



## **Desafio da articulação entre os cidadãos e os Comités de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde<sup>1</sup> como órgãos de representação da comunidade**

### **Resumo**

O Ministério da Saúde reconhece os Comités de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde nas Unidades Sanitárias como a principal forma de diálogo e ligação entre os serviços de saúde e as comunidades. Os Termos de Referência revistos, afirmam que o Comité de Qualidade e Humanização das Unidades Sanitárias constitui uma equipa de assessoria e coordenação ao processo de implementação das actividades de qualidade e humanização no âmbito da Unidade Sanitária. Destina-se a empreender uma política institucional de resgate de valores humanitários e de garantia de qualidade nos serviços de saúde, em benefício dos utentes e trabalhadores através da gestão participativa.

Contudo, o sector de saúde dispõe também da Carta dos Direitos e Deveres do Doente, como instrumento que, no nosso entendimento, define o padrão da prestação de serviços, de comportamento, e concede espaço ao cidadão, individual ou colectivamente, para a exigência directa de serviços de saúde de qualidade. A este último propósito, por exemplo, cabe ressaltar que no quadro do Direito 16 (Direito a apresentar sugestões, queixas e reclamações) é estabelecido que através dos canais disponibilizados pelas Autoridades Sanitárias, os doentes têm direito a apresentar, individual ou colectivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde; e de ter as suas queixas atendidas prontamente e de maneira equitativa (MISAU, 2011).

O que se apreende do exposto é que enquanto os Comités de Qualidade e Humanização funcionam numa lógica essencialmente de Democracia Representativa, a Carta dos Direitos e Deveres do Doente se insere numa abordagem de Democracia Participativa, buscando promover uma cidadania activa do doente/cidadão na sua interacção directa com as unidades sanitárias.

O nosso artigo problematiza e discute as dinâmicas de representação e de participação activa do cidadão no processo da prestação de serviços de saúde. A nossa base de discussão é fundamentada em evidências de 15 distritos de actuação do Centro de Aprendizagem e Capacitação da Sociedade Civil (CESC), onde funcionam os Comités de Qualidade e Humanização, por um lado, e se implementa a abordagem de Responsabilização Social, usando ferramentas tais como Cartão de Pontuação Comunitária, por outro.

Com base na experiência captada do CESC, defendemos que usando-se a última abordagem, o envolvimento directo dos cidadãos com os provedores de serviços tem um impacto directo e imediato na melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde, particularmente em dimensões ligadas à mudança de comportamento, gestão de recursos disponíveis e atendimento público. Mais do que isso, comparativamente à acção dos Comités de Qualidade e Humanização, mostramos que a interacção directa dos cidadãos com os provedores potencia um maior nível do seu domínio relativamente ao conteúdo da carta do doente, do funcionamento dos serviços e estimula a exigência de prestação de contas dos doentes em relação ao nível de serviços prestados.

Conceitos chave: Democracia Participativa, Democracia Representativa.

---

<sup>1</sup> O artigo focaliza-se nos Comités de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde das Unidades Sanitárias anteriormente designadas Comités de Co-Gestão das Unidades Sanitárias.

## 1. Contextualização

Um dos órgãos criados pelo Ministério da Saúde a fim de assegurar a participação da comunidade na gestão das unidades sanitárias é o Comitês de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde. Na versão de 2012, os Termos de Referência que orientam o seu estabelecimento e funcionamento, o Comité é definido como “... *organismo multidisciplinar composto por trabalhadores e gestores de saúde e membros da comunidade que trabalham juntos na planificação, execução, seguimento e monitoria das actividades incluindo a análise e tomada de decisões sobre a vida da US*” (MISAU, 2012: 6).

A preocupação sectorial com a promoção da participação do cidadão se alicerça no quadro constitucional e legal em vigor no país, que empodera formalmente o cidadão na sua relação com as instituições públicas, tendo em vista a salvaguarda do seu interesse. O mesmo quadro vem sendo usado pela sociedade civil para criar melhorias na qualidade dos serviços a partir de influência directa do cidadão junto dos provedores dos serviços.

Com a recente revisão dos seus Termos de Referência, este órgão sofreu alterações no seu conceito, estrutura e objectivos. Em adição a isso, além da US ampliou-se a sua área de acção, passando a existir Comitês também aos níveis nacional, provincial e distrital com estrutura, composição e objectivos variáveis, consoante o nível de actuação.

Contudo, no que concerne ao Comité da Unidade Sanitária, prevalece o seu papel de estabelecer a ligação entre a comunidade e o sector da saúde, assim como de apoio às acções de melhoria da qualidade e humanização.

Este artigo problematiza e discute as dinâmicas de representação e de participação directa do cidadão no processo da prestação de serviços de saúde. A nossa base de discussão é fundamentada em evidências de 15 distritos de actuação do Centro de Aprendizagem e Capacitação da Sociedade Civil (CESC), onde funcionam os Comitês, por um lado, e se implementa a Carta do doente em combinação com ferramentas de Responsabilização Social, tais como Cartão de Pontuação Comunitária (CPC), por outro.

O artigo está estruturado em 8 secções: após a presente contextualização, na próxima secção o artigo centra-se na revisão teórica em torno da democracia representativa e democracia participativa. O foco da secção 3 é o de enquadrar a participação do cidadão no contexto democrático, iniciado a partir da década de 1990. Na secção 4, além de analisar-se sinteticamente o quadro institucional que permite ao cidadão participar na gestão dos serviços da saúde, introduz-se a análise do funcionamento dos Comitês com base nas actividades em que frequentemente os mesmos se envolvem; a secção 5 dá continuidade à avaliação do funcionamento dos Comitês, baseando-se na percepção das comunidades; a secção 6 descreve o processo e resultados obtidos com a implementação da abordagem de Responsabilização Social pelo CESC; a secção 7 dá continuidade à apresentação dos resultados do CPC, mostrando o padrão observado em ciclos consecutivos do mesmo processo. Finalmente, a secção 8 faz considerações finais em torno da temática discutida.

