Figura 5. Orçamento per capita por província e proporção da população da província em relação à população geral do país

Diante dessas desigualdades o informe orçamental da UNICEF recomenda que “a alocação orçamental a nível das instituições para além do nível central deverá passar a ter em conta o tamanho da populações residentes nas respectivas áreas geográficas” (p. 2) (UNICEF, 2020).

### c. Fontes de financiamento e fluxos financeiros

As fontes de financiamento do sector de saúde podem ser divididas em dois grandes componentes: recursos internos (ou seja, nacionais) e externos (ou seja, estrangeiros), com os recursos internos sendo arrecadados através de impostos, tarifas, direitos e crédito interno e os recursos externos sendo divididos em três categorias: (i) “contribuições do PROSAUDE”, (ii) “Fundos de Projectos Bilaterais” e (iii) “doações em espécie” (UNICEF, 2018).

Dados da OCDE indicam que Moçambique é um dos maiores receptores da ajuda externa na África, tendo recebido uma média anual de cerca de 2 bilhões de USD. Em 2019 Moçambique está na posição 7 entre os receptores (OCDE, 2021).

O Banco Mundial, os Estados Unidos da América e a Comissão Europeia foram entre 2005 e 2019 os 3 maiores doadores de ajuda oficial de desenvolvimento (AOD) para Moçambique (OCDE, 2021). No site da OCDE detalham-se os seguintes valores para 2018-2019 (Tabela 5):

Doador	Valor (em milhão de U\$D)
Estados Unidos da América	437,5
International Development Association	279,2
Global Fund	140,9
Japão	118,3
Reino Unido	113,8
União Europeia	85,6
Suécia	84
Alemanha	61,4
UNICEF	57,1
African Development Fund	55,3

Tabela 5: Principais doadores – ODA para Moçambique 2018-2019 em milhão U\$D segundo OCDE

Segundo os dados apresentados pela OCDE, Moçambique recebeu 1907,8 milhões de US \$ de AOD em 2019, 1823,5 em 2018 e 1806,1 em 2017. Da AOD aproximadamente 34% foram destinados à categoria “saúde e população” (OCDE, 2021).

O orçamento do sector da saúde de 2019 sustentou-se em 86% com recursos internos e 15% de recursos externos, semelhante com os valores de 2018 (86% / 14%), o que representa uma mudança radical quando comparado com o rácio de 2008, quando 48 eram recursos internos e 52 para os externos (Observatório Cidadão para Saúde, 2021). Esse rácio, no entanto, não reflete adequadamente a composição das fonte de financiamento do sector de saúde no país, já que não considera os recursos que são canalizados fora do orçamento (OE), que em função das transformações dos mecanismos de financiamento da assistência ao desenvolvimento e do teto de gastos do sector público tem aumentado progressivamente.

Em 2021 os recursos externos foram compostos da seguinte maneira (Observatório Cidadão para Saúde, 2021):

- Donativos externos para medicamentos – 2,9 mil milhões de Meticais (28% do total de recursos externos)
- Fundos Verticais – 7,2 mil milhões de Meticais (69%)
- Créditos externos – 0,25 mil milhões de Meticais (3%)

Em relação às três categorias dos recursos externos, o Relatório da Revisão do Sector de Saúde nota que:

“A primeira componente integra recursos das receitas ordinárias do Estado, fundos externos provenientes do apoio directo ao orçamento e fundos PROSAÚDE. A segunda componente inclui financiamentos que são direccionados a uma ou um grupo de doenças, os quais têm normalmente sistemas de planificação e execução diferentes aos do Estado. Na terceira

componente incluem-se as contribuições privadas/das famílias que correspondem maioritariamente aos pagamentos directos feitos pelas famílias quando são atendidas nas clínicas privadas, quando compram medicamentos nas farmácias e quando contribuem com os co-pagamentos nas instituições sanitárias do Estado” (p.55) (Ministério da Saúde (MISAU), 2012).

É importante notar que o apoio externo se atribui e gere a partir de dois mecanismos de financiamento: em primeiro lugar, o apoio ao orçamento através do PROSAUDE, assente no SWAp e incluído na Conta Única do Tesouro (CUT) (“on-budget”); e, em segundo lugar, os fundos geridos fora do sistema moçambicano do e-SISTAFE e desta forma por fora da CUT, provenientes de diferentes doadores e muitas vezes destinados a combater doenças específicas (Pfeiffer et al., 2017; Weimer, 2012a), principalmente vinculado ao Global Financing Facility (GFF) e assente no *results-based financing*.

Cabe detalhar que o PROSAÚDE surgiu a partir da união dos antigos Fundo Comum Provincial e Fundo Comum de Medicamentos, junto do fundo comum que resultou da introdução da Abordagem Sectorial Ampla/Sector Wide Approaches (SWAp) no sector perto do ano 2008. Como é afirmado no Relatório da revisão do sector de saúde (Ministério da Saúde (MISAU), 2012), “hoje o fundo conta com 15 doadores on-budget e on-CUT, portanto utilizando os instrumentos de gestão do Governo” (p. 58), e cobre despesas que são consistentes com o PESS; o Plano Económico e Social (PES) e aquelas despesas reflectidas no orçamento aprovado (ou legalmente revisto) pela Assembleia da República. Segundo os Relatórios de Execução Orçamentais (REOs), nos anos 2008, 2009 e 2010 o nível de desembolsos do PROSAÚDE esteve á volta dos 85-90 milhões de dólares.

No entanto, uma grande parte dos fundos externos é off-budget, ou seja, não passa pelos instrumentos de gestão do governo e corresponde a mais da metade dos recursos do sector da saúde em Moçambique (Ministério da Saúde (MISAU), 2012). Os principais doadores são o Governo do Estados Unidos, através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e o Center for Disease Control and Prevention (CDC) e o Fundo Global de Luta contra HIV, Tuberculose e Malária (FG). “O primeiro é classificado como off-budget, fora da Conta Única do Tesouro (off-CUT) e tem mecanismos paralelos de desembolsos e monitoria” (p. 59) (Ministério da Saúde (MISAU), 2012). O Fundo Global já foi on-budget mas que desde metade dos anos 2000 teve uma gestão totalmente paralela.

No Policy Brief da *N’weti – Comunicação para Saúde* com o título “Arquitectura de financiamento em Moçambique: entre rupturas e continuidades – casos do Prosaúde e GFF” (N’weti, 2019) é notado que:

“Apesar dos dois mecanismos principais de financiamento fundamentarem-se no apoio ao Plano Estratégico do Sector de Saúde, a sua implementação é distinta. Por exemplo, o PROSAÚDE baseia-se numa abordagem de financiamento holístico na medida em que o financiamento visa o fortalecimento do sistema de saúde como um todo. O mecanismo de implementação incluía: a adopção de um Fundo Comum, a consolidação de uma liderança

governamental centrada no MISAU, maior alinhamento dos doadores com a visão estratégica do Governo para a área de saúde, conformidade dos doadores aos sistemas e procedimentos de planificação e de orçamentação do Governo e, por último, a adopção de um manual de procedimento para a implementação do PROSAÚDE. Em contrapartida, o GFF, por sua vez, rompe (parcialmente) com a visão holística de fortalecimento do sistema de saúde pois assenta fundamentalmente no financiamento baseado em resultados em áreas específicas de actuação. Deste modo, dois instrumentos de acção são privilegiados, nomeadamente: o Caso de Investimento (CI) e a Estratégia de Financiamento de Saúde (EFS).” (p. 3) (N’weti, 2019).

A verticalização da ajuda via projectos tem sido privilegiado pelos Estados Unidos da América (através do PEPFAR e implementado através da USAID e do CDC), que em 2013 canalizava aproximadamente 62% do financiamento externo via projectos contra 22% via apoio geral ao Orçamento do Estado – uma tendência que foi se intensificando com o tempo.

Segundo Weimer (Weimer, 2012a) ainda há “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” (p. 433). O financiamento vertical para HIV/aids, tuberculose e malária em grande parte é alocado “on-budget” mas “off-CUT” e fundos verticais comumente são direccionados diretamente às ONGs fora do sistema de saúde (Pfeiffer et al., 2017), como foi mencionado anteriormente.

De forma geral, os fluxos financeiros correspondem à Figura 6, que reflete a complexidade das fontes de financiamento e fluxos financeiros no sector da saúde em Moçambique e ao mesmo tempo ilustra o alcance de análises que se concentram unicamente no orçamento oficial (on-budget).

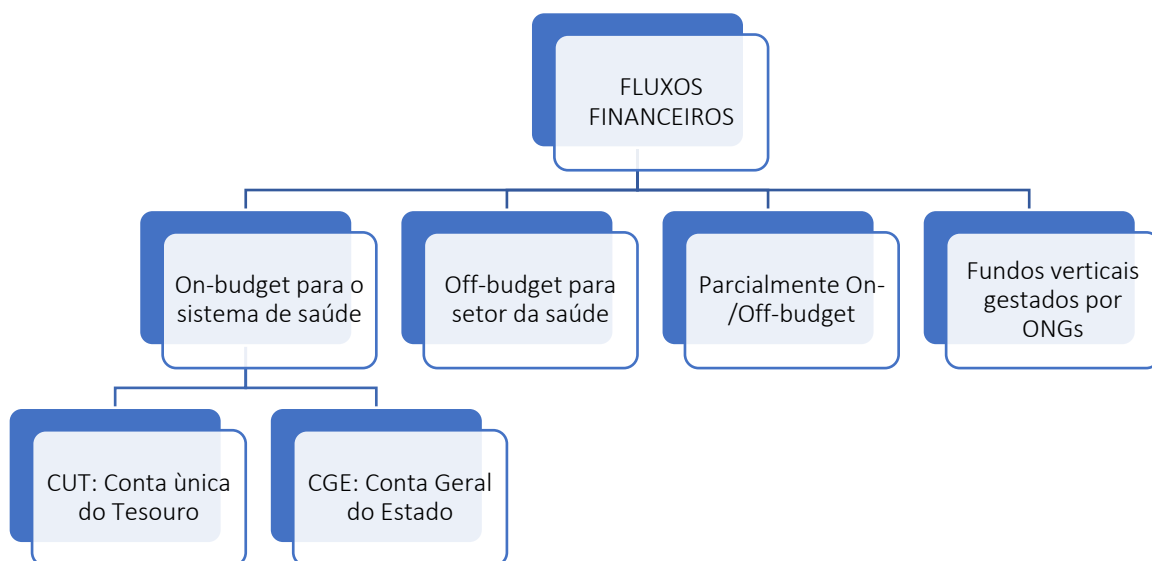
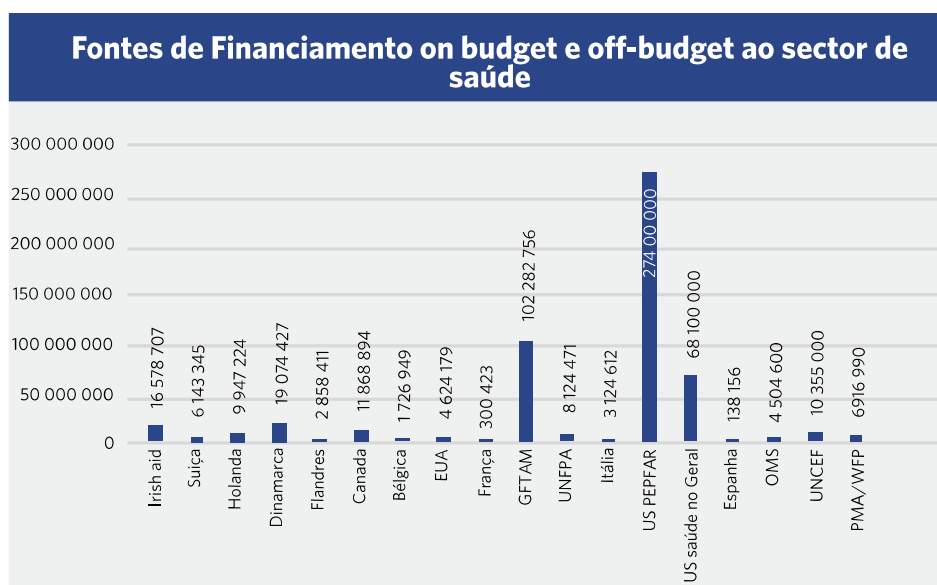


Figura 6: Elaborado pelos autores a partir de Pfeiffer et al., 2017 e Weimer, 2012

Desta forma cabe destacar, que dados apresentados no Health Financing Profile Mozambique 2016, publicado pelo Health Policy Project, mostram que em 2013, 33% do financiamento externo (US\$ 360.000) foi off-budget (Health Policy Project, 2015). Em 2005, um estudo sobre os off-budget no sector da saúde (MISAU-MF-MPD 2005) indicou que 29% dos recursos foram off-budget na orçamentação, 60% off-CUT e 44% off-budget na contabilização (incluídos na Conta Geral do Estado).

A figura baseada no Inquérito aos Fundos Externos (2015), publicado por Guambe e colegas (Guambe et al., 2018) ilustra as fontes de financiamento on-budget e off-budget ao sector de saúde e demonstra que os projectos verticais oriundos dos Estados Unidos da América (US-PEPFAR e US-saúde geral) em conjunto constituíram mais de 62% dos fundos externos em 2015 e são off-budget. Há, portanto, uma tendência marcada de financiamento cada vez mais off-budget e em espécies, o que se vê refletido na composição dos recursos externos no exercício económico de 2021 mencionada acima (69% fundos verticais, 28% donativos de medicamentos, 3% créditos externos) (Figura 7) (Observatório Cidadão para Saúde, 2021).



**Fonte:** Inquérito aos Fundos Externos, 2015

Figura 7: Reproduzido de Guambe, E., Muendane, E., Mabunda, L., 2018. Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector de Saúde em Moçambique. Maputo.

Essa tendência é confirmado por uma análise realizado por Baltazar Chilundo que encontrou que dos 167 apoios externos previstos para 2015 apenas 21 (12,5%) são on-CUT e on-budget (Chilundo, 2015).

As dinâmicas de financiamento no país refletem particularidades do *modus operandi* da assistência ao desenvolvimento e suas conjunturas mas também algumas questões internas do país, contudo, marcadas por desenvolvimentos externos. Desta forma, é importante notar que

os programas de ajuste estrutural que foram impostas ao país desde os anos 1990, colocaram limites no financiamento “on-budget” a partir da noção do “espaço fiscal”. A estimativa do “espaço fiscal” indica quanto financiamento público é considerado financeiramente sustentável (Pfeiffer et al., 2017) e além de estimular políticas de austeridade, gerou distorções nos fluxos financeiros em Moçambique, que dificultam o monitoramento dos gastos do sector da saúde e finalmente prejudicam a transparência, na medida em que doadores precisam canalizar os recursos através de ONGs. Pfeiffer argumenta que “enquanto os recursos para os sectores de saúde na África aumentaram substancialmente, os regimes de austeridade tem inibido o fluxo desses recursos para os orçamentos governamentais e sendo investido no fortalecimento dos sistemas de saúde em uma perspectiva de longo prazo<sup>6</sup>” (p. 210) (Pfeiffer et al., 2017).

O processo SWAp gerou alguns avanços na harmonização do financiamento do sector de saúde por doadores externos, mas fundos consideráveis continuam entrando no sistema de saúde moçambicano através de ONGs internacionais enquanto o sistema de saúde do país enfraquece (Pfeiffer et al., 2017). O PROSAUDE tem assumido um papel destacado na medida em que desde 2009 tem financiado aproximadamente 20 % das despesas em saúde por ano, cobrindo gastos recorrentes de funcionamento incluindo salários e o MISAU fundamentalmente define as prioridades do financiamento (N’weti, 2019). Contudo, no mesmo Research Brief da N’weti é afirmado que o PROSAUDE, “consciente ou não, reforçou o centralismo do MISAU em relação aos órgãos locais de prestação de serviços de saúde” (p. 4) (N’weti, 2019).

Análises recentes tem notado um declínio do PROSAUDE não unicamente em termos de recursos mas também em termos de compromisso político devido a uma crescente desconfiança em relação aos sistema de gestão financeira do MISAU e uma preocupação com dívidas ocultas. Para Guambe e colegas concorreram para o declínio do PROSAUDE:

“mobilidade dos actores, dívidas ocultas, problemas na gestão financeira e no sistema de procurement, fraca eficiência, toppings-ups, forte centralização dos recursos, orientação para os processos e não para o resultado e mudanças internacionais nas abordagens da ajuda internacional” (p. 56) (Guambe et al., 2018).

Em 2018 os parceiros de cooperação suspenderam o apoio directo ao orçamento como consequência da ausência de esclarecimento dos contornos das dívidas ocultas (Guambe et al., 2018), o que marcou um hiato no financiamento do sector de saúde e modificou a arquitectura com resultados ainda incertos dada a indisponibilidade de dados atualizados. Contudo, é possível afirmar que o declínio do PROSAUDE vai reforçar dinâmicas de financiamento off-budget, fragmentar ainda mais o financiamento do sector de saúde e possivelmente também dificultar a transparência. Guambe e colegas afirmam que “a descoberta das dívidas ocultas não foi a condição necessária mas serviu de impulso irreversível para o abandono do PROSAUDE por parte de alguns parceiros de cooperação” (p.58) (Guambe et al., 2018),

---

<sup>6</sup> Tradução livre do inglês para o português.

possivelmente muito oportuno para parceiros de cooperação que perderam apoio político interno para a continuidade da ajuda externa em função das transformações de agendas políticas no contexto do fortalecimento da direita política na Europa e nos Estados Unidos.

A tabela retirada do relatório sobre a arquitectura da assistência ao desenvolvimento do sector da saúde em Moçambique publicado por Guambe et al (2018) (Tabela 6) ilustra esse declínio:

Nr	Parceiros de cooperação	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
1	Canadá (CIDA)	5736,050	6565,451	8698,173	9331,260	34198,350	32184,778	31508,271	9497,543	8456,335	5957,509	0,000
2	Comissão Europeia	6483,497	11749,003	8265,475	7932,510	saida	fora					
3	Cooperação Flamenga	3138,030	4050,526	2739,398	2644,170							
4	Dinamarca (DANIDA)	4450,484	4498,143	6584,469	7077,741	0,000	5173,306	5143,945	5436,963	6868,421	5377,462	0,000
5	Espanha	4070,190	4180,935	4082,251	3966,225	2027,027	0,000	1342,300	1342,300	1687,290	1069,730	0,000
6	Finlândia	7838,896	8108,041	4898,565								
7	UNFPA	50,000	500,000	500,000	500,000	500,000	400,000	350,000	140,795	90,000	90,000	0,000
8	França (AFD)	3824,909	3800,469	4082,251								
9	Generalitat de Catalunya	725,189	706,314	671,652								
10	Holanda	4819,277	4729,730	9525,253	9254,595	10810,812	9600,000	10738,400	11133,388			
11	Irlanda	24490,730	20000,000	18490,938	17848,147	18243,245	14400,000	16107,570	16107,570	11248,575	9894,986	0,000
12	Reino Unido (DFID)	13496,480	9919,000	11335,800	10899,000	11077,850	10887,096	11132,143				
13	Suíça (SDC)	3536,693	3461,721	3543,124	5136,612	4839,200	5518,022	6050,419	5613,526	0,000	4188,713	0,000
14	Banco Mundial											
15	Noruega	8538,635										
16	UNICEF		1200,000	1200,000	1200,000	1200,000	1200,000	600,000	477,906	500,000	500,000	0,000
17	Itália			1088,600	1057,668	1124,321	0,000	671,150	671,150	0,000	534,751	0,000
18	Bélgica/Flanders						1200,000	0,000	2358,874	0,000	2139,460	0,000
	Total	91199,060	83469,333	85705,949	76847,928	84020,805	80563,202	83644,198	52780,015	28850,621	29752,611	0

Fonte: Adaptado pelos autores REO DAF-MISAU (2008-2018)

\*Os dados de 2018 correspondem ao primeiro semestre de 2018.

Legenda	
	Entrada
	Saida
	Fora

Tabela 6: Retirado de Guambe, E., Muendane, E., Mabunda, L., 2018. Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector de Saúde em Moçambique. Maputo.

Entre os outros canais de financiamento, destacam-se ainda as despesas privadas que alcançaram pouco mais de 13% das despesas totais com a saúde em 2006 e correspondem maioritariamente aos pagamentos diretos (taxas por atendimento, medicamentos, co-pagamentos). Os pagamentos diretos serão analisados posteriormente.

Finalmente cabe destacar que o país recebe doações em espécies, especialmente medicamentos, através de organizações internacionais e ONGs locais, como é afirmado no

Health Financing Profile Mozambique 2016, publicado pelo Health Policy Project, vinculado ao USAID e PEPFAR (2016) e nos REOs periodicamente publicados pelo governo de Moçambique. Moçambique recebe doações emergenciais de medicamentos desde 1970, sobretudo dos Estados Unidos, mas essas doações tem crescido nos últimos anos e tem substituído apoios mais voltados para o sistema de saúde (on-budget) como um todo.

#### **d. Canais de gestão (Pooling) dos fundos**

Apesar do avanço limitado das reformas de descentralização no sector da saúde, que foi comentado acima, no Sistema Nacional de Saúde,

“os recursos são concentrados em três níveis: (a) o nível central, onde são praticamente comprados todos os medicamentos e material médico do sector, financiados os investimentos e realizadas as actividades de planificação e gestão dos programas de saúde, (b) o nível provincial, que centralizam uma grande parte dos recursos através das DPS no que diz respeito aos investimentos e uma parte substancial das despesas operacionais e o (c) nível distrital, que gere os recursos da rede primária de serviços, incluindo hospitais rurais e actividades” (p. 61), Relatório da Revisão do Sector de Saúde (Ministério da Saúde (MISAU), 2012).

No relatório ainda é afirmado que a antiga “delegação” de recursos pelo MISAU foi substituída por um “sistema misto de “devolução” para as municipalidades, as quais elegem seus representantes políticos, e “desconcentração” para os distritos, onde os administradores distritais recebem os recursos que as antigas direcções distritais de saúde tinham” (p. 61) (Ministério da Saúde (MISAU), 2012).

#### **e. Alocação de recursos**

Em 2019, o MISAU teve a mais elevada alocação de fundos, seguido pelos SDSMAS, DPS, e os Hospitais Centrais. Especificamente, o Informe Orçamental: Saúde Mozambique 2019, publicado pela UNICEF aponta que

“ao MISAU foi alocado o montante de 14,7 mil milhões de MT, o correspondente a 49% do total do orçamento do Sector, sendo que entretanto cerca de 55% do valor se destina a componente de medicamentos. Os SDSMAS receberam em conjunto o total de 6,5 mil milhões de MT, o equivalente a cerca de um quarto dos recursos do sector. Às DPS foi alocado o montante de 3,2 mil milhões de MT, o correspondente a 11% do total do Orçamento. Os Hospitais Centrais, por sua vez, têm à sua disposição 2,8 mil milhões de MT, o equivalente a 9% do total dos fundos disponibilizados ao sector” (p. 9) (UNICEF, 2020).

Isso é ilustrado na Figura 8, retirada do relatório.



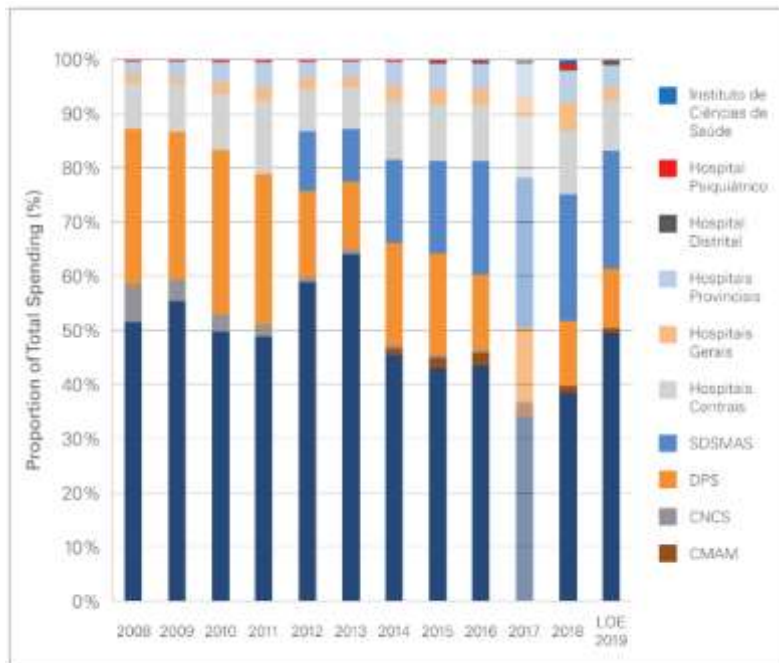


Figura 8: Uso de recursos por instituição de Saúde, retirado de (UNICEF, 2020)

Em termos da alocação de recursos por nível de cuidados, o mesmo relatório demonstra que em 2019, a administração central recebeu pouco mais da metade da totalidade dos fundos alocados ao sector, seguida pelos cuidados de saúde primários e Secundários, administração provincial, cuidados de saúde quaternários, e cuidados de saúde terciários (p. 9) (UNICEF, 2020).

No uso de recursos por área funcional, a área de medicamentos, aparelhos e equipamentos médicos recebeu a maior porção dos recursos do sector (30%), seguida pelas áreas da saúde não especificado (25%), Serviços de Saúde Pública (23%), Serviços Hospitalares Gerais (12%), e Serviços Hospitalares Especializados (9%) (UNICEF, 2020). 25% das despesas não foram classificadas.

#### f. Pagamentos directos (Out-of-pocket payments)

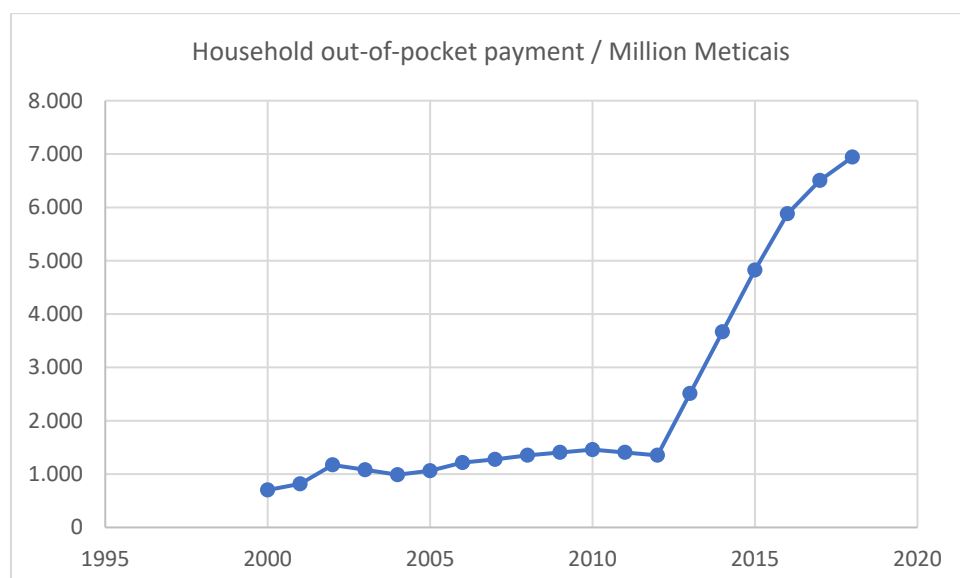
O governo é o maior comprador de serviços (46% em 2016). Outros compradores incluem doadores e organizações internacionais (38%), esquemas voluntários de pagamento (10%) e pagamentos directos (6%), segundo o Health Financing Profile Mozambique 2016, publicado pelo Health Policy Project.

Dados mais antigos apontam que as despesas privadas alcançaram 1.275 milhões de Meticals em 2006, atingindo pouco mais de 13% das despesas totais de saúde, que maioritariamente correspondem aos pagamentos directos feitos pelas famílias quando são atendidas nas clínicas privadas, quando compram medicamentos nas farmácias e quando contribuem com os co-pagamentos nas instituições sanitárias do Estado. Os co-pagamentos variam de acordo com o local e o tipo de serviço e existem isenções, por exemplo, para crianças menos de 5 anos, idosos e pessoas com doenças crónicas.

No sector público, a lei define que taxas devem ser inferiores a 1 USD e correspondem a 1 Metical para consultas, 10 para dia internamento e 5 por receita médica – valores que nunca foram ajustados. Existem ainda instituições que aplicam taxas a fim de controlar a procura de serviços e a má-utilização de serviços especializados. O sector privado está crescendo em Moçambique, especialmente nas áreas urbanas. Em tais serviços é cobrado uma taxa por serviço. Llop-Gironés e colegas (Llop-Gironés, Julià, et al., 2018) encontraram evidência para afirmar que mais de 80% dos utentes dos serviços de saúde pagaram algum valor no atendimento.

Segundo dados publicados pela WHO Global Health Expenditure Database, houve uma redução não-linear no rácio out-of-pocket spending X gastos em saúde, passando de 30,8% em 2000 para 11,5% em 2006, 6,6% em 2012 e um aumento para 9,7% em 2018 (WHO, 2021). A tendência de redução no rácio pode ser explicado pelo aumento das despesas em saúde per capita, que foi de 8,5 US\$ per capita para 40,3 US\$ em 2018 (WHO, 2021) ou pela redução de pagamentos directos (out-of-pocket) e deve ser analisado detalhadamente.

Considerando que o out-of-pocket expenditure per capita in US\$ foi de 2 para 4 US\$ per capita entre 2000 e 2018 (WHO, 2021) e os dados publicados na WHO Global Health Expenditure Database (WHO, 2021) indicam um aumento substancial dos out-of-pocket expenditures a partir de 2013 também em termos reais e absolutos, como ilustra o gráfico com dados retirados da WHO Global Expenditure Database, é mais provável que a redução no rácio out-of-pocket spending X gastos em saúde esteja relacionada com o aumento do gasto out-of-pocket. Isso também corresponde à tendência descrita no relatório “Global Spending on Health: Weathering the storm” publicado pela OMS em 2020 que indicou uma percentagem elevada de out-of-pocket payments em países de baixo ingresso, incluindo Moçambique. A incompletude de dados e a dificuldade específica de obter dados confiáveis sobre out-of-pocket payments destaca a importância de um estudo aprofundado sobre o financiamento em saúde e a evolução dos pagamentos directos em relação às transformações do sector de saúde em Moçambique (Figura 9).



### **g. Mecanismos de compra de serviços**

Em Moçambique, o governo é o maior comprador de serviços. Outros compradores são parceiros da assistência ao desenvolvimento e ainda correspondem a esquemas voluntários de pagamento e aos pagamentos directos.

Na classificação orçamental do orçamento de 2019, a maior parte dos gastos corresponde a área de medicamentos, aparelhos e equipamentos médicos, que recebeu aproximadamente 30% dos recursos do sector, seguida por áreas de saúde não especificada (25%), serviços de saúde pública (23% e serviços hospitalares gerais (12%) assim como serviços hospitalares especializados (9%) (UNICEF, 2020).

Especificamente em relação à aquisição de medicamentos, Sachy, Almeida e Pepe (2018) diferenciam três mecanismos de compra:

“1) pela “via dos kits” para os medicamentos essenciais, doados por organizações internacionais, em particular pelo United Nations Children’s Emergency Fund - UNICEF; 2) pela “via doadores” para os medicamentos dos programas verticais; e 3) pela “via clássica”, para os medicamentos de uso geral, isto é, aqueles medicamentos não incluídos nos dois grupos citados” (p. 2280) (Sachy et al., 2018).

Na “via dos kits” é comprado uma quantia anual de medicamentos considerados “necessários”, calculada a partir do número de consultas realizadas em cada unidade de saúde e da frequência esperada de utilização – um cálculo que não diretamente considera a real situação epidemiológica local (Sachy et al., 2018). Os medicamentos que são utilizados nos programas verticais são quantificados a partir de cálculos dos diferentes doadores.

Segundo Sachy e colegas existem dois tipos de licitação na compra de medicamentos: licitação competitiva limitada, incluindo fornecedores pré-qualificados e licitação competitiva internacional aberta “requisitado por parceiros específicos, como o Banco Mundial, para implementar compras com fundos próprios” (p. 2280) (Sachy et al., 2018). Ainda existem compras de emergência feitas por licitações limitadas, que na teoria são reservadas para casos de extrema insuficiência de medicamentos ou desastres mas na prática e diante das constantes rupturas de estoque, é implementada com frequência. As compra de emergência também são realizadas com frequência devido à imprevisibilidade de desembolsos dos parceiros internacionais e uma falta de planificação conjunta (Sachy et al., 2018).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Moçambique tem um compromisso histórico com o direito à saúde e a equidade em saúde e desde sua Independência, em 1975, o sector da saúde foi considerado um sector prioritário (Weimer, 2012a). A guerra civil (1977-1992), a introdução de uma economia de mercado e as privatizações no marco do Programa de Reajustamento Estrutural Económico e Social (PRES), a partir de 1986, criaram desafios para a sociedade e também para o sistema de saúde, que não foram resolvidas pelo aumento substantiva na ajuda externa no sector de saúde a partir dos anos 2000, especialmente focado nos “grandes três” (HIV/aids, tuberculose e malária).

No que diz respeito às despesas, o sector de saúde é o segundo ‘sector prioritário’ mais importante (depois da educação) do orçamento geral do Estado mas unicamente a proporção das despesas em relação ao orçamento geral não mostra o quadro inteiro. Apesar do aumento substancial do apoio externo, o sector de saúde moçambicano é sub-financiado e em grande parte fragmentado, o que se reflete mas também é reforçado pela arquitectura de financiamento do sector de saúde no país. Além de dificultar a definição de prioridades para o enfrentamento dos diversos desafios que o país enfrenta, a fragmentação do financiamento do sector também repercute nas assimetrias de informação e falhas na transparência que afetam a capacidade de planeamento.

O sector de saúde moçambicano registrou importantes avanços mas o enfrentamento de um cenário sanitário cada vez mais complexo vai requerer mais do que um aumento no apoio ao sector de saúde ou uma gestão mais eficiente e equitativa dos recursos disponíveis. O sistema de saúde precisa ser fortalecido e ampliado, estruturas paralelas de informação e atenção à saúde devem ser integradas e isso necessariamente passa pela reestruturação dos mecanismos de financiamento do sector. Como Moçambique é dependente da ajuda externa, a responsabilidade para tais mudanças não está unicamente com o governo mas também envolve a comunidade internacional e mais especificamente os doadores.

Desta forma, é evidente, que os processos envolvidos na estruturação do sector de saúde em Moçambique, e especificamente no financiamento do sector, são complexos e que não há uma solução única para enfrentar os desafios.

Entre os desafios destacam-se a estrutura centralizada, a fragmentação do sector de saúde em função da multiplicidade de actores envolvidos na provisão de serviços mas especialmente pela falta ou insuficiente articulação entre os actores que acaba distorcendo a definição de prioridades e finalmente também fragiliza o sistema de saúde do país. Ainda se destaca o elevado grau de dependência dos doadores externos e um persistente sub-financiamento do sector.

À seguir, detalham-se algumas recomendações a partir das análises apresentadas no relatório, que dialogam com as recomendações de um relatório sobre a arquitectura da assistência ao desenvolvimento do sector da saúde em Moçambique (Guambe et al., 2018).

Em primeiro lugar, cabe reforçar os processos de descentralização e além de funções e competências radicalizar a descentralização dos recursos (financeiros, materiais e humanos),

que pode tornar o financiamento do sector de saúde mais equitativo e possivelmente também mais eficiente.

Ainda cabe reformar e reestruturar os processos de articulação e harmonização dos actores nacionais e internacionais que atuam no sector de saúde. Como foi mencionado anteriormente e dado o elevado grau de dependência do país, a responsabilidade para tais mudanças não está unicamente no governo mas envolve os doadores, parceiros e a sociedade civil. Mais do que um novo arranjo, é necessário reformular e promover estratégias como o SWAp para criar uma plataforma de coordenação de atividades e, desta forma, também avançar nas acções intersectoriais. Para isso também será necessário o governo moçambicano formular políticas que possam estabelecer marcos de atuação e coordenação, por exemplo, a partir da definição de critérios únicos de avaliação para aumentar a transparência e as possibilidades de monitoramento e planeamento.

Em relação à transparência, cabe citar uma recomendação do relatório acima mencionado que sugere a “aprovação de uma estrutura oficial e perene de coordenação da ajuda de modo a aglutinar de forma vinculativa todas as estratégias e programas de apoio ao sector da saúde, quer on-budget quer off-budget, numa única plataforma de modo a reduzir, por um lado, a assimetria de informação, os custos de transacção, a fragmentação e, por outro lado, aumentar a eficiência, o acesso à informação, o alinhamento e a harmonização das estratégias com as prioridades dos cidadãos-utentes dos serviços de saúde” (p. 99) (Guambe et al., 2018).

Em termos da quantidade de recursos, recomenda-se fazer jus ao compromisso político com a saúde e chegar mais perto da meta fixada na Declaração de Abuja de 2001 de gastar 15% do orçamento governamental em saúde e, desta forma, reconhecer o valor estratégico do investimento no sector de saúde.

Finalmente, destaca-se a importância de fortalecer o sistema de saúde moçambicano, o que não é equivalente ao aumento de recursos para o *sector* de saúde, mas implica um compromisso com o fortalecimento das estruturas do sistema moçambicano e passa pela redução de estruturas paralelas na provisão de serviços de saúde, nos sistemas de informação e finalmente também implica um financiamento mais holístico e alinhado às necessidades e prioridades locais. Ainda implica revisar e inovar a governança do sector, cada vez mais transparente, participativa, intersectorial e resolutiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anselmi, L., Lagarde, M., & Hanson, K. (2015). Health service availability and health seeking behaviour in resource poor settings: evidence from Mozambique. *Health Economics Review*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0062-6>
- Chilundo, B. (2015). *Uma Análise de Economia Política dos Cuidados de Saúde em Moçambique para Informar a Fundação MASC*. Maputo.
- Chilundo, B., Madede, T., Cliff, J., Mbofana, F., Sousa, C. P. De, Gujral, L., ... Mondlane, U. E. (2015). Ampliações de suporte de iniciativas de saúde globais no sistema de saúde de Moçambique. *Revista Científica Da Universidade Eduardo Mondlane*, 1(1), 42–56.
- CIP. (2019). *Análise da transparência da ajuda e do volume de recursos dos doadores no sector da saúde 2012-2018*. <https://doi.org/10.14210/nej.v19n4.p1124>
- Collier, S., & Ong, A. (2005). Global assemblages, anthropological problems. In A. Collier, S.J., Ong (Ed.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell.
- Comission on Social Determinants of Health - CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf;jsessionid=0E470A5CDA0F1A66AEB75936BB8F2780?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=0E470A5CDA0F1A66AEB75936BB8F2780?sequence=1)
- Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). (2011). *Relatório Mundial da Saúde – financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde*. Lisboa.
- Gironés, A. L. (2018). Desigualdades em Saúde em acesso , barreiras e qualidade de, 60.
- Guambe, E., Muendane, E., & Mabunda, L. (2018). *Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector de Saúde em Moçambique*. Maputo. Retrieved from <https://nwti.org/?p=10699>
- Gwatkin, D. (2007). *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview. Country reports on health, nutrition and population, and poverty*. Washington. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Hansine, R., & Arnaldo, C. (2019). Natureza demográfica e consequências do crescimento urbano em Moçambique. In Sérgio Chicava (Ed.), *Desafios para Moçambique 2019*. Maputo: IESE - Instituto de Estudos Sociais e Económicos.
- Health Policy Project. (2015). Health Financing Profile: Mozambique. *World Health Organization National Health Accounts*, (May), 2012–2013.
- Ibraimo, Y. (2019). Dinâmicas de endividamento público em Moçambique na década 2009-2018. Uma análise do contributo do livro Desafios para Moçambique. In S Chicava (Ed.), *Desafios para Moçambique 2019*. Maputo: IESE - Instituto de Estudos Sociais e Económicos.
- Llop-Gironés, A., Belvis, F., Mireia, J., & Benach, J. (2018). *Desigualdades em Saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade de atendimento*. Barcelona.
- Llop-Girones, A., & Jones, S. (2020). Beyond access to basic services: perspectives on social health determinants of Mozambique. *Critical Public Health*, 00(00), 1–15. <https://doi.org/10.1080/09581596.2020.1769838>
- Llop-Gironés, A., Julià, M., Chicumbe, S., Dulá, J., Odallah, A. A. P., Alvarez, F., ... Benach, J. (2018). Inequalities in the access to and quality of healthcare in Mozambique: Evidence from the household budget survey. *International Journal for Quality in Health Care*,

- 31(8), 1–6. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy218>
- Loewenson, R., & Simpson, S. (2015). Análise situacional sobre a equidade em saúde e determinantes sociais de saúde, província de Tete, Moçambique.
- Matsinhe, C., & Namburete, D. (2019). Descentralização doseada. *Novos Estud. CEBRAP*, 38(2), 371–387.
- Ministério da Saúde (MISAU). (2007). *Relatório sobre as Boas Práticas do SIS Moçambique. Misau*. Maputo. Retrieved from [http://www.who.int/countries/moz/publications/sis\\_bestpractices.pdf](http://www.who.int/countries/moz/publications/sis_bestpractices.pdf)
- Ministério da Saúde (MISAU). (2010). *Observatório da Equidade: Avaliação do progresso da equidade na saúde Moçambique*. Retrieved from [https://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/Moz\\_EW\\_Port\\_Oct2010.pdf](https://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/Moz_EW_Port_Oct2010.pdf)
- Ministério da Saúde (MISAU). (2012). *Relatório da revisão do sector de saúde*. Maputo.
- Ministério da Saúde (MISAU). (2019). *Relatório de Execução Orçamental (REO) - Sector Saúde (Vol. 2019)*. Maputo.
- Ministério da Saúde (MISAU). (2020). *Proposta do Plano Económico e Social (PES) de 2021*. Maputo.
- Mitano, F., Ventura, C. A. A., & Palha, P. F. (2016). Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26, 901-915.
- N´weti. (2016). *Policy Brief 4 - Por um sistema de saúde transparente e envolvente dos cidadãos*. Maputo.
- N´weti. (2019). *Research Brief 3 - Arquitectura de financiamento em Moçambique: entre rupturas e continuidades – casos do Prosaúde e GFF*. Maputo. Retrieved from <https://nwati.org/>
- Paes-Sousa, R., Chavane, L., & Schattan P Coelho, V. (2019). Diversidades e convergências nos indicadores de saúde no Brasil e em Moçambique. *Novos Estudos - CEBRAP*, 38(2), 291–320. <https://doi.org/10.25091/s01013300201900020005>
- Pavignani, E., & Durão, J. R. (1999). Managing external resources in Mozambique: Building new aid relationships on shifting sands? *Health Policy and Planning*, 14(3), 243–253. <https://doi.org/10.1093/heapol/14.3.243>
- Pereira, J. (2012). A descentralização ajuda a reduzir a pobreza política em Moçambique? In Sergio Chicava (Ed.), *Desafios para Moçambique 2012* (pp. 43–58). Maputo: IESE - Instituto de Estudos Sociais e Económicos.
- Pfeiffer, J., & Chapman, R. R. (2019). NGOs, austerity, and universal health coverage in Mozambique. *Globalization and Health*, 15(Suppl 1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0520-8>
- Pfeiffer, J., Gimbel, S., Chilundo, B., Gloyd, S., Chapman, R., & Sherr, K. (2017). Austerity and the “sector-wide approach” to health: The Mozambique experience. *Social Science and Medicine*, 187, 208–216. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.008>
- Posse, L. (2018). Descentralização no sector de saúde em Moçambique: um processo sinuoso. *IDeIAS*. Retrieved from <https://www.iese.ac.mz/publicacoes-boletim-ideias/>
- Sachy, M., Almeida, C., & Pepe, V. L. E. (2018). Assistência Farmacêutica em Moçambique: ajuda externa na provisão pública de medicamento. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(7), 2277–2290. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09332018>
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- UNICEF. (2018). Mozambique Health Budget Brief 2018, 1–11. Retrieved from

<https://www.unicef.org/mozambique/sites/unicef.org.mozambique/files/2019-04/2018-Budget-Brief-Health.pdf>

UNICEF. (2020). *Informe Orçamental: Saúde Mozambique 2019*.

Weimer, B. (2012a). *Moçambique: Descentralizar o Centralismo. Economia política, recursos e resultados*. Maputo: IESE. Retrieved from

[http://www.iese.ac.mz/lib/publication/livros/Descent/IESE\\_Desc\\_web.pdf](http://www.iese.ac.mz/lib/publication/livros/Descent/IESE_Desc_web.pdf)

Weimer, B. (2012b). Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique. *Mocambique: Descentralizar o Centralismo? Economia Política, Recursos e Resultados*, 421–456.

World Health Organization (WHO). (2020). *Global spending on health: Weathering the storm 2020. Working paper*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization Regional Office for Africa. (2013). *Health in all policies: Report on perspectives and intersectoral actions in the African region*. Brazzaville. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127848/1/9789290232445.pdf>