



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CURSO DE LICENCIATURA EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ANÁLISE DO CONTRIBUTO DO ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO NA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: CASO DO
CENTRO DE SAÚDE DE NDLAVELA (2014-2019)

MARTA ERNESTO GUILIMA

SUPERVISOR: DR JAIME GUILICHE

MAPUTO, 2023

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE LICENCIATURA EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Trabalho de Fim de Curso

**ANÁLISE DO CONTRIBUTO DO ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO NA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: CASO DO
CENTRO DE SAÚDE DE NDLA VELA (2014-2019)**

Maputo

2023

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Fim do Curso, a ser apresentado ao Departamento de Ciência Política e Administração Pública, da Faculdade de Letras e Ciências Sociais, da Universidade Eduardo Mondlane, em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau académico de Licenciatura em Administração Pública.

Mesa de Júri

Presidente

Supervisor

Oponente

Maputo, 2023

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Marta Ernesto Guilima, declaro que este trabalho é de minha autoria. Nunca foi apresentado para a obtenção de qualquer grau académico na instituição em que se apresenta ou em qualquer outra. No trabalho, estão devidamente indicadas as fontes utilizadas.

A Licencianda

(Marta Ernesto Guilima)

Maputo, 2023

DEDICATÓRIA

Aos meus pais: Ernesto Samo e Virgínia Jaime Guilamba;

Aos meus irmãos;

À minha madrinha: Hermínia Ernesto Tsuvane;

Ao meu eterno catequista e padrinho: Moisés Salomone Sengulane (em memória);

À Dércia Hortência Lourenço Nhamuchua e Assucena Fernando Nhabete.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida. Por me ter acompanhado durante todo o processo, iluminando e abençoando os meus caminhos com a sua graça.

Aos meus pais: Ernesto Samo e Virgínia Jaime Guilamba, por me terem mostrado o caminho da formação, mesmo em meio a tantos desafios.

Ao meu supervisor, Dr. Jaime Guiliche, pela disponibilidade, apoio, paciência e acompanhamento para a realização do presente trabalho.

À minha madrinha, Hermínia Ernesto Tsvane, que lutou de todas as formas para que a minha formação académica assim como humana fossem possíveis. Ao meu eterno catequista, Moisés Sengulane (em memória), nenhuma palavra nem gesto seria suficiente para expressar o quão grata estou, por sempre ter estado disponível, principalmente no pior momento da minha formação e ter-me mostrado o brilho da luz no fundo do túnel.

Aos padres Tesfaye Herbelo e Leonel Bettine, irmão Silvério, e aos Combonianos do Sagrado Coração de Jesus (Província de Moçambique), agradeço tanto a Deus por vos ter colocado em minha vida e por me terem aberto as portas quando tudo parecia estar fechado.

Aos meus incontáveis irmãos, primos e sobrinhos, o meu eterno agradecimento pelo apoio dado, principalmente pelo aprendizado. Às minhas colegas de trincheira: Neida Muianga, Suzana Lopes, Delíria Siteo e Maria Uamusse, muito obrigada pelas partilhas.

Aos meus amigos: Assucena Nhabete, Dércia Nhamuchua, Carlos Isaías Sambo, Bernardo Nombora e Valdo Siteo, pelo apoio incondicional.

Aos manos Crimildo Moisés, Anita Nhamuchua, Ernesto Nhaguilunguane e Irmia Guirruogo, o meu obrigado pelo apoio moral, material e financeiro durante o processo de formação.

Às irmãs: Iva Clara Tumbane e Maria Helena Uache, pelo acompanhamento; o meu sincero agradecimento.

O meu agradecimento estende-se a si que, directa e/ou indirectamente, contribuiu para a materialização do meu sonho.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CSN	Centro de Saúde de Ndavela
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde

LISTA DE FOTOGRAFIAS, TABELAS E GRÁFICOS

Fotografia

Fotografia 1: Centro de Saúde de Ndlavela	31
---	----

Gráficos

Gráfico 1: Género dos profissionais da saúde.....	36
Gráfico 2: Distribuição dos profissionais da saúde por categoria profissional.....	37
Gráfico 3: Género dos utentes.....	40
Gráfico 4: Faixa etária dos utentes.....	41

Tabelas

Tabela 1: Classificação de serviços públicos em análise.....	30
Tabela 2: Distribuição de funcionários por categoria profissional	33
Tabela 3: Saber se o utente tem direito à participação na consulta Vs. se permite que o utente teça comentários.....	38
Tabela 4: Conhecimento de que a participação dos utentes traz melhorias aos serviços de saúde	39
Tabela 5: Relação entre se reconhece que a opinião do utente traz melhorias e se os profissionais da saúde permitem que o utente teça comentário.	40
Tabela 6: Percepção do utente ser respeitado	42
Tabela 7: Conhecimento do direito de participação Vs. forma como é atendido	43
Tabela 8: Percepção do utente sobre o respeito da sua opinião sobre os serviços de saúde.....	44

RESUMO

O Envolvimento Comunitário na prestação de serviços públicos de saúde tem o objectivo de melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde. Assim, o presente trabalho tem como tema: *Análise do Contributo do Envolvimento Comunitário na Prestação de Serviços Públicos de Saúde numa Perspectiva de Descentralização em Moçambique: Caso do Centro de Saúde de Ndlavela (2014-2019)*. O trabalho tem como objectivo geral analisar o contributo do Envolvimento Comunitário na melhoria da prestação de serviços públicos de saúde no Centro de Saúde de Ndlavela. A escolha do local da pesquisa justifica-se porque o Centro de Saúde de Ndlavela é, historicamente, alvo de diversas reclamações sobre a má qualidade dos serviços por parte dos utentes. É o maior centro de saúde da Matola, ocupa uma área de 2.090 m², cobrindo, assim, parte significativa dos bairros do Posto Administrativo de Infulene. Para a materialização do estudo, foi realizada uma pesquisa qualitativa, quanto ao método de abordagem, adoptou-se o método indutivo, privilegiando-se o método monográfico ou estudo de caso; e, para a recolha de dados, foram utilizados o questionário e entrevista; e, para sua análise, o pacote Excell, na sua versão 2013. Conclui-se que há uma tendência para a ocorrência de uma lógica de apoio ao processo de implementação de acções de rotina na unidade sanitária por parte da comunidade local. Podemos afirmar que o facto de, aos utentes do centro de saúde em destaque dar-se a liberdade e reconhecimento da legitimidade de colocarem as suas opiniões, reclamações e sugestões mediante os serviços prestados, não constitui base de mudança(s) e/ou melhoria na actuação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: descentralização administrativa, envolvimento comunitário, serviços públicos.

ABSTRACT

Community involvement in the provision of public health services aims to improve the quality and access to health services, thus, the present work has as its theme: Analysis of the contribution of Community Involvement in the Provision of Public Health Services: Case of the Ndlavela Health Center in the period between 2014-2019, this phase, marked by the implementation of the second Strategic Plan of the Health Sector (PESS) from 2014 to 2019, emphasizes the participation of communities in the management of health services. The general objective of the work was to analyze the contribution of Community Involvement in improving the provision of public health services in the Ndlavela Health Center. The spatial choice of the research site is justified because the Ndlavela Health Center is historically the target of several complaints about the poor quality of services by users, it is the largest health center in Matola, occupying an area of 2,090 m², thus covering significant part of the districts of the Administrative Post of Infulene. For the materialization of the present study, a qualitative research was carried out, regarding the method of approach, the inductive method was adopted, regarding the method of procedure used, the monographic method or case study was privileged and for the collection of data, in this survey, the questionnaire and interview were used. It is concluded that it can be noted that there is a tendency towards the occurrence of a logic of support to the process of implementation of routine actions of the health unit and less or almost no action of interconnection between the community and the health sector for the promotion of participation and social control. We can say that the fact that users of the health services provided by the Ndlavela Health Center recognize the legitimacy of putting their opinions, complaints and suggestions through health professionals does not change their perception of how they act.

Keywords: community involvement, public services, administrative decentralization.

ÍNDICE

FOLHA DE APROVAÇÃO	i
DECLARAÇÃO DE HONRA.....	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
ABREVIATURAS E SIGLAS	v
LISTA DE TABELAS, FOTOGRAFÍAS E GRÁFICOS	vi
RESUMO.....	vii
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	11
1.1. Contextualização.....	12
1.2. Estado da arte.....	14
1.3. Problema de pesquisa.....	15
1.4. Objectivos de trabalho	17
1.4.1. Objectivo geral:	17
1.4.2. Objectivos específicos.....	18
1.5. Justificativa	18
CAPÍTULO II: METODOLOGIA	21
2.1. Tipo de pesquisa	21
2.2. Método de abordagem.....	21
2.3. Método de procedimento	21
2.4. Técnicas de recolha de dados.....	21
2.5. Procedimentos de análise e interpretação de dados	22
2.6. População e amostra	22
CAPÍTULO III: QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL	23
3.1. Quadro teórico	23
3.1.1. O Neo-institucionalismo	23
3.2. Quadro conceptual	24
3.2.1. Descentralização.....	24
3.2.1.1. Tipos de Descentralização.....	24
3.2.2. Envolvimento Comunitário	26

3.2.3. Serviços Públicos	27
3.2.3.1. Classificação dos Serviços Públicos	27
3.2.3.2. Classificação dos Serviços de Saúde em Análise.....	30
CAPÍTULO V: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	31
5.1. Apresentação e descrição do local da esquisa.....	31
5.2. Áreas de Saúde do Centro de Saúde de Ndlavela	32
5.3. Mecanismos de materialização do Envolvimento Comunitário	34
5.4. Percepção sobre o Envolvimento Comunitário no Centro de Saúde de Ndlavela.....	36
5.4.1. Percepção dos profissionais da saúde sobre o Envolvimento Comunitário.....	36
5.4.1.1. Distribuição por género e categoria dos profissionais da saúde.....	36
5.4.2. Percepção dos utentes sobre o Envolvimento Comunitário	40
CAPÍTULO VI: CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	46
6.1. Conclusão.....	46
6.2. Recomendações.....	48
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	52

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

O Envolvimento Comunitário na prestação de serviços públicos de saúde tem como objectivo melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, promovendo uma melhor alocação de recursos, pois os órgãos locais têm mais informações sobre as condições do que os burocratas que actuam a nível central. Deste modo, o presente trabalho tem como tema: *Análise do Contributo do Envolvimento Comunitário na Prestação de Serviços Públicos de Saúde em Moçambique: Caso do Centro de Saúde de Ndlavela (2014-2019)*, fase marcada pela implementação do segundo Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) de 2014 a 2019, onde, dentre muitos aspectos, enfatiza a participação das comunidades na gestão dos serviços de saúde.

No caso do Centro de Saúde de Ndlavela, ocorreu uma reforma que se enquadra no contexto da descentralização administrativa, que foi materializada pela Lei dos Órgãos Locais do Estado (lei nº. 8/2003 de 19 de Maio) que esclarece as funções e responsabilidades administrativas dos organismos desconcentrados. Além disso, cria novos serviços a nível distrital e concede aos distritos autonomia para planificar, orçar e implementar iniciativas locais. Inclusivamente, estabelece canais para a participação e consulta da comunidade na governação local. Portanto, foi em 2012 que foram criados órgãos de participação a nível do Centro de Saúde de Ndlavela, nomeadamente: o Comité de Saúde, o Comité de Co-gestão e o grupo responsável pela auscultação na comunidade, onde o Comité de Saúde é composto por membros da comunidade, responsáveis pela difusão de algumas directrizes relacionadas com a área da saúde.

Mediante a situação acima exposta, as comunidades são convocadas a participar no processo de gestão das unidades sanitárias de forma activa, na identificação dos problemas de saúde, bem como na sugestão de soluções para os mesmos problemas, através da criação dos Comités de Saúde e Comités de Co-gestão.

No que concerne à estrutura, o trabalho é composto por cinco capítulos. O primeiro é destinado à exposição inicial do trabalho. Nele, encontra-se uma breve introdução ao tema, a contextualização, o estado da arte sobre a participação nos serviços públicos de saúde, o problema de estudo levantado sobre o Envolvimento Comunitário no Centro de Saúde de Ndlavela, os objectivos que se pretendem alcançar com o estudo e a justificativa.

O segundo faz a descrição da metodologia usada no trabalho; o terceiro faz a apresentação do quadro teórico e conceptual; nele, encontramos a definição dos conceitos usados durante o trabalho, a revisão da literatura, que busca trazer as diferentes abordagens sobre o tema e, por fim, o modelo de análise adoptado para a análise do envolvimento e participação dos cidadãos na prestação de serviços públicos de saúde. O quarto capítulo reserva-se à apresentação e análise dos dados. O quinto é constituído pela apresentação das considerações finais, contendo as conclusões e recomendações resultantes da pesquisa.

1.1. Contextualização

Os serviços de saúde em Moçambique foram marcados pela aprovação de várias políticas públicas, desde o alcance da independência nacional em 1975, determinando a divisão da Política Nacional de Saúde em dois grandes momentos: (i) fase da economia centralmente planificada, que decorreu desde o alcance da independência até 1990 e (ii) de 1991 até aos dias que correm. Após o alcance da independência, o Estado iniciou o processo de nacionalização das unidades até então existentes, que estavam sob gestão do colono, assim como da igreja católica, com vista a expandir os serviços e torná-los acessíveis a toda a população moçambicana.

A segunda fase da Política Nacional de Saúde é marcada pela abertura do Estado a outras entidades, para fazerem parte do Sistema Nacional de Saúde, isto em 1991, onde o sector privado, composto por organizações com fins lucrativos, assim como as sem fins lucrativos, confissões religiosas, a medicina tradicional, passam a ser integrados neste mesmo sistema, trabalhando em coordenação com o Ministério da Saúde (MISAU) na prestação de cuidados de saúde.

De acordo com Forquilha (2013: 332), nos últimos trinta anos, muitos países da África subsaariana (incluindo Moçambique) embarcaram em programas de reformas do sector público, visando, entre outros objectivos, a melhoria da qualidade na oferta de serviços públicos.

A Reforma do Sector Público (RSP), em Moçambique, surge como uma tentativa de se adequar o sector público ao modelo político e económico vigente no país. Ela pode ser encarada, também, como o corolário de um conjunto de transformações que se observam a nível mundial (CIRES, 2001).

O Programa da Reforma do Sector Público (RSP) enquadra-se na estratégia mais ampla do Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA). Um dos pilares deste plano é promover a boa governação. Com efeito, a pobreza, no quadro deste instrumento, é definida numa perspectiva ampla e inclui, para além das medidas económicas, factores como o limitado acesso aos serviços, a exclusão no processo de tomada de decisões, exposição à corrupção, a falta de participação, entre outros.

De acordo com Jans (2013: 6), em 2002, o Governo de Moçambique (GM) introduziu uma série de reformas em todos os sectores de desenvolvimento, com o objectivo de iniciar um processo de descentralização e levar as lideranças para mais perto dos níveis inferiores da organização do Estado (províncias e distritos). Para os municípios, foi escolhido um modelo de delegação de poderes que, neste momento, está em processo de expansão a todos os municípios do país. É neste contexto em que o sector em análise iniciou o seu Plano Estratégico do Sector da Saúde – (PESS) em 2000, com o objectivo de melhorar gradualmente o estado de saúde das populações.

Durante o período em análise, vigorava o PESS (2014-2019), que preconizava como objectivos estratégicos (i) o aumento do acesso e a utilização dos serviços de saúde; (ii) melhorar a qualidade e eficiência dos serviços prestados; (iii) fortalecer as parcerias de saúde.

O reconhecimento do papel da apropriação e participação comunitária na melhoria do estado de saúde da população está inequivocamente reflectido nos quatro últimos Planos Económicos e Sociais (PES) deste sector, dos anos 2012 a 2015, que tem o envolvimento comunitário como a primeira prioridade, para além de ser um dos pilares de destaque da recente Estratégia Nacional de Promoção de Saúde, estabelecida pelo Departamento de Promoção de Saúde na Direcção Nacional de Saúde Pública (OMS). De acordo com esta fonte, o envolvimento comunitário é traduzido no PES-Saúde pelas seguintes acções: (i) estabelecimento e funcionamento de comités de co-gestão e comités de saúde; (ii) revitalização do Programa dos APE's e (iii) educação e comunicação para a saúde.

Relativamente ao fenómeno da qualidade do serviço público, Coutinho (2000:40) defende que, do modelo gerencial, a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão assume um papel muito importante. Tratou-se de abandonar o carácter auto, referido da administração burocrática, voltada exclusivamente aos interesses do aparelho do Estado, para colocar em prática as novas

ideias gerenciais, oferecendo à sociedade um serviço público de melhor qualidade, em que todas as atenções são centradas nos cidadãos. Vale notar que o carácter mais democrático da nova gestão pública faz referência à sua orientação ao público, além da participação dos cidadãos e controlo social da gestão.

Existe, no Centro de Saúde de Ndlavela, um instrumento a cores, denominado satisfatómetro (uma caixa fechada, colocada à disposição dos utentes, onde a cor vermelha corresponde a Mau; a amarela, a Médio e a verde, Bom/Excelente), através do qual os utentes podem expressar a sua opinião relativamente aos serviços prestados pela unidade sanitária; e, igualmente, existe o livro de reclamações e sugestões.

1.2. Estado da arte

Neste subcapítulo, são apresentadas as diversas abordagens sobre o tema na literatura internacional, com um pendor mais teórico-analítico e, a nível nacional, com um pendor mais teórico-prático, baseado nos estudos nacionais.

O trabalho feito por Struecker e Hoffmann (2017: 380) foca-se, por exemplo, nas questões de participação e envolvimento em serviços públicos; os autores concluem haver uma preocupação com a efectiva interacção entre o Estado e a sociedade e envolve o compartilhamento das decisões e responsabilidades na condução das acções públicas.

Ao mesmo tempo, parte dos autores dedica-se a apontar formas para motivar as pessoas a participarem e facilitarem esse processo de aproximação, tendo em vista as dificuldades inerentes à adopção de um novo paradigma, frente à burocracia ainda predominante na administração pública.

A análise e categorização dos artigos, com foco nos benefícios da participação social, nos principais desafios e nas recomendações para os enfrentar, revela que os estudos recentes têm enfatizado esse modelo como o caminho para aperfeiçoar a gestão pública, frente à complexidade dos problemas colectivos (STRUECKER e HOFFMANN, 2017:380).

Matsinhe e Namburete (2019: 386), no estudo que fizeram sobre a descentralização no contexto dos serviços de saúde, demonstraram que os usuários e cidadãos enfrentam múltiplas dificuldades

em navegar no sistema, especialmente porque não têm clareza sobre a instância a que devem recorrer para exigir responsabilização que vá além do atendimento clínico nos centros de saúde e hospitais.

Forquilha *et al.* (2018: 32-33) concluíram que, a nível distrital, dispõem de recursos financeiros insignificantes para levar os cuidados de saúde a mais cidadãos, sobretudo os mais vulneráveis, assim sendo, a descentralização administrativa por si só não contribui para a melhoria de serviços públicos, na medida em que os efeitos da descentralização na eficiência e qualidade de serviços depende de uma multiplicidade de factores, com destaque para o contexto político.

1.3. Problema de pesquisa

Actualmente, as exigências para que os serviços públicos sejam centrados no cidadão tornam-se num imperativo para as instituições públicas que prestam esses serviços, fazendo com que os cidadãos procurem, de forma activa, participar em todos os processos que envolvem a sua vida, de modo a fazer com que os serviços estejam cada vez mais próximos de si.

Como forma de dar resposta a esta situação, em 2001, Moçambique adoptou a Estratégia Global da Reforma do Sector Público, onde, no que concerne à prestação de serviços, estabelece que estes devem ser de forma descentralizada, dando ênfase à descentralização do processo decisório e à prestação dos mesmos, nas quais as formas de participação e os mecanismos de transparência e reforço da ética do serviço público estejam institucionalizados.

No que se refere ao envolvimento comunitário na prestação de serviços de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), citada no Plano Estratégico do Sector Saúde (2007-2012), avança que, em Moçambique, tem-se assistido a formas de trabalho junto das comunidades que não passam a tentativas de impor às comunidades aquilo que elas devem fazer, que são formas impróprias e contraproducentes de mobilização comunitária. Não obstante, a OMS defende que há uma necessidade de se separar, no trabalho junto das comunidades, a mobilização das mesmas para o seu pleno envolvimento na promoção e defesa da sua própria saúde.

O Ministério da Saúde de Moçambique (2012)¹, por sua vez, reconheceu que os factores limitadores do envolvimento das comunidades se consubstanciam na fraca integração das actividades de qualidade e humanização no Plano Económico e Social do Sector a todos os níveis, com limitações na garantia do financiamento gradual e sustentável, através do Governo e dos parceiros, bem como a limitada compreensão e abertura dos profissionais da saúde sobre a importância do envolvimento dos utentes e comunidade na gestão clínica dos serviços de saúde.

Segundo o Plano Estratégico do Sector da Saúde (2014-2019), a qualidade dos serviços de saúde em Moçambique ainda constitui um desafio, uma vez que, a nível da governação, está em processo a descentralização, no âmbito das reformas do sector público; a produção de recursos humanos que ainda não satisfaz as necessidades de profissionais de saúde de qualidade, aliada à sua distribuição desigual e fraco desempenho, à deficiente logística de medicamentos e outros artigos médicos, de que resultam rupturas frequentes de *stocks*, condicionando a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Importa acrescentar que a rede sanitária cobre apenas cerca de metade da população, e algumas unidades sanitárias não possuem condições adequadas para a provisão de serviços de saúde de qualidade.

Actualmente, a administração pública em Moçambique, em concreto o Banco de Socorros do Centro de Saúde de Ndlavela, encontra fragilidades inerentes à qualidade dos serviços que presta, fragilidades que são condicionadas por algumas deficiências como a corrupção, denunciada pelos utentes, falta de ética, apresentada pelos próprios agentes e/ou funcionários do Estado, onde se pode perceber que, muitas vezes, estes só prestam um serviço com alguma qualidade quando vêem os seus intentos pessoais satisfeitos, abandonando aquilo que são as directrizes que lhes são conferidas pela larga legislação, inerente à prestação de serviços bem como o Código de Ética estabelecido.

No Banco de Socorros do Centro de Saúde de Ndlavela, é perceptível a existência de algumas deficiências na qualidade dos serviços prestados, embora isto não seja linear e varie de caso em caso. Transparece-se, pelo tempo que os pacientes levam na fila à espera de serem atendidos, e em

¹ Durante a Reunião Regional de Balanço e Partilha de Boas Práticas e Inovação em Qualidade e Humanização, MISAU, Novembro, 2012.

alguns momentos do dia. Os utentes dos Serviços do Banco de Socorros não têm encontrado um lugar cómodo para poderem esperar pelo seu atendimento, devido a enchentes, bem como o tempo que os agentes da saúde levam na exposição do caso de cada paciente e entrega ou divulgação do diagnóstico e a falta de medicamentos a que se tem assistido nas farmácias da mesma unidade sanitária, pela recorrente prática de acções corruptas e dos subornos, como forma de garantir que o serviço seja prestado em menos tempo e com qualidade.

Ainda que o cidadão tenha conhecimento de que possui a possibilidade de manifestar o seu parecer na forma como o serviço lhe deve ser prestado, há necessidade de os funcionários, agentes e técnicos de saúde, reconhecerem como um direito a participação do cidadão na prestação e gestão dos próprios serviços. Isto se evidencia aquando do processo de recolha de dados, onde os utentes se sentem excluídos por não pertencerem aos órgãos de participação no Centro de Saúde de Ndlavela, ou seja, a participação é vista apenas de forma organizada ou colectiva, o que mina iniciativas individuais de participação.

Assim sendo, os principais problemas advindos do Envolvimento Comunitário na prestação de serviços de saúde vão consubstanciar-se, por um lado, na falta de mecanismos próprios para que tal se efective e, por outro lado, na descentralização de recursos financeiros, onde, no caso específico do Centro de Saúde de Ndlavela, este está sob gestão do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola e esta, por sua vez, pela Direcção Provincial de Saúde da Província de Maputo.

É neste contexto que surge a seguinte pergunta de partida: *Em que medida o Envolvimento Comunitário contribui na prestação dos serviços de saúde no Centro de Saúde de Ndlavela?*

1.4. Objectivos:

1.4.1. Geral:

- Analisar o contributo do Envolvimento Comunitário na melhoria da prestação de serviços públicos de saúde no Centro de Saúde de Ndlavela.

1.4.2. Específicos:

- Identificar os mecanismos através dos quais se materializa o Envolvimento Comunitário no Centro de Saúde de Ndlavela;
- Descrever a relação existente entre a comunidade e a unidade sanitária na gestão e prestação de serviços no Centro de Saúde de Ndlavela;
- Constar os pontos positivos e negativos que advêm da participação da comunidade na gestão e prestação de serviços no Centro de Saúde de Ndlavela;
- Aferir o nível de satisfação dos utentes em relação aos serviços prestados pelo Centro de Saúde de Ndlavela.

1.5. Justificativa

Para a melhoria da qualidade e humanização dos serviços públicos de saúde, é necessária a inclusão de todos os actores envolvidos, guiados pela Constituição da República de Moçambique, no seu Título IV, Capítulo III, Artigo 116, nº 3, que estabelece que o Estado promove a participação dos cidadãos e instituições na elevação do nível da saúde da comunidade.

Entretanto, no que concerne ao funcionamento da Administração Pública, a lei 7/2012 de 8 de Fevereiro, apela ainda para a *colaboração da administração com os administrados*, onde, ao abrigo do artigo 24, nº 1, na alínea b), estabelece que “a administração deve apoiar e estimular todas as iniciativas socialmente úteis dos cidadãos, receber as suas informações e considerar as suas sugestões” e, mais adiante, no artigo 25, também plasmado no princípio da participação dos administrados, segundo o qual “a administração deve promover a participação e defesa dos interesses dos cidadãos, na formação das decisões que lhes dizem respeito”, corroborando, desta forma, com o estabelecido no decreto 30/2001 de 15 de Outubro, capítulo II, artigo 9, ao estabelecer que “os órgãos e instituições da Administração Pública promovem a participação de pessoas singulares e colectivas que tenham por objecto a defesa dos seus interesses, na formação de decisões que lhes dizem respeito”.

É, portanto, com base nestas premissas legais e estratégicas que escolhemos aprofundar o estudo sobre o papel do envolvimento das comunidades na prestação dos serviços públicos de saúde. A partir deste estudo, será possível compreender que nível de percepção as comunidades têm em relação ao seu papel na gestão e prestação dos serviços públicos de saúde.

Ademais, esta pesquisa vai possibilitar-nos medir a relevância da participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão inerente aos serviços que lhes são prestados e, a partir disso, perceber se, de facto, este processo se traduz na melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde, isto é, o facto de as comunidades estarem representadas nos centros de saúde e hospitais públicos, para que os serviços prestados possam corresponder às expectativas e, sobretudo, às necessidades da população representada, para que possamos avaliar a eficácia e eficiência deste programa.

O tema em abordagem é relevante, pois vai possibilitar a percepção da necessidade de as comunidades participarem nos processos de tomada de decisão dos assuntos que dizem respeito aos serviços de saúde, uma vez que, a partir do seu envolvimento, perceberão que os serviços estão e foram criados para si e o seu fim último é a satisfação das suas necessidades, permitindo, desta forma, agir no sentido de expor as suas inquietações, sensibilidades e preferências em torno de qualquer assunto ou eventualidade que possa advir das unidades sanitárias.

Do ponto de vista temporal, a importância do trabalho prende-se ao facto deste período corresponder ao período final da implementação do PESS (2007-2012) e constituir início da implementação do PESS (2014-2019), importantes políticas públicas deste sector, e ambas apresentarem aspectos que valorizam a questão de Envolvimento Comunitário para a melhoria da qualidade e humanização nos serviços prestados pelo sector da saúde, assim como tornam possível o processo da descentralização. Outra razão está relacionada com o facto de, em 2011, ter sido aprovada uma estratégia, através da qual se consuma/efectiva o envolvimento comunitário no sector da Saúde em Moçambique.

A escolha espacial do local da pesquisa justifica-se porque o Centro de Saúde de Ndlavela é, historicamente, alvo de diversas reclamações sobre a má qualidade dos serviços por parte dos utentes, é o maior centro de saúde da Matola, ocupando uma área de 2.090 m², cobrindo assim parte significativa dos bairros do Posto Administrativo de Infulene, pelo facto de o envolvimento comunitário ser aplicado nas unidades sanitárias de nível primário, que é constituído por centros e postos de saúde, ainda que estes últimos quase não sejam visíveis em termos de atenção dos cuidados de saúde, pois torna-se fácil a identificação do seu público-alvo, ou seja, o mapa comunitário de saúde, bem como a recolha de dados, devido à localização do mesmo. Outro motivo

que justifica a escolha espacial do local está aliado ao conhecimento do local pela pesquisadora em termos de sua organização bem como o funcionamento do mesmo.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA

2.1. Tipo de pesquisa

Para a materialização do presente estudo, foi realizada uma pesquisa qualitativa, assim, procurou-se perceber dos utentes dos serviços do banco de socorros do Centro de Saúde de Ndlavela em relação à satisfação das suas necessidades quando procuram pelos serviços prestados, tendo em conta os seus valores, expectativas, aspirações e necessidades.

2.2. Método de abordagem

Quanto ao método de abordagem, adoptou-se o método indutivo. Partimos de respostas particulares dos utentes e funcionários e, com base nelas, chegámos às conclusões acerca da sua percepção sobre a qualidade dos serviços prestados no banco de socorros, onde os usuários dos Serviços de Saúde de Ndlavela foram submetidos a um inquérito de forma individual e, com base nas suas respostas, foi possível chegar a uma conclusão sobre a opinião que têm em relação aos serviços prestados.

2.3. Método de procedimento

No tocante ao método de procedimento, privilegiou-se o método monográfico ou estudo de caso. Os utentes inquiridos, de forma individual, possibilitaram a produção de respostas gerais e estiveram em representação de todos os utentes, bem como os funcionários inqueridos estiveram em representação de todos os funcionários da unidade sanitária.

2.4. Técnicas de recolha de dados

Quanto às técnicas de recolha de dados, foram utilizados o questionário e entrevista. O questionário apresentou perguntas fechadas. Nas questões fechadas, o informante escolheu uma resposta entre as constantes de uma lista pré-determinada, indicando aquela que melhor corresponda à que deseja fornecer.

O questionário foi elaborado e respondido pelos utentes, com perguntas claras, de forma a possibilitar que as respostas a serem dadas fossem precisas, directas e concisas, tocantes à sua

satisfação em relação aos serviços prestados pelo Banco de Socorros do Centro de Saúde de Ndlavela bem como a sua participação durante a prestação dos mesmos.

A entrevista foi feita aos membros da Direcção e ao Comité de Co-gestão do Centro de Saúde de Ndlavela, com vista a perceber como o envolvimento comunitário tem influenciado na qualidade dos serviços ali prestados.

2.5. Procedimentos de análise e interpretação de dados

Após compilação dos dados por perguntas, agrupámos as perguntas por categorias, através das sínteses das respostas dadas, para a análise de conteúdo que, a seguir, apresentamos e discutimos.

Para a análise dos dados quantitativos provenientes dos inquéritos por questionário (perguntas fechadas), foi usado o programa Excell, na sua versão 2013, para calcular as percentagens e frequência das respostas que foram em gráficos.

2.6. População e amostra

O Centro de Saúde de Ndlavela é composto por 125 funcionários. Nesta pesquisa, utilizou-se uma amostra de 10 funcionários, foram privilegiados os funcionários ligados à área de saúde, e a amostragem foi do tipo aleatória.

Quanto aos utentes que responderam, foram seleccionados usando a amostragem por conveniência, com base naqueles que foram às consultas durante o período de recolha de dados (Março de 2020). Foram inquiridos 32 utentes, dos quais 24 responderam correctamente aos inquéritos, e 3 (três) foram nulos e 5 (cinco) não foram devolvidos.

CAPÍTULO III: QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL

3.1. Quadro teórico

Nesta secção, faz-se a explicitação da teoria de que a pesquisa se socorreu. Pelo que, para a materialização do presente estudo, recorreu-se ao Neo-institucionalismo.

