



ESCOLA DE ACTIVISMO EM SAÚDE

Curso de Cidadania Sanitária Manual Pedagógico

Autores:

Celso Give

Clélia P. Liquela

António Timbana

Jorge Matine

Organização / Autoria:



Colaboração:



Financiamento:



COPYRIGHT ©: Todos os direitos reservados. Portanto, o conteúdo desta obra pertence única e exclusivamente aos seus autores. Esta publicação não poderá ser reproduzida, na sua totalidade ou em parte, independentemente do formato ou meio, seja este electrónico, mecânico ou óptico, para qualquer propósito, sem a devida autorização expressa, por escrito, dos seus autores, bem como das direcções executivas do **Observatório Cidadão para Saúde** e da **medicuumundi**.

Esta publicação foi produzida com o apoio financeiro da **Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento** (AECID), no âmbito do convénio “*Contribuir para a cobertura universal da saúde mediante a revitalização dos CSP em Moçambique*”.

O conteúdo desta publicação é da responsabilidade exclusiva dos seus autores, do **Observatório Cidadão para Saúde** e da **medicuumundi**, e não reflecte necessariamente a opinião da **AECID**.

1ª edição: Maio de 2023

Índice

MÓDULO 1: SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO	6
1. Introdução	6
1.1. Objectivos	7
2. Convenções internacionais sobre o direito à saúde.....	7
3. Principais componentes do direito à saúde e frequentes equívocos.....	10
3.1. Frequentes incompreensões sobre o direito à saúde	12
4. Direito a saúde em Moçambique	13
4.1. Factores que influenciam o gozo do direito à saúde em Moçambique	15
4.1.1. Situação económica do país	15
4.1.2. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade dos cuidados de saúde em Moçambique.....	16
5. Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019	17
6. Referências.....	19
MÓDULO 2: SISTEMA DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE	22
1. Introdução	22
1.1. Objectivos	22
Depois desta introdução fazemos uma contextualização histórica do sistema de saúde de Moçambique, para de seguida falamos dos processos da descentralização do sector da saúde. Por fim, apresentamos os principais problemas de saúde de Moçambique e as possíveis áreas prioritárias.....	22
2. Sistema de saúde de Moçambique, uma aproximação histórica	23
3. Organização do Serviço Nacional de Saúde	26
4. Descentralização e serviços de saúde em Moçambique.....	28
4.2. Principais problemas e prioridades do Sector de Saúde.....	35
5. Referencias bibliográficas.....	37
MÓDULO 3: MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL	39
1. Introdução	39
1.1. Objectivos	39
2. Entendo os conceitos de participação e da sociedade civil.....	39
2.1. Organizações de Sociedade Civil em Moçambique.....	41
2.2. Mecanismos de participação de Organizações da Sociedade civil	43

3. Referências bibliográficas.....	45
MÓDULO 4. PLANO DE ACÇÃO DO ACTIVISTA.....	47
1. Introdução	47
1.1. Objectivos	47
Este módulo tem os seguintes objectivos:.....	47
• Definir os conceitos de activismos, cidadania e reponsabilização social;	47
2. Activismo, cidadania e responsabilidade social.....	48
2.1. Cada etapa de acção ou mudança a ser buscada deve incluir as seguintes informações:.....	50
2.1.1. Por que criar um plano de acção do activista?	51
2.1.2. Etapas para criar um plano de acção	51
3. Referências bibliográficas.....	55

I. INTRODUÇÃO

Este curso surge na sequência da existência de discussões sobre a promoção da melhoria de qualidade e humanização dos serviços e cuidados de saúde da população. Estas discussões contribuíram para que o Ministério de Saúde de Moçambique a criasse oficialmente em 2011 a Estratégia Nacional de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde, e em 2018 actualizou a mesma estratégia. É com este instrumento que o sector unificou os comités de co-gestão e os de humanização, passando a existir apenas um denominado comité de co-gestão e humanização (funciona ao nível das unidades sanitárias), e foram definidos os respectivos termos de referência do seu funcionamento. Apesar da existência da estratégia para regular o atendimento aos utentes, problemas relativos ao atendimento humanizado e acesso aos Cuidados de Saúde Primários para a população ainda constituem um desafio. Todavia, o princípio da participação pública, norteador do direito a informação, que permite que a sociedade civil participe nos processos e espaços de tomada de decisões e da elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas do sector da saúde, tendo em vista a protecção e defesa do Sistema de Saúde para as presentes e futuras gerações afigura-se também um desafio. É na sequência da necessidade de contribuir para formação de activistas, profissionais de saúde, cidadãs e cidadãos com o conhecimento da sua cidadania activa e participativa na saúde em que a Aliança para a Saúde produziu materiais do curso de curta duração sobre Cidadania Sanitária, adaptou-os e inseriu na plataforma de formação online da Escola de Activismo em Saúde. Este curso visa consolidar as actividades já realizadas pela Aliança para a Saúde em matéria de Políticas Públicas de Saúde, relacionadas a Organização e funcionamento dos órgãos do Estado e da Sociedade. Espera-se que curso auxilia a promoção de acções positivas na provisão de cuidados e serviços de saúde de qualidade à população moçambicana. A seguir a esta apresentação apresentamos os módulos que compõem o curso, nomeadamente: 1) Saúde como um Direito Humano; 2) Sistema de saúde de Moçambique; 3) Mecanismos da Participação da Sociedade Civil e 4) Plano de Acção do Activista.

MÓDULO 1: SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO

1. Introdução

Esta secção debruça-se sobre saúde como direito humano. Apresenta-se os principais marcos históricos que contribuíram para o reconhecimento da saúde enquanto um direito humano, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, convenções, decretos, acordos, regulamentos internacionais ratificados por Estados, comprometidos em proteger esse direito por meio de declarações internacionais, legislação e políticas nacionais. Desde os anos 1990, uma atenção crescente tem sido dada ao direito, ao mais alto padrão de saúde alcançável, por via de órgãos de monitoramento de tratados de direitos humanos, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Comissão de Direitos Humanos (agora substituída pelo Conselho de Direitos Humanos), que em 2002 criou o mandato do Relator Especial sobre o direito de todos ao mais alto padrão possível de saúde física e mental. Estas iniciativas ajudaram a esclarecer a natureza do direito à saúde e como ele pode ser alcançado. Estas iniciativas e a DUDH têm sido reforçados por outros que directa e indirectamente influenciam a saúde das pessoas, nomeadamente, Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), Conferência de Beijing sobre igualdade de género, paz e desenvolvimento (1995); acordos de Paris sobre mudanças climáticas (2015), entre outros acordos que directa ou indirectamente tem influência na saúde das pessoas.

O Estado moçambicano ratificou vários acordos internacionais sobre o direito humano a saúde e foram traduzidos em políticas e leis nacionais, a lei mãe de Moçambique – a constituição da República de Moçambique – salvaguarda o direito a saúde. Neste módulo far-se-á uma breve apresentação das principais convenções internacionais sobre a saúde enquanto um direito, legislação nacional sobre o direito a saúde e desafios existentes na disponibilidade e acesso aos cuidados de saúde em Moçambique. A seguir será feita a contextualização da noção de saúde enquanto um direito, apresentação do marco internacional de saúde enquanto um direito humano, no fim do módulo será apresentada a legislação moçambicana sobre a saúde e os desafios existentes no acesso e disponibilidade de cuidados de saúde.

A seguir aos marcos históricos internacionais e as respetivas convenções, apresentar-se-á o quadro legal de Moçambique e como este foi evoluindo ao longo do tempo e como o direito a saúde em Moçambique é salvaguardado.

1.1. Objectivos

O presente módulo tem os seguintes objectivos:

- Situar historicamente a saúde enquanto um direito humano;
- Apresentar as principais convenções e protocolos internacionais sobre a saúde como direito humano;
- Apresentar as principais componentes que tornam a saúde um direito humano, tendo em conta os equívocos por detrás do assunto;
- Demonstrar que as convenções internacionais podem ser transformadas em políticas e leis locais sobre o direito à saúde;
- Apresentar o quadro legal nacional sobre o direito à saúde;
- Discutir os principais factores que afectam o direito à saúde em Moçambique.

Palavras-chave: Saúde; direito à saúde; direitos humanos; Moçambique.

2. Convenções internacionais sobre o direito à saúde

A história sobre o direito à saúde tende a indicar a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), aprovada em 1948, como o marco da fundação do direito à saúde como direito humano. A DUDH, no seu artigo 25, estabelece que “toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para assegurar a sua saúde e o bem-estar da sua família, principalmente em questões de alimentação, vestuário, alojamento, assistência médica e ainda em serviços sociais necessários.” Esta asserção sugere que o direito à saúde inclui o direito a cuidados de saúde adequados e disponíveis a tempo e horas e acesso a medicamentos essenciais. Os determinantes da saúde, tais como o acesso à água potável e o saneamento adequado, também são tomados em conta (1, 2, 3).

Para além da DUDH, o direito à saúde está igualmente salvaguardado num vasto leque de instrumentos sobre direitos humanos regionais e internacionais, como por exemplo, a Convenção

Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (CIDESC) de 1966 e a Carta Internacional dos Direitos Humanos e dos Cidadãos de 1949, só para mencionar alguns (3).

Vários Estados ratificaram, pelo menos, um dos acordos internacionais sobre o direito à saúde. Estes acordos são geralmente traduzidos em políticas e legislações nacionais que tendem a salvaguardar o direito à saúde dos seus cidadãos e das suas cidadãs. Um Estado que ratifica as convenções internacionais tem obrigação de tomar medidas que conduzem à realização progressiva do direito à saúde para todos e todas (cobertura universal de saúde) utilizando o máximo dos seus recursos disponíveis para este objetivo (4). A OMS definiu a cobertura universal de saúde nos seguintes termos: “garantir que todas as pessoas possam usar os serviços de saúde de promoção, prevenção, cura e reabilitação de que necessitam, de qualidade suficiente para serem eficazes, garantindo, ao mesmo tempo, que o uso desses serviços não exponha o usuário a dificuldades financeiras” (4).

O Estado Moçambicano ratificou a Convenção sobre os Direitos Civis e Políticos (CIDCP), Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDM), Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CIEFDR), Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos e a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança, a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), a Convenção contra a Tortura e Outras Formas de Tratamento ou Penalização Cruéis, Desumanas ou Degradantes (CAT) e a Declaração de Abuja, adoptada pelos Chefes de Estado e de Governo da União Africana em 2001, através da qual estabeleceram o objectivo de atribuir pelo menos 15% dos seus orçamentos anuais para melhorar o sector da saúde (6). A tabela 1 abaixo apresenta mais algumas convenções e tratados ratificados por Moçambique. No âmbito da ratificação destes acordos, o Estado moçambicano tem a obrigação de respeitar, proteger e cumprir com o direito à saúde para todos os cidadãos e todas as cidadãs. Aliás, a Constituição da República de Moçambique (CRM), no seu artigo 18, reafirma o comprometimento do país em respeitar os acordos e tratados internacionais, afirmando que “os mesmos, validamente aprovados e ratificados, vigoram na ordem jurídica moçambicana, após a sua publicação oficial e enquanto vincularem internacionalmente o Estado de Moçambique” (6). À semelhança das responsabilidades que o Estado de Moçambique tem, a comunidade internacional tem igualmente a responsabilidade de assistir o Estado Moçambicano no seu esforço de prover a saúde à sua população. O suporte das

instituições internacionais tem sido feito com base em diferentes tipologias de cooperação internacional. As responsabilidades inerentes ao direito à saúde estendem-se a organizações da sociedade civil, sector privado, Organizações Não-Governamentais (ONGs), entre outras.

Tabela1: Principais convenções e tratados sobre o direito à saúde, ratificados por Moçambique

Instrumento Internacional	Ano de ratificação
Sistema Universal	Sistema Universal
Declaração Universal	Não ratificado
Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos.	Resolução nº 5/91 de 12 de Dezembro de 1991 (Assembleia da República).
Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulher.	Ratificada pela Assembleia da República, resolução nº 4/1993 (BR, I Série, nº 22, de 2/6/1993).
Protocolo Opcional Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.	Resolução nº 3/2008 de 30 de Maio de 2008
Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.	Resolução nº 29/2010 de 31 de Dezembro de 2010.
Protocolo Facultativo à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.	Resolução nº 30/2010 de 31 de Dezembro de 2010.
Convenção dos Direitos da Criança	Resolução nº 19/90 de 23 de Outubro de 1990 (conselho de Ministros).
Protocolo Facultativo a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança relativo à Venda de Crianças, Prostituição e Pornografia Infantil.	Resolução nº 43/2002 de 28 de Maio de 2002 (Conselho de Ministros).
Convenção sobre a Proibição e Eliminação das Piores Formas de Trabalho Infantil, 1999.	Resolução nº 6/2003 de 23 de Abril de 2003.
Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra a Criminalidade Organizada Transnacional, relativo à Prevenção e Punição do Tráfico de Pessoas, em especial Mulheres e Crianças.	Resolução nº 87/2002 de 11 de Dezembro de 2002.
Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, 1984.	Resolução nº 8/91 de 20 de Dezembro.
Protocolo Facultativo à Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes.	Resolução nº 8/2013 de 03 de Maio de 2013 (AR).
Convenção Internacional das Nações Unidas sobre a protecção dos trabalhadores migrantes e dos membros das suas famílias.	Resolução nº 1/2012 de 26 de Junho de 2012.

Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico de Estupefacientes e substâncias psicotrópicas.	Resolução nº 11/96 de 04 de Maio de 1996.
Convenção única sobre estupefacientes, 1961	Resolução nº 7/90 de 18 de Setembro de 1990
Sistema Regional Africano.	Resolução nº 8/90 de 12 de Setembro de 1990 (Assembleia da República).
Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos.	Resolução nº 9/88 de 25 de Agosto de 1988.
Protocolo à Carta Africana sobre os Direitos da Mulher em África.	Resolução nº 28/2005 de 13 de Dezembro de 2005.
Protocolo à Carta Africana sobre os Direitos da Criança e bem-estar da Criança em África.	Resolução nº 20/98 de 26 de Maio de 1998.
Convenção da União Africana Sobre Protecção e Assistência a Pessoas Interinamente Deslocadas em Africa, 2009.	Resolução n.º 21/2017, de 28 de Dezembro.
Convenção da OUA relativa a Aspectos específicos dos problemas dos refugiados e África, de 10/09/1969.	Resolução nº 11/88 de 25 de Agosto de 1988 (Assembleia da República).
Tratado da SADC.	Resolução nº 3/93 de 01 de Junho de 1993.
Protocolo sobre Saúde, 1999.	Resolução nº 27/2000 de 31 de Outubro de 2000.
Protocolo sobre Género e Desenvolvimento, 2008.	Resolução nº 45/2010 de 02 de Novembro de 2010 (CM).
Protocolo sobre o Combate a Drogas Ilícitas, 1996.	Resolução nº 23/98 de 02 de Junho de 1998.
Carta dos direitos sociais fundamentais da SADC, 2003.	Resolução nº 34/2004 de 09 de Julho de 2004.
Protocolo sobre a Facilitação da Circulação de Pessoas na Região da SADC.	Resolução nº 31/2005 de 08 de Novembro de 2005.

3. Principais componentes do direito à saúde e frequentes equívocos

Para a operacionalização do direito à saúde, enquanto um direito humano, alguns aspetos-chave foram considerados essenciais para a materialização deste direito. Para além das convenções internacionais sobre a matéria, a Comissão dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, o órgão responsável por monitorar o Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais, esforçou-se a desenhar o que considerou serem os aspetos-chave do direito à saúde. Para a

CIDESC, o direito à saúde tem consigo direitos subjacentes e seus determinantes (2,3).

Relativamente aos determinantes, são mencionados os seguintes:

- Água potável segura e saneamento adequado;
- Alimentos seguros;
- Alimentação e habitação adequadas;
- Condições de trabalho e ambientais saudáveis;
- Educação e informação em saúde;
- Igualdade de género.

Relativamente ao direito à saúde, a CIDESC lembra-nos que:

1. O direito à saúde inclui igualmente liberdades referentes a escolha livre ao tratamento médico consensual, como experimentos e pesquisas médicas ou esterilização. O direito em alusão inclui o repúdio à tortura e outros tratamentos ou punições cruéis, desumanos ou degradantes.
2. Outros direitos à saúde são os seguintes:
 - O direito a um sistema de protecção à saúde que proporcione igualdade de oportunidades para que todos desfrutem do mais alto nível possível de saúde;
 - O direito à prevenção, tratamento e controle de doenças;
 - Acesso a medicamentos essenciais;
 - Saúde materna, infantil e reprodutiva;
 - Acesso igual e oportuno aos serviços básicos de saúde;
 - Oferta de educação e informação sobre saúde;
 - Participação da população na tomada de decisões relacionadas à saúde, a nível nacional e comunitário.
3. Os serviços, bens e instalações de saúde devem ser fornecidos sem qualquer tipo de discriminação. A não discriminação é um princípio fundamental nos direitos humanos e é crucial para o gozo do direito ao mais alto padrão possível de saúde (ver secção sobre a não discriminação abaixo).

3.1. Principais componentes do direito à saúde: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.

Todos os serviços, bens e instalações devem estar disponíveis, acessíveis, aceitáveis e em boa qualidade.

- **Disponibilidade:** as instalações, bens e serviços de saúde pública e de cuidados de saúde em funcionamento devem estar disponíveis em quantidade suficiente dentro de um Estado.
- **Acessibilidade:** os bens e serviços de saúde devem ser acessíveis fisicamente (ao alcance seguro de todas as camadas da população, incluindo crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e outros grupos vulneráveis), bem como financeiramente e com base na não discriminação.
- **Acessibilidade:** a acessibilidade também implica o direito de buscar, receber e divulgar informações relacionadas à saúde em um formato acessível (para todos, incluindo pessoas com deficiência), mas não prejudica o direito de ter dados pessoais de saúde tratados de forma confidencial.
- **Aceitabilidade:** as instalações, bens e serviços também devem respeitar a ética médica, ser sensíveis ao gênero e culturalmente apropriados. Em outras palavras, eles devem ser médica e culturalmente aceitável.
- **Qualidade:** as condições devem ser científicas e medicamente adequados e de boa qualidade. Isso requer, em particular, profissionais de saúde treinados, medicamentos e equipamentos hospitalares cientificamente aprovados, saneamento adequado e água potável.

3.1. Frequentes incompreensões sobre o direito à saúde

A CIDESC, nas suas abordagens, destaca a existência de incompreensões acerca do direito à saúde.

As frequentes incompreensões em alusão são mencionadas abaixo:

1. O Estado tem o dever de garantir a boa saúde de seus cidadãos: O direito à saúde difere do direito de estar em boa saúde. A saúde depende de factores além do controle do Estado,

como a constituição biológica. É por isso que estamos falando do direito de gozar "do melhor padrão possível de saúde física e mental", não um direito incondicional de estar em boa saúde.

2. O direito à saúde só pode ser um objetivo de longo prazo. O direito à saúde exige uma realização progressiva. No entanto, os Estados devem mostrar que estão tomando medidas concretas, deliberadas e direcionadas, com o máximo de seus recursos disponíveis, para respeitar, proteger e cumprir esse direito.
3. A difícil situação financeira de um país justifica a inação ou o facto de suspender as suas obrigações. Os Estados ainda são obrigados, com efeito imediato, a garantir o gozo dos níveis mínimos essenciais do direito à saúde. Esses níveis são chamados de obrigações essenciais mínimas, e a obrigação relacionada não é derogável mesmo em circunstâncias adversas. Os orçamentos devem ser reservados para garantir a acessibilidade universal de bens e serviços essenciais.
4. O direito à saúde é apenas sobre a prestação de serviços de saúde. Embora o direito à saúde não tenha sentido sem a prestação de serviços de saúde, ele só pode ser plenamente realizado se prestarmos atenção a outros fatores que impactam nossa saúde, como acesso à água potável, saneamento adequado, moradia adequada e alimentação adequada. A discriminação, a pobreza, o estigma e outros determinantes socioeconómicos da saúde também devem ser levados em consideração, pois podem determinar:
 - se algumas pessoas estão recebendo ou não cuidados de saúde;
 - a qualidade dos serviços recebidos;
 - a escolha de algumas pessoas em desistir de procurar tratamento (2, 3).

4. Direito a saúde em Moçambique

O direito à saúde em Moçambique é garantido pela Constituição da República de Moçambique (CRM). No seu artigo 35 e 36, a CRM realça o princípio da universalidade e igualdade, ao afirmar que todos os cidadãos são iguais perante a lei, gozam dos mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres, independentemente da cor, raça, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, grau de instrução, posição social, estado civil dos pais, profissão ou opção política e que o homem e a mulher são iguais perante a lei em todos os domínios da vida política, económica,

social e cultural (7). Este posicionamento do Estado moçambicano está alinhado com as premissas do respeito pelos direitos humanos. Relativamente ao direito a saúde, a mesma constituição no artigo 116 assinala que os serviços de saúde devem ser prestados pelo sistema nacional de saúde mediante uma lei que regula as modalidades de exercício da assistência médica e sanitária. Prosseguindo, o Estado promove a participação dos/das cidadãos/ãs e instituições na elevação do nível da saúde da comunidade, na extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso de todos/as os/as cidadãos/ãs ao gozo deste direito. Ao mesmo realça-se que cabe ao Estado disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento e de diagnóstico, assim, como a actividade da assistência médica e sanitária ministrada pelas colectividades e entidades privadas, estando sujeita a uma legislação específica (7). Entretanto, a afirmação do direito humano a saúde, ainda que, constitucional, não tem gerado, na prática, a sua aplicabilidade tácita e tão pouco a tradução dos anunciados em provisão de serviços e cuidados de saúde tal como se poderia esperar. A provisão de serviços e cuidados de saúde requerem um esforço e comprometimento prático de todas as entidades envolvidas neste interesse (8).

A literatura sobre os direitos humanos a saúde em Moçambique tem sugerido a existência de avanços significativos, apesar dos numerosos desafios históricos, especialmente a guerra civil de 16 anos que destruiu o já frágil sistema de saúde herdado dos colonialistas português e fragmentou recursos humanos em Saúde (8, 9). A pobreza, um sistema de governação considerado corrupto e o frequente fraco financiamento do sector de saúde têm contribuído para a deficitária provisão de serviços de saúde (8-10).

Recentemente o governo adoptou legislação e outros regulamentos relacionados, num esforço para proteger grupos vulneráveis e estender os serviços para estes grupos. Por exemplo, em Fevereiro de 2002, adoptou-se uma legislação para proteger as pessoas que vivem com o VIH/SIDA, da discriminação no local de trabalho e para combater o estigma e a exclusão relacionada com a doença. A lei nº 5/2002 inclui cláusulas que asseguram a privacidade e a confidencialidade, a testagem e o aconselhamento voluntário e o acesso aos cuidados e ao tratamento, das pessoas que vivem com o VIH (10). Em Abril de 2004, reconhecendo o impacto devastador do VIH/SIDA sobre mulheres, homens e crianças em Moçambique, o Ministério da Indústria e Comércio produziu uma licença compulsiva, de modo a tornar os medicamentos para o tratamento do VIH/SIDA mais disponíveis e acessíveis para a realização do direito à saúde para todos/as (11).

Adicionalmente em 2018 o MISAU observou que ainda existem desafios na provisão de serviços e cuidados para o HIV, desde a testagem, adesão e tratamento. Nessa sequência elaborou-se o Guião Orientador sobre Modelos Diferenciados de Serviços em Moçambique com o objetivo de identificar modelos de atendimento, ajustados à realidade local, que respondam aos desafios e rentabilizem os recursos existentes (12).

Com emergência do Covid-19, o Estado de Moçambique tem mostrado um grande esforço de criar estratégias e mecanismos conducentes a salvaguardar a saúde pública e proteger as pessoas do vírus. Tais são os exemplos de decretos presidências, planos de acções, estratégias entre outras, que normalizam o protocolo sanitário para a prevenção e tratamento do Covid-19. Várias estratégias de comunicação digital, como spots audiovisuais foram produzidos numa tentativa de dotar as pessoas de melhor conhecimento possível sobre a doença e acções para mitigar a propagação do vírus. Estas acções do Estado, podem ser vistas como um esforço para garantir a saúde das pessoas enquanto um direito, no entanto existem desafios permanentes na prossecução do direito a saúde e a seguir sumarizam-se algumas mais evidentes.

4.1. Factores que influenciam o gozo do direito à saúde em Moçambique

A pesar da existência de instrumentos legais e um conjunto de normas que tendem a salvaguardar o direito a saúde aos moçambicanos, existe um conjunto de factores determinam o acesso aos cuidados de saúde adequados. O gozo do direito a saúde é influenciado por vários factores, nomeadamente: económicos, sociais, educação, ambientais, jurídicos, culturais entre outros.