## 2. Leitura sobre Democracia Representativa e Democracia participativa

A representação política e participação são conceitos-chave na teoria política sobre a democracia (Alverga, 2003). Neste contexto, há autores clássicos que se destacam devido à sua elaboração em torno destes conceitos. Por exemplo, John Locke sobressai como um dos pensadores contratualistas que defende a democracia representativa, enquanto Jean Jacques Rousseau se destaca como o contratualista a favor da democracia participativa.

Na sua argumentação, o primeiro autor defende a escolha de representantes pela população para que sejam eles a promulgar as leis de protecção, apoio e preservação do direito de propriedade. Os fundamentos dos Estados Parlamentares democráticos e liberais, cuja essência consiste na precedência da sociedade sobre o Estado, o Estado colocado ao serviço da sociedade, subordinado a mesma, e o governo existindo para servir ao indivíduo ou cidadão, são atribuídos a John Locke (Alverga, 2003).

Por sua vez, Rousseau é considerado uma das mais importantes referências da democracia directa, ao propor um pacto social baseado na democracia directa como modalidade de exercício do poder legislativo. Rousseau defende o exercício directo do governo pela população, reunida em Assembleia, com a finalidade de definir a vontade comum e as políticas necessárias para a sua viabilização (Farias, 2011).

O modelo de democracia participativa ganha força nos meados da década 70, no chamado período da terceira onda de democratização, perante o contexto da discussão da qualidade de democracia representativa e a necessidade de inclusão social nas deliberações públicas (Guimarães, 2017).

Na discussão sobre os tipos de democracia, Farias (2011), afirma que o modelo alternativo à democracia representativa, a democracia participativa, é criada quando a representação não ocorre, ou seja, quando a assembleia em vez de constituir uma miniatura do eleitorado, representa interesses que não são da maioria dos eleitores.

Todavia, Farias (2011), localiza o problema da democracia participativa ao indicar que os interesses dos mais variados permeiam a participação popular directa, o que significa que seria raro no contexto de capitalismo moderno individualista pensar em algo que seria bom para a maioria, mas que ferisse os interesses particulares. Uma outra dimensão chave é que além do conflito entre os membros da instância descentralizada, pode haver choque entre as decisões da instância descentralizada e a de representantes politicamente eleitos. A questão de fundo que aparece aqui tem a ver com a representação democrática, pois se nota um sentido de concorrência entre os cidadãos e os seus representantes pela definição da agenda pública.

Segundo o mesmo autor, para que o processo participativo seja funcional, vê-se a necessidade de haver a prática directa, a acção insubstituível dos cidadãos nas reuniões, discussões e momento de conhecimento de dados para que as pessoas se apropriem das condições necessárias para tomar decisões, formar comissões de controle e fiscalização, bem como espaço para cobrarem e fazerem críticas.

Para Juruena e Fraga (sd), a participação pública tem o objectivo de pressionar as instituições democráticas representativas, tornando-as mais inclusivas ou visa unir as duas formas de democracia ao incluir formas participativas na democracia representativa. A questão de fundo trazida pelos autores é que o modelo de democracia representativa, por não representar verdadeiramente os cidadãos cria um distanciamento do Estado e da sociedade, o que é um grande problema, dizem os autores, porque os cidadãos não exercem o controlo social e há abertura para actos de corrupção. Neste sentido, o modelo democrático também é considerado insuficiente, dado que o único momento de participação pública acaba ocorrendo apenas através do voto.

Juruena e Fraga (sd), argumentam que a democracia participativa é vista como a abordagem que viabiliza uma abertura ampla para cidadania e evolui para um regime em que se visa criar mecanismos de participação e controlo social da sociedade civil sob a administração pública. A propósito, os autores fazem uma distinção crítica entre o controlo social e a participação. Enquanto o controlo social seria a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, na monitoria e controlo das acções da Administração pública, a participação pode ocorrer sem o controlo social, tal como acontece com o voto. A distinção que fica é que não há controlo social sem participação, mas esta pode ocorrer sem o controlo social.

Reflectindo sobre democracia representativa e participativa, tendo como objecto os conselhos de políticas no Brasil, Lyra (2007), refere que pela sua natureza, que é limitante da capacidade de expressão da vontade popular, e devido a distorções no formato e actuação, os conselhos gestores não estão em condições de se comparar com a legitimidade que provém do sufrágio universal. Assim, conclui que a participação da sociedade civil nos conselhos tem maior valor pelos ganhos pedagógicos do que pelas

potencialidades de inclusão social. Ou seja, há um ganho político resultante de inclusão no processo decisório de pessoas que antes eram excluídas do tal processo, e menos ganhos materiais para os mais carenciados.

A despeito de reconhecer a importância dos conselhos para o aprofundamento e ampliação da democracia, através da socialização da política, Lyra (2007), argumenta que a melhor maneira de avaliação de um instrumento participativo consiste em compreender a sua natureza jurídica e política e, por consequência, o seu alcance e limite. Lyra conclui também que o melhor meio de valorização das instituições de democracia participativa seria o de não aceitar uma perspectiva unívoca do papel da sociedade civil nos conselhos de políticas, contribuindo assim para o entendimento da diversidade e de especificidades dessas instituições, o que pode permitir compreender o carácter de cada uma, de tal modo que a prática dos militantes da cidadania seja proveitosa, gratificante e politicamente transformadora.

Santos e Avritzer (2002), mostram que se pode combinar a democracia participativa e a democracia representativa de duas formas, nomeadamente, a coexistência e a complementaridade. A coexistência implica uma convivência quanto a procedimentos, organização administrativa, e variação do desenho institucional. Para elucidar, a democracia representativa na sua dimensão nacional coexiste com os efeitos de participação política a nível local. Já a complementaridade pressupõe que o governo conhece e reconhece os procedimentos participativos como legítimos e que os processos participativos podem substituir uma parte do processo representativo (Santos e Avritzer, 2002).

No caso concreto de Moçambique, desde 1990 a Constituição da República inclui a combinação da democracia representativa e participativa. Na sua versão mais recente, este aspecto encontra-se espelhado no Artigo 73 da Constituição quando afirma que:” *O povo moçambicano exerce o poder político através do sufrágio universal directo, igual, secreto e periódico para a escolha dos seus representantes, por referendo sobre as grandes questões nacionais e pela permanente participação democrática dos cidadãos na vida da Nação*”.

Do extracto apresentado, fica exposta a representação, decorrente do sufrágio universal, bem como a participação directa, esperada do referendo e da participação permanente do cidadão na gestão pública. Há de ser esta base constitucional sobre a participação permanente que foi usada pelo legislador moçambicano para criar um quadro legal favorável para o envolvimento do cidadão na gestão pública, assim como pelo sector da saúde, em particular, para a criação do Comité de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde, como órgão de participação da comunidade no sector da saúde, conforme aprofundaremos adiante.

### **3. Contexto da participação do cidadão moçambicano na gestão pública**

Desde o alcance da independência, em 1975, o Estado passou por duas principais fases de mudança que influenciam a sua actual dinâmica. A primeira fase (1975) foi de constituição do novo Estado, que se caracterizou pela opção por um modelo centralizado, onde o Estado tinha a prerrogativa de dirigir a dinâmica das esferas política, económica e social. Neste período, o partido político libertador do país consolidou-se como força de liderança do Estado e da sociedade, eliminando qualquer forma de pluralismo social (Lalá & Ostheimer, 2003). Foi neste quadro que as associações anteriormente existentes desaparecem, tendo sido criadas outras organizações que serviam de base e instrumento de mobilização política e ideológica do novo sistema político (Biza, 2008).

Neste âmbito, viu-se a conversão do partido libertador numa instituição política hegemónica, em relação à sociedade civil e às próprias esferas institucionais em que a sociedade se alicerça: o mercado, o Estado e a família (Francisco, 2011).

Em 1990 começa a actual fase, tendo como elemento de referência a aprovação da nova constituição democrática e multipartidária. Esta fase focaliza a busca de consolidação do modelo democrático e da economia liberal, alicerçando-se, dentre outros aspectos, na gradual descentralização

e desconcentração da administração do Estado e na valorização da participação dos cidadãos (CIRESP, 2001).

Este contexto, inicialmente, favoreceu a constituição de organizações religiosas ou profissionais que visavam contribuir para acções de emergência e socorro durante a guerra civil. Posteriormente, com a aprovação da nova Lei sobre Associações (8/91), verificou-se o desenvolvimento de intervenções em acções relacionadas com a educação cívica, direitos humanos, eleições, “accountability” (prestação de contas) e participação numa sociedade pluralista (Lalá & Ostheimer, 2003).

Neste novo ambiente, floresceu a elaboração de legislação que favorece a participação do cidadão na gestão pública. Por exemplo, o legislador criou a lei 7/2012, de base de organização e funcionamento da Administração Pública, que prevê a supervisão da Administração Pública pelo cidadão. Tal supervisão, pode ocorrer pela participação individual ou colectiva, sendo exercida nos processos de planificação, acompanhamento, monitoria e avaliação das acções de gestão pública e na execução de políticas públicas, tendo em vista o aperfeiçoamento da gestão pública à legalidade, transparência, efectividade das políticas públicas e à eficiência administrativa. O mesmo instrumento legal também prevê que a administração pública deve promover a participação e defesa dos interesses dos cidadãos, na formação das decisões que lhes disserem respeito.

Em conjugação com o exposto, há princípios que regem o funcionamento da Administração Pública previstos no Decreto 30/2001, que favorecem a participação do cidadão. Tal é o caso dos princípios de transparência da Administração pública, da colaboração da Administração com os particulares, e da participação dos particulares.

Enquanto a transparência implica a publicidade dos actos administrativos para que os cidadãos, individual e colectivamente, possam conhecer as condições em que podem realizar os seus interesses e exercer os seus direitos, a colaboração da Administração com os particulares, inclui o dever das instituições públicas de prestar informações orais ou escritas, bem como os esclarecimentos solicitados. Também significa o dever de apoio e estímulo das iniciativas dos particulares, bem como receber as suas informações e considerar as suas sugestões. Já a participação significa que *“Os órgãos e as instituições da Administração Pública promovem a participação das pessoas particulares e colectivas que tenham por objecto a defesa dos seus interesses, na formação de decisões que lhes disserem respeito”* (Artigo 9, Decreto 30/2001).

A Lei 34/2014, do Direito à Informação também constitui um instrumento de referência no que concerne à promoção de abertura das instituições públicas para a participação do cidadão na sua gestão. Tal se deve ao facto desta lei incluir elementos-chave, tais como os princípios de máxima divulgação de informação, de participação democrática, e de obrigatoriedade de publicar.