3.1.1. O Neo-institucionalismo

O Neo-institucionalismo, segundo Bodnieks (2020:86), surgiu no início da década de 1980, como resposta à revolução comportamental da década de 1960 e à teoria da escolha racional e possui três abordagens:

- Como resultado ou reação à revolução behaviorista, surgiu o Institucionalismo Histórico. Ele investiga as implicações de longo prazo das escolhas institucionais feitas em um determinado momento. Os actores não são perfeitamente informados sobre as consequências de suas escolhas e, portanto, o seu comportamento é restringido pelo bloqueio em um lugar de escolhas passadas.
- Para o Institucionalismo da Escolha Racional, as instituições são normas que são utilizadas pelos actores para identificar os actores envolvidos no processo decisório, sobre como a informação é estruturada, qual deve ser a acção e a sua sequência. As instituições, no Institucionalismo da Escolha Racional, são significativas, porque as instituições moldam e determinam o comportamento estratégico dos indivíduos.
- Comparado ao Institucionalismo Histórico e de Escolha Racional, deve-se notar que o Institucionalismo Sociológico identifica como as instituições criam significado para os indivíduos e é baseado em roteiros cognitivos.

Segundo Hall & Taylor (2003), uma instituição é definida como um conjunto de procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas, inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política. Assumindo-se, assim, que o envolvimento comunitário no Centro de Saúde de Ndlavela possui um conjunto de instrumentos legais, assim como estratégicos que se traduzem em normas internas que moldam os comportamentos dos funcionários e dos actores, influenciando desta forma a participação dos cidadãos.

Portanto, em 2012, foram criados órgãos de participação a nível do Centro de Saúde de Ndlavela, nomeadamente: o Comité de Saúde, composto por membros da comunidade, responsáveis pela difusão de algumas directrizes relacionadas com a área de saúde; o Comité de Co-gestão e o grupo responsável pela auscultação na comunidade.

Assim, esta pesquisa enquadra-se dentro dos estudos chamados Neo-institucionalistas, que reforçam o facto de que as instituições importam e buscam entender como elas conseguem constringer comportamentos, para que estes sejam adequados à legitimidade de suas acções e à participação pretendida (ENDRES e PAKMAN, 2020).

3.2. Quadro conceptual

Para uma melhor compreensão do trabalho, torna-se necessário, antes de tudo, a definição dos conceitos que são relevantes para o tema em análise. Portanto, nesta secção, são descritos os conceitos-chave de que a pesquisa se socorre para a sua materialização, nomeadamente: Descentralização, Serviços Públicos e Envolvimento Comunitário.

3.2.1. Descentralização

Para Faria e Chichava (1999: 5), a **Descentralização** pode ser definida como a organização das actividades da administração central, fora do aparelho do Governo Central, podendo ser através de:

- Medidas administrativas (e fiscais) que permitam a transferência de responsabilidades e recursos para agentes criados pelos órgãos da administração central; ou
- Medidas políticas que permitam a atribuição, pelo Governo Central, de poderes, responsabilidades e recursos específicos para autoridades locais.

3.2.1.1. Tipos de Descentralização

Faria e Chichava (1999: 5) consideram três tipos de Descentralização:

- **Descentralização Administrativa** ou **Desconcentração**: nos casos em que a desconcentração é feita sem implicar uma transferência definitiva de autoridade, poder de decisão e implementação da administração central para outros agentes fora dos órgãos centrais;

- **Descentralização Política** ou **Devolução**: quando a descentralização implica uma transferência final do poder de decisão e implementação da administração central para órgãos locais eleitos;
- **Conjunto de técnicas de descentralização**: delegação, privatização e desregulação, quando a descentralização implica uma transferência limitada de poderes de decisão e implementação de administração central para uma empresa ou agência do Estado, ou uma transferência parcial de tais poderes para uma companhia privada ou comunitária.

De acordo com o PESS (2014-2019:48), apesar de existirem vários tipos de descentralização, e considerando o contexto moçambicano, são levadas a debate, na agenda de reformas, as seguintes formas de descentralização:

- A **Desconcentração**: que se refere à transferência de autoridade, responsabilidades e de recursos do nível central para o nível periférico, dentro da mesma estrutura administrativa, i.e., do MISAU para as Direcções Provinciais de Saúde e Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social;
- A **Delegação**: que implica a transferência de autoridade, responsabilidades e recursos do nível central para as organizações, não sob sua alçada directa, mas como instituições semi-autónomas (i.e., hospitais, Central de Medicamentos e Artigos Médicos), Organizações Não-Governamentais, Governos locais, etc;
- A **Devolução**: que envolve a transferência de autoridade, responsabilidades e recursos de um nível central para uma estrutura administrativa separada, dentro da Administração Pública, geralmente eleita como nas Autarquias locais. Esta já está legalmente estabelecida, pelo que resta ao MISAU adequar-se a ela;
- A **Privatização**: que se refere à transferência de responsabilidades operacionais e, em alguns casos, de direito de propriedade, para provedores privados, geralmente mediante um contrato que define o que se espera em troca dos fundos públicos. A terciarização de serviços (i.e., hotelaria hospitalar) enquadra-se nesta forma de descentralização.

Relativamente às comunidades locais, Faria e Chichava (1999) avançam que é desejável que a Descentralização se reflecta até ao nível da base da organização da população, pois o seu objectivo

primário é envolver a comunidade na discussão dos seus próprios problemas, na identificação das soluções, no desenvolvimento e transformação do seu *habitat*.

3.2.2. Envolvimento Comunitário

O Envolvimento Comunitário, segundo Oakley (1989: 12), é entendido como um processo para estabelecer a participação entre o Governo e as comunidades locais no planeamento, implementação e uso dos serviços de saúde, a fim de aumentar a autoconfiança local e o controlo social sobre os cuidados de saúde. O envolvimento da comunidade significa que as pessoas que possuem o direito e o dever de participar na resolução dos seus próprios problemas de saúde têm maiores responsabilidades na avaliação das necessidades de saúde, na mobilização de recursos locais e na sugestão de novas soluções, bem como na criação e manutenção de organizações locais.

Envolvimento Comunitário é o envolvimento activo das pessoas que vivem juntas, de forma organizada e coesa, na planificação e implementação dos Cuidados de Saúde Primários, usando recursos locais, nacionais ou outros (Plano Estratégico do MISAU, 2007-2012 – OMS).

De acordo com o Programa para o Envolvimento Comunitário, o Envolvimento Comunitário é definido como trabalhar activamente com as comunidades para que elas estejam capacitadas em identificar os seus problemas de saúde, e definir acções, visando a promoção da sua própria saúde e prevenção de doenças. ²

Ainda segundo a OMS, no processo de "Envolvimento Comunitário para a Saúde", os indivíduos assumem a responsabilidade, tanto pela sua Saúde e Bem-Estar, como pelos da Comunidade e desenvolvem a capacidade de contribuir para o seu desenvolvimento e da comunidade.

O Envolvimento Comunitário é o processo através do qual os indivíduos e organizações de beneficência criam uma relação a longo prazo com uma visão colectiva a favor da comunidade³. Para o MISAU, Envolvimento Comunitário significa trabalhar activamente com as comunidades, para que elas estejam organizadas e capacitadas para identificar os seus problemas de saúde e definir acções que conduzam à promoção da sua saúde e à prevenção de doenças (PESS, 2013:38).

²Programa de Envolvimento Comunitário e Educação para Saúde, Governo de Homóine, Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social, Repartição de Controlo de Doenças e Promoção de Saúde.

³Organização Mundial da Saúde, Envolvimento Comunitário, Módulo B5.

Dentre várias vantagens trazidas pelo Envolvimento Comunitário, destacam-se as seguintes:

- Satisfação de um direito e de um dever;
- Promoção da auto-responsabilidade da colectividade e dos indivíduos;
- Melhoria da qualidade dos Cuidados de Saúde prestados;
- Redução drástica da corrupção e do desleixo dos trabalhadores de Saúde;
- Desburocratização do funcionamento dos Centros de Saúde;
- Aumento da eficácia do Sistema de Saúde;
- Aumento da eficiência do Sistema de Saúde;
- Reforço da coesão e da auto-suficiência da Comunidade.

3.2.3. Serviços Públicos

De acordo com Caetano (1998), Serviço Público é todo aquele prestado pela administração ou pelos seus delegados, sob normas e controlos estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da colectividade ou simples conveniências do Estado.

Para Amaral (2007), os Serviços Públicos são organizações humanas criadas no seio de cada pessoa colectiva/pública, com o fim de desempenhar as atribuições desta, sob direcção dos respectivos órgãos.

Caupers (2013) considera os serviços públicos o modo de actuar da autoridade pública, a fim de facultar, por modo regular e contínuo, a quantos dele careçam, os meios idóneos para a satisfação de uma necessidade colectiva, individualmente sentida.

3.2.3.1. Classificação dos Serviços Públicos

De acordo com Meirelles (1998), os serviços públicos podem ser classificados obedecendo os seguintes critérios:

a) **Quanto à essencialidade:**

- **Serviços Públicos** são os que a Administração presta directamente à comunidade, por reconhecer a sua essencialidade e necessidade para a sobrevivência do grupo social e do próprio Estado. Por isso, tais serviços são considerados privativos do

Poder Público, no sentido de que só a Administração deve prestá-los, sem delegação a terceiros;

- **Serviços de Utilidade Pública** são os que a Administração, reconhecendo a sua conveniência (não essencialidade, nem necessidade) para os membros da colectividade, presta-os directamente ou aqueles em que sejam prestados por terceiros (concessionários, permissionários ou autorizatários) nas condições regulamentadas e sob seu controle, mas por conta e risco dos prestadores, mediante remuneração dos usuários.

b) **Quanto à adequação:**

- **Serviços próprios do Estado** são aqueles que se relacionam intimamente com as atribuições do Poder Público (segurança, polícia, higiene e saúde públicas, etc.) e para a execução dos quais a Administração usa a sua supremacia sobre os administrados. Por esta razão, só devem ser prestados por órgãos ou entidades públicas, sem delegação a particulares.
- **Serviços impróprios do Estado** são os que não afectam substancialmente as necessidades da comunidade, mas satisfazem interesses comuns de seus membros e, por isso, a Administração os presta remuneradamente, por seus órgãos ou entidades descentralizadas (autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, fundações governamentais) ou delega a sua prestação a concessionários, permissionários ou autorizatários. Esses serviços, normalmente, são rentáveis e podem ser realizados com ou sem privilégio (não confundir com monopólio), mas sempre sob regulamentação do Poder Público competente.

c) **Quanto à finalidade:**

- **Serviços administrativos** são os que a Administração executa para atender às suas necessidades internas ou preparar outros serviços que serão prestados ao público, tais como os da imprensa oficial, das estações experimentais e outros dessa natureza.
- **Serviços industriais:** são os que produzem renda para quem os presta, mediante remuneração da utilidade usada ou consumida, remuneração esta que, tecnicamente, se denomina *tarifa* ou *preço público*, por ser sempre fixada pelo

Poder Público, quando o serviço é prestado por seus órgãos ou entidades, quer quando por: concessionários, permissionários ou autorizatários. Os serviços industriais são *impróprios do Estado*, por consubstanciarem actividade económica que só poderá ser explorada directamente pelo Poder Público.

d) **Quanto aos destinatários:**

- **Serviços “utiuniversi”** ou gerais: são aqueles que a Administração presta sem usuários determinados, para atender à colectividade no seu todo, como os da polícia, iluminação pública, e outros dessa espécie. Esses serviços satisfazem indiscriminadamente a população, sem que se erijam em direito subjectivo de qualquer administrado à sua obtenção para o seu domicílio, para a sua rua ou para o seu bairro. Estes serviços são indivisíveis, isto é, não mensuráveis na sua utilização. Daí por que, normalmente, os serviços *utiuniversi* devem ser mantidos por impostos (tributo geral) e não por taxa ou tarifa, que é remuneração mensurável e proporcional ao uso individual do serviço.
- **Serviços “utisinguli” ou individuais:** são os que têm usuários determinados e utilização particular e mensurável para cada destinatário, como ocorre com o telefone, a água, e a energia eléctrica domiciliárias. Esses serviços, desde que implantados, geram direito subjectivo à sua obtenção para todos os administrados que se encontrem na área de sua prestação ou fornecimento e satisfaçam as exigências regulamentares. São sempre serviços de utilização individual, facultativa e mensurável, pelo que devem ser remunerados por taxa (tributo) ou tarifa (preço público), e não imposto.

3.2.3.2. Classificação dos Serviços de Saúde em Análise

TABELA 1: CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS EM ANÁLISE

Crítérios	Classificação dos Serviços de Saúde
Quanto à essencialidade	São serviços públicos propriamente ditos, na medida em que o Ministério da Saúde o presta directamente à comunidade, por reconhecer a sua essencialidade e necessidade para a sobrevivência do grupo social e do próprio Estado.
Quanto à adequação	São serviços próprios do Estado, na medida em que estão relacionados directamente com as atribuições do Ministério da Saúde e para a sua execução, o Ministério da Saúde usa a sua supremacia sobre os utentes.
Quanto à finalidade	São serviços administrativos, pois o Ministério da Saúde os executa para atender às suas necessidades internas assim como preparar outros serviços que serão prestados ao público.
Quanto aos destinatários	São serviços “ <i>utisinguli</i> ” ou individuais, na medida em que a sua utilização é individual por parte dos seus utentes, facultativa e mensurável, pelo que a taxa definida para a sua remuneração é de 1 (um) metical, referente ao talonário e 5 (cinco) meticais por cada receita médica.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2021).

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

5.1. Apresentação e descrição do local da pesquisa

De acordo com as informações colhidas na secretaria do Centro de Saúde de Ndlavela, da senhora Lorta Manhiça, numa primeira fase, foi construída a maternidade e, ao longo do tempo, foram construídas outras áreas. Em Março de 2005, foi inaugurado o Centro de Saúde de Ndlavela, pelo então governador da Província de Maputo, dr. Alfredo Namitete.

Em termos geográficos, o Centro de Saúde de Ndlavela localiza-se no bairro de Ndlavela, Posto Administrativo do Infulene, Distrito da Matola, na Província de Maputo, e os seus serviços estão sob gestão do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola, subordinado à Direcção Provincial de Saúde da Província de Maputo.

FOTOGRAFIA 1: CENTRO DE SAÚDE DE NDLAVELA



Fonte: Fotografia capturada pela autora (2020).

5.2. Áreas de Saúde do Centro de Saúde de Ndlavela

O Centro de Saúde de Ndlavela presta serviços a cidadãos provenientes dos seguintes bairros:

- Ndlavela;
- T3;
- São Dâmaso;
- Unidade “D”;
- Zona Verde;
- 1º de Maio;
- Khongolote.

Serviços prestados:

- Banco de socorros com a componente internamento por 24 horas;
- Maternidade;
- Estomatologia;
- Doenças Crónicas;
- Programa Alargado de Vacinação (PAV);
- Programa Nacional de Controlo à Tuberculose;
- Planeamento Familiar;
- Consulta Pré-natal;
- Secretaria;
- Serviços de Hotelaria: Lavandaria e Cozinha;
- Centro de Atendimento Integrado às Vitimas de Violência.

A unidade sanitária conta com 125 funcionários, distribuídos em diferentes categorias, conforme ilustra a tabela a seguir:

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DE FUNCIONÁRIOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Envolvidos	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Direcção da Unidade Sanitária	1	0	1
Técnicos Superiores de Saúde Pública	1	0	1
Técnicos Superiores de Medicina Geral	4	0	4
Técnicos Superiores de Estomatologia	0	1	1
Técnicos Superiores de pediatria	0	1	1
Técnicos Superiores de Enfermagem	1	0	1
Técnicos Superiores de Psicologia	0	1	1
Técnicos Superiores de SMI	0	3	3
Técnicos Superiores de laboratório	1	1	2
Técnicos Superiores Farmácia	0	1	1
Técnicos Superiores Enfermagem Geral	0	1	1
Técnicos Superiores	1	1	2
Técnicos de Laboratório	3	4	7
Técnicos de Medicina Geral	6	4	10
Enfermeiras de SMI	0	15	15
Técnicos de Nutrição	0	1	1
Técnicos de Estomalogia	0	2	2
Técnicos de Medicina Preventiva	1	3	4
Técnicos de Enfermagem	3	3	6
Técnicos de Farmácia	2	2	4
Técnicos de Acção Social	0	1	1
Técnicos Administrativos	0	3	3
Digitadores	7	3	10
Agentes de Serviço	6	11	17
Activistas	2	3	5
Conselheiros	1	2	3
Educadores de pares	3	6	9
Cozinheiros	0	1	1
Copeiros	0	2	2
Guardas	5	0	5
Jardineiros	1	0	1
Total	49	76	125

Fonte: Dados fornecidos pela Secretária do Centro de Saúde de Ndlavela (2020).

5.3. Mecanismos de materialização do Envolvimento Comunitário

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

Contudo, o sector de saúde dispõe, também, da Carta dos Direitos e Deveres do Doente, como instrumento que, no nosso entendimento, define o padrão da prestação de serviços, de comportamento, e concede espaço ao cidadão individual ou colectivamente, para a exigência directa de Serviços de Saúde de qualidade.

A este último propósito, cabe ressaltar que, no quadro do Direito 16 (Direito a apresentar sugestões, queixas e reclamações), é estabelecido que, através dos canais disponibilizados pelas Autoridades Sanitárias, os doentes têm direito a apresentar, individual ou colectivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas sobre a organização e funcionamento dos Serviços de Saúde; e de ter as suas queixas atendidas prontamente e de maneira equitativa.

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

Segundo Augusta Correia⁴, o envolvimento comunitário nesta unidade sanitária é materializado através de encontros programados trimestralmente (abrindo-se espaço para a realização de encontros extraordinários, caso haja necessidade) entre a unidade sanitária e a comunidade onde há exposição dos problemas detectados pela comunidade na unidade sanitária, isto é, é um encontro de interacção entre a unidade sanitária e a comunidade.

⁴ Responsável pelo Envolvimento Comunitário no Centro de Saúde de Ndlavela.

Segundo Augusta Correia, existem três organismos que garantem a concretização destes encontros, nomeadamente: o Comité de Saúde, o Comité de Co-gestão e o grupo responsável pela auscultação na comunidade.

O Comité de Saúde é composto por membros da comunidade responsáveis pela difusão de algumas directrizes relacionadas com a área de saúde.

O Comité de Co-gestão, criado em 2012, é composto por membros da comunidade e alguns técnicos de saúde e é responsável por dirimir conflitos entre a unidade sanitária e a comunidade.

O grupo de auscultação consiste na saída de técnicos de saúde, periodicamente, para ouvir as principais preocupações e inquietações da comunidade no tocante ao atendimento na unidade sanitária e levantamento das possíveis soluções por parte da própria comunidade, o que significa que a comunidade identifica os problemas e é, também, responsável por avançar as propostas para os solucionar.

Existe um instrumento a cores, denominado satisfatórmetro, que é uma caixa fechada colocada à disposição dos utentes, onde vermelho = Mau; Amarelo = Médio; e Verde = Bom/Excelente, através do qual os utentes podem expressar a sua satisfação relativamente aos serviços prestados pela unidade sanitária, e existe, igualmente, o livro de reclamações e sugestões, pese embora se verifique o mau uso destas ferramentas.

No tocante à relação existente entre a unidade sanitária e a comunidade local, Augusta Correia afirmou: *“No geral, a relação entre o Centro de Saúde de Ndlavela e a comunidade é boa, na medida em que os utentes ajudam na identificação dos problemas da unidade sanitária em relação à sua prestação e igualmente a unidade sanitária desenvolve actividades que visam satisfazer as necessidade apresentadas pela comunidade”*.

Lorta Manhiça afirmou ainda que é possível observar alguns resultados advindos desta relação existente entre o CSN e a comunidade local, das quais se pode destacar: a integração de membros da comunidade no processo de gestão de filas, realização de jornadas de limpeza, organização do arquivo clínico, conserto de sanitários com fundos da própria comunidade assim como a integração de membros da comunidade na gestão de medicamentos na farmácia.

5.4. Percepção sobre o Envolvimento Comunitário no Centro de Saúde de Ndlavela

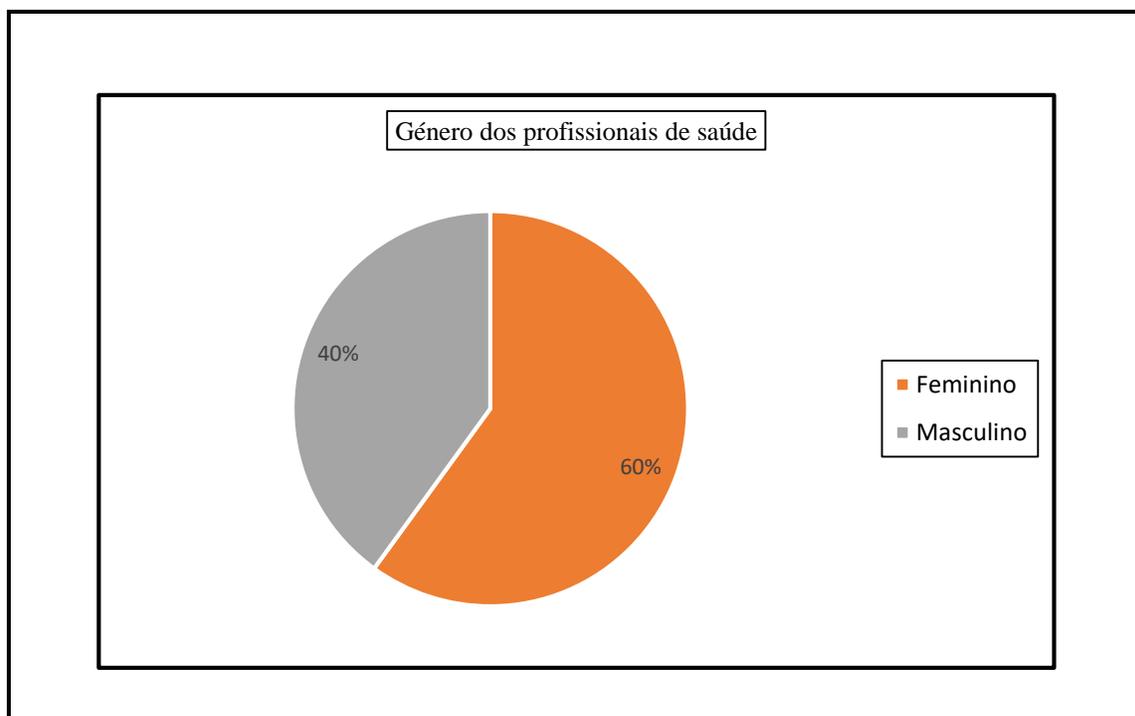
Nesta secção, pretende-se colher a percepção sobre o Envolvimento Comunitário em dois momentos, no primeiro momento, o foco foi dado aos profissionais da saúde e, no segundo, aos utentes.

5.4.1. Percepção dos profissionais da saúde sobre o Envolvimento Comunitário

Antes de trazer dados sobre a percepção dos funcionários da saúde sobre o Envolvimento Comunitário, fez-se uma caracterização demográfica (Gráfico 1) e de categoria profissional (Gráfico 2).

5.4.1.1. Distribuição por género e categoria dos profissionais da saúde

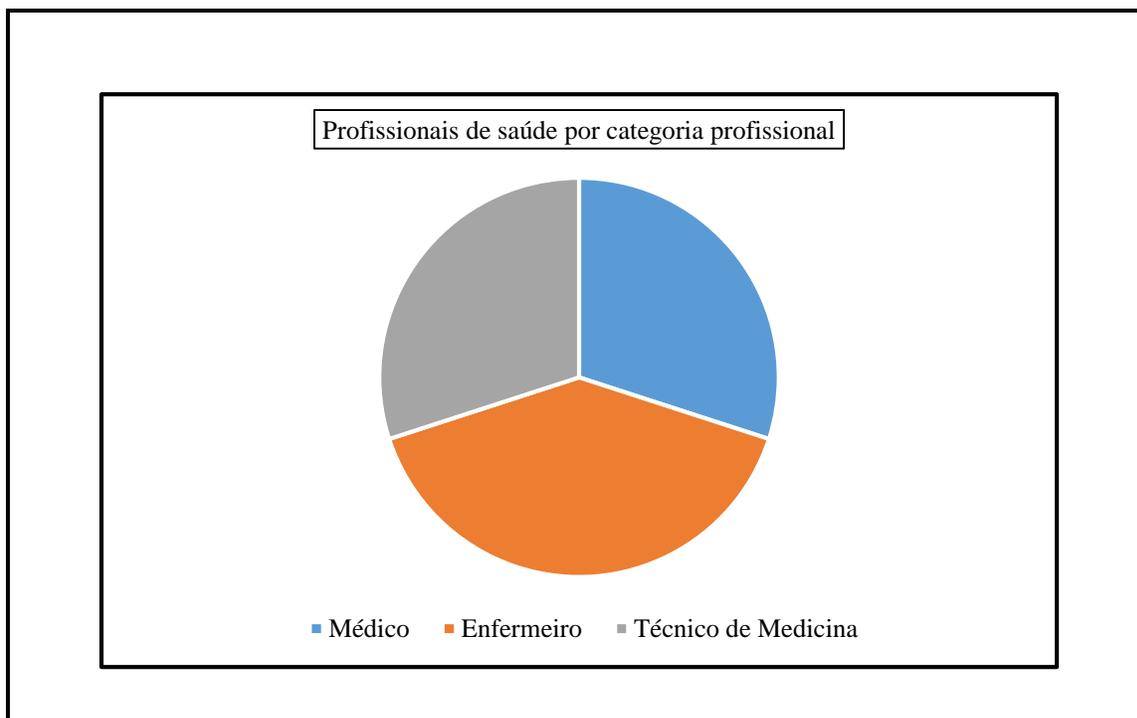
GRÁFICO 1: GÉNERO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2020).

No tocante aos 10 profissionais de saúde que responderam correctamente ao inquérito, importa referir que 4 (quatro) são do sexo masculino, que correspondem a 40%, enquanto 6 (seis), correspondentes a 60%, são do sexo feminino.

GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR CATEGORIA PROFISSIONAL



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2020).

Os gráficos acima retratam a parte demográfica dos profissionais inqueridos. Participaram neste estudo 10 profissionais de saúde, dos quais 30% são médicos, 40% enfermeiros e 30% são técnicos de medicina e, quanto ao tempo de serviço, todos eles estão num intervalo de 2-10 (dois a dez) anos de serviço.

Para compreender a percepção dos profissionais da saúde sobre o Envolvimento Comunitário, foram colocadas e analisadas as seguintes questões:

- Saber se o utente tem direito à participação na consulta *versus* se o profissional de saúde permite que o utente teça comentários sobre os serviços de saúde (Tabela 3);
- Relação entre o reconhecimento do profissional da saúde de que a opinião do utente traz melhorias para o processo de prestação dos cuidados de saúde e se a participação do utente muda a sua maneira de actuar durante a prestação de serviços de saúde (Tabela 4);
- Relação entre o facto de reconhecer que a opinião do utente traz melhorias e se os profissionais da saúde permitem que o utente teça comentário (Tabela 5).

Tabela 3: Relação entre saber se o utente tem direito à participação na consulta Vs. se permite que o utente teça comentários durante a realização de uma consulta

		Permite que o utente teça comentário durante a realização de uma consulta?		Total
		Não	Sim	
Saber se tem direito à participação na consulta	ão	0	0	0
	im	0	10	10
Total		0	10	10

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2020).

O quadro acima ilustra que os profissionais da saúde reconhecem o direito de participação do utente na consulta de forma activa, e os mesmos afirmam categoricamente que os têm deixado tecer comentários, sugestões e reclamações durante a realização de consultas.

Tabela 4: Conhecimento de que a participação dos utentes traz melhorias aos serviços de saúde Vs. Reconhecimento de que a opinião do utente traz melhorias para o processo de prestação dos cuidados de saúde

		Considera que a participação do utente muda a maneira de actuar durante a prestação de serviços de saúde?		Total
		Sim	Não	
Reconhece que a opinião do utente traz melhorias para o processo de prestação dos cuidados de saúde?	Sim	7	0	7
	Não	1	2	3
Total		8	2	10

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2020).

No que diz respeito à participação dos utentes, 8 (oito) profissionais de saúde, correspondentes a 80%, afirmaram que a participação do utente muda a sua maneira de actuar e 2 (dois) profissionais, correspondentes a 20%, afirmaram que participação do utente não interfere na sua maneira de actuar.

Em relação ao reconhecimento da importância da opinião do utente para a melhoria da actuação dos profissionais de saúde na prestação dos cuidados de saúde, 7 (sete) profissionais, correspondentes a 70% da amostra, afirmam que as opiniões dos utentes trazem melhorias no processo de prestação dos cuidados de saúde, sendo que 3 (três) profissionais, correspondentes a 30% da amostra, afirmam que a opinião dos utentes não traz melhorias no processo de prestação dos cuidados de saúde.

Tabela 5: Relação entre o facto de reconhecer que a opinião do utente traz melhorias Vs. se permite que o utente teça algum comentário em relação ao serviço prestado

		Permite que o utente teça algum comentário em relação ao serviço prestado?		Total
		Não	Sim	
Reconhece que a opinião do utente traz melhorias?				
	Sim	0	7	7
	Não	0	3	3
Total		0	10	10

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2020)

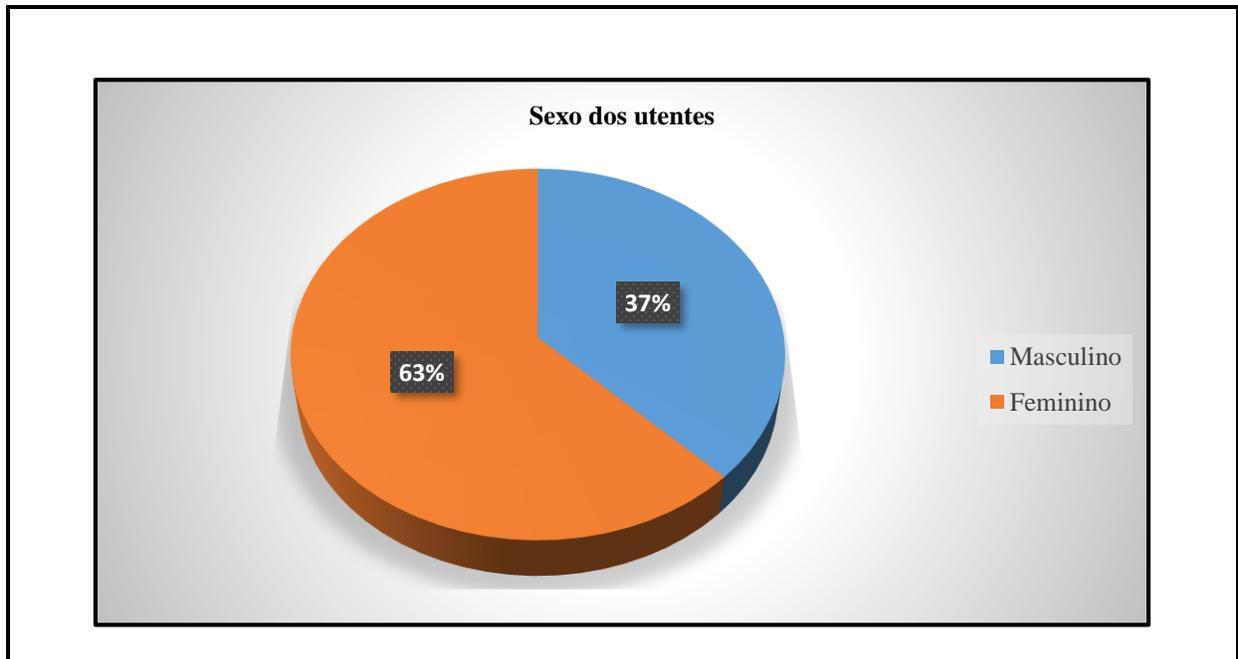
No tocante à permissão para o utente tecer algum comentário durante a consulta, todos os profissionais afirmaram que sim; 7 (sete) profissionais de saúde, que correspondem a 70% dos mesmos, afirmaram que estas opiniões ou comentários trazem melhorias à sua actuação, enquanto 3 (três) profissionais da saúde, correspondentes a 30% dos mesmos, não reconhecem o mesmo.

Não obstante, os profissionais de saúde afirmaram haver uma necessidade de os utentes colaborarem activa e de forma positiva no que tange ao seu envolvimento na prestação e gestão dos serviços. Isto só seria possível através de duas atitudes: (i) melhoria na forma como expressam as suas opiniões e (ii) maior interacção com os profissionais de saúde.

5.4.2. Percepção dos utentes sobre o envolvimento comunitário

Antes de trazermos dados sobre a percepção dos utentes do Centro de Saúde de Ndlavela sobre o envolvimento comunitário, fez-se a descrição do sexo (Gráfico 3) e da faixa etária dos utentes (Gráfico 4).

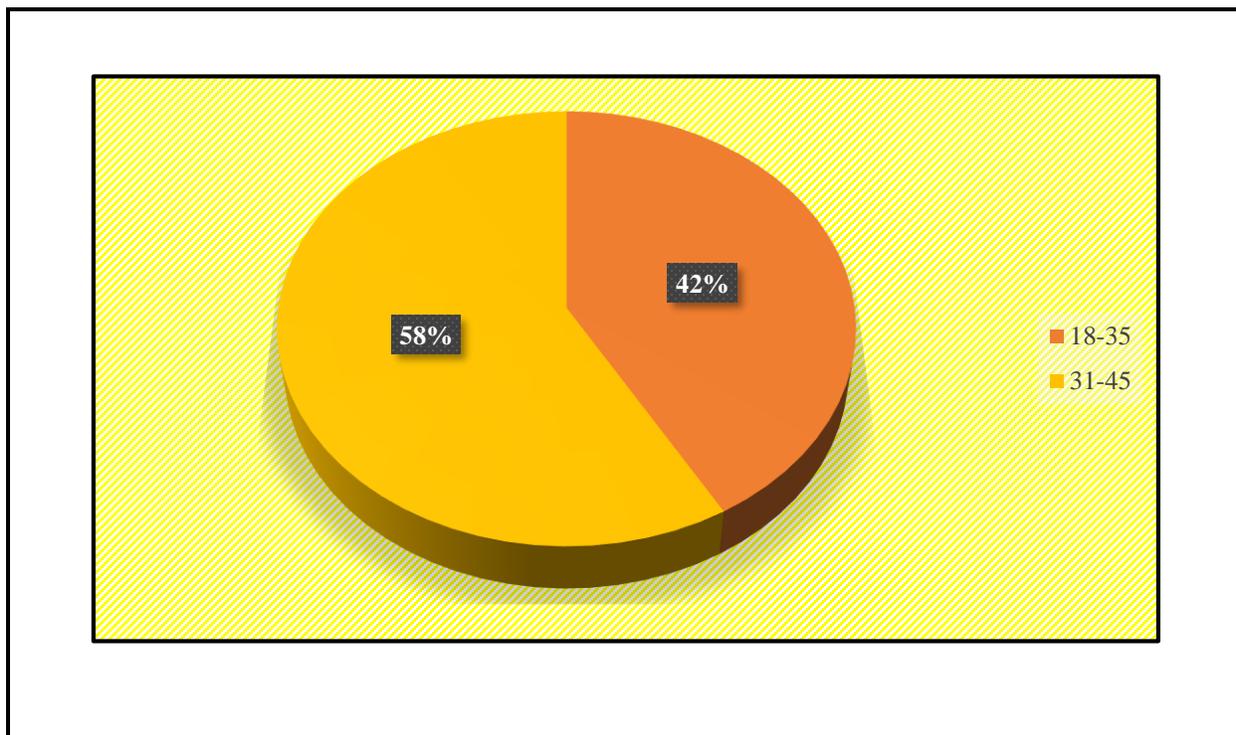
GRÁFICO 3: GÉNERO DOS UTENTES



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2020).

O Gráfico 3 retrata a situação de género dos utentes inquiridos. Dos quais 63% são do sexo feminino e 37%, do sexo masculino.

GRÁFICO 4: FAIXA ETÁRIA DOS UTENTES



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2020).

O Gráfico 4 retrata a faixa etária dos utentes. Importa referir que destes, 58% está na faixa etária compreendida entre os 18 a 30 anos e, 42% dos, 31 a 45 anos de idade.

Para compreender a percepção dos utentes dos serviços da saúde sobre o Envolvimento Comunitário, foram colocadas e analisadas as seguintes questões:

- Percepção do utente ser respeitado (Tabela 6);
- Conhecimento do direito de participação em relação à forma como gostariam de ser atendidos nas consultas (Tabela 7);
- Percepção do utente sobre o respeito à sua opinião sobre os serviços de saúde (Tabela 8).

Tabela 3: Percepção do utente ser respeitado

Considera que é atendido com respeito e dignidade?	Sim	Não	Total
	18	6	24

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2020).

Mediante os dados acima, podemos afirmar que 18 utentes, correspondentes a 75%, afirmaram que sentem que são atendidos com respeito e dignidade e 8 (oito), que correspondem a 25%, avançou que não.

Segundo o artigo 1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir, em relação, uns aos outros, com espírito de fraternidade.”

Não obstante, a Resolução nº 73/2007 de 18 de Dezembro que aprova a carta dos direitos e deveres do doente, no capítulo I, número 1, estabelece que: “*o doente tem direito de a ser tratado no respeito pela dignidade humana*” segundo o qual, “*é um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, quer no que se refere aos aspectos técnicos, quer no que se refere a actos de acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes*”.

TABELA 4: CONHECIMENTO DO DIREITO DE PARTICIPAÇÃO VS FORMA COMO É ATENDIDO

		Alguma vez deu opinião ao PS durante a consulta?		Total
		Sim	Não	
Sabe que pode deixar a sua opinião durante a consulta sobre como gostaria que fosse atendido?	Sim	4	10	14
	Não	1	9	10
Total		5	19	24

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2020).

No tocante ao conhecimento do direito de participação em relação à forma como gostariam de ser atendidos nas consultas, 14 utentes, correspondentes a 58%, afirmaram que sim, e 10, que correspondem a 42%, disseram que desconheciam tal direito. Importa referir que destes, apenas 5 (cinco) utentes, correspondentes a 21%, afirmaram já terem dado alguma opinião durante a realização de uma consulta, sendo que 19 utentes, correspondentes a 79%, afirmaram que nunca o fizeram.

Segundo os dados fornecidos pelos utentes, podemos afirmar que maior parte sabe que tem o direito de deixar alguma opinião durante a realização de uma consulta, apesar de poucos exercerem este mesmo direito.

De acordo como artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, “todo o ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.”

A CRM (2004), capítulo IV, artigo 79 defende que: “*Todos os cidadãos têm direito de apresentar petições, queixas e reclamações perante autoridade competente, para exigir o restabelecimento dos seus direitos violados ou em defesa do interesse geral.*”

Por outro lado, o decreto nº 30/2001 de 15 de Outubro, capítulo II, artigo 09 estabelece que: “Os órgãos e instituições da Administração Pública promovem a participação de pessoas singulares e colectivas que tenham por objecto a defesa dos seus interesses, na formação de decisões que lhes dizem respeito.”

Este direito encontra-se igualmente consagrado no número 12 da na Resolução 73/2007 de 18 de Dezembro, segundo o qual: “o doente tem por si ou por quem o represente, o direito de apresentar sugestões e reclamações, isto é, o doente, por si, por quem legitimamente o substitua, ou por organizações representativas, pode avaliar a qualidade dos cuidados prestados e apresentar sugestões e reclamações, sendo necessário, para o efeito, a existência nos serviços de saúde, do gabinete do utente e/ou o livro de reclamações.”

TABELA 5: PERCEPÇÃO DO UTENTE SOBRE O RESPEITO DA SUA OPINIÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

		Alguma vez deu opinião ao PS durante a consulta?		Total
		Sim	Não	
Achas que os PS têm respeito pela opinião do utente?	Sim	3	7	10
	Não	2	12	14
Total		5	19	24

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2020).

A tabela acima ilustra que 5 (cinco) utentes, correspondentes a 21%, afirmaram já terem dado alguma opinião durante a realização de uma consulta. 19 utentes, correspondentes a 79%, afirmaram que nunca o fizeram. Destes, 10, correspondentes a 42%, acreditam que os PS têm respeito pela opinião por si expressa, enquanto 14, que correspondem a 58%, dizem não haver respeito pela sua opinião.

Assim, podemos afirmar que menor parte dos utentes do Centro de Saúde de Ndlavela tem expressado a sua opinião durante a realização das consultas e, a sua maioria, revela que os profissionais de saúde não têm respeito pela opinião expressa pelos utentes em relação aos serviços prestados.

Face ao constatado, podemos inferir que o facto de os utentes dos serviços de saúde prestados pelo Centro de Saúde de Ndlavela reconhecerem a legitimidade de colocarem as suas opiniões, reclamações e sugestões mediante os profissionais de saúde não muda a sua percepção sobre como eles actuam, o que contraria o que é enfatizado por Hesbeen (2001), ao afirmar que o utilizador de cuidados deve ser ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais de saúde.

CAPÍTULO V: CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

6.1. Conclusão

O Envolvimento Comunitário na saúde oferece benefícios aos cuidados de saúde. Isto significa que as comunidades podem contribuir activamente na resolução de problemas, por conseguinte, no quadro das Reformas da Administração Pública, o Governo tem definido um quadro político-legal para materializar o Envolvimento das Comunidades na provisão de serviços públicos.

Deste modo, no Centro de Saúde de Ndlavela, existem três organismos que garantem a concretização destes encontros, nomeadamente: o Comité de Saúde, o Comité de Co-gestão e grupo responsável pela auscultação da comunidade, onde o Comité de Saúde é composto por membros da comunidade, responsáveis pela difusão de algumas directrizes relacionadas com a área de saúde.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, estes reconhecem o direito de participação do utente na consulta de forma activa, e os mesmos afirmam categoricamente que os têm deixado tecer comentários, sugestões e reclamações durante a realização da consulta. Não obstante, os profissionais de saúde afirmaram haver uma necessidade de os utentes colaborarem activa e de forma positiva no que tange ao seu envolvimento na prestação e gestão dos serviços. Afirmaram, igualmente, que ainda persistem os desafios de operacionalizar os mecanismos de envolvimento e participação comunitária, havendo necessidade de os utentes melhorarem a forma como têm colocado as suas reclamações, sugestões e opiniões, com vista a melhorar este processo.

Do ponto de vista dos utentes, pode-se concluir que a maioria dos utentes dos serviços prestados pelo Centro de Saúde de Ndlavela sabe que tem o direito de deixar alguma opinião durante a realização de uma consulta, apesar de poucos exercerem este mesmo direito. Daí que se pode afirmar que menor parte dos utentes do Centro de Saúde de Ndlavela tem expressado as suas opiniões durante a realização das consultas e a sua maioria revela que os profissionais de saúde não têm respeito algum pela opinião expressa pelos utentes em relação aos serviços prestados.

Face ao constatado acima, pode-se concluir que o facto de os utentes dos serviços de saúde prestados pelo Centro de Saúde de Ndlavela reconhecerem a legitimidade de exporem as suas

opiniões, reclamações e sugestões relativamente aos profissionais de saúde, não muda a sua percepção sobre como eles actuam.

Assim, podemos inferir que menor parte dos utentes do Centro de Saúde de Ndlavela tem expressado as suas opiniões durante a realização das consultas e a sua maioria revela que os profissionais de saúde não têm respeito algum pela opinião expressa pelos utentes em relação aos serviços prestados.

6.2. Recomendações

Mediante os desafios apontados ao longo do trabalho, como forma de consolidar o Envolvimento Comunitário, recomenda-se o seguinte:

- Criação de condições para uma maior difusão dos Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde bem como a garantia da salvaguarda da resposta inerente às suas reclamações, sugestões e contributos no processo do Envolvimento Comunitário.
- Necessidade de melhorar as parcerias e envolvimento dos utentes relativamente à maior divulgação do direito à participação dos utentes com maior enfoque para as iniciativas individuais;
- Determinar a natureza mais adequada dos próprios comités: se deve ser mais deliberativa ou consultiva;
- Melhores estratégias para a capacitação dos membros dos comités e das próprias comunidades em relação ao seu papel no processo de prestação e gestão dos serviços de saúde no Centro de Saúde de Ndlavela;
- Planificação de acções formativas pelo MISAU, com vista a um melhor treinamento dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção do SNS, sobre matérias relacionadas com a participação dos cidadãos neste sector.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, Diogo Freitas do., *curso de Direito Administrativo*, Vol. II, 2ª edição, Coimbra: Almedina, 2007.
2. AUGUSTO, João Arménio, *Ética e Qualidade do Serviço Público*, DRCIE: Outubro 2008.
3. BODNIEKS, V. The New Institutionalism: A tool for analysing defence and security institutions. *Security and Defence Quarterly*, 32(5), 83-94, 2020.
4. CANHANGA, Nobre de Jesus., *Boa Governação: Conceito, contexto, teoria, prática e desafios para a implementação da monitoria e avaliação da acção governativa*, Maputo, 2007.
5. CAUPERS, João., *Introdução ao Direito Administrativo*, 11ª edição, Lisboa: Ancora Editora, 2013.
6. CHIAVENATO, Idalberto., *Introdução à Teoria Geral da Administração*, 7ª edição totalmente revista, Rio de Janeiro: editora Elsevier, 2004.
7. COUTINHO, Marcelo James Vasconcelos., *Administração Pública voltada para o cidadão: quadro teórico-conceitual*, Revista do Sector Público, Brasília, 2000.
8. CESC. *Desafio da articulação entre os cidadãos e os Comités de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde como órgãos de representação da comunidade*. 2018.
9. ENDRES, A. V. e PAKMAN, E. T. A governança das políticas de turismo: o papel dos espaços de participação na perspectiva da análise de redes e da teoria institucional. *Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo*, São Paulo, 13 (1), p. 1 18, jan./abr. 2019.
10. FARIA, Fernanda., CHICHAVA, Ana., *Descentralização e cooperação descentralizada em Moçambique*, Maputo, 1999.
11. FORQUILHA, Salvador. “ Não basta introduzir reformas para se ter melhores serviços Públicos”: *subsidio para uma análise dos resultados das reformas no subsector da água rural em Moçambique*. In: *Desafios para Moçambique*. 2013, Maputo: IESE.
12. FRANCISCO. A. Da Silva. *Participação Cidadã e Inclusão Social em Moçambique: Quem? Para quê? Como? Quando?* Seminário Internacional: Participação da Comunidade na Gestão Escolar: “Por Uma Gestão Escolar Mais Participativa e Inclusiva”, CEP – Cidadania e Participação. Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE). Maputo, Maio 2017.

13. FORQUILHA, S. C. *et al.* *Descentralização no sector da saúde: alcance e implicações para os cuidados de saúde primários*, Instituto de Estudos Sociais e Económicos, Instituto Nacional de Saúde, 2018.
14. FORQUILHA, S. C. “*Remendo novo em pano velho*”: *O impacto das reformas de descentralização no processo de governação local em Moçambique*. In: Conference Paper n. 6, IESE. 2007.
15. HALL, P. A. & TAYLOR, R. R. As Três Versões do Neo-Institucionalismo. *Lua Nova*, nº 58, 193-223, 2003.
16. HESBEEN, Walter. *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. LUSOCIÊNCIA, 2001. ISBN: 972-8383-20-7.
17. MACHEL, Ascensão Ananias., *Pressupostos básicos da Governação Local*, Maputo, 2010.
18. MATSINHE, C. e NAMBURETE, D. Descentralização doseada: Facetas estruturantes das iniquidades em saúde em Moçambique, *Dossiê desigualdades em saúde no brasil e em moçambique, Novos estudos*, CEBRAP, São Paulo, v.38, nº2, 371-387, Mai–Ago, 2019.
19. MEIRELLES, Hely Lopes., *Direito Administrativo Brasileiro*, 23ª edição, São Paulo: Malheiros editores, 1998.
20. MONTANA, Patrick J. e CHARNOV, Bruce H. *Administração*. 1. Ed. São Paulo: Saraiva. 2000. 475p.
21. MIRANDA, Jorge, *Manual de Direito Constitucional, Tomo III- Estrutura Constitucional do Estado*, 2ª ed., Coimbra, coimbra editpra, 1988.
22. STRUECKER, D. R. & HOFFMANN, M. G. Participação social nos serviços públicos: caracterização do estado da arte por meio da bibliometria e da revisão sistemática, *REGE - Revista de Gestão*, Volume 24, Issue 4, 2017, 371-380.

7.1. Documentos consultados:

1. Comissão Interministerial da Reforma da Administração Pública, Estratégia da Reforma da Administração Pública, Maputo, 2012.
2. Governo de Homóine, Programa de Envolvimento Comunitário e Educação para Saúde, Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social: Repartição de Controlo de Doenças e Promoção de Saúde, Homóine.
3. Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação: Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007-2012, Maputo, 2007.
4. Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação: Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019, Maputo, Setembro de 2013.
5. Organização Mundial da Saúde, Envolvimento Comunitário, Módulo B5.

7.3. Legislação:

1. Assembleia da República, Constituição da República de Moçambique, Maputo, 2004.
2. Assembleia da República, lei 11/2012 de 8 de Fevereiro, Maputo, 2012.
3. Assembleia da República, Lei 2/97 de 18 de Fevereiro: Lei das Autarquias Locais, Maputo, 1997;
4. Assembleia da República, Lei 3/94: primeira lei de descentralização.
5. Assembleia da República, lei 7/2012 de 8 de Fevereiro; Lei de base da Organização e Funcionamento da Administração Pública (LEBOFA), Maputo, 2012.
6. Assembleia da República, Lei 8/2003 de 19 de Maio: Lei dos Órgãos Locais do Estado, Maputo, 2003;
7. Conselho de Ministros, Decreto 30/2001 de 15 de Outubro aprova as normas de funcionamento dos serviços da Administração, Maputo, 2001.
8. Conselho de Ministros, Decreto 33/2006 de 30 de Agosto estabelece o quadro de transferência de competências e funções dos órgãos do Estado para as autarquias locais.

7.4. Páginas web:

<http://www.afro.who.int/pt/>

[http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:The Health System/pt](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:The_Health_System/pt), acesso aos 20 de Março de 2020 às 15:11h.

ANEXO I

1. Questionário a ser respondido pela Direcção do Centro de Saúde de Ndlavela

1. Como é materializado o envolvimento comunitário nesta unidade sanitária?
2. Quem são os actores envolvidos e como são eleitos?
3. Como a unidade sanitária avalia a relação que tem com a comunidade à qual presta serviços?
4. Considera a participação da comunidade na gestão e prestação dos serviços importante? Em que medida?
5. Quais são os resultados que são possíveis observar, como produto do Envolvimento Comunitário nesta unidade sanitária?

ANEXO II

2. Questionário a serem respondidas pelos Técnicos de Saúde

a) Função _____

1. Durante a marcação de uma consulta, deixa o utente expor alguma ideia que pode melhorar a sua prestação?

a) Sim ____

b) Não ____

2. Como se sente quando recebe alguma sugestão?

a) Bem ____

b) Mal ____

c) Sou indiferente ____

3. As sugestões e reclamações que lhe são apresentadas durante alguma consulta, acha que trazem alguma mudança na sua prestação?

a) Sim ____

b) Não ____

c) Sou indifente ____

4. Tem conhecimento de que o utente tem direito de participar de forma activa, através da exposição das suas ideias, em relação à forma como gostava de ser atendido?

a) Sim ____

b) Não ____

c) Nunca ouvi falar ____

5. Considera que, com esta prática, alguma coisa pode mudar na qualidade dos serviços prestados?

a) Sim ____

b) Não ____.

ANEXO III

Questionário para os Utentes/Pacientes do Centro de Saúde de Ndlavela

Prezados Senhores Utentes/Pacientes dos serviços de saúde, o presente questionário tem como objectivo colectar informações referentes à análise do contributo do Envolvimento Comunitário na gestão e prestação de serviços de saúde, na perspectiva de descentralização no CS Ndlavela, na Província de Maputo. Importa referir que os dados são de carácter sigiloso, daí que não há necessidade de se identificar.

~

Sexo: M () F ()

Idade: 18 a 30 anos () 31 a 45 anos () 46 a 60 anos ()

Tempo em que adere o hospital: 2 a 10 anos () 10 a 25 anos () 26 a 35 anos ()

Actividade que desenvolve: _____

Residência: _____

1. Prestação de serviços dos profissionais de saúde

Como considera os serviços aqui prestados?

Bons ()

Maus ().

2. Sente-se satisfeito com os serviços prestados?

Sim ()

Não ().

3. Considera que é atendido com respeito e dignidade que merece?

Sim ()

Não ().

4. Tem conhecimento de que pode deixar a sua opinião durante uma consulta sobre como gostaria de ser atendido?

Sim ()

Não ().

5. Alguma vez deu alguma opinião ou sugestão para um técnico de saúde durante uma consulta?

Sim ()

Não ().

6. Acha que os técnicos de saúde têm respeito pela opinião dos utentes?

Sim ()

Não ().

7. Tem usado o satisfatómetro para deixar o seu parecer em relação à qualidade dos serviços que lhe são prestados?

Sim ()

Não ().

8. Alguma vez participou num encontro entre a unidade sanitária e o bairro onde mora?

Sim ()

Não ().

9. O que gostaria de ver melhorado como contributo do Envolvimento Comunitário na gestão e prestação de serviços de saúde na perspectiva de descentralização?

Obrigada pela sua colaboração!