

14880

2004

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
FLCS

Departamento de Administração Pública e Ciência
Política

Trabalho fim do curso

TEMA

“Análise do fenómeno corrupção no sector da saúde: O
caso do Hospital Central de Maputo”

DISCENTE: Edson Cortês

SUPERVISOR: Prof. Doutor José Jaime Macuane

U.E.M.: -UFICS
P. F. 4680
DATA 26 / 07 / 05
AQUISIÇÃO Oferta
COTA

Maputo, Junho de 2005

vis
25/07/2005

ÍNDICE

Declaração de Honra	
Agradecimentos	
Dedicatória	
Resumo	
Abreviaturas	
Capítulo 1- Introdução, Problemática, Objectivos, Justificação, Metodologia, Conceitos, Revisão Bibliográfica	7
1.1 INTRODUÇÃO	7
1.2 Problemática	9
1.3 Objectivos	11
1.3.1 Objectivo Geral	11
1.3.2 Objectivo Especifico	11
1.4 JUSTIFICAÇÃO	11
1.5 Metodologia.....	12
1.6 Conceptualização	13
1.7 Limitações da Pesquisa	14
1.8 Estrutura do Trabalho	15
1.9 Revisão Bibliográfica.....	15
1.9.1 Enquadramento Teórico.....	19
Capitulo 2- Análise da Estrutura Organizativa do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique.	22
2.1 ESTRUTURA FISICA E ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO	27
Capitulo 3- Actores e percepções sobre corrupção no HCM.....	29
3.1 Oportunidade e manifestações de corrupção.....	30
3.1.1 Fraca capacidade institucional, evidenciada pelo Sistema Nacional de Saúde. .	30
3.1.2 A questão dos baixos salários auferidos na função pública	33
3.1.3 Perda dos objectivos organizacionais.....	35
3.2 Análise dos resultados do trabalho de campo.....	38
Capítulo 4- Considerações Finais	42



DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro por minha honra, que este Projecto de Investigação nunca foi apresentado, na sua essência, para qualquer dissertação, e que ele constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas as referências e a bibliografia usada.

O Estudante

(Edson Robert de Oliveira Cortês)

AGRADECIMENTOS

Quero endereçar agradecimentos especiais aqueles que de uma forma muito especial, deram um contributo valioso para a materialização deste trabalho que eu pessoalmente chamo-o metamorphose.

Em primeiro lugar, agradeço ao supervisor do trabalho Prof. Doutor José Jaime Macuane que com muita paciência e dedicação deu o melhor de si para que este trabalho se tornasse uma realidade. Muito obrigado Professor.

Agradeço igualmente ao meu amigo e colega Marcelo Mosse que contribui com seus comentários e sugestões para que este estudo tomasse corpo e alma.

Os meus agradecimentos são extensivos ao Morten Nielsen pelas ideias e comentários trocados durante vários meses que contribuíram para aclarar algumas ideias. O meu muito obrigado a Zinóbia Machanguana pela excelente colaboração prestada durante a pesquisa documental realizada no Ministério da Saúde.

Finalmente agradeço aos meus pais e irmãos por todo carinho e aos meus amigos, especialmente a Vitor Macuvele, Bicael Francisco e Hélder Ferrão, por todo apoio e incentivo prestado.

Não deixaria de expressar o mesmo sentimento em relação aqueles que forneceram os dados para que esse trabalho fosse possível, refiro-me concretamente aos entrevistados.

Edson Robert de Oliveira Cortês

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, Maria Salomé de Oliveira que com muito amor e carinho soube acompanhar-me e apoiar-me em todos momentos.

Obrigado mãe, amo-te do fundo do coração.

Resumo

O aumento de focos de disseminação e propagação de práticas corruptas no sector público que foi evidenciado pelo estudo realizado pela Ética Moçambique (2001) sobre corrupção, levou-nos a interrogarmo-nos sobre quais as razões que conduzem a difusão deste fenómeno no sector público.

No presente Projecto de Investigação, procuramos elaborar uma compreensão crítica e prática sobre a manifestação da corrupção no sector da saúde, o caso concreto do Hospital Central de Maputo. Escolhemos esta unidade sanitária porque é a maior podendo por conseguinte oferecer-nos elementos que possibilitem analisar o sector no seu todo.

A análise obedeceu o período que vai de Setembro de 2004 à Abril de 2005 e foi feita com base nos dados recolhidos por via documentos e entrevistas realizadas no Hospital Central de Maputo, Ministério da Saúde e Direcção de Saúde da Cidade.

Baseando-se na teoria Institucionalista como nossa perspectiva teórica, os resultados do trabalho de campo conduzem-nos a três variáveis para ocorrência de práticas corruptas que são: a fraca capacidade institucional no caso concreto do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique para dar resposta cabal a procura dos utentes; baixos salários auferidos na função pública; e por fim uma terceira variável que surge como consequência das duas primeiras que é a perda de objectivos organizacionais que pode contribuir para a desmoralização dos funcionários públicos, falta de interesse, etc.

Assim o trabalho apresenta uma introdução onde é feita a contextualização do tema, é apresentado o problema, delimitado o objectivo geral e específico do estudo, exposta a justificação do estudo bem como a metodologia seguida e os conceitos usados. De seguida o trabalho apresenta quatro capítulos onde temos a revisão bibliográfica, análise da estrutura organizativa do Sistema Nacional de Saúde, actores e as percepções sobre corrupção no Hospital Central de Maputo e por fim a conclusão onde apresentamos algumas sugestões que possam contribuir para minimização de práticas corruptas no sector.

Abreviaturas

MISAU- Ministério da Saúde

AMM- Associação Médica de Moçambique

AEM- Associação de Enfermeiros de Moçambique

HCM- Hospital Central de Maputo

HCB- Hospital Central da Beira

HCN- Hospital Central de Nampula

HGMJ- Hospital Geral José Macamo

HGM- Hospital Geral de Mavalane

HG- Hospital Geral

HD- Hospital Distrital

HR- Hospital Rural

CE- Clínica Especial

SUR- Serviço de Urgências e Reanimação

C.S- Centro de Saúde

P.S- Posto de Saúde

SNS- Sistema Nacional de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

FMI- Fundo Monetário Internacional

BM- Banco Mundial

Capítulo 1- Introdução, Problemática, Objectivos, Justificação, Metodologia, Conceitos, Revisão Bibliográfica

1.1 INTRODUÇÃO

A transição para a democracia em Moçambique e o estabelecimento de uma nova ordem política e económica deu maior visibilidade às praticas corruptas no seio do sector público e da sociedade no geral; na medida em que, após a independência, o modelo de economia centralizada apoiado por um partido político forte e hegemónico não tolerava as manifestações destas práticas.