4.1.1. Situação económica do país

Desde a independência em 1975 que Moçambique tem se esforçado para melhorar os indicadores socioeconómicos e reduzir a pobreza. No Moçambique contemporâneo a mais marcante iniciativa do governo e parceiros da cooperação foi o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA- 2001). O PARPA tinha diferentes objectivos e pilares de desenvolvimento que abrangiam: (i) o desenvolvimento económico e social equilibrado; (ii) a redução da pobreza absoluta; (iii) a consolidação da paz, unidade nacional e democracia; (iv) a aplicação generalizada da justiça; (v) a melhoria da educação e da saúde; (vi) estímulo e prática do esforço laboral,

honestidade, zelo e brio; (vii) a garantia das liberdades individuais e da harmonia social; (viii) a imposição das leis contra actos criminosos; (ix) a garantia da soberania e o reforço da cooperação internacional. Para a área da saúde em particular, o PARPA centrou-se na expansão e melhoramento dos cuidados primários, com enfoque na saúde materna e infantil; redução da propagação do VIH/SIDA; combate a malária, tuberculose (TB), diarreia e lepra; desenvolvimento dos recursos humanos em saúde e aumento da segurança alimentar, fornecimento da água potável e saneamento (13).

A seguir ao PARPA foram criadas diferentes iniciativas para reduzir a pobreza, desde a chamada “revolução verde”, “distrito como o polo de desenvolvimento” entre outras, no entanto, estudos mostram que apesar destes esforços governamentais a pobreza tende a manter-se nos mesmos níveis. Por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2020 indica que Moçambique situa-se na posição 181º entre 189 países, 46,1% da população vivendo abaixo da linha de pobreza nacional, que é a linha de pobreza considerada adequada para um país pelas suas autoridades. Em Moçambique, 62,9% da população vive abaixo da linha de pobreza internacional de \$ 1,90 (em termos de paridade de poder de compra [PPC]) por dia. Além disso, a população em pobreza multidimensional é de 72,5% e 49% da população moçambicana encontra-se na pobreza multidimensional grave – inclui educação, saúde e poder de compra (14). Estes dados revelam padrões estacionários do desenvolvimento do país e quase mesmos níveis de pobreza, o que representa um revés na provisão do direito a saúde a todos e todas. Importa referenciar que os cuidados de saúde de acordo com a lei 4/87 de 19 de Janeiro de 1987, estão fixados em taxas oficiais de admissão e consulta fixadas num valor relativamente baixo (8,12). Existem isenções para certos serviços, como a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, e para grupos considerados vulneráveis, como os idosos, crianças menores de 5 anos, pobres e outros. Pensa-se que essas isenções podem ajudar a assegurar a igualdade no acesso aos cuidados de saúde e reduzir as iniquidades em saúde.

4.1.2. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade dos cuidados de saúde em Moçambique.

A disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade dos cuidados e serviços de saúde são indicadores centrais na análise do direito a saúde. Em Moçambique os serviços e cuidados de saúde são maioritariamente regulados pelo governo através do Ministério da Saúde. Este é responsável pela

gestão, desenho de estratégias e planos para a provisão de cuidados e serviços de saúde para a população, com o sector privado, baseado na sua maioria nas zonas urbanas a prestar alguns cuidados especializados e com taxas cobradas maiores que o sector privado (5,8,9,11,15-17). As unidades sanitárias, os bens e serviços, devem estar disponíveis e acessíveis – tanto física como economicamente - para todos/as, sem discriminação. Há uma série de factores que dificultam o acesso aos cuidados de saúde em Moçambique, incluindo o número insuficiente de unidades sanitárias, uma grande falta de profissionais de saúde e uma fraca participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisões (15). Adicionalmente a distância das unidades sanitárias aos agregados familiares condiciona a busca de cuidados. A população que vive a uma distância de mais de uma hora da US têm um limitado acesso se comparado a população que vive a menos de uma hora da US. As distâncias em relação às US tendem a incrementar os custos directos e indirectos na busca de saúde, sobretudo, nas zonas rurais e limitam a continuação de tratamento – especialmente serviços de referências (15,18). Para a mitigação do problema de distâncias e acesso as US, estudos tem sugerido duas linhas diferentes, uma que consiste no aumento das US e com recursos materiais, equipamentos, medicamentos e humanos disponíveis em quantidade e qualidade adequadas, enquanto que outras sugerem o investimento em equipamentos e recursos humanos em US já existentes (15, 17).

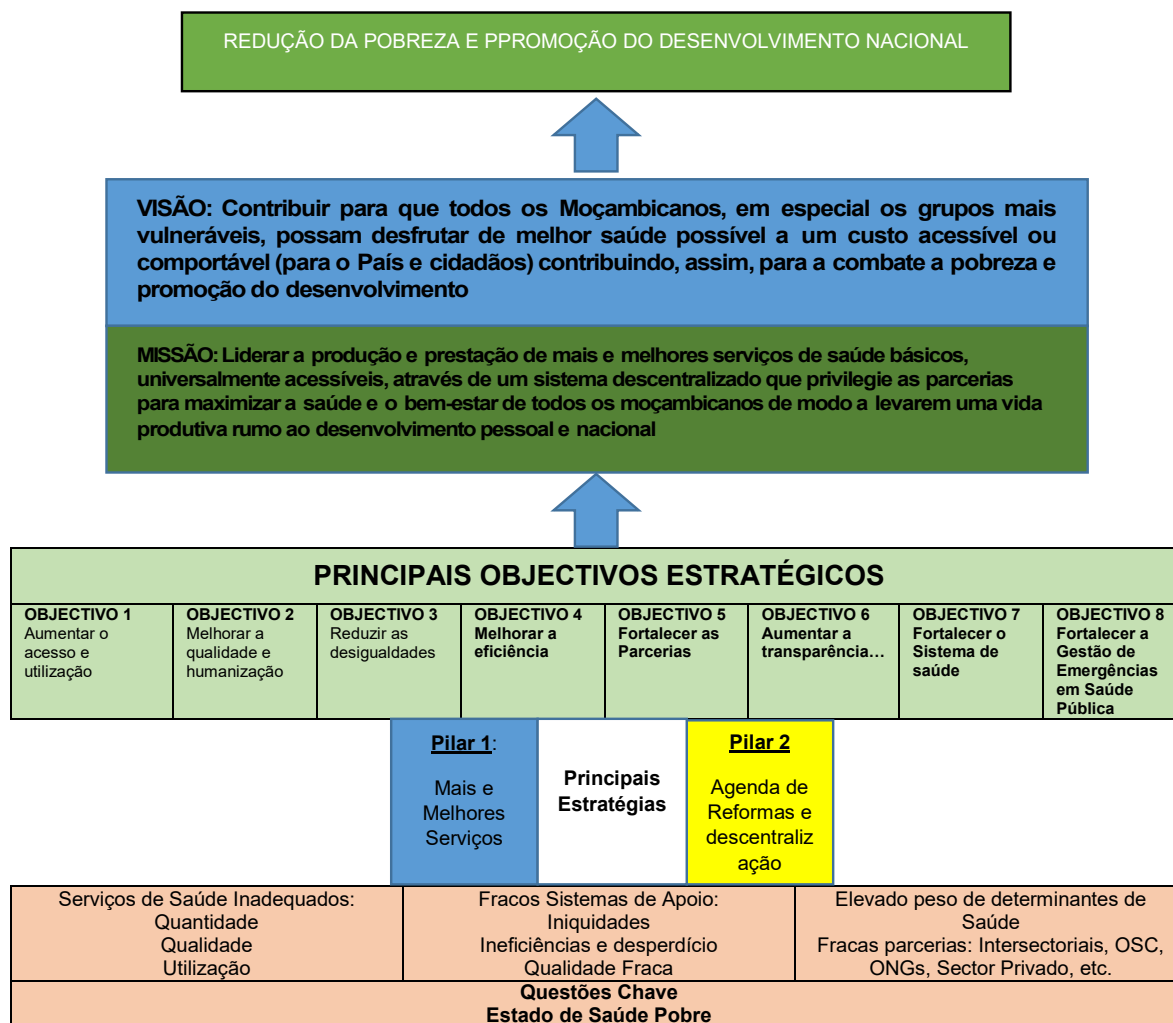
Para além das distâncias, disponibilidade, acesso aos cuidados de saúde é importante também observar que factores como as desigualdades relacionadas ao género influenciam a prestação inadequada de serviços de saúde. As desigualdades de género impactamnegativamente nos resultados da saúde. Os direitos sociais, sexuais e reprodutivos das mulheres não são respeitados, o que se reflete na feminização do HIV/AIDS e na alta taxa de mortalidade materna, com 1 em cada 16 mulheres morrendo por complicações relacionadas à gravidez e ao parto. Além disso, a prestação de outros serviços sociais, como água potável e saneamento para prevenir a diarreia ou quantidades adequadas de alimentos para prevenir a desnutrição e o nanismo, não é garantida pelo governo (11).

5. Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019

O Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 é o último plano em uso no sector da Saúde. Este para além de apresentar o estágio de saúde da população é um elemento central na

gestão e alocação de recursos necessários para a melhoria de saúde da população. O PESS 2014-2019 é inspirado no Programa Quinquenal do Governo, Plano Económico e Social, PARPA entre outros. Dois pilares centrais informam o PESS, nomeadamente: 1) “Mais e Melhores” serviços, que visa, 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. O segundo pilar, que enfoca numa agenda de reformas holísticas centradas na descentralização, com o objetivo de fortalecer o sistema de saúde e permitir sustentar os ganhos actuais e futuros na melhoria equitativa do estado de saúde (19). Os dois pilares acima mencionados incluem sete objectivos: aumentar o acesso e utilização; melhorar a qualidade e humanização; reduzir as desigualdades, melhorar a eficiência, fortalecer as parcerias, aumentar a transparência e prestação de contas; fortalecer o sistema de saúde. Os objectivos e os pilares do PESS 2014-2019 se cumpridos representariam um grande processo no acesso, aceitabilidade, disponibilidade de serviços de saúde adequados. A tabela abaixo apresenta o quadro conceptual do PESS 2014-2019 (2024).

Quadro conceptual do PESS 2014-2019 (2024)



6. Referências

1. United Nations. Universal declaration of human right. Available at: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
2. United Nations (2020). Human Rights Council Forty-fourth Session. Resolution adopted by the Human Rights Council on 16 July 2020. Available at: <https://undocs.org/en/A/HRC/RES/44/2>.
3. **Prince, Ruth Jane.** (2017) Universal Health Coverage in the Global South: New models of healthcare and their implications for citizenship, solidarity and the public good. Available at: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-74121>

4. United Nations (2019). Economic, social, and cultural rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Available at: <https://undocs.org/E/2019/52>. Sen, A. Universal Healthcare: the affordable dream. The Guardian, 6th January 2015. <https://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/-sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen>.
5. PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2019). Relatório Inicial da avaliação do ambiente jurídico em Moçambique. Disponível em: <https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2019/10/UNDP-Reports-LegalEnvironmentAssessments-Mozambique.pdf>.
6. Boletim da República. Constituição da República de Moçambique. Serie N°51. 2004
7. The Abuja Declaration: Ten Years On. World Health Organization. [Online]. Geneva; 2011 [cited 2018 August. Available from: http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/.
8. Mbofana, Francisco (2019) Municípios e saúde em Moçambique: da legislação à implementação. Anais do IHMT. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.269>
9. Massarongo-Jona O. O Direito à Saúde como um direito humano em Moçambique. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 30º de dezembro de 2016 [citado 25º de janeiro de 2022];5:152-64. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/348>.
10. Boletim da República. Lei n°5/2002 de 5 fevereiro. N°7. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/Diario_do_Governo_2002.pdf
11. Freiburghaus (2018). The Right to Health Approach in Mozambique: Facts, Figures and Dilemmas. Medicus Mundi. Available at: <https://www.medicusmundi.ch/de/advocacy/publikationen/mms-bulletin/gesundheit-ein-menschenrecht/>.
12. Garrido, Ivo (2020). Health, development, and institutional factors. The Mozambique case. WIDER Working Paper 2020/131. UNU-WIDER 2020. Available at: <https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2020/888-7>
13. Moçambique, Plano de Ação para Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (Parpa II), Maio 2006, em: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,c>

ontentMDK:20195487~menuPK:421515~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:384201~isCURL:Y,00.html

14. United Nations Development Programme (UNDP) . The 2020 Human Development Report. Available at: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020.pdf>
15. 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. <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0062-6>
16. Give Celso, Sidat M, Ormel H, Ndima S, McCollum R, Taegtmeier M. *Exploring competing experiences and expectations of the revitalized community health worker program in Mozambique: an equity analysis*. *Hum Resour Health*. 2015 Sep 1; 13:54. DOI: 10.1186/s12960-015-0044-0.
17. Alba Llop-Girones & Sam Jones (2021) Beyond access to basic services: perspectives on social health determinants of Mozambique, *Critical Public Health*, 31:5, 533-547, DOI: 10.1080/09581596.2020.1769838
18. Give, Celso., Ndima, S., Steege, R. et al. Strengthening referral systems in community health programs: a qualitative study in two rural districts of Maputo Province, Mozambique. *BMC Health Serv Res* (2019) 19: 263. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4076-3>
19. Ministério da Saúde. (2013b). Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019. Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública - Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV e SIDA, Guião Orientador Sobre Modelos Diferenciados de Serviços em Moçambique. Moçambique - 2018.

MÓDULO 2: SISTEMA DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE

1. Introdução

O sistema de saúde de Moçambique pode ser localizado historicamente em 4 diferentes períodos, nomeadamente: 1) período colonial, caracterizado por um sistema orientado para servir a elite portuguesa e excludente das populações nativas; 2) período a seguir a independência, caracterizado pela nacionalização das instituições nacionais e abolição da prática médica privada e extensão de serviços de saúde para as comunidades rurais; 3) período a seguir aos acordos de paz (Lusaka, 1992), caracterizado pela reconstrução das infraestruturas de saúde destruídas pela guerra dos 16 anos e introdução de reformas no sector de saúde, incluindo a descentralização e 4) período actual, caracterizado pela continuação das reformas, com destaque para a descentralização política e desconcentração financeira enquanto modelos que visam melhorar os serviços de saúde prestados às comunidades e esforço para aproximar os serviços aos utentes.

1.1. Objectivos

Depois desta introdução fazemos uma contextualização histórica do sistema de saúde de Moçambique, para de seguida falamos dos processos da descentralização do sector da saúde. Por fim, apresentamos os principais problemas de saúde de Moçambique e as possíveis áreas prioritárias.

Este módulo tem como objectivos:

- Apresentar e discutir os principais marcos históricos dos serviços de saúde de Moçambique;
- Mostrar o desenvolvimento dos Serviços Nacionais de Saúde de Moçambique;
- Apresentar a forma de organização do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique;
- Falar sobre a descentralização e sua influência nos serviços de saúde em Moçambique;
- Apresentar a Planificação Sectorial Ampla (SWAp) enquanto instrumento central de reforma no SNS; e
- Apresentar e discutir os principais desafios e problemas do sector de saúde.

Palavras-chave: Sistema de Saúde; Serviços Nacionais de Saúde; planificação em saúde.

2. Sistema de saúde de Moçambique, uma aproximação histórica

A literatura sobre os serviços nacionais de saúde de Moçambique tende a indicar quatro momentos históricos do desenvolvimento destes serviços, nomeadamente: 1) período colonial anterior a 1975; 2) período logo a seguir a independência nacional 1975; 3) período de 1980 a 1993 conhecido por socialismos neoliberal e 4) período de 1993 até os dias actuais – multipartidarismo e implementação de Democracia (1, 2, 3, 4).

Para efeitos desta formação, não vamos nos focar com profundidade no período anterior a independência, no entanto, é importante notar que neste período os serviços de saúde estavam centralizados nas zonas urbanas e serviam a burguesia portuguesa com as populações nativas/locais a percorrerem mais de 20km para as unidades de saúde mais próxima, forçando as populações a recursos terapêuticos locais/tradicionais (2,3).

No período que se seguiu à independência de Moçambique (1975), o governo de transição criou o Comité para a Reestruturação e Reorganização do Sector da Saúde, que recomendou a reestruturação dos serviços e anunciou um conjunto de mudanças políticas presentes no Decreto-Lei n.º 1/75, de 29 de julho, artigo 37.º que afirmava:

- ✓ Cabe ao Estado organizar um sistema de saúde que beneficie todo o povo moçambicano;
- ✓ Esta campanha será orientada pela política da FRELIMO de colocar a saúde ao serviço das pessoas;
- ✓ Será criado um Serviço Nacional de Saúde unificado para atender a todos os sectores da população, independentemente de sua etnia, nível económico ou social ou religião;
- ✓ Como as áreas rurais foram completamente negligenciadas nos tempos coloniais, os esforços devem ser imediatamente concentrados nessas áreas;
- ✓ A saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado;
- ✓ No Serviço Nacional de Saúde, a acção preventiva e a acção curativa devem estar totalmente integradas na base, mas deve-se sempre lembrar que a prevenção deve ter prioridade sobre a cura;
- ✓ A educação em saúde e o saneamento ambiental terão um papel preponderante nas acções do Ministério (3).

Na sequência das medidas tomadas, foram nacionalizadas todas as unidades e centros de saúde e abolida a prática da medicina privada através do Decreto-Lei nº 5/75, de 10 de Agosto. Estavam dados passos significativos para a eliminação dos serviços de saúde coloniais, caracterizados pela sua natureza fragmentista, racista e segregacionista. No mesmo período foram construídas centenas de novas unidades de saúde, na sua maioria nas zonas rurais, outrora negligenciadas (2,3,4). Em Setembro de 1977, aprova-se a Lei nº 2/77 que socializa a medicina e cria a base legal para o estabelecimento de um sistema de cuidados de saúde primários (2). O esforço do governo de Moçambique, em expandir os cuidados de saúde primários para as populações com limitado acesso seria coincidentemente consagrado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na chamada Declaração da Alma Alta de 1988, que consagra a atenção primária à saúde e reconhece a saúde como um direito humano e a necessidade do acesso universal dos cuidados de saúde, socialmente aceitáveis, próximos das populações e estarem disponíveis segundo as capacidades dos Estados ou governo (5).

Nesse período Moçambique intensificou a formação e expansão dos Agentes Polivalentes Elementares (APES) nas áreas rurais num contexto de cobertura limitada de serviços de saúde a estas áreas. Os APES ofereciam serviços de promoção de saúde e preventivos de doenças. Por um curto período de tempo e com base em evidências de progresso, a abordagem foi considerada um modelo de boas práticas, atraindo considerável interesse e apoio internacional (3). A partir de 1980, a guerra de desestabilização afectaria seriamente os esforços do governo em construir para um serviço público de saúde para atender toda a população. Em quase todas as províncias, centenas de unidades de saúde e ambulâncias foram total ou parcialmente destruídas, mais de uma centena de profissionais de saúde foram mortos, e toneladas de medicamentos, material médico destruídos ou roubados, destruição de infraestruturas sociais e interrupção do fornecimento de medicamentos. Consequentemente mais de metade da rede sanitária nas áreas rurais entrou em colapso, afectando negativamente a prestação de cuidados de saúde para milhões de moçambicanos, especialmente crianças, mulheres e idosos.

Aliado à instabilidade política e militar, em 1987, a situação do país é agravada com a crise económica e imposição de políticas económicas pelas instituições de Bretton Woods (o Banco

Mundial e o Fundo Monetário Internacional) que forçaram o governo a reduzir a despesa pública, incluindo a prestação de cuidados de saúde gratuitos à maioria dos cidadãos (3).

Em 1991, 16 anos depois das nacionalizações é criado a 31 de Dezembro o Serviço Nacional de Saúde (SNS) através da Lei n.º 25/91 que na sua nota introdutória afirma que: “Havendo necessidade de se criar os mecanismos para a realização daquele objectivo e no quadro de reforma institucional e da delimitação do sector público em curso, mostra-se urgente a criação do Serviço Nacional de Saúde” (2). A mesma Lei estabelece que:

- ✓ O SNS é o conjunto das unidades sanitárias, de formação e outras, dependentes do Ministério da Saúde, incluindo as que foram nacionalizadas em conformidade com o Decreto-Lei n.º 5/75, de 10 de Agosto, que concorrem para a prestação de cuidados de saúde à população;
- ✓ O SNS prossegue os seus objectivos através de acções de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, recorrendo à formação e pesquisa como meio para o seu desenvolvimento contínuo;
- ✓ As instituições do SNS têm funções de supervisão, fiscalização e de apoio técnico às unidades que lhes são de nível inferior, sejam elas do sector público ou privado;
- ✓ Para efeitos de fiscalização e inspecção, as instituições do SNS recebem delegações provenientes de órgãos centrais, provinciais ou locais do Ministério da Saúde (2).

A criação do SNS é seguida pela reintrodução da medicina privada, devido aos imperativos das reformas políticas e económicas das instituições de Bretton Woods e pressão da elite política nacional (3). Nessa sequência, o governo aprova a Lei n.º 26/91 de 31 de Dezembro que autoriza a prestação de cuidados de saúde, em estabelecimentos próprios ou ao domicílio do doente e o transporte de doentes, mulheres grávidas e parturientes, por pessoas singulares ou colectivas de direito privado com ou sem carácter lucrativo, nos termos e condições definidas na presente lei (2). A prática privada ressurgiu em 1992 (1). O sector privado era composto por serviços de saúde com e sem fins lucrativos, e o setor comunitário envolvia APEs e outros serviços de saúde oferecidos por vários provedores (sector público e setor privado sem fins lucrativos, principalmente ONG's, quase todas dedicadas a programas verticais na área da saúde). Importa realçar que devido à pobreza generalizada, o sector de medicina privada abrange apenas 5 por cento da população (3).

Após o acordo de paz, assinado em Roma em 1992 entre a FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique) e RENAMO (Resistência Nacional de Moçambique), o Ministério da Saúde de Moçambique empreendeu uma revisão abrangente da política de saúde focada na reabilitação pós-guerra das instalações de saúde e na aceleração da formação e implantação da força de trabalho na saúde, incluindo a criação de novas categorias de quadros de nível médio para mitigar a escassez de mão de obra (1). Estas políticas culminam com a reconstrução e reabilitação de centenas de unidades sanitárias destruídas e centenas de novas unidades sanitárias construídas. A maioria dessas unidades de saúde são centros de saúde e unidades sanitárias localizadas principalmente em áreas rurais. Das infraestruturas de saúde construídas nos últimos 25 anos há que destacar a criação do Conselho Nacional de Luta contra o HIV/SIDA (CNCS), a construção do Instituto Nacional de Saúde, de um hospital central (na província da Zambézia), de um hospital provincial (na província de Maputo), e de mais de dez hospitais distritais e infraestruturas destinadas à formação de recursos humanos que trabalham na área da saúde e a logística de suprimentos médicos (3).

3. Organização do Serviço Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde de Moçambique está dividido em quatro níveis de atenção, nomeadamente: 1) Nível Quaternário; 2) Nível Terciário; 3) Nível Secundário; 4) Nível Primário. O gráfico abaixo mostra a distribuição da rede sanitária por níveis províncias, assim como por nível nacional:

REDE SANITÁRIA

Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde, por Província, Moçambique, 2020

Província	Nível Primário					Nível Secundário				Nível Terciário	Nível Quaternário				TOTAL	
	Centros e Postos de de Saúde					Hospitais										
	CS Urbano	CS Rural	Total CS	Postos de Saúde	Sub-Total	H. Distritais	H. Rurais	H. Gerais	Sub-Total	H. Provinciais	H. Centrais	H. Especializado	H. Militar	Sub-Total		Total Hospitais
Niassa	17	171	188	0	188	3	0	0	3	1	0	0	0	0	4	192
Cabo Delgado	16	107	123	5	128	1	3	0	4	1	0	0	0	0	5	133
Nampula	31	189	220	14	234	5	2	1	8	0	1	1	0	2	10	244
Zambézia	26	210	236	28	264	6	0	1	7	0	1	0	0	1	8	272
Tete	6	130	136	3	139	2	3	0	5	1	0	0	0	0	6	145
Manica	8	111	119	3	122	4	0	0	4	1	0	0	0	0	5	127
Sofala	14	126	140	29	169	1	4	0	5	0	1	0	0	1	6	175
Inhambane	25	112	137	5	142	2	2	0	4	1	0	0	0	0	5	147
Gaza	9	109	118	29	147	1	4	0	5	1	0	0	0	0	6	153
Maputo Província	28	2	30	1	31	0	0	4	4	0	1	1	1	3	7	38
Maputo Cidade	12	90	102	18	120	1	1	1	3	1	0	0	0	0	4	124
Total	192	1,357	1,549	135	1,684	26	19	7	52	7	4	2	1	7	66	1,750

Fonte: SISMA- DIS/ DPC/ MISAU

Última Atualização: Novembro 2021

Descrição dos diferentes níveis de atenção:

- **O nível quaternário de atenção (IV)** corresponde ao nível superior de referência e é composto pelos Hospitais Centrais e constitui a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Provinciais, Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes de hospitais distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações do hospital provincial e que não tem hospital provincial, rural nem geral para onde possam ser transferidos. Neste nível situam-se também os hospitais especializados que prestam cuidados muito diferenciados de uma só especialidade, de referir que estes hospitais só podem ser criados quando se prova que essa é a forma mais eficaz de prestação de cuidados dessa especialidade (1-4).
- **O nível terciário de atenção (III)** é o nível imediatamente a seguir ao quaternário e é composto pelos Hospitais Provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes de hospitais distritais e Centros de Saúde que se situam nas

imediações do hospital provincial e que não tem hospital rural nem geral para onde possam ser transferidos.

- **O nível secundário (II)** é o nível intermédio do sector da saúde e é composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais e têm a função de prestar Cuidados de Saúde Secundários e constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos Centros de Saúde.
- **O nível primário (I)** corresponde aos centros de saúde e têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estas US's constituem o primeiro contacto da população com os serviços de saúde. O centro de saúde, tendo sob sua responsabilidade a saúde da população e do ambiente, deve assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela área de saúde, focalizado nas acções de prevenção de doenças e promoção de saúde, actividades curativas, estando situado a nível das comunidades e sendo o primeiro ponto de contacto. Neste nível encontramos igualmente os Agentes Polivalentes e Elementares (APEs) e outros actores comunitários de saúde (1-4). No nível primário, encontramos os cuidados básicos considerados essenciais para todos.¹

4. Descentralização e serviços de saúde em Moçambique

“Por uma descentralização efectiva do sector da saúde, que melhor responda às necessidades locais do nosso povo e assegure a progressiva cobertura universal de saúde” (7).

Moçambique iniciou as reformas políticas e económicas conducentes a descentralização em finais de 1987. A observação de que o regime centralista e socialista do Estado/governo requeria altos custos administrativos, financeiros e impedia uma administração equilibrada em todo o território nacional, com conseqüente falta de provisão de alguns serviços básicos de educação, saúde, abastecimento de água, etc, em algumas regiões do país levou com que se optasse pela descentralização (6,8,9). Aliás, este processo também surge num contexto de reformas políticas e

¹ Para o aprofundamento dos cuidados de saúde primários em Moçambique ver o curso de cuidados de saúde primários disponível em: <https://escola.aliancaparasaude.org/course/view.php?id=65>

económicas impostas pelas instituições de Bretton Woods (Fundo Monetário Internacional-FMI e Banco Mundial-BM). A descentralização se evidencia num contexto de transição do regime socialista para a democracia multipartidária, centrada no reforço da democracia e maior envolvimento de novos actores na arena política e governativa, como a sociedade civil em práticas de governação participativa (8,9).

As reformas políticas englobavam o que ficou designado por um modelo duplo de descentralização, que combina, simultaneamente, a descentralização política (devolução), através do processo da municipalização e a descentralização administrativa (desconcentração), com base na transferência de funções e competências para os níveis inferiores do Estado, nomeadamente províncias e distritos (6). A descentralização da administração pública tinha o objectivo de gerar crescimento e desenvolvimento económico e ajudar na reconstrução e legitimação do Estado a nível territorial (9). Este processo foi acompanhado pela emenda constitucional de 1996 e aprovação da Lei nº 2/97, de 18 de Fevereiro, que introduz o quadro jurídico para a implantação das autarquias locais. Este processo culminou com a realização das primeiras eleições autárquicas em 1998, que marcou a criação de governos subnacionais democraticamente eleitos em 33 autarquias locais (6). A descentralização administrativa e política visava a melhoria de prestação de serviços públicos a população todos os sectores da administração pública (7,8,).

Estudiosos têm sugerido que o sector da saúde foi o primeiro sector a avançar com os processos de descentralizar ao mencionar os seguintes marcos históricos:

- Em Setembro de 1975, menos de 3 meses depois da Independência Nacional, foram criadas as Direcções Provinciais de Saúde;
- Em Janeiro de 1976 são criadas as Direcções Distritais de Saúde;
- Descentralização total dos recursos das províncias para a gestão de todo o pessoal dos níveis médio, básico e elementar, sendo que os Órgãos Centrais ficam com a responsabilidade de gerir seus próprios recursos humanos, serviços e técnicos de nível superior em todo o país. Este processo de descentralização não se efectua sem que tenha havido muitos problemas;
- Criação de Orçamentos Provinciais de responsabilidade totalmente provincial, incluindo a sua distribuição por sectores, pelo que o Governo Central não tem

competência para decidir se, em determinada província, a maior parte do bolo vai para a Saúde ou para outro sector qualquer. Este mecanismo foi, em 2006, estendido aos Distritos que passaram a ter os Fundos de Desenvolvimento Distrital, que eles gerem autonomamente sem qualquer interferência dos níveis superiores (2).

Apesar da existência de um esforço do sector de sector em desenhar políticas e estratégias conducentes a descentralização e conseqüente melhoria de cuidado de saúde prestados as populações, nem sempre essas políticas se traduzem efectivamente na melhoria de qualidade de serviços de saúde prestados, tal como é reconhecido pelo PES 2014 – 2019 ao ressaltar que “ existem muitas políticas e estratégias orientadoras que promovem o desenvolvimento da saúde, mas apresentam potencial para sobreposição, fragmentação e descoordenação. A estrutura pesada e centralizada de governação do sector, aliada à fraca capacidade de gestão no nível periférico, bem como o sistema de gestão e planificação verticalizado e pouco participativo, e a deficiente prestação de contas contrastam com o processo e propósito da descentralização em curso no sector público” (7).

O PESS 2014-2019, consubstancia esta posição com base no diagnóstico do estado de saúde da população que revelou que apesar das melhorias na saúde infantil nos últimos anos, com taxas de Mortalidade (TM) em menores de 5 anos e infantil baixaram em mais de 100% entre 1997 e 2011, houve poucos avanços na questão da redução da mortalidade materna e os progressos alcançados em outros indicadores, tais como a taxa de mortalidade neonatal, a malnutrição em crianças menores de 5 anos têm sido lentos (7). Adicionalmente, o mesmo diagnóstico indica problemas de acesso e equidade (cristalizados em desigualdades geográficas, afectando particularmente os agregados familiares mais pobres e desfavorecidos, com destaque para as zonas rurais), fraca qualidade dos serviços e ineficiências na sua provisão (6). Alguns tem sugerido que tal se deve ao facto da aparente inexistência de mecanismos concretos sobre como fazer o processo da descentralização de modo a se tornar claras as atribuições e competências para cada nível de tomada de decisão (6). Na mesma perspectiva argumentativa, chama-nos atenção que as descentralizações no sector da saúde mostram, claramente, que não se pode descentralizar funções e competências sem a conseqüente descentralização dos recursos, nomeadamente financeiros, materiais e humanos, sob o risco de tornar o sector mais ineficiente, exacerbando as iniquidades,

facto que acaba desacreditando não só as reformas de descentralização em si, mas também o sector de saúde como um todo (7).

4.1. Planificação Sectorial Ampla (SWAp)

A Abordagem Sectorial Ampla à Programação (SWAp) em Moçambique foi desenvolvida pelo governo e seus parceiros de desenvolvimento, em resposta a uma situação problemática do sector de saúde no final dos anos de 1990. Nos termos de referência da SWAp Saúde, foram estabelecidas as linhas de trabalho para a operacionalização e acompanhamento dos compromissos sobre harmonização e alinhamento definidos na Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda de 2 Março 2005, e assumidos pelo Governo de Moçambique e seus Parceiros².

O SWAp Saúde é uma abordagem que visava criar um fórum activo de discussão e análise de políticas e estratégias relacionados com o sector da saúde, bem como a possibilidade de haver espaço para um diálogo técnico entre o MISAU, outros Ministérios chave, o Conselho Nacional de Combate ao SIDA e os seus Parceiros de Cooperação (Bilaterais, Multilaterais, iniciativas globais, organizações da sociedade civil, ONGs nacionais e internacionais, sector privado, associações médicas e instituições académicas), no contexto do PARPA³ e do desenvolvimento socioeconómico do país, independentemente das modalidades de ajuda.

Outro aspecto do processo de reformas é o movimento no sentido de uma separação mais clara dos papéis e funções no seio do sector de saúde. Uma ideia básica é que a função do Ministério como provedor de serviços, através do SNS, deveria estar mais claramente separada das suas funções de elaboração de políticas, regulamentação e financiamento – na linha dos elementos-chave contidos nas ideias da Nova Gestão Pública. Na prática isto significa que a provisão de serviços de saúde fica desligada dos serviços de regulamentação e financiamento dos serviços de saúde, com a possibilidade de basear a relação entre as duas funções em contratos fundados no desempenho, v.g. entre o Ministério e as OSCs ou os provedores de serviços de saúde do sector privado (10, 11).

Em 1998 foi encomendada uma avaliação a um Grupo Técnico de Assessoria (GTA), para responder ao interesse crescente dos doadores nos SWAPs, e como resposta à necessidade de avaliar o processo das medidas de programação conjunta mais abrangentes no sector de saúde. O

² MISAU, Direcção de Planificação e Cooperação, Maputo 2007.

³ Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta.

relatório do GTA recomendou a adopção de uma abordagem gradual, utilizando como base os mecanismos de colaboração e planificação existentes. Recomendou também uma série de passos para maior coordenação das medidas financeiras, juntamente com o reforço das práticas de planificação, gestão, contabilidade e auditoria do orçamento do Ministério da Saúde (8-9). Contudo, nem todos os intervenientes no sector de saúde apoiaram esta abordagem gradual no sentido da SWAP. Porém, nos finais de 1998 verificaram-se vários acontecimentos no processo SWAP: foi criado no Ministério da Saúde um Gabinete Técnico de Planificação, combinando equipas de programação e planificação financeira anteriormente separadas; realizou-se o primeiro encontro de um Comité Coordenador do Sector, que incluía o Ministério da Saúde e doadores. Em Dezembro de 1998 foi discutida com os doadores uma primeira proposta de estratégia de financiamento, num Seminário Nacional de Financiamento em Inhaca. O processo produziu um Cenário de Despesas e Financiamento de Médio-Termo 2001-2005, elaborado pelo Gabinete Técnico de Planificação e apresentado aos parceiros externos/doadores em Junho de 2001 (10).

Em Janeiro de 2000 o Ministério informou os parceiros externos que iria prosseguir com a abordagem global à política e estratégia de saúde proposta pela OMS/BM, produzindo um plano estratégico que contemplava o envolvimento da sociedade civil na posse e implementação, com a atribuição de papéis de advocacia para a saúde a outros ministérios e à sociedade civil, e que incluía a avaliação conjunta e mecanismos de monitorização, e mecanismos formais de coordenação entre os doadores e o Ministério da Saúde. Em Junho de 2000, o Ministério da Saúde e um grupo de doadores assinou um Código de Conduta (Compromisso de Kaya Kwanga), que destacava os princípios básicos que iriam orientar o processo. O documento destinava-se a definir princípios e mecanismos para orientar e regulamentar as relações entre o Ministério da Saúde e os parceiros/doadores externos. O documento referia existir um acordo geral entre os doadores e o Ministério da Saúde no sentido de desenvolver um SWAP no sector de saúde, como mecanismo para gerir a participação nacional e internacional de apoio ao desenvolvimento do sector (10).

Neste sentido, o MISAU e os parceiros de cooperação compreendem que o progresso em direcção ao alcance deste objectivo depende largamente da garantia e utilização eficaz e eficiente dos recursos nacionais e internacionais. Por esta razão, o MISAU e os parceiros de cooperação acordam no chamando “Código de Conduta Kaya Kwanga, para guiar a parceria para o desenvolvimento da saúde em Moçambique” de 2000 para acelerar o desenvolvimento do sistema

da saúde em Moçambique. Nesta sequência, o SWAP é, portanto, reconhecido como sendo um mecanismo importante para:

1. Estabelecer uma visão comum para a reforma da saúde e o seu desenvolvimento;
2. Estabelecer prioridades e melhorar a alocação dos recursos para alcançar essas prioridades;
3. Melhorar a eficiência e a prestação de contas em relação ao uso dos recursos; e Racionalizar e melhorar a coordenação da entrega de serviços de saúde em Moçambique assegurando que os papéis e as responsabilidades dos diferentes parceiros (o MISAU, as Agências das Nações Unidas, os parceiros bilaterais, as ONGs, etc.) sejam claros (11).

3.1.1. Princípios de parceria estabelecidos no acordo de conduta de Kaya Kwanga

Para a efectivação do SWAPs o MISAU e os parceiros de cooperação acordam em que o sucesso da sua parceria no apoio ao desenvolvimento da saúde está baseado num compromisso colectivo para:

1. Assegurar que todas as actividades prioritárias no Serviço Nacional da Saúde (SNS) sejam incluídas no Plano Operacional Anual (POA). Os signatários acordam em que todo o financiamento ao sector nacional da saúde deva ser reflectido no Plano Operacional Anual e no Orçamento.
2. Usar os instrumentos padrão nacionais de planeamento, orçamentação e avaliação das prioridades e recursos de saúde. Podem ser desenvolvidos novos instrumentos como necessário e acordado.
3. Assegurar que todo o aprovisionamento seja desempenhado em conformidade com princípios internacionalmente aceites e boas práticas de aprovisionamento; nenhuma ofertas, presentes, pagamentos ou benefícios de qualquer espécie que seriam ou poderiam ser interpretados como práticas ilegais ou corruptas, sejam aceites, quer directa quer indirectamente, como aliciante ou recompensa pela adjudicação ou execução dos contratos de aprovisionamento. Para os recursos canalizados através dos sistemas do Governo, usar os procedimentos do Governo para aprovisionamento, desembolso, gestão, contabilidade

e auditoria, fortalecendo-os no contexto do programa de reformas dos serviços públicos e tendo em mente a introdução iminente de um padrão nacional de aprovisionamento.

4. Reforçar as capacidades das instituições moçambicanas envolvidas no desenvolvimento do sistema da saúde o que inclui: a) Aderir às taxas nacionais acordadas em relação a remuneração e subsídios para os funcionários públicos e pagamentos para conferências; b) Evitar a saída permanente ou temporária de pessoal qualificado através da contratação de funcionários públicos.
5. Desenvolver e manter um clima de transparência, abertura, responsabilização e honestidade em todas as relações e transacções. Todas as partes têm a responsabilidade de partilhar a informação relevante e manter as outras partes informadas de modo a assegurar oportunidades completas e iguais para participar no desenvolvimento da saúde em Moçambique e para com ele contribuir através de instituições estabelecidas.
6. O combate à corrupção é parte integrante do Programa de Reforma do Sector Público em Moçambique. Neste contexto, o Ministério da Saúde e os Parceiros de Cooperação, concordam em desenvolver esforços para prevenir e combater a corrupção em todas as suas vertentes. Concordam ainda em pautar pelo cumprimento das disposições legais existentes na República de Moçambique sobre esta matéria.
7. Considerando que os signatários confirmam que presentemente são usadas várias formas de ajuda financeira no sector da saúde, isto é, apoio ao orçamento, fundos comuns, fundos do pool para os sub-sectores, projectos e programas, acordam em gradualmente prosseguir em direcção a providenciar, tanto quanto possível, apoio ao orçamento. Em adição, os signatários acordam em partilhar informação sobre toda a ajuda de modo que esta seja reflectida no planeamento e orçamentação do sector, especialmente no Plano Operacional Anual e Orçamento, seja qual for o mecanismo de financiamento.
8. O MISAU, em coordenação com os Parceiros devem desenvolver planos indicativos de apoio pluri-anuais para as reformas do sistema da saúde em Moçambique na forma de um plano e orçamento rolantes de três anos. Estes planos devem ser ajustados à medida que a disponibilidade real do financiamento se torne conhecida (11).

O Governo de Moçambique compromete-se a manter e a paulatinamente aumentar as contribuições para com o sector da saúde de modo a cumprir com o PARPA e isto deve estar reflectido no Cenário de Despesas e Finanças de Médio Prazo (CDFMP).

4.2. Principais problemas e prioridades do Sector de Saúde

O conjunto de esforço empreendido pelo Governo e seus parceiros de cooperação na área da saúde tem mostrado algumas melhorias, no entanto, o estado de saúde da população moçambicana sugere a necessidade de acelerar o progresso para reverter as altas taxas de mortalidade materna e neonatal associadas à gravidez, parto e complicações perinatais, incluindo a redução dos riscos associados a altas taxas de fecundidade e desnutrição crónica (7). Além de problemas específicos de saúde materno-infantil, o quadro epidemiológico de saúde do país ainda é assolado por doenças que poderiam ser prevenidas por meio de mudança de comportamento e medidas de controle, a saber, malária, HIV, Tuberculose (TB), Hepatites e doenças não transmissíveis.

É vital concentrar os esforços do sistema em intervenções que promovam a saúde e previnam doenças, garantindo a devida atenção aos jovens e crianças e reduzindo as desigualdades geográficas, sociais e de género. Deve-se notar também que houve um progresso substancial na redução da mortalidade em crianças < 5 anos, principalmente a mortalidade infantil, bem como no controle de problemas específicos de saúde pública, como a hanseníase. Acelerar o progresso em áreas de baixo desempenho e sustentar as conquistas exigem um sistema de saúde forte e funcional (12, 13). Isso implica um sistema capaz de reduzir as iniquidades no estado de saúde da população de várias maneiras, tais como:

- Aumentar o acesso a intervenções que salvam vidas;
- Melhorar a qualidade da prestação de serviços para produzir os efeitos desejados;
- Promover e fortalecer a colaboração intersetorial – especialmente dada a natureza multifatorial dos problemas de saúde; e
- Parcerias para superar as limitações dos serviços públicos de saúde e garantir o uso eficiente dos escassos recursos disponíveis.

No entanto, o sistema de saúde enfrenta atualmente uma série de desafios: A rede de saúde, que precisa melhorar as condições básicas (RH, equipamentos e medicamentos) e infraestrutura para oferecer um pacote mínimo de intervenções-chave, ainda está fora do alcance da maioria da população - especialmente os mais vulneráveis socioeconomicamente e geograficamente; por

causa de onde vivem, seu sexo, idade e condição física. Por outro lado, a má qualidade das intervenções e dos sistemas de referência existentes limitam o impacto dos serviços prestados (14). Em termos de governação, o país dispõe de um vasto leque de políticas e estratégias para promover a evolução da saúde, mas estas requerem uma melhor coordenação. A fraca capacidade de gestão a nível periférico, bem como o sistema de gestão e planeamento e relatórios inadequados constituem desafios à descentralização do sector público. Além disso, a fraca colaboração intersectorial, coordenação e otimização de potenciais parcerias com as comunidades e o sector privado (com e sem fins lucrativos) limitam a capacidade do sistema de responder a questões de saúde (13).

O subfinanciamento crónico do sector de saúde, agravado pela alocação ineficiente dos escassos recursos disponíveis e pela falta de transparência em seu uso, limitam o espaço fiscal do sector de saúde e, como tal, condicionam a quantidade e a qualidade da prestação descentralizada de serviços de saúde. A forte dependência do financiamento externo, especialmente dos fundos verticais, constitui um desafio adicional para a alocação eficiente de fundos, capacidade de planeamento (harmonização de planos), implementação (unidades de gestão específicas) e monitorização dos recursos financeiros (diferentes procedimentos contabilísticos) e, sobretudo, afecta a sustentabilidade do sector (12, 13). De 2010 – 2020 o governo não priorizou o orçamento do Estado (OE) ao sector de saúde e não cumpriu com um dos principais objectivos da declaração de Abuja (15% do OE alocado a saúde), alocando somente 9% do OE⁴. A distribuição desigual dos profissionais de saúde e as precárias condições de trabalho - principalmente no meio rural - perpetuam as iniquidades de acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados (13). O mau funcionamento da cadeia de fornecimento de medicamentos deteriora ainda mais a qualidade do serviço e contribui para as ineficiências do sector (15).

A tomada de decisão baseada em evidências em todos os níveis do sector é condicionada tanto pela falta de dados oportunos e confiáveis, quanto por deficiências no sistema implantado para monitorar e avaliar o desempenho do sector. O progresso do sector da saúde em áreas-chave que

⁴ Para mais informações sobre as dinâmicas do orçamento do estado no sector da saúde, ver OCS (S/d). Dinâmicas Orçamentais do Sector da Saúde em Moçambique: com Enfoque no Financiamento a Programas de Saúde Sexual & Reprodutiva e HIV/SIDA. Disponível em: <https://www.observatoriodesaude.org/dinamicas-orcamentais-do-sector-da-saude-em-mocambique-com-enfoque-no-financiamento-a-programas-de-saude-sexual-reprodutiva-e-hiv-sida-2/>.

demonstram fraco desempenho depende da prestação de mais e melhores serviços de saúde, no entanto, a maioria das questões programáticas que influenciam o desempenho são de natureza sistêmica e, portanto, exigem soluções profundas, holísticas, transversais e consensuais baseadas em evidências sólidas para sustentar os ganhos atuais e futuros do sistema de saúde

5. Referencias bibliográficas

1. Sidat M, Ndima S, Taegtmeier M, Ormel H, McCollum R, **Give Celso**: *Context analysis report of close-to-community providers in Mozambique*. University Eduardo Mondlane; 2014. Available at: <http://www.reachoutconsortium.org/media/1834/mozambiquecountryanalysisjuly2014compressed.pdf>
2. Mbofana, Francisco (2019) Municípios e saúde em Moçambique: da legislação à implementação. Anais do IHMT. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.269>
3. Garrido, Ivo (2020). Health, development, and institutional factors. The Mozambique case. WIDER Working Paper 2020/131. UNU-WIDER 2020. Available at: <https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2020/888-7>.
4. Mitano F, Ventura CAA, Lima MCRAA, Balegamire JB, Palha PF (2016). Direito à saúde: (in)congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2679. [Access ____]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0995.2679>.
5. *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários* 1978. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
6. Ombe, JC; Catique, EU. (2017). As implicações da descentralização na gestão das unidades sanitárias: um olhar para o caso do Município de Maputo. Comunicação apresentada na Conferência Desafios da investigação social e económica em tempos de crise organizada pelo IESE. Maputo. Moçambique
7. Ministério da Saúde. (2013). Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019.

8. CIRESP (2001). Estratégia de Reforma do Sector Público. Maputo.
9. FARIA, Fernanda; CHICHAVA, Ana (1999). Descentralização e Cooperação Descentralizada em Moçambique.
10. Randi Kaarhus e Pamela Rebelo (.....). OSCs e SWAPs. O papel das organizações da sociedade civil no sector de saúde em Moçambique. Disponível em: umb.no/statisk/noragric/publications/reports/2003_nor_rep_16_port.pdf.
11. Código de Conduta Kaya Kwanga (2000) O Compromisso de Kaya Kwanga: Código de Conduta para Guiar a Parceria para o Desenvolvimento da Saúde em Moçambique. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/moz-code-conduct.pdf>.
12. Forquilha et al (2018). Descentralização no sector da saúde: alcance e implicações para os cuidados de saúde primários. Medicus mundi, Maputo. Disponível em: <https://www.medicusmundimozambique.org/files/2020/03/190815-relatorio-descentralizacao-1.pdf>
13. Gironés, et al (2018). Desigualdades em Saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade de atendimento. Medicus mundi, Maputo. Disponível em: <https://medicusmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf> .
14. Give Celso, Sidat M, Ormel H, Ndima S, McCollum R, Taegtmeier M. Exploring competing experiences and expectations of the revitalized community health worker program in Mozambique: an equity analysis. Hum Resour Health. 2015 Sep 1; 13:54. DOI: 10.1186/s12960-015-0044-0.
15. Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública - Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV e SIDA, Guião Orientador Sobre Modelos Diferenciados de Serviços em Moçambique. Moçambique - 2018.

MÓDULO 3: MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

1. Introdução

Nesta secção do curso, vamos falar sobre os mecanismos de participação da sociedade civil. Mas antes, vamos fazer uma contextualização sobre os conceitos de participação, cidadania, sociedade civil para mostrarmos como estes são centrais na definição da agenda da participação da sociedade civil e como estes podem definir as diferentes linhas de participação das OSC's. A seguir a esta introdução far-se-á a definição dos conceitos de participação, cidadania, para depois falarmos brevemente sobre as dinâmicas de participação das organizações da sociedade civil em Moçambique. No fim do capítulo falamos sobre as diferentes formas ou mecanismos de participação das organizações da sociedade civil.

1.1. Objectivos

Este módulo tem os seguintes objectivos:

- Definir e discutir os conceitos de sociedade civil e participação;
- Apresentar os papéis e funções das organizações da sociedade civil;
- Situar historicamente as organizações da sociedade civil de Moçambique;
- Apresentar as formas de participação das organizações da sociedade civil moçambicanas e os seus desafios;
- Sumarizar os mecanismos de participação das organizações de sociedade civil e descrever as acções que podem tomar.

Palavras-chave: participação; organizações da sociedade civil; mecanismos de participação.

2. Entendo os conceitos de participação e da sociedade civil

A literatura sobre mecanismos de participação da sociedade civil tem apontado várias plataformas participativas que variam segundo os interesses das organizações da sociedade civil, ambiente político e recursos humanos e económicos existentes. Como forma de contextualizar os mecanismos de participação da sociedade, vamos antes de mais fazer uma breve definição dos conceitos de participação e da sociedade civil.

Em todos ou quase todos Estados democráticos a nível do globo a participação enquadra-se no exercício de direitos políticos e sociais garantidos pela Constituição desse mesmo país/Estado (1). A tabela abaixo define os conceitos de participação, cidadania, participação activa e sociedade civil.

CONCEITOS DE PARTICIPAÇÃO, PARTICIPAÇÃO ACTIVA, CIDADANIA E SOCIEDADE CIVIL

A participação política caracteriza-se pelas acções colectivas ou individuais de apoio ou de pressão, que são direccionadas a seleccionar governos (eleições) e a influenciar as decisões tomadas pelo governo (2). Recentemente, estudos sobre a participação, tendem a ligar o conceito de participação ao da cidadania ou cidadania participativa, argumentando que a **cidadania implica uma prática social que confere aos cidadãos, titulares de direitos, a capacidade de pôr suas próprias necessidades e perspectivas de análise no centro do debate político e dos processos de decisão (3-7).**

A cidadania é desenvolvida por meio da participação dos cidadãos em associações e acções cívicas, discussões, deliberações e análises de questões que afectam a comunidade, exigindo a abertura de espaço para diálogo colectivo e reforço das relações entre indivíduos e grupos (7). No presente curso, interessa-nos este tipo de cidadania e participação, sublinhando a necessidade de os indivíduos ou grupos de indivíduos, melhorar a qualidade de vida das pessoas, seja com base em intervenções comunitárias ou em advocacia para melhorar serviços públicos prestados pelo governo.

Aliás, esta noção de cidadania e de participação tem que ver, em última instância, com o conceito de **sociedade civil, definida como entidades sem fins lucrativos que reúnem pessoas em torno de questões partilhadas, sem interesses estatais ou empresariais. A sociedade civil contempla organizações comunitárias e instituições de pesquisa, que desempenham uma variedade de papéis, como geração de conhecimento, contribuição política e orientação, advocacia e implementação, e apoiar activamente populações vulneráveis e de difícil acesso (8, 9).**

Os papéis das organizações da sociedade civil incluem, mas não se limitam a:

- Provedor de serviços (por exemplo, administrando escolas primárias e fornecendo serviços básicos à comunidade serviços de saúde);
- Defensor/campanha (por exemplo, fazer lobby junto a governos ou empresas em questões relativas aos direitos das pessoas com deficiência, mulheres, minorias sexuais, meio ambiente de entre outros direitos);
- Monitoria – comumente designado por *watchdog* na tradição anglófona (por exemplo, monitorando a conformidade do governo com os tratados de direitos humanos);
- Construir uma cidadania activa (por exemplo, motivar o engajamento cívico em nível local e engajamento com o governo local, regional e nacional);
- Participação em processos de governança global (por exemplo, organizações da sociedade civil servirem no conselho consultivo dos Fundos de Investimento Climático do Banco Mundial etc) (9).

2.1. Organizações de Sociedade Civil em Moçambique

A história do surgimento das organizações da sociedade civil em Moçambique não é recente. Depois dos acordos de Paz de 1992 e a instituição da democracia, surgiu um espaço político e social que favoreceu o surgimento de organizações que defendiam os direitos humanos dos cidadãos. Foi nesse contexto em que se deu o surgimento de algumas organizações da sociedade civil, sobretudo no campo da saúde ligados a iniciativas de promoção de saúde e prevenção do HIV.

A participação da sociedade civil em Moçambique tem sido considerada fraca, embora a constituição da república encoraja e “promova” participação, sobretudo no sector da saúde em que a recente política de saúde que no seu Artigo 116 defende que o Estado promove a participação dos cidadãos e instituições na elevação do nível da saúde da comunidade (10).

Algum estudioso tem sugerido que o facto de muitos dos actores da sociedade civil serem relativamente novos, torna as organizações de sociedade civil fracas em termos de desenvolvimento e coordenação institucional. Uma análise das OSCs, conduzida em 2010, também apontou o alto risco de cooptação política, expresso em uma colaboração (demasiado) próxima com o partido Frelimo. Apesar destes desafios, a intervenção das OSCs tem melhorando

consideravelmente. Por exemplo, ONGs relacionadas à saúde tais como: Observatório Cidadão para Saúde (OCS) , Rede Moçambicana de Organizações Contra o SIDA Moçambique (MONASO), Rede das ONGs internacionais que trabalham na área da Saúde e HIV em Moçambique (NAIMA+), Médicos Sem Fronteiras (MSF), etc., recentemente defenderam o acesso a serviços essenciais de saúde, incluindo o acesso a medicamentos vitais, como antirretrovirais e terapias combinadas à base de artemisina para tratar a malária – em uma carta aberta ao ministério da saúde, das finanças e primeiro-ministro. Estas organizações também têm contribuído para mostrar as desigualdades do género, por exemplo, a feminização do HIV ou a violência doméstica contra as mulheres, entre outros aspectos sociais que forçaram o governo a introduzir estas questões enquanto agenda do governo (11, 12). Alias, várias leis e políticas sobre tratamento antirretroviral, violência de género, uniões prematuras e Lei da Família foram aprovados por conta da pressão das OSCs moçambicanas. Em 2021 o OCS submeteu uma petição ao Ministério da Saúde em que mostra que apesar dos esforços do governo na melhoria da qualidade de serviços de saúde prestados aos utentes, ainda persistem limitações no acesso aos cuidados de saúde sobretudo o acesso a informação ao utente sobre o diagnóstico e tratamento; transparência nas taxas cobradas no SNS, entre outros (12).

As comunidades e OSCs não são apenas detentoras de direitos, mas também de deveres, embora estes sejam mais no sentido moral do que legal, A Carta dos Direitos e Deveres do Doente apresenta um rol de deveres que destacamos os seguintes: dever de zelar pelo seu estado de saúde; dever de fornecer todas as informações necessárias aos profissionais de saúde para a obtenção de um diagnóstico correcto e tratamento adequado; dever de respeitar as regras do funcionamento e utilizar os serviços de saúde de forma apropriada; respeitar os profissionais de saúde (13). Os deveres incluem o uso do sistema de saúde governamental como o principal ponto de entrada para os cuidados de saúde, contribuições positivas para melhorar os determinantes da saúde, como o empoderamento das mulheres, acesso à informação e protecção do meio ambiente e, por último, mas não menos importante, a não discriminação de grupos específicos (por exemplo, homossexuais, pessoas vivendo com AIDS). Para alguns desses aspectos, definitivamente há espaço para melhorias.

Embora existam grandes avanços no desenvolvimento das organizações da sociedade civil, a sua participação ainda é limitada pela pouca abertura do governo e pela dependência do orçamento por

parte dos parceiros de cooperação, o que acaba limitando as agendas de implementação de acções sociais ajustadas a realidade nacional.

2.2. Mecanismos de participação de Organizações da Sociedade civil

As organizações da sociedade civil caracterizam-se por trazer agilidade, inovação, modelos diferenciados de intervenção e novas sinergias para ajudar os fazedores de políticas, agências de cooperação e instituições interessadas na formulação de políticas e intervenções alinhadas as necessidades das comunidades e público em geral. Estas características fazem com que as OCSs, embora, tenham visão, valores, objectivos estratégicos diferentes assemelham-se pela sua intenção de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Os mecanismos de intervenção das OCSs diferem segundo os objectivos perseguidos por cada organização, no entanto, a OMS sumariza quatro grandes áreas ou categorias de actividades que as OCSs podem perseguir, nomeadamente: 1) geração de conhecimento; 2) contribuição e orientação na formulação de políticas; 3) advocacia e 4) implementação. Para cada categoria específica existe um conjunto de acções que são desenvolvidas, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 1: Categorias e descrição das acções das OCSs

Categorias de actividades		Descrição de acções
Geração de conhecimento	Pesquisa	Fornecer evidências para a decisão política
	Inovação	Realizar pesquisa técnica e desenvolvimento de produtos e soluções de saúde
Contribuição e orientação de políticas	Reunir	Reunir as partes interessadas para consulta e discussão em torno dos principais tópicos e construir coalizões em torno de iniciativas ou decisões políticas
	Monitorar	Medir o progresso em direcção a metas e políticas específicas, responsabilizar as partes interessadas e avançar para a mudança
	Aconselhar e recomendar	Fornecer conselhos e recomendações operacionais, estratégicos e de políticas

Advocacia	Mobilizar decisores	Mobilizar e influenciar os tomadores de decisão para mudar as políticas globais de saúde e garantir que sejam implementadas de forma completa e adequada.
	Mobilizar comunidades	Aumentar a conscientização sobre questões de política de saúde e compartilhar informações com as comunidades e o público em geral para efetuar mudanças
	Mobilizar recursos	Mobilizar recursos para iniciativas e actividades por meio de contribuições financeiras e em espécie
Implementação	Coordenar	Organizar e direccionar as partes interessadas em torno de uma iniciativa ou programa para garantir uma resposta harmonizada, especialmente em situações de emergência
	Capacitação	Fornecer treinamento para melhorar as habilidades e capacidades dos profissionais de saúde e realizar actividades de fortalecimento do sistema de saúde
	Mudança de comportamento	Promover a mudança de comportamento nas comunidades
	Oferecer serviços	Realizar serviços ao lado, em vez de (particularmente em situações de emergência ou estados frágeis), ou parte do sistema de saúde público ou privado

Fonte: World Health Organization (2018). Together for the Triple Billion. A new era of partnership between WHO and civil society. Available at: <https://civilsociety4health.org/app/uploads/2018/12/WHO-cso-report.pdf>.

3. Referências bibliográficas

1. Anuradha Joshi & Peter P. Houtzager (2012): Widgets or Watchdogs?, *Public Management Review*, 14:2, 145-162. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2012.657837>
2. Escorel, Sarah, Arouca, Luna (2016). Democracia e participação: para além das dicotomias. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 39-48. DOI: 10.1590/0103-11042016S04.
3. ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. (2012) Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 853-884.
4. Gaventa, J. and Barrett, G. (2010) So What Difference Does It Make? Mapping the Outcomes of Citizen Engagement, *IDS Working Paper 347*, Brighton: Institute of Development Studies.
5. Brannan T, John P, Stoker G. Active citizenship and effective public services and programmes: How can we know what really works? *Urban Studies* 2006; 43(5/6): 993-1008.
6. Harrison S, Mort M. Which champions, which people? Public and user involvement in health care as a technology of legitimation. *Social Policy and Administration* 1998; 32(1):60-70.
7. Milewa T. Local Participatory Democracy in Britain's Health Service: Innovation or Fragmentation of a Universal Citizenship? *Social Policy & Administration* 2004; 38(3):240-252
8. Greer SL, Wismar M (2017). Working with civil society for health: policy conclusions. In: Greer SL, Wismar M, Pastorino G, et al., editors. *Civil society and health: Contributions and potential* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies.
9. World Health Organization (2018). Together for the Triple Billion. A new era of partnership between WHO and civil society. Available at: <https://civilsociety4health.org/app/uploads/2018/12/WHO-cso-report.pdf>.

10. Boletim da República de Moçambique (2021). Política de Saúde, Resolução n.º 13/2021, 16 de Abril de 2021.
11. Freiburghaus (2018). The Right to Health Approach in Mozambique: Facts, Figures and Dilemmas. Medicus Mundi. Available at: <https://www.medicusmundi.ch/de/advocacy/publikationen/mms-bulletin/gesundheit-ein-menschenrecht/>
12. Observatório do Cidadão para a Saúde (OCS) (2021). Proposta de Revisão da Carta Moçambicana dos Direitos e Deveres do Doente, aprovada pelo Conselho de Ministros, através da Resolução n.º 73/2007 de 18 de Dezembro.
13. Conselho de Ministros (2007). Carta Moçambicana dos Direitos e Deveres do Doente. Resolução n.º 73/2007 de 18 de Dezembro. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/resolucoes?download=27:resolucao-73-2007-aprova-a-carta-dos-direitos-e-deveres-do-doente>.

MÓDULO 4. PLANO DE ACÇÃO DO ACTIVISTA

1. Introdução

Neste capítulo, debruça-se sobre o plano de acção do activista, que pode ser definido como um conjunto de acções ou actividades desenvolvidas por um determinado grupo ou indivíduos com objectivo de alcançar um determinado objectivo. O plano de acção é guiado pelos valores e cultura organizacional; visão, estratégias e racionalidade da mudança pretendida. Como podemos observar, o plano de acção segue um conjunto de princípios e deve ser desenvolvido seguindo SMART objectivos – estas componentes são desenvolvidas com detalhes ao longo do capítulo. Como as organizações seguem linhas de intervenção diferentes, podemos imaginar que os planos de acção por essa consequência variam segundo organização. A seguir a esta introdução, apresenta-se de forma breve as definições de conceitos de activismos, responsabilização social, cidadania, para depois falarmos sobre a teoria de mudança, etapas de mudança e porquê desenvolvemos um plano de acção. Na quarta secção falamos sobre os objectivos SMART, suas lógicas para no fim apresentarmos um diagrama de um plano de acção.

1.1. Objectivos

Este módulo tem os seguintes objectivos:

- Definir os conceitos de activismos, cidadania e reponsabilização social;
- Apresentar a teoria de mudança;
- Falar da centralidade dos objectivos SMART na planificação de uma intervenção;
- Abordar a importância do conhecimento da cultura organizacional, visão e objectivos no e para o desenho de uma intervenção; e
- Apresentar as etapas de criação de um plano de acção do activista e exemplo de um diagrama que pode ser usado para criar um plano de acção.

Palavras-chave: activismo; cidadania; plano de acção.

2. Activismo, cidadania e responsabilidade social.

Antes da abordarmos o plano de acção do activista é central contextualizarmos o conceito de activismos ou activista. No quotidiano temos usado com frequência a palavra activismos ou activista para designar uma pessoa ou grupo de pessoas que usam o seu tempo, conhecimentos para criar mudanças positivas na sociedade, essas mudanças podem ser de fórum político, social, etc. De facto, as nossas concepções comuns, sobre o activismo, estão alinhados as concepções científicas sobre o mesmo, ao definirem o activismo como uma instância de âmbito social, que engloba uma disparidade de temáticas e de estratégias de acção ao nível dos diferentes quadrantes da sociedade. Geralmente as acções activistas ou activismo tem centrado em temas como meio ambiente, a saúde, os direitos das mulheres, os direitos das minorias étnicas, os direitos dos homossexuais, os direitos dos deficientes, a preservação do património público, a paz e a redução das desigualdades socioeconómicas (1). A existência de várias linhas de intervenções dos movimentos activistas ou activismo fez com que algumas escolas de pensamento, passassem a designar de activismo social para abarcar a multiplicidade de orientações existentes. A esta categoria adicionou-se a noção de responsabilização social que é composta por várias acções de responsabilização do governo pelas políticas ou estratégias implementadas. Estas acções vão para além do simples voto. A responsabilização social tem sido classificada em tática e estratégica. A tática focaliza-se do lado do cidadão e geralmente ao nível local, sem ligação a intervenções ao nível de políticas. Enquanto as estratégicas se baseiam no pressuposto segundo o qual o aumentar dos níveis de conhecimento dos cidadãos e cidadãs pode estimular a sua participação activa nos processos de gestão dos serviços e de elaboração de políticas públicas. Esta abordagem enfatiza uma intervenção mais integrada com vista a criar um ambiente favorável para o diálogo, e motivar, tanto o cidadão como o provedor de serviços, para uma acção colectiva que contribui para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados (2).

Intervenções desenvolvidas a nível internacional, não demonstram de forma conclusiva qual das duas abordagens pode garantir eficácia nos processos de responsabilização social. Num esforço comparativo das diferentes abordagens, alguns estudiosos sugerem que:

- O sucesso das intervenções varia não só com as abordagens utilizadas, mas também com o contexto.
- O processo de gerar mudanças sociais tendencialmente são longos, estendendo-se por vezes até uma década ou mais;
- Os processos de desenvolver mudanças sociais são raramente simples e lineares e poucas vezes se desenvolvem segundo o planificado; e
- Em oposição a abordagem táctica – que se focaliza no lado do cidadão – a abordagem estratégica – focalizada tanto o lado de cidadão como o de prestador de serviço público – tem revelado ter maior potencial para gerar mudanças desejadas.

Nos pontos acima, podemos depreender que não existem modelos ou abordagens perfeitas de responsabilização social que possam ser replicadas e gerarem semelhantes resultados em contextos diferentes. Nesta sequência, recomenda-se a tomar em consideração o que melhor funciona (*best fit*) ao contrário de recorrer as melhores práticas (best practices) quando se pretende desenvolver uma intervenção ou programa de responsabilização social (2). Assim, as intervenções de responsabilização social devem ser adaptadas às condições locais, desenvolvendo a intervenção com base em práticas, estruturas, mecanismos e oportunidades existentes (5).

Ao pensarmos num plano de acção dos activistas, devemos tomar em conta as especificidades locais, a visão da organização implementadora da acção, valores que informam a cultura organizacional e os objectivos a curto e longo prazo que a organização visiona alcançar. Assim, uma teoria de mudança (ver o diagrama 1 abaixo) – uma metodologia que torna visível o caminho necessário, desde o curto e médio prazo, para se alcançar uma mudança real no longo prazo⁵ – e uma estratégia de intervenção – devem ser desenvolvidas para alimentar o plano de acção (8, 9). Abaixo, apresentamos um exemplo de uma teoria de mudança e de seguida um modelo de plano de acção que deve ser preenchido tendo em conta os objectivos e estratégias que se pretende seguir:

⁵ Para mais informações sobre a teoria de mudança e etapas da sua elaboração ver: <https://www.4change.org/images/recursos/4change-teoria-da-mudanca-vc-03-prova.pdf>



Fonte: <https://blog.esolidar.com/2021/08/10/teoria-da-mudanca/>

Para se constituir um plano de acção é necessário que se tenham em contas os aspectos acima avançados. Ter um plano de acção é uma forma de assegurar que a visão da sua organização seja concretizada, pois, descreve a maneira como a organização vai usar as estratégias desenhadas para atingir seus objectivos. Um plano de acção consiste em uma série de etapas de acção ou mudanças a serem realizadas em sua comunidade.

2.1. Cada etapa de acção ou mudança a ser buscada deve incluir as seguintes informações:

- Que acções ou mudanças ocorrerão;
- Quem fará essas mudanças;
- Até quando ocorrerão e por quanto tempo;
- Quais recursos (ou seja, dinheiro, pessoal) são necessários para realizar essas mudanças; e
- Comunicação (quem deve saber o quê?).

2.1.1. Por que criar um plano de acção do activista?

Planificar a ajuda-o a preparar-se para os obstáculos à frente e mantêm o no caminho certo. E com um plano de acção eficaz, você pode aumentar sua produtividade e manter o foco.

Aqui estão alguns benefícios de um plano de acção que você deve conhecer:

- Dá-lhe uma direcção clara. Como um plano de acção destaca exatamente quais etapas devem ser tomadas e quando devem ser concluídas, você saberá exatamente o que precisa fazer.
- Ter seus objectivos escritos e planejados em etapas lhe dará uma razão para permanecer motivado e comprometido durante todo o projeto.
- Com um plano de acção, você pode acompanhar seu progresso em direcção ao seu objetivo.
- Como você está listando todas as etapas que precisa concluir em seu plano de acção, isso o ajudará a priorizar suas tarefas com base no esforço e no impacto.

2.1.2. Etapas para criar um plano de acção

Para que o seu plano de acção esteja devidamente estruturado e que todos os objectivos da intervenção sejam cumpridos, é necessário seguir 6 etapas fundamentais, nomeadamente:

➤ **Etapas para criar um plano de acção**

Se você não tem clareza sobre o que quer fazer e o que deseja alcançar, está se preparando para o fracasso.

Planejando uma nova iniciativa? Comece definindo onde você está e onde você quer estar.

Resolvendo um problema? Analise a situação e explore possíveis soluções antes de priorizá-las.

Em seguida, anote seu objectivo. E antes de passar para a próxima etapa, execute sua meta pelos critérios SMART. Ou em outras palavras, certifique-se de que:

- Específico – bem definido e claro;
- Mensurável – inclua indicadores mensuráveis para acompanhar o progresso;

- Atingível - realista e alcançável dentro dos recursos, tempo, dinheiro, experiência, etc. que você tem;
- Relevante – alinhe-se com seus outros objetivos; e
- Oportuna – tem uma data de término (7)

2.1.2.1. Exemplo de objetivos SMARTs.



➤ **Passo 2: Liste os passos a serem seguidos**

Se o objectivo é claro, o que exactamente deve-se fazer para perceber isso? Criar um modelo aproximado para listar todas as tarefas a serem executadas, datas de vencimento e pessoas responsáveis. É importante garantir que toda a equipe esteja envolvida nesse processo e tenha acesso ao documento. Desta forma, todos estarão cientes de seus papéis e responsabilidades no projecto. Certifique-se de que cada tarefa esteja claramente definida e seja atingível. Se você se deparar com tarefas maiores e mais complexas, divida-as em tarefas menores que sejam mais fáceis de executar e gerenciar.

➤ **Etapa 3: priorize tarefas e adicione prazos**

É hora de reorganizar a lista priorizando as tarefas. Algumas etapas podem ser priorizadas, pois podem estar bloqueando outras subetapas. É importante adicionar prazos e certificar-se de que eles sejam realistas. Consultar o responsável por sua realização para entender sua capacidade antes de decidir sobre prazos.

➤ **Etapa 4: definir marcos**

Os marcos podem ser considerados mini-objectivos que levam ao objectivo principal no final. A vantagem de adicionar marcos é que eles dão aos membros da equipe a expectativa de algo e os ajudam a permanecer motivados, mesmo que a data final esteja longe. importa iniciar a partir do objectivo final e trabalhar de volta à medida que se define os marcos. Não se pode manter muito pouco ou muito tempo entre o marco que se define. É uma prática recomendada espaçar os marcos com duas semanas de intervalo.

➤ **Etapa 5: Identifique os recursos necessários**

Antes de iniciar o projeto, é crucial garantir que se tenha todos os recursos necessários à mão para concluir as tarefas. E se eles não estiverem disponíveis no momento, precisa-se primeiro fazer um plano para adquiri-los. Isso também deve incluir o orçamento, pode-se atribuir uma coluna no plano de acção para marcar o custo de cada tarefa, se houver.

➤ **Etapa 6: Visualize seu plano de ação**

O objectivo desta etapa é criar algo que todos possam entender de relance e que possa ser compartilhado com todos. Se o plano de acção vem na forma de um fluxograma, gráfico de Gantt ou tabela, é importante certificar de que ele comunica claramente os elementos que foram identificados até agora – tarefas, proprietários de tarefas, prazos, recursos, etc. Este documento deve ser facilmente acessível a todos e deve ser editável.

➤ **Etapa 7: monitorar, avaliar e atualizar**

Nesta etapa deve-se alocar algum tempo para avaliar o progresso que alcançado em equipe. Pode-se marcar as tarefas concluídas como concluídas neste plano de acção final, chamando a atenção para como se progrediu em direcção à meta. Isso também trará as tarefas pendentes ou atrasadas, caso se precise descobrir o motivo e encontrar soluções adequadas. E, em seguida, atualize o plano de acção de acordo (7).

Exemplo de um diagrama de plano de acção:

PLANO DE AÇÃO						
ASSUNTO:				Nº:		
OBJETIVO:				RESPONSÁVEL :		
ITEM	ATIVIDADE	RECURSO NECESSÁRIO	RESPONSÁVEL ATIVIDADE	DATA INICIO	DATA TÉRMINO	OBSERVAÇÕES

2.2. Conceitos-chave

Monitoria é o processo sistemático de colectar, analisar e usar informações para acompanhar o progresso de um programa em direcção ao alcance de seus objectivos e para orientar as decisões de gestão. A monitoria geralmente concentra-se em processos, respondendo-se às seguintes questões: como, quando e onde as actividades ocorrem; quem as entrega e quantas pessoas ou entidades elas alcançam. A monitoria é realizada após o início de um programa e continua durante todo o período de implementação do programa. O monitoramento, às vezes, denomina-se avaliação de processo e desempenho.

Avaliação: é estimar de forma sistemática o desempenho de uma actividade, projecto, programa, estratégia, política, tópico, tema, sector, área de actuação ou instituição. A avaliação concentra-se nas realizações esperadas e alcançadas, examinando a cadeia de resultados (insumos, actividades, produtos, resultados e impactos), processos, factores contextuais e causalidade, para que se compreenda as realizações ou a falta de realizações. A avaliação visa determinar a relevância, impacto, eficácia, eficiência e sustentabilidade das intervenções e as contribuições da intervenção para os resultados alcançados.

3. Referências bibliográficas

1. Fox, J. (2015). Social Accountability: What Does the Evidence Really Say? GPSA Working Paper No.1, September, the World Bank. Washington, DC.
2. Green, D. (January 2015). Promoting Active Citizenship: What We Have Learned From 10 Case Studies of Oxfam's Work. Oxfam International
3. McNeil, M. and Malena, C. (2010). Lessons from Social Accountability Initiatives in Africa, World Bank. Washington DC.
4. Greer SL, Wismar M (2017). Working with civil society for health: policy conclusions. In: Greer SL, Wismar M, Pastorino G, et al., editors. Civil society and health: Contributions and potential [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies.

5. O’Meally, S. C. 2013. “Mapping Context for Social Accountability: A Resource Paper.” Social Development Department, World Bank, Washington, DC.
6. Bettiol LM. Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família. São Paulo: Editora UNESP; 2006.
7. Athuraliya, Amanda (2022). The Easy Guide to Developing an Effective Action Plan. Available at: <https://creately.com/blog/diagrams/how-to-write-an-action-plan/>
8. Funnell, S. C., and Rogers, P. J. (2011). Purposeful Program Theory. San Francisco, CA: Jossey-Bass. Available at: <https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/27-2-106.pdf>
9. Mamede, Walmer (2019). Proposta de análise segundo a Teoria da Mudança: do Ciência Sem Fronteiras ao Programa Institucional de Internacionalização. Parc. Estrat. • Brasília-DF • v. 24 • n. 48 • p. 133-150 • jan-jun • 2019. Disponível em: http://seer.cgee.org.br/index.php/parcerias_estrategicas/article/viewFile/920/837
10. PATH (2011). Monitoring and evaluation of initiatives on violence against women and girls. Available at: https://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/me_asset_english_nov_2011_final.pdf