No que concerne à máxima divulgação, este instrumento se refere ao dever das instituições públicas de divulgar toda informação em sua posse, usando os diversos meios legais existentes, tais como o Boletim da República, os meios de comunicação social impressos, radiofónicos e televisivos, páginas de internet e afixação em lugares de estilo (Artigo 6, Lei do Direito à informação). Quanto ao tipo de informação em causa, a mesma inclui a: Organização e funcionamento dos serviços e conteúdos de decisões passíveis de interferir nas esferas dos direitos e liberdades do cidadão; plano de actividades e orçamento anuais, bem como os respectivos relatórios de execução; relatórios de auditoria, inquéritos, inspecção e sindicância às suas actividades; relatórios de avaliação ambiental; actas de adjudicação de quaisquer concursos públicos; contratos celebrados, incluindo a receita e as despesa neles envolvidas.

Relativamente ao princípio da permanente participação democrática do cidadão, o mesmo tem como pressuposto o seu acesso à informação de interesse público, permitindo a formulação e manifestação do seu juízo sobre a gestão pública e desta forma influenciar os processos decisórios das instituições públicas (Artigo 8, Lei do Direito à Informação).

Finalmente, a obrigatoriedade de publicar implica a publicação e divulgação de documentos de interesse público relativos a Organização, funcionamento dos serviços e conteúdos de decisões e políticas que possam afectar os direitos e liberdades fundamentais do cidadão (Artigo 9, Lei do Direito à Informação)

Com base nos elementos expostos, pode se concluir que no actual contexto democrático, Moçambique vem robustecendo o seu ambiente legal favorecendo uma participação directa do cidadão na gestão pública.

#### **4. Quadro institucional e participação do cidadão nos cuidados de saúde através dos comités de co-gestão das US**

O sector da saúde reconhece a relevância da participação do cidadão para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados de saúde. Neste âmbito, defende que *“A integração da sociedade e da participação social torna-se importante na melhoria dos serviços, pois permite o exercício do controle social e que as práticas de saúde se direcionem também aos interesses colectivos e dos contextos sociais e culturais”* (MISAU,2017a:3).

Na verdade, a reafirmação e formalização do compromisso do governo moçambicano com a prestação de serviços de saúde baseados na valorização de todos os intervenientes, utentes, trabalhadores, gestores e comunidade vem expressa em diversas políticas públicas, dentre elas o 1º Plano nacional de humanização dos cuidados da saúde (2008) e a 1ª Estratégia Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização 2010-2014 (16) (MISAU, 2017a).

É no quadro exposto que também é reconhecido que os Comités de Qualidade e Humanização a todos os níveis (nacional, provincial, distrital e nas unidades sanitárias) jogam um papel crítico na mudança cultural e das formas de organizar os processos de trabalho em saúde (MISAU, 2017a).

A criação dos comités de qualidade ao nível das unidades sanitárias, em particular, vinha exposta no Plano Quinquenal do Governo (2010-2014) e na Estratégia Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde (2010-2014). Enquanto esta última política defendia de forma geral a criação de comités de qualidade e humanização ao nível das unidades sanitárias com a participação das comunidades, no âmbito do Plano Quinquenal se fixava a meta da criação dos mesmos comités em pelo menos 50% das unidades sanitárias das sedes distritais (MISAU, 2012).

Na versão revista dos Termos de Referência, o Comité de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde nas Unidades Sanitárias é definido como *“uma equipa de assessoria e coordenação ao processo de implementação da actividades de qualidade e humanização no âmbito da Unidade Sanitária. Destina-se a empreender uma política institucional de resgate de valores humanitários e de garantia de qualidade nos serviços de saúde, em benefício dos utentes e trabalhadores através da gestão participativa”* (MISAU, 2017b:1).

Segundo o mesmo documento, constam como funções deste órgão, dentre outras: *“Constituir-se como espaço colectivo democrático de escuta, análise, elaboração e decisão sobre as acções e projectos de Qualidade e Humanização; Dar apoio às diversas iniciativas humanizadoras já existentes na Unidade Sanitária; Difundir a Qualidade e a Humanização de maneira a estimular a participação dos trabalhadores, gestores e da comunidade nas acções desenvolvidas na Unidade Sanitária; Avaliar e divulgar os resultados da Qualidade e Humanização segundo os indicadores e parâmetros definidos como prioritários”* (MISAU, 2017b:10).

Apesar do quadro sectorial prever uma abordagem de democracia participativa e de controlo social no funcionamento dos comités, os dados colhidos pelo CESC e os seus parceiros em 73 unidades sanitárias, de 15 distritos, no período de 2015 a 2017, mostram que estes órgãos tendem a concentrar-se no seguinte tipo de actividades:

**Província de Cabo Delgado:** abertura de kits, planificação de requisição, palestras, construção de casas de mãe-espera, jornadas de limpeza, divulgação de direitos e deveres do doente.

**Província de Niassa:** contagem de medicamentos, jornadas de limpeza, abertura de aterros sanitários, palestras nas comunidades.

**Província de Gaza:** organização da fila dos doentes, jornadas de limpeza, consciencialização e encaminhamento de mulheres grávidas à consulta pré-natal, busca activa dos casos de abandono de tratamento.

Embora se verifique uma ligeira variação no tipo de actividades em que os comités se encontram envolvidos nas três províncias apresentadas, pode-se notar que há uma tendência para a ocorrência de uma lógica de apoio ao processo de implementação de acções de rotina da unidade sanitária e menor ou quase nenhuma acção de interligação entre a comunidade e o sector da saúde para a promoção da participação e controlo social.

Uma outra dimensão-chave verificada no funcionamento dos comités é a sua forte dependência do pessoal do sector da saúde, o que enfraquece o seu dinamismo para se constituir de facto num espaço colectivo democrático de escuta, análise, elaboração e decisão sobre as acções e projectos de Qualidade e Humanização, conforme se prevê nos Termos de Referência que orientam o seu funcionamento. No extracto que se segue, referente à Província de Niassa, percebe-se melhor este elemento: ... *“como consequência da falta do conhecimento sobre o seu papel, estes comités não têm a prática de realizar encontros, ou seja, para eles reunirem dependem muito da iniciativa do chefe da Unidade Sanitária, o que significa dizer que eles não têm a capacidade de organizar encontros e discutir assuntos. Neste momento, eles, são convidados para, por exemplo, assistirem a abertura de kits dos Medicamentos e às vezes para realizarem acções de sensibilização<sup>2</sup>”*.

## 5. Desempenho dos Comités como órgãos indutores de gestão participativa

A gestão participativa constitui um dos elementos subjacentes ao conceito e à filosofia da criação dos comités. Tendo em conta este pressuposto, uma das questões inclusas pelo CESC na avaliação do desempenho dos comités é a percepção das comunidades sobre o papel destes órgãos como promotores da gestão participativa das unidades sanitárias.

A este respeito, os dados colhidos junto de um total de 12952 membros das comunidades, de 73 unidades sanitárias de 15 distritos das províncias de Cabo Delgado, Niassa e Gaza, no período de 2015 a 2017 revelam dois principais quadros: de satisfação e de insatisfação das comunidades, conforme ilustra o gráfico abaixo.



Fonte: dados do *betterdata* do CESC, compilados pelo autor.

<sup>2</sup> Técnico envolvido na implementação do CPC na Província de Niassa. Informação captada a 31.10.2018.

A satisfação das comunidades é justificada pelo facto de o funcionamento dos comités se caracterizar pelo seguinte quadro:

- Realização de encontros/ reuniões;
- Participação dos membros do comité nos encontros, palestras e nas visitas ao centro de saúde.
- Conhecimento dos membros dos comités pelos utentes;
- Participação na gestão do centro de saúde: os membros são convidados quando há abertura de Kit de medicamentos.
- Oportunidade de a comunidade participar na gestão do C.S, integrando-se no comité;
- Apoio ao trabalho dos funcionários da US.

Essencialmente, verifica-se que é em torno do funcionamento do órgão em si e a percepção da possibilidade de vir a integrar-se no comité que giram as justificações para a satisfação, sem necessariamente se incluir aspectos ligados ao estímulo à participação da própria comunidade no processo decisório da Unidade Sanitária. Nota-se também que o conceito de participação na gestão é compreendido como a presença dos membros do comité na abertura de kit de medicamentos.

Quanto à falta de satisfação, o quadro apresenta-se mais extenso e é derivado de argumentos, tais como:

- Não há oportunidades de participação na gestão do centro de saúde porque os membros do comité não são convidados regularmente;
- O comité não reúne com a comunidade, daí que esta não o conhece;
- Os membros não conhecem as funções e não são capacitados;
- Os técnicos da saúde não convidam os membros do grupo para fazerem parte da gestão do centro da saúde, principalmente na recepção e abertura de kits de medicamentos na US;
- Há falta de coordenação e colaboração entre os técnicos da US e o comité;
- Os membros do comité não são convidados nem na gestão do centro de saúde, nem nas reuniões/encontros que ocorrem nas US;
- Os comités não ajudam nos serviços de saúde nem na limpeza;
- Existe o comité, mas a sua participação é fraca porque desde que entraram novos técnicos, já não há convites para as reuniões/encontros e visitas - o novo pessoal de saúde oculta as informações para que os comités não participem nas actividades: há discriminação e falta de transparência;
- Não há reuniões ou encontros entre os comités da Unidade sanitária e os comités de saúde;
- Há oportunidades de participar na gestão, mas não são constantes. Não se convocam reuniões nem se conhece as razões que justificam esta situação;
- Os membros do comité não são convidados para a recepção de alimentos e na distribuição de redes mosquiteiras, ou seja, não participam na gestão da US;
- Os membros do comité somente são convidados a fazerem parte das campanhas de jornadas de limpeza;
- Sabe-se da existência do comité, ou seja, o grupo é conhecido, mas não se sabe quais são as suas tarefas.

Estes argumentos reforçam o sentido de dependência dos comités em relação ao pessoal da unidade sanitária, bem como a falta de informação sobre as acções que decorrem na unidade sanitária e a fraqueza destes órgãos como indutores de uma gestão participativa, que inclua a comunidade. Além disso, ressentem-se do desconhecimento do papel dos comités o que impele a um tipo de expectativa sobre participação que é diferente do definido nas políticas sectoriais.

De forma geral, verifica-se que as justificações para uma avaliação satisfatória ou não satisfatória, deriva da expectativa e percepção que os membros das comunidades têm sobre a possibilidade da sua integração no comité, bem como o grau de abertura dos funcionários da US para que os comités participem nas actividades da unidade sanitária. Neste cenário, não há consciência que o comité tem como um dos seus objectivos tornar-se um espaço colectivo democrático de escuta, análise, elaboração e decisão sobre as acções de Qualidade e Humanização.



## 6. Participação do cidadão na prestação de cuidados de saúde através de interação directa com os provedores dos serviços

Em aproveitamento do quadro legal e institucional favorável para a participação directa do cidadão na gestão pública, nos últimos anos Moçambique vem testemunhando a implantação da abordagem de Responsabilização Social (*Social Accountability*) pelas organizações da Sociedade Civil. Neste âmbito, no período de Setembro a Dezembro de 2017, o Programa CEP realizou um mapeamento de intervenções de Responsabilização Social em implementação nessa altura, às quais designou de “*iniciativas conduzidas por actores não estatais que visavam aumentar o envolvimento dos cidadãos nos processos de gestão dos serviços públicos promovendo desta forma a cidadania activa, a participação e a responsabilização social*” (CEP, 2017:1).

O referido mapeamento cobriu as áreas de educação, saúde, protecção social, e processos de planificação e orçamentação pública. Como resultado, identificou pelo menos 25 Organizações da Sociedade Civil de todas as províncias do país envolvidas nestas acções, das quais 14 eram nacionais e as restantes 11 eram organizações/programas internacionais (CEP, 2017). Na verdade, o número de organizações envolvidas na implementação da abordagem de Responsabilização Social torna-se maior ao se incluir os parceiros locais das instituições identificadas no mapeamento do CEP.

O CESC (Centro de Aprendizagem e Capacitação da Sociedade Civil) faz parte das organizações que vem implementando a abordagem de Responsabilização Social no país, tendo a iniciado em 2009 na área da educação e 2010 na saúde. Uma das ferramentas usadas pela organização neste contexto é o Cartão de Pontuação Comunitária (CPC).

A abordagem implementada pelo CESC enfatiza o acesso aos serviços de saúde como um Direito Humano, bem como a ligação directa do cidadão com o provedor de serviços e a prestação de contas do último em relação à qualidade dos serviços da saúde. Um dos instrumentos-chave usados neste contexto é Carta dos Direitos e Deveres do Doente. Tal deve-se ao facto deste instrumento definir o padrão da prestação de serviços, de comportamento, e de conceder espaço ao cidadão, individual ou colectivamente, para a exigência directa de serviços de saúde de qualidade. Por exemplo, o Direito 16 (Direito a apresentar sugestões, queixas e reclamações) estabelece que através dos canais disponibilizados pelas Autoridades Sanitárias, os doentes têm direito a apresentar, individual ou colectivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde; e de ter as suas queixas atendidas prontamente e de maneira equitativa (MISAU, 2011).

O CPC é direccionado para a influência da qualidade da prestação dos serviços de saúde materno-infantil, e consiste na avaliação participativa dos cuidados de saúde pelos cidadãos e os provedores de serviços. Inclui a construção de consensos entre as partes relativamente à solução dos assuntos considerados prioritários pelo cidadão.

No período de 2015 a 2017 o CPC do sector da saúde foi implementado em parceria com 15 Plataformas/fóruns Distritais das Organizações da Sociedade Civil, cobrindo um total de 73 unidades sanitárias das Províncias de Cabo Delgado, Niassa e Gaza.

Tabela 1: relação das unidades sanitárias e distritos cobertas pelo CPC (2015- 2017)

Nº	Províncias	Distrito	Nome de Centro de saúde
1	Cabo Delgado	Ancuabe	Metoro; Teule; Intutupue; Minheuene; Ngeue
		Montepuez	Niuhula; Namueto; Mirate; Nairoto; Linde

		Quissanga	Quissanga Sede; Bilibiza; Nacoba; Mahate; Cagembe.
		Macomia	Chai; Nguida; Mucojo; Naunde; Macomia Sede.
		Muidumbe	Miteda; Muatide; Namacande; Muambula; Chitunda
		Nangade	Ntoli; Muihia; Nkonga; Ntamba; Nangade Sede.
2	Niassa	Sanga	Macaloge; Lumbiza; Nansenhenge; Malémia; 7 de Setembro.
		Marrupa	Nungo; Yaranka; Mucuaiaia; Tumpué; Marrupa Sede.
		Lago	Maniamba; Pandeze; Mepochi – Tulo; Messumba; Meluluca.
		Cuamba	Mujaua; Mitucue; Titimane; Lúrio; Meripo.
		Mandimba	Mitande; Lipuzia; Lissiete; Mississi; Lussangasse.
		Ngauma	Massangulo; Chissimbir; Lupalane; Itepela; Magiga.
3	Gaza	Mandlakazi	Maússe; Laranjeiras; Chibonzane; Tavane; Chidenguele.
		Chibuto	Nalazi; Mbala-vala; Chimbembe; Mpelane.
		Guija	Meboi; Chipadja; Maqueze; Changanine.
<b>Total Geral</b>		<b>15</b>	<b>73</b>

Fonte: dados de 2015 a 2017, do betterdata do CESC, compilados pelo autor.

Em termos metodológicos, a avaliação participativa (CPC) desdobra-se num ciclo que inclui etapas caracterizadas pela consciencialização sobre os direitos e mobilização da comunidade, bem como momentos de construção de consensos entre os cidadãos e os provedores, conforme exposto abaixo:

**Levantamento Prévio e Mobilização:** inclui a componente de Mobilização e consciencialização comunitária sobre direitos de cidadania, destacando a importância da participação dos cidadãos na governação e no processo de avaliação da qualidade de serviços prestados na US.

**Pontuação da qualidade dos serviços:** nesta etapa dá-se relevo à pontuação dos aspectos da qualidade (indicadores) da prestação dos serviços na perspectiva da comunidade e dos provedores (funcionários da unidade sanitária). Nesta fase também se apresentam as sugestões para a melhoria dos aspectos avaliados como negativos e selecciona-se os assuntos prioritários para o encontro de engajamento entre os provedores e os cidadãos.

**Engajamento e elaboração do Plano de Acção:** neste processo há primazia à discussão dos assuntos críticos entre os utentes e provedores e se identificam as propostas de solução que integram o Plano de Acção Conjunta (PAC) da Unidade sanitária. No decurso desta etapa destaca-se também o espaço criado para os provedores fornecerem informação e explicações sobre as causas, ponto de situação e eventuais estratégias elaboradas para a solução das questões apresentadas pela comunidade.

**Encontro de Diálogo Distrital /Interface:** o encontro de interface entre os provedores e os cidadãos que acontece no distrito junta os provedores desse nível para discutirem os assuntos críticos da sua competência, tendo como finalidade a elaboração do Plano de Acção deste nível.

Baseando-se nos ciclos de 2015 a 2017, pelo menos 12,952 cidadãos interagiram directamente com 1002 funcionários da saúde, buscando resolver os assuntos de maior prioridade em relação a cuidados

de saúde. Na interação entre as partes, ressalta o elevado potencial existente de se reforçar as bases técnicas para uma gestão hospitalar participativa, ao se promover a implantação do hábito de diálogo entre os cidadãos e os provedores dos serviços de SMI relativamente a matérias que preocupam aos primeiros. O sentido de prestação de contas também se encontra presente, por exemplo, quando os provedores fornecem informação e as justificações sobre a qualidade dos serviços fornecidos.

A abordagem também estimula a criação de um cidadão activo e vigilante relativamente aos seus direitos. Quanto a isto, num dos seus relatórios, (CESC, 2018a:9) refere que “*Ao criar rotinas e oportunidades de diálogo directo entre os sujeitos de obrigação (provedores de serviços) e de direito (utentes dos serviços), o CPC capacita os cidadãos para exercitarem a sua cidadania, fazendo ouvir as suas opiniões e exigir mais e melhores serviços*”.

## 7. Impacto da interação directa entre o cidadão e o provedor de serviços

Além da parte processual, que é dinâmica e interactiva, conforme exposto na secção anterior, há um padrão de resultados produzidos ao nível da unidade sanitária a partir da relação directa entre o cidadão e o provedor de serviços. A análise a 47 Relatórios de CPC dos anos 2014 a 2016, de 16 Distritos<sup>3</sup>, confirma que há um tipo de assuntos influenciáveis directamente pelos cidadãos ao nível da unidade sanitária: trata-se de assuntos cuja solução está na esfera das competências, capacidades e recursos geralmente disponíveis nas instituições públicas do Distrito e das comunidades locais. A tabela que se segue apresenta os assuntos em referência:

**Tabela 2. Assuntos influenciáveis pelo cidadão ao nível local**

Nº	Assunto
01	Limpeza na Unidade Sanitária
02	Funcionamento dos Comités de Qualidade e humanização das US
03	Pontualidade e permanência do pessoal do centro de saúde durante as horas de serviços
04	Tempo de Espera
05	Atitude dos Provedores durante o atendimento
06	Índice de Cobranças Ilícitas nas US
07	Relação entre a Comunidade e Provedores
08	Disponibilidade de aterros Hospitalares
09	Desvio de Medicamentos das US
10	Privacidade durante o Diagnóstico

Fonte: CESC, 2017.

Com base nas evidências apresentadas na tabela acima, nota-se que o envolvimento directo dos cidadãos com os provedores de serviços gera um impacto imediato na melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde, particularmente em dimensões ligadas à mudança de comportamento, gestão de recursos disponíveis e atendimento aos utentes.

No que tange especificamente aos Comités de Humanização, os dados colhidos do relatório sobre Mudanças Significativas da implementação do CPC na província de Gaza, mostra que a capacitação destas entidades sobre lógica de Responsabilização Social os reveste de uma dinâmica de advocacia e de intermediação entre a comunidade a unidade sanitária, que contribui para a resolução das questões prioritárias ao nível da unidade sanitária. O trecho que se segue de um dos membros do comité retirado do referido documento confirma o exposto:

---

<sup>3</sup> Os 16 distritos em causa são: Alto Molocué, Ancuabe, Changara, Chibuto, Cuamba, Guija, Maganja da Costa, Malema, Mandimba, Mandlhakazi, Meconta, Milange, Montepuez, Ngauma, Quissanga e Rapale.

*As coisas mudaram muito quando começamos a ter encontros e formações... pois veio melhorar a nossa forma de pensar e resolver os problemas, tanto dentro da Unidade Sanitária, bem como na comunidade. Começamos a ser incentivados a saber conversar sobre as prioridades que a US tinha e podermos dirigir cartas a várias entidades. Veja que muitas coisas melhoraram a partir do momento em que começamos a sentar planificar e fazer cartas para os Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS).*

*Começamos a perceber que estamos a melhorar a forma de trabalhar como Comité. Hoje aprendemos a fazer o nosso plano de actividades anual e mensal, e sabemos como explicar os assuntos que a comunidade reclama da US e também o que a US acha que deve mudar ou melhorar por parte da comunidade. Sentimos que a nossa forma de funcionamento até valoriza a nossa imagem na comunidade (CESC, 2018b:4).*

Na verdade, pode-se considerar que a dinâmica de abordagem de Responsabilização Social aqui apresentada contém elementos que podem contribuir para a implantação prática da gestão hospitalar participativa, bem como induzir ao controlo social na prestação de serviços de saúde, o que se alinha com as políticas do sector em análise que visam colocar o cidadão no centro da atenção das instituições.

## 8. Últimas Considerações

O facto de a abordagem de Responsabilização Social, por um lado, gerar uma dinâmica vibrante na relação entre os cidadãos/utentes e os provedores de serviços, que inclui maior fluxo de informação, construção de consensos e prestação de contas e, por outro, resultar em cenários de mudanças comportamentais e práticas de gestão, “obriga” o sector da saúde a repensar na actual dinâmica de funcionamento dos Comités, que vem sendo caracterizada por uma lógica de apoio e de fraca reivindicação de direitos do cidadão/utente. A questão de fundo que se coloca aqui é **como se pode tornar os comités em instrumentos efectivos de promoção de participação do cidadão/utente e de controlo social, tomando em consideração a existência de um quadro legal e institucional favorável para esse efeito.**

A trajectória de busca da resposta a esta questão não é simples, pois envolve debates sobre assuntos complexos, tais como:

- Determinar a natureza mais adequada dos próprios comités, se deve ser mais deliberativa ou consultiva;
- A contribuição que o sector pode fornecer ao processo de mudança do conceito de participação das comunidades, que essencialmente deriva de uma “tradição de apoio” ao sector do que de reivindicação de direitos junto dos provedores. Esta mudança conceptual poderia criar as fundações necessárias para a reinterpretação dos papeis dos actores envolvidos no processo de provisão de cuidados de saúde;
- Melhores estratégias para a capacitação dos membros dos comités e das próprias comunidades;
- Valorização adequada das experiências de Responsabilização Social que inclua a reflexão sobre como as suas práticas de sucesso podem ser apropriadas pelo sector da saúde.

Um outro aspecto que precisa de ponderação deriva do facto da implementação de dinâmicas locais de controlo social na gestão pública ser indissociável de processos de descentralização do poder decisório e autonomia das US, para que estas (US) consigam responder prontamente à “pressão” de cidadãos conscientes dos seus direitos. Igualmente, as lógicas de controlo social exigem uma maior flexibilidade e abertura dos níveis central e provincial para responderem prontamente às demandas crescentes do nível local. A questão subjacente aqui consiste em entender a pré-disposição do sector da saúde para lidar com este novo tipo de cenários internos. Seja qual for a resposta a esta questão, o facto é que há que reconhecer a existência de uma nova realidade, com exigências de postura e atitudes mais democráticas das instituições públicas para que as mesmas sirvam cada vez melhor ao cidadão.

## 9. Referências bibliográficas

- Alverga, C. 2003. Democracia Representativa e Democracia Participativa no pensamento político de Locke e Rousseau. Brasília: universidade de Brasília.
- Biza, A. 2008. Associações de jovens, Estado Política em Moçambique: da Herança a novos desafios (1975-2004). In: Brito et all, Cidadania e Governação em Moçambique. Maputo: IESE.
- CEP (Cidadania e Participação Saúde e Educação de Qualidade). 2017. Mapeamento das iniciativas de Responsabilização Social em Moçambique.
- CECSC.2017. Categorias de assuntos a influenciar no âmbito da implementação do CPC. Maputo. Centro de Aprendizagem e Capacitação da Sociedade Civil.
- CECSC. 2018a. Avaliação participativa da prestação de serviços de saúde materno-infantil usando o Cartão de Pontuação Comunitária. Maputo. Centro de Aprendizagem e Capacitação da Sociedade Civil.
- CECSC. 2018b. Histórias de Mudança na Saúde em Gaza -2018. Maputo. Centro de Aprendizagem e Capacitação da Sociedade Civil.
- CIRESP (Comissão Interministerial da Reforma do Sector Público). 2001. Estratégia Global da Reforma do Sector Público 2001 – 2011. Maputo.
- Farias, J. 2011. A Dicotomia entre a Democracia Representativa e Democracia Participativa e a Educação no Brasil. In: Sociedade em debate, Pelotas 17 (1). 66- 88.
- Francisco, 2011. Sociedade Civil em Moçambique Desafios para Moçambique 2010. IESE
- Guimarães, A. 2017. Democratiza a Democracia Brasileira. [www. Fdcl.com.br/revista](http://www.Fdcl.com.br/revista)
- Juruena, C e Fraga, J. sd. Uma Análise da Democracia Participativa nos direitos humanos e a sua real efetivação no Brasil.
- Lalá, A e Ostheimer, A. 2003. Como limpar as nódoas do processo democrático? Os desafios da transição e democratização em Moçambique (1990-2003). Moçambique.
- Lyra, R.2007. Democracia representativa x Democracia Participativa: a representação do Estado e da Sociedade Civil nos conselhos de políticas públicas.
- MISAU (2011). Carta dos direitos e deveres do doente. Maputo: Ministério da Saúde, República de Moçambique.
- MISAU. 2012. Termos de Referência para o Estabelecimento e Funcionamento dos Comitês de Co-Gestão das Unidades Sanitárias. Maputo: Ministério da Saúde, República de Moçambique.
- MISAU. 2017a. Estratégia nacional para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados de saúde (2017-2023) Maputo: Ministério da Saúde, República de Moçambique.
- MISAU. 2017b. Termos De Referência Dos Comitês De Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde em Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde, República de Moçambique.
- República de Moçambique. Constituição da República -2018 (Lei n.o 1/2018, de 12 de Junho).
- República de Moçambique. Lei n 34/2014, de 31 de Dezembro, Lei do Direito à Informação.
- República de Moçambique. Decreto 30/2001, de 15 de Outubro, Aprova as normas de funcionamento dos serviços da Administração Pública.

República de Moçambique. Lei 7/2012, de 8 de Fevereiro. Aprova a lei de Base da organização e funcionamento da Administração Pública.

Santos, B e Avritzer, L.2002. Para ampliar o cânone democrático. In: Santos Boaventura de Souza (Org). Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.