Ora vejamos, alguns anos após a independência, a política económica traçada pelo Governo de Moçambique não surtia os efeitos desejados, devido a factores internos, tais como a desestabilização militar proveniente da África do Sul, a seca que assolou a zona sul de Moçambique, entre outros, bem como por factores fora do controle governo.

Durante o ano de 1983 as receitas do Estado tinham diminuído consideravelmente, ao mesmo tempo que tinham aumentado muito as despesas militares, as subvenções aos consumidores e as empresas estatais, como também o salário dos funcionários públicos. Pela primeira vez desde a independência, verificou-se um défice grande no orçamento geral do Estado (Abrahamsson & Nilsson,1998:47).

Perante este cenário, o governo moçambicano sentiu a necessidade cada vez maior de recorrer a ajuda financeira externa, o que acabou culminando com o pedido de aderência às instituições de Bretton Woods em 1984, de forma a ter acesso a estes mesmos financiamentos.

Um conjunto de condicionalismos foram impostos para que Moçambique usufrísse dos financiamentos do Banco Mundial e do FMI, condições estas que implicavam a redefinição dos ideais políticos e económicos traçados logo após a independência.

Com a introdução de reformas económicas e redefinição do papel do Estado na gestão pública, gradualmente os sectores da função pública começam a revelar falta de capacidade institucional por forma a responder às novas exigências resultantes do processo de transição. Esta lacuna torna-se evidente devido à conjuntura política, social e económica e pelo elevado grau de dependência da ajuda externa.

Deste modo, foram surgindo espaços para ocorrência de práticas corruptas, isto é, as mudanças ocorridas ao nível do regime político não foram acompanhadas por um redesenho a nível institucional que inviabilizasse a disseminação da corrupção. Embora se deva dizer que as estruturas de oportunidade não sejam intrínsecas à transição para a democracia, estando sim relacionadas com o modelo de reforma do Estado que tem vindo a ser imposto e o maior ou menor grau que as instituições têm de se precaver contra a alteração brusca da dimensão do Estado.

- ★ No caso de Moçambique, a redefinição do papel do Estado acarretou enormes cortes nos gastos públicos. Segundo (Hanlon,2002:7), os salários são a maior componente dos gastos do governo. Um estudo das Nações Unidas (1995) mostrava que dos 110.000 funcionários públicos, mais de metade estavam nos sectores de educação e saúde e o exército tinha somente 12.000 funcionários. O único meio de cumprir com a feroz redução de gastos que o Fundo Monetário Internacional impunha foi o corte nos salários. O salário dos funcionários públicos básicos, como é o caso dos professores e enfermeiros, era 1/3 do que era em 1991.

Deste modo, a redução no salário real dos funcionários públicos tornou-se numa das muitas causas que abriu espaços para a busca de outras fontes alternativas de rendimento, trazendo os ingredientes necessários para o surgimento e consolidação de práticas corruptas dentro do sector público e mesmo na sociedade moçambicana.

Assim, paulatinamente foi-se assistindo ao aumento gradual da corrupção no sector público, com maior evidência naquelas instituições que pelo carácter das actividades que exercem encontram-se em contacto permanente com o público, referimo-nos aos sectores da educação, polícia, alfândegas, notários e saúde.

Vários autores desenvolveram a distinção entre dois tipos de corrupção, corrupção administrativa e a captura do Estado (Pradham,2000:2,3). No caso vertente de Moçambique, pode-se afirmar que estamos em presença dos dois tipos de corrupção mencionados.

Um estudo da Ética Moçambique (2001:22,23), revela que a corrupção em Moçambique é dominada pela pequena corrupção. Segundo (Pradham,2000:2,3) a pequena corrupção ou corrupção administrativa é aquela que relaciona-se com a implementação das leis existentes, regras, regulamentos e mais comumente envolve o pagamento de subornos, por forma a obter

tratamento especial ou encorajar o funcionário público a realizar o seu trabalho. Esta difere da grande corrupção ou captura do estado, que envolve a tomada de controle das instituições, tais como ministérios, o judiciário ou agências regulatórias, para obter ganhos ilícitos, controle informal, e outros meios de extrair ganhos, incluindo "a venda de decisões nos tribunais em troca de interesses privados e a má administração dos fundos do Banco Central". Segundo o estudo da Ética Moçambique (2001) mais de 21% das vítimas da pequena corrupção pagou entre 20% a 100% do equivalente ao PIB per capita do país. O sector da Saúde com (30%), educação com (27%) e a Polícia (21%) são aqueles que apresentam maiores índices de ocorrência de práticas corruptas.

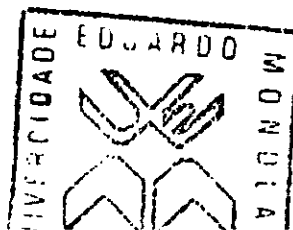
No presente trabalho iremos centrar a nossa análise sobre as manifestações da corrupção no sector de Saúde, mais concretamente no Hospital Central de Maputo, na medida em que esta é a maior unidade hospitalar do país, podendo deste modo oferecer-nos alguns indicadores sobre a incidência do fenómeno corrupção neste sector.

1.2 Problemática

O Sistema Nacional de Saúde em Moçambique está dividido em quatro níveis, que passo a mencionar:

- Nível primário, que compreende os centros de saúde que dividem-se em urbanos e rurais;
- Nível secundário, no qual encontramos os hospitais Distritais, Rurais e Gerais;
- No nível terciário temos os hospitais das capitais Provinciais;
- Por fim, o nível quaternário apresenta os Hospitais Centrais da Beira, Nampula e o Hospital Central de Maputo.

O Hospital Central de Maputo difere das restantes unidades sanitárias do seu nível pelo facto de servir de referência para todos eles. Este facto acrescenta maiores responsabilidades a este hospital, uma vez que, a medida que os níveis inferiores não conseguem responder eficientemente aos problemas com que se deparam, enviam os pacientes para esta unidade sanitária, o que faz com que esta concentre a maior parte dos poucos especialistas que o País



dispõe. Por forma a resolver os casos mais graves, esta unidade sanitária reúne um conjunto de recursos materiais, que devido à exiguidade de fundos torna-se difícil ao Ministério da Saúde equipar as outras unidades hospitalares.

Perante este cenário, o Hospital Central de Maputo apresenta uma maior demanda por parte dos utentes, porque estes, cientes da melhor e maior capacidade de resposta, irão procurar os seus serviços, ignorando os níveis inferiores do Sistema Nacional de Saúde. Assim, como forma de evitar um maior afluxo por parte dos utentes, criou-se um conjunto de mecanismos por forma que os utentes dirijam-se primeiro às unidades sanitárias de níveis inferiores.

Estas medidas, dentre as quais a introdução da taxa moderadora, não surtiram os efeitos desejados, visto que as unidades sanitárias de níveis inferiores encontram-se desprovidas de grande parte de recursos humanos qualificados e recursos materiais, o que faz com que os utentes continuem a dirigir-se ao Hospital Central de Maputo. Deste modo, paulatinamente, esta unidade sanitária vai demonstrando incapacidade para dar resposta às demandas criadas pela incapacidade dos níveis inferiores que compõem o Sistema Nacional de Saúde.

Assim, o permanente congestionamento que o HCM vai sofrendo, aliado a factores intrínsecos ao sector da saúde, podem criar paulatinamente estruturas de oportunidade para a ocorrência de práticas corruptas.

Desta nossa constatação resulta a nossa questão de partida, que em outras palavras é o fio condutor do presente trabalho:

De que forma as lacunas existentes no Sistema Nacional de Saúde contribuem para a ocorrência e disseminação de práticas corruptas no Hospital Central de Maputo?

1.3 Objectivos

1.3.1 Objectivo Geral

Como objectivo geral deste estudo pretende-se elaborar uma compreensão crítica e prática sobre a manifestação da corrupção no sector da Saúde.

1.3.2 Objectivo Especifico

O estudo deverá contribuir para identificar as estruturas de oportunidades para a ocorrência de práticas corruptas no Hospital Central de Maputo e como estas penalizam o seu funcionamento;

-Analisar a interacção dos diversos níveis do Sistema Nacional de Saúde e as fragilidades daí decorrentes, que podem conduzir à ocorrência e disseminação de práticas corruptas no Hospital Central de Maputo.

1.4 JUSTIFICAÇÃO

No presente trabalho, abordamos o tema “ corrupção no sector de saúde” de modo a contribuir na localização de focos mais sensíveis de disseminação e propagação de corrupção.

Moçambique, como muitos outros países em desenvolvimento, sofre de corrupção administrativa relativamente alta e uma forte cultura de compadrio no sector público. Uma característica particular do sistema administrativo é a fraca capacidade das instituições existentes de prestarem serviços básicos e funções reguladoras (Helgason,2002:233).

O sector da Saúde encontra-se incluído no cenário acima exposto, visto que este é um dos sectores da função pública que pela sua natureza, o contacto constante com o público, encontra-se mais exposto à ocorrência de práticas corruptas, sendo apontado em estudos (como por exemplo da Ética Moçambique) como um dos sectores mais vulneráveis. Por conseguinte, um estudo sobre a corrupção neste sector revela-se muito importante, uma vez que este faz parte de um rol de instituições que providenciam os serviços básicos para o cidadão.

Por forma a termos o nosso campo de análise delimitado, escolhemos o Hospital Central de Maputo, uma vez que trata-se da maior unidade hospitalar do país e dentro das unidades sanitárias de nível quaternário este é o Hospital de referência. Sendo portanto a unidade

hospitalar que mais pressão sofre por parte dos utentes, bem como das unidades sanitárias dos níveis inferiores da cidade de Maputo, como também do país inteiro.

Tratando-se de um Hospital de enormes dimensões, decidimos levar a cabo a nossa análise em alguns departamentos a saber: SUR – Serviço de Urgência e Reanimação, Maternidade e no Laboratório de análises. A escolha destes departamentos baseou-se no facto destes estabelecerem um contacto directo e permanente com os utentes, o que torna-os sensíveis à ocorrência de actos ilícitos.

1.5 Metodologia

Tendo em conta o estudo que pretendemos elaborar, optamos por uma abordagem qualitativa por forma a entendermos o fenómeno em si.

Deste modo, numa primeira fase priorizamos a revisão bibliográfica, revisão esta que vai incidir sobre as perspectivas teóricas da corrupção. Visto que existem várias abordagens sobre este fenómeno, centramos a nossa análise naquelas que melhor se enquadram com o tema proposto neste trabalho.

Num segundo momento, elaboramos uma pesquisa documental bem como algumas entrevistas no Ministério da Saúde, por forma a obtermos informação que nos indicasse como se encontra organizado o Sistema Nacional de Saúde, uma vez que pretendemos observar as lacunas que este apresenta para que ocorram práticas corruptas. Esta análise do Sistema Nacional de Saúde forneceu-nos mais alguns argumentos de maneira a que a nossa análise não se baseasse somente nas variáveis baixos salários praticados na função pública e ganância de alguns funcionários, para justificar a ocorrência e disseminação da corrupção no Hospital Central de Maputo, pese embora as variáveis acima expostas não devam ser descuradas.

Após análise documental elaborada, partimos para a terceira fase, que se resumiu na realização de entrevistas abertas junto do nosso grupo alvo que é constituído por: médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, serventes e os utentes dos serviços hospitalares. Realizamos entrevistas abertas junto dos nossos interlocutores, como forma de tentarmos captar o máximo possível a informação que eles transmitiam-nos, pese embora tenhamos consciência que este tipo de entrevista por vezes pode desviar-nos dos nossos objectivos, uma vez que nestes casos oferece-se um maior grau de liberdade de acção ao entrevistado.

Os nossos entrevistados em cada sector foram escolhidos baseando-se na sua disponibilidade porque tendo em conta o tema da pesquisa algumas das pessoas abordadas recusavam-se a falar sobre o assunto em debate.

Recorremos a técnica das entrevistas para clarificarmos junto das pessoas que diariamente ocorrem ao Hospital Central de Maputo, bem como aquelas que lá trabalham sobre a existência ou não de práticas corruptas, e quais os motivos que levam a ocorrência destas mesmas práticas.

1.6 Conceptualização

Para uma melhor compreensão do presente trabalho, propomo-nos a esclarecer alguns conceitos por nós utilizados ao longo do mesmo, conceitos estes que achamos fulcrais, tais como corrupção e responsabilização. Realçamos o facto de os conceitos aqui apresentados encontraram-se inseridos numa perspectiva de análise da corrupção na vertente pública, visto que este conceito pode também ser analisado como um fenómeno envolvendo actores somente do sector privado.

A definição mais comum usada pelo Banco Mundial, a Transparency International e outras organizações ligadas ao desenvolvimento é a de que a corrupção é o abuso do poder público para benefício privado.

A clássica definição de Colin Nye estabelece a corrupção como “um comportamento desviante dos deveres formais de um papel público (eleito ou nomeado) motivado por ganhos privados (pessoais, familiares, etc) de riqueza ou status” (Nye,1967:416, citado por Andvig et al, 2000).

Soji Apampa (Apampa,2002;134) define a corrupção como sendo a perversão ou tentativa de perverter o processo legal ou correcto dentro de um sistema. A criação ou tentativa de criar entraves dentro de um sistema para proveito ou ganho pessoal.

Para o presente trabalho, adoptamos a definição de corrupção apresentada por Soji Apampa, visto acharmos que esta dá-nos maiores subsídios, tendo em conta o nosso objecto de estudo.

Pederiva (1998;18) define responsabilização (*accountability*) como sendo a responsabilização pela eficiente gerência de recursos públicos.

Nesse mesmo sentido, O'Donnell¹ (1998) desenvolveu o conceito de prestação de contas (*accountability*) horizontal. Segundo o autor, não é mais suficiente apenas o conceito clássico de *accountability* vertical, que se refere, sobretudo, ao controle por parte da população dos actos dos seus governantes. É preciso que no âmbito do Estado, dentro do aparelho do estatal, exista uma teia, uma rede de agências interligadas que se comuniquem com regularidade para permitir o controle permanente da administração pública e da gestão dos recursos públicos. Os tribunais de contas integram essa teia (*accountability* horizontal), que passa a ser um mecanismo essencial de transparência e promoção da ética na gestão pública.

O conceito de prestação de contas que irá ser adoptado neste trabalho é aquele que nos é apresentado por O'Donnell, por ser aquele que mais se aproxima aos objectivos do nosso trabalho.

Um outro conceito por nós utilizado que pensamos ser importante defini-lo é o conceito de Hospital que deve ser entendido como instituições de prestação de cuidados clínicos, em regime de internamento e de atendimento em ambulatório a doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos níveis inferiores. Quando nos referimos a níveis inferiores falamos concretamente dos Centros de Saúde e Postos de Saúde.

1.7 Limitações da Pesquisa

Todas as pesquisas têm as suas limitações, a nossa não constitui uma excepção a tais constrangimentos.

A primeira grande limitação da nossa pesquisa é o facto de analisarmos o fenómeno corrupção, uma vez que o secretismo que o envolve trouxe-nos enormes dificuldades na realização das entrevistas, porque os interlocutores logo que soubessem o propósito das mesmas mostravam-se relutantes na abordagem desta problemática, com receio de futuras represálias. Deste modo, as entrevistas nunca foram gravadas por recusa dos entrevistados e os seus nomes são fictícios por forma a protegerem-se.

Um outro aspecto importante que acabou limitando a pesquisa foi o local do nosso trabalho de campo, um hospital, no caso concreto o Hospital Central de Maputo, o que por si acaba dificultando imenso a realização de entrevistas num ambiente calmo e onde os nossos interlocutores possam falar abertamente e sem pressão do tempo.

1.8 Estrutura do Trabalho

O trabalho esta estruturado da seguinte maneira: no primeiro capítulo temos a parte introdutória da nossa pesquisa, no segundo capítulo temos a descrição da estrutura organizativa do Sistema Nacional de Saúde, no terceiro capítulo iremos apresentar e analisar os elementos recolhidos no trabalho de campo, passamos posteriormente a apresentar no quarto capítulo as conclusões do estudo.

1.9 Revisão Bibliográfica

O debate acerca do fenómeno corrupção tem sido abordado por diversos autores que trazem por vezes abordagens que se complementam, bem como antagónicas. Havendo deste modo autores, tais como Leff (1970) e Huntington (1968), que defendem uma certa perspectiva funcional da corrupção, relativamente aos sistemas político e social africano. Estes autores sustentam que para países subdesenvolvidos, como o caso africano, a corrupção pode desempenhar um papel fulcral na rota para o desenvolvimento, na medida em que esta pode ajudar a eliminar alguns entraves de ordem burocrática com que os cidadãos se deparam no quotidiano.

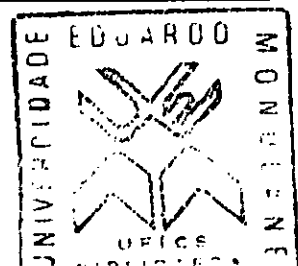
Huntington (1968) propõe um debate sobre os efeitos benéficos da corrupção. No seu ponto de vista e diferentemente de muitos autores, a corrupção, embora podendo levar a consequências negativas na medida em que afecta a redistribuição de recursos, vista do ângulo do interesse geral, é considerada não de todo pernicioso do ponto de vista político. Huntington salienta que "tal como a máquina da política e do clientelismo, a corrupção promove benefícios imediatos, específicos e concretos a grupos que poderiam estar alienados da sociedade.

Este autor argumenta que a corrupção pode ser, por isso, funcional para a manutenção do sistema político. Huntington acrescenta ainda que ao mesmo tempo que a corrupção produz a expansão da participação política, também ajuda a integrar novos grupos no sistema político e a corrupção produzida pela expansão da regulação governamental vai poder estimular o desenvolvimento económico. Esta possibilidade de a corrupção poder acontecer sem minar a estabilidade do sistema político e o crescimento económico só existe no caso de os líderes políticos implementarem um modelo de regulação sócio-político.

Esta perspectiva funcionalista da corrupção pode ser resumida em quatro dimensões daquilo que se considera serem os seus efeitos (Sousa, 2004)¹:

- Sobre o crescimento e desenvolvimento económico = onde se salienta que a corrupção aumenta os mercados paralelos mais dinâmicos, favorece o empreendedorismo, reduz a inflação graças ao contrabando, aumenta o reinvestimento privado, ultrapassa os óbices da burocratização excessiva;
- Sobre a integração social e sentimento de comunidade colectiva = onde se considera que a corrupção suaviza as exigências dos cidadãos face à capacidade de resposta limitada do governo, integrando os excluídos e evitando o recurso à violência, ajuda a reconciliação de interesses divergentes entre as elites modernas enriquecidas e as elites tradicionais, suaviza a transição de uma sociedade comunitária rural para o individualismo impessoal urbano;
- Sobre o desenvolvimento de partidos políticos e funcionamento dos governos = onde se considera que o peculato e a corrupção representam uma fonte de financiamento para os partidos, ajudando a sua institucionalização e legitimação em sociedade e, por conseguinte, melhorando o parlamentarismo, e representação e o pluralismo, ajuda as instituições políticas a desenvolver anticorpos e regimes de auto-regulamentação e diminui a violência política;
- Sobre o funcionamento e modernização da administração pública = cria contra poderes e ajuda a eliminar relações de poder tradicionais através da criação de novas redes de

¹ Sousa, Luis (Work in Progress) baseado em Jean Cartier-Bresson (1997) " La corruption dans le pays capitalistes Tarchips " in Jean Cartier-Bresson (ed.) Pratiques et contrôle de la corruption. Paris Montchrestie, pp 52-55.



interesses, oleia as rodas da engrenagem burocrática excessiva, obstrutiva e ineficiente, desenvolve estímulos monetários que atraem e gratificam os elementos mais talentosos, cimenta as relações dos cidadãos com um aparelho de Estado pesado, violento e com características que são alheias à organização do poder nessas sociedades.

A contrapor a perspectiva funcionalista, uma corrente teórica baseada na escola neo-liberal aborda a corrupção de uma maneira diferente, colocando ênfase nos efeitos negativos da corrupção, na condenação moral e na sua disfunção sistémica. Esta perspectiva, totalmente divergente da funcionalista (Huntington 1968), estabelece que, tendo em conta o funcionamento e a modernização da administração pública, a corrupção aumenta a ineficiência e a morosidade burocrática, porque cria um estímulo para a procura de novas e mais rendas ilícitas; impede a modernização da burocracia e cristaliza o nepotismo e sistemas clientelas de gestão da coisa pública, aumenta a despesa pública desproporcionalmente às receitas (devido às reduções ilegais de impostos ou fugas fiscais, etc). A perspectiva também considera que a corrupção bloqueia a transição para um Estado de direito, entrava o desenvolvimento de um sentido cívico e comunitário e não é um incentivo à produtividade e eficiência.

Rose-Ackerman (1999), cujos argumentos baseam-se na perspectiva institucionalista, traz a debate uma questão muito abordado nos debates sobre corrupção que é o conflito de interesses. Segundo esta autora, alguns países, mesmo que tenham colocado os subornos sobre alçada da lei, têm feito pouco para controlar os conflitos de interesse económico.

Os conflitos de interesse eram predominantes nos primeiros tempos da República Americana. Chefes dos correios publicavam jornais, negociando eles próprios os portes de correio gratuitamente; cobradores de taxas sobre bebidas alcoólicas eram donos de tabernas e isentavam de taxas os seus fornecedores; e alguns funcionários da alfândega eram mercadores proeminentes.

Similarmente, na África pós colonial muitos países encorajavam os seus funcionários a entrarem em actividades comerciais, que se sobrepunham aos seus deveres oficiais. Os conflitos resultantes de interesse e corrupção, corroeram seriamente a eficiência do Estado. Conflitos generalizados existem presentemente na Rússia, na Europa do Leste e na China. Na

China, onde muitas firmas envolvem a sociedade do governo com negócios privados, o governo tem encorajado os quadros a “mergulharem no mar do comércio”.

O problema das lealdades divididas é óbvio. Funcionários podem, sem dúvida, favorecer negócios com firmas nas quais eles tenham interesses, à custa de outras empresas que podiam desempenhar trabalhos públicos mais baratos e com maior competência. Favoritismo análogo é possível em contextos reguladores e de privatizações.

Jean-François Médard (1998) argumenta que a corrupção em África está muito associada ao neo-patrimonialismo e ao clientelismo e que a base para a prevalência do fenómeno tem a ver com a falta de distinção entre o público e o privado.

Para Médard, em África a história do desenvolvimento do Estado foi diferente do caminho que a Europa seguiu: enquanto na Europa a institucionalização do Estado transitou das regras patrimonialistas para um modelo de autoridade legal-racional, em África testemunhou-se uma importação do Ocidente das estruturas burocráticas que foram patrimonializadas pelos seus agentes.

Mesmo quando a distinção entre os domínios público e privado existe em termos legais e formais, ela não funciona na política diária, pois é contraditória com certas normas culturais. Médard dá o exemplo desta contradição com o dilema do exercício legal-racional da autoridade e as normas de lealdade que o agente público tem para com os familiares e amigos: a dominação patrimonial, o rei é dono do seu reino.

Para Médard, a característica do patrimonialismo é a personalização do poder no topo e em todos os níveis de autoridade e o intercâmbio directo de recursos económicos e políticos. "Em África, a corrupção acontece tanto ao nível da administração governamental como ao nível da política: existe a grande como a pequena corrupção, a corrupção para a sobrevivência e a corrupção para o enriquecimento". (idem)

Médard escreve que o patrimonialismo tem efeitos perniciosos, tanto políticos (na medida em que é ao mesmo tempo sintoma e consequência do falhanço da institucionalização do Estado), como económicos (na medida em que economicamente a corrupção é considerada como uma das principais causas do falhanço do desenvolvimento).

Trouxemos a debate estas teorias por forma a compreender-se que pese embora o facto de já termos escolhido a nossa perspectiva teórica, como poderão depreender posteriormente, existem outras perspectivas que podem ser usadas para a leitura desta mesma realidade social.

1.9.1 Enquadramento Teórico

A necessidade de interpretar e compreender a realidade social, que constitui o nosso objecto de estudo, obrigou-nos a delimitar e optar por um referencial teórico. Contudo, existe uma multiplicidade de teorias que podem ser usadas por forma a elaborar-se uma leitura da realidade social:

- Na perspectiva de Jean-F. Médard (1998) a principal causa para a ocorrência da corrupção em África é a falta de uma distinção clara entre a esfera pública e privada. Esta perspectiva teórica mostra que o facto do modelo de autoridade legal-racional ter sido importado das respectivas ex-potências colonizadoras e imposto aos respectivos países africanos provocou um choque entre os novos valores trazidos do ocidente e as normas e culturas nativas.

O que acontece é que esta falta de distinção entre a esfera pública e privada faz com que aqueles que estão encarregues de gerir o bem público tenham por vezes tendência de usar estes mesmos bens em proveito próprio. Surge deste modo o discurso que associa o neo-patrimonialismo em África à corrupção, porque o detentor do poder vê o Estado como sua propriedade privada.

No que se refere à perspectiva funcionalista da corrupção, o argumento por si apresentado baseia-se na análise de pressupostos que nortearam o desenvolvimento dos países ocidentais, com maior ênfase nos casos da Inglaterra e os Estados Unidos da América, durante os séculos XVIII e XIX. Observemos as condições subjacentes à ocorrência de corrupção nesta teoria:

- A corrupção tende a evoluir num período de crescimento e modernização acelerados, em função da mudança de valores, de novas fontes de riqueza e poder, e da expansão do governo. Huntington (1968) salienta ainda que na América Latina, os países "mulatos" têm mais corrupção do que os países "indígenas" ou "caboclos"; a África negra também

tem um nível elevado de corrupção. Como causa, Huntington cita não a raça em si, mas o fenómeno associado da " ampla ausência de divisões de classe" nesses países.

- Esta perspectiva considera ainda que a proporção entre as oportunidades políticas e económicas em determinado país afecta a natureza da corrupção. Se aquelas prevalecem sobre estas, então as pessoas vão considerar a política como um meio de fazer dinheiro, o que levará a uma escalada na corrupção.
- Por fim, considera que quanto menos desenvolvido forem os partidos políticos, mais prevalecerá a corrupção. Porque estes terão menor capacidade de pressionar o governo em caso do uso abusivo dos bens públicos.

Segundo Myrdal (1970,170) diferentemente das sociedades africanas, as sociedades americanas e inglesas do século XVIII e XIX possuíam fortes grupos da classe média, que com as virtudes das convicções religiosas, ideologias políticas, e posição social tinham uma forte motivação para gastar muita energia em esforços altruísticos, de modo a revelar a existência de práticas corruptas e deste modo gerar vastos movimentos de reforma. Surgindo deste modo o sistema de regulação sócio-política defendido por Huntington (1968).

Quando definimos o nosso objecto de estudo, propusemo-nos a analisar o fenómeno corrupção no sector da Saúde, mais concretamente no HCM, com vista a delimitarmos o nosso campo de análise. De seguida, centramos a nossa atenção na dimensão corrupção administrativa que já definimos anteriormente.

Assim sendo, o referencial teórico que conduziu a nossa análise baseou-se na perspectiva institucionalista (Cartier-Bresson, 1997). Esta teoria apresenta um conjunto de causas para ocorrência de práticas corruptas que passamos a apresentar tais como:

- A fraca capacidade institucional aliada aos baixos salários auferidos na função pública, orçamentos disfuncionais de governos, atrasos na libertação de fundos do orçamento, incluindo pagamentos e a perda de objectivos organizacionais, que também podem contribuir para a desmoralização dos funcionários públicos. Algumas das causas aqui apresentadas, utilizamos como nossas variáveis ao longo da pesquisa.

Assim sendo, a perspectiva institucionalista estabelece que, tendo em conta o funcionamento e a modernização da administração pública, a corrupção aumenta a ineficiência e morosidade burocrática, porque cria um estímulo para a procura de novas e mais rendas ilícitas; impede a modernização da burocracia e cristaliza o nepotismo e sistemas clientelares de gestão da coisa pública, aumenta a despesa pública desproporcionalmente às receitas (devido às reduções ilegais de impostos ou fugas fiscais, etc). A perspectiva também considera que a corrupção bloqueia a transição para o Estado de Direito, bloqueia o desenvolvimento de um sentido cívico e comunitário e não é um incentivo à produtividade e eficiência.

Optamos por esta teoria porque ela analisa os efeitos da corrupção a nível institucional, mostrando que apesar de os subornos poderem ser caracterizados como pagamentos de incentivos a funcionários públicos, uma política de tolerância activa porá em causa a capacidade institucional a longo prazo. Ela também mostra que os pagamentos por fora que são largamente vistos como aceitáveis devem ser legalizados, mas nem todos os esquemas de "pagamentos de incentivos" melhorarão a eficácia burocrática, podendo por conseguinte constituir um incentivo para criar mais demoras e burocracia por forma a favorecer os menos escrupulosos e os mais prósperos.

No próximo capítulo iremos analisar o Sistema Nacional de Saúde, de modo a percebermos como ele se encontra organizado.

Capítulo 2– Análise da Estrutura Organizativa do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique.

Com o final do sistema colonial em Moçambique, o governo moçambicano viu-se forçado a criar um Sistema Nacional de Saúde que fosse mais abrangente e inclusivo, visto que até então o direito à saúde beneficiava somente a um conjunto de indivíduos, que no caso concreto eram os colonos portugueses.

Segundo Ferreira (2003) havia a necessidade de estender a todos os pontos do País as estruturas e os benefícios do Serviço Nacional de Saúde. Deste modo, definiram-se quatro níveis de atenção: primário, secundário, terciário e quaternário.

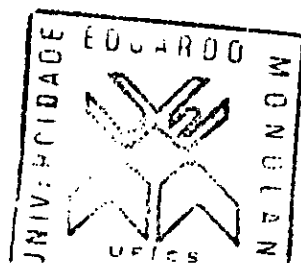
O nível primário engloba um conjunto de acções básicas para a solução dos problemas mais vulgares na comunidade.

A este nível são resolvidos os problemas menos complexos, surgindo por conseguinte a necessidade da sua expansão ao longo de todo o território, por forma a que possa estar mais próximo dos utentes.

Ainda segundo Ferreira (2003), cerca de 90% dos problemas que motivam os primeiros contactos da população com a estrutura de saúde podem ser resolvidos a este nível. Por exemplo, a bronquite crónica na Inglaterra, e a malária em Moçambique.

Em Moçambique as unidades sanitárias de nível primário são designadas Centros de Saúde e têm como função dispensar Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os Centros de Saúde classificam-se em Urbanos e Rurais. Os Centros de Saúde urbanos localizam-se em zona urbana e em princípio os Centros de Saúde Rurais localizam-se em zona rural. Porém, os Centros de Saúde com internamento, que servem essencialmente a populações rurais, são considerados Centro de Saúde Rurais, mesmo quando situados em centros urbanos (vilas). (MISAU,2002;9).

Estes Centros de Saúde Rurais e Urbanos têm as suas respectivas subdivisões; isto é, o Centro de Saúde pode ser do tipo I ou II, conforme o grau de complexidade técnica da sua infraestrutura física e da sua organização e equipamento, conforme a sua dotação de pessoal e a população a servir na sua zona de influência directa. O Centro de Saúde de tipo II é a mais



pequena unidade sanitária que dispensa Cuidados de Saúde Primários no meio rural, enquanto o Centro de Saúde de tipo I é o Centro de Saúde mais diferenciado e de maiores dimensões, também no meio rural.

Os Centros Urbanos são de três tipos (A, B, C) onde o Centro de Saúde de tipo A é o Centro de Saúde mais diferenciado e de maiores dimensões no meio urbano, enquanto o Centro de Saúde do tipo C é a mais pequena unidade sanitária que dispensa os cuidados de saúde primários no meio urbano. Somente nos Centros de Saúde urbanos do tipo A está prevista a existência de um médico, o que nem sempre acontece, devido à exiguidade de médicos com que o País se debate.

Segundo Ferreira (2003), o nível secundário é mais diferenciado e desenvolvido, apoiando o nível primário, quer quanto aos problemas técnicos como organizacionais. Este nível resolve situações mais complexas, remetendo para os outros níveis de atenção (terciário e mesmo quaternário) a solução de todas as situações que ultrapassam o âmbito da sua competência .

Muitas vezes as actividades de prevenção secundária implicam uma maior contribuição da capacidade técnica dos quadros de saúde, esta exige meios técnicos, materiais e humanos.

Os Hospitais de nível secundário têm como função dispensar cuidados de saúde secundários e constituem o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos Centros de Saúde da sua zona de influência, pese embora o facto destes mesmos hospitais em caso de urgência receberem directamente doentes que efectuem o seu primeiro contacto com o Sistema Nacional de Saúde (MISAU,2002;33).

Assim, estes constituem o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas ao nível dos Centros de Saúde, funcionando como um instrumento de filtragem, solucionando o mais próximo possível dos locais onde os problemas de saúde ocorrem, descongestionando os hospitais de níveis terciários e quaternários para que estes se concentrem-se em problemas de saúde mais complexos.

Os Hospitais de nível secundário são de três tipos: Hospitais Distritais, Rurais e Gerais. O Hospital Distrital destina-se a servir de unidade hospitalar de primeiro nível de referência dos vários Centros de Saúde da sua zona de influência.

A principal característica de um Hospital Rural, que o distingue dos hospitais Distritais, é o facto de possuir condições para a realização de intervenções de grande cirurgia para o internamento, dispor de serviços individualizados das quatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia e Ginecologia.

Os Hospitais Gerais são muito idênticos aos hospitais Rurais, mais distinguem-se deles por se situarem sempre em zona urbana e por servirem de primeiro nível de referência essencialmente a populações provenientes de áreas de saúde situadas em zonas urbanas. Estes prestam cuidados de cirurgia geral em regime de urgência vinte e quatro horas por dia, realizando também intervenções de grande cirurgia electiva.

As estruturas de saúde do nível terciário apoiam supervisionam e coordenam o trabalho dos escalões inferiores. A este nível, as acções médicas de carácter curativo incluem especialidades mais complexas, para além das do nível secundário, infecto-contagiosas, cuidados intensivos, Psiquiatria, Dermatologia, Medicina Física e Reabilitação, etc.

A infra-estrutura curativa a este nível é o Hospital Provincial, que tem como função dispensar cuidados de saúde terciários e constituem o nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais, bem como para doentes proveniente dos centros de saúde (Nível Primário de atenção de Saúde), que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não têm Hospital Rural, nem Hospital Geral para onde possam ser referidos.

Em geral, os hospitais Provinciais localizam-se na cidade capital provincial, mas nada impede que em províncias muito populosas haja mais do que um hospital provincial (Misau,2002:56).

Em Moçambique os cuidados curativos do nível quaternário têm um carácter regional, uma vez que estão a cargo dos três hospitais Centrais, nas cidades de Maputo, Beira e Nampula, sendo cada um deles responsável por uma região do território nacional.

Estes hospitais constituem o nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos hospitais Provinciais e nos hospitais Rurais e ou Gerais, bem como doentes provenientes dos hospitais Distritais e de Centros de Saúde (Nível

Primário de Atenção de Saúde), que se situam nas imediações do hospital Central e que não têm hospital Provincial perto, nem hospital Rural e ou hospital Geral para onde ser referidos.

Os Hospitais Centrais funcionam também como hospitais provinciais das províncias onde se encontram situados, muito embora a longo prazo seja de considerar a transformação dos actuais hospitais Gerais ou hospitais Rurais, em hospitais Provinciais, estabelecendo assim uma separação mais coerente entre os níveis terciário e quaternário.

Os hospitais Centrais em princípio só recebem doentes nos casos referidos nos parágrafos acima, podendo contudo em casos de urgência e outros excepcionais devidamente regulamentados receber directamente doentes que efectuem o seu primeiro contacto com o Sistema Nacional de Saúde.

Para o eficiente desempenho do Sistema Nacional de Saúde, é necessário que haja uma interacção entre os quatro níveis que o compõem, estabelecendo-se portanto uma relação hierárquica, escalonada e regionalizada, que funciona no sentido ascendente, e também descendente. Podendo-se considerar ascendente, quando a unidade está dependente de outra de nível imediatamente superior que a apoia também do ponto de vista técnico e administrativo e descendente, quando a unidade de nível superior superintende um conjunto de unidades de nível imediatamente inferior, apoiando-as técnica e administrativamente.

Esta hierarquização funcional assegura a todos os cidadãos a possibilidade de disporem de cuidados de saúde tão diferenciados quanto o exija a complexidade da sua situação, tentando-se estabelecer um sistema coerente de inter-relações entre os diversos níveis.

Isto significa, como fizemos menção anteriormente, que o nível primário deve cobrir todo o território nacional, de modo a que seja o primeiro contacto entre a população e o Sistema Nacional de Saúde. A partir daqui, o cidadão é encaminhado para os outros níveis de atenção de saúde, que dispensam cuidados progressivamente mais complexos, à medida que forem necessários, assegurando-se deste modo os cuidados de saúde integrados a toda a população.

Observemos a interacção dos quatro níveis do Sistema Nacional de Saúde no caso concreto da cidade de Maputo. Esta urbe possui três hospitais de nível secundário com a designação de hospitais Gerais, que são respectivamente o Hospital Geral José Macamo, Hospital Geral de

Mavalane e Hospital Geral do Chamanculo. Este último pelas suas características devia ser considerado Centro de Saúde, porque somente possui internamento para utentes afectos ao serviço de maternidade, não obedecendo aos critérios que regem a definição de um Hospital Geral.

Os Centros de Saúde são as unidades sanitárias que têm a função de dispensar os Cuidados de Saúde Primários, encontrando-se afectados segundo a zona de captação ou de influência do respectivo Hospital Geral, uma vez que os hospitais gerais prestam cuidados de saúde secundários às populações que não conseguem resolver os seus problemas de saúde no nível primário. Portanto, cada um destes hospitais Gerais que pertencem à cidade de Maputo tem os seus Centros de Saúde da sua zona de influência e captação, para além do facto de dentro dos hospitais Gerais existir sempre um Centro de Saúde.

Para o caso concreto da cidade de Maputo, o número de habitantes por cada zona de captação acaba influenciando a designação atribuída a unidade sanitária.

Observemos o caso concreto do Hospital Geral do Chamanculo. Esta unidade sanitária devia ser considerada um Centro de Saúde urbano do tipo A, porque somente reúne os requisitos exigidos para estas unidades, que no caso concreto trata-se do bloco de internamento para maternidade. Mas devido à sua zona de influência e captação, este é considerado hospital geral, tal facto vem aumentar a sobrecarga dos outros dois hospitais gerais da cidade, o Hospital Geral José Macamo e Hospital Geral de Mavalane respectivamente.

Aliado a este facto, observa-se uma falta de recursos humanos e materiais suficientes, o que obriga a uma melhor racionalização destes. Por exemplo, os Centros de Saúde urbanos do tipo A deviam possuir um médico, mas enquanto não houver médicos em número suficientes para cobrir as necessidades do País, um médico poderá cobrir dois Centros de Saúde urbanos tipo A dois dias e meio por semana em cada unidade, ou poderá temporariamente ser substituído por um técnico de saúde (MISAU,2002;21).

Quanto aos recursos materiais, a exiguidade destes obriga a ter que concentrá-los nas maiores unidades sanitárias, uma vez que estas têm uma maior zona de influência e captação. No caso da cidade de Maputo, referimo-nos a unidades sanitárias como o Hospital Central de Maputo, Hospital Geral José Macamo e Hospital Geral de Mavalane.

Os utentes conhecedores das fragilidades que enfermam o sector buscam soluções dos seus problemas de saúde junto das unidades sanitárias melhores apetrechadas, em termos de recursos humanos e materiais, de modo a solucionarem os seus problemas de saúde, acabando por descongestionar os Centros de Saúde urbanos do tipo C, que na cidade de Maputo são chamados postos de saúde, bem como os Centros de Saúde urbanos do tipo B.

Este descongestionamento na base provoca falhas no Sistema Nacional de Saúde, porque os níveis imediatamente superiores começam a resolver problemas de saúde que deviam ser solucionados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Deste modo, os Cuidados de Saúde Primários, que deviam ser o primeiro contacto do utente com o Sistema Nacional de Saúde, devido às carências acima apresentadas, são relegados para o segundo plano, o que acaba por penalizar o Hospital Central de Maputo que é a maior unidade sanitária da urbe e a que reúne os melhores recursos humanos e materiais.

2.1 ESTRUTURA FISICA E ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO

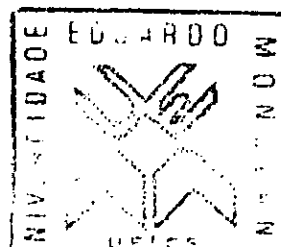
O Hospital Central de Maputo, de acordo com a estrutura do Serviço Nacional de Saúde, é um hospital de nível quaternário, o mais diferenciado do país, com estatuto de Hospital Universitário, prestando cuidados na áreas curativa, reabilitativa, preventiva e de ensino. Serve directamente uma população de 1.684.142 habitantes do grande Maputo (cidades do Maputo e Matola). Contudo, dada a escassez de pessoal médico, sobretudo especializado, muitos doentes das províncias de Maputo, Gaza e Inhambane vêm directamente à cidade de Maputo a procura de cuidados diferenciados. Por outro lado, a relativa facilidade com que se tem viajado permite que alguns doentes venham das províncias mais longínquas sem guias de transferências das unidades sanitárias de suas origens (HCM/ RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS;2004;4).

O Hospital Central de Maputo funciona com capacidade de 1487 camas oficiais. E esta estruturado administrativamente e clinicamente da seguinte maneira: Direcção Geral; possui 04 Direcções de áreas (Direcção Clínica, Direcção Administrativa, Direcção Científica e Pedagógica e Direcção de Enfermagem); 07 Departamentos clínicos (Departamentos de

Medicinas, Ortopedia, pediatrias, Cirurgias, Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Urgências e Reanimação e a Clínica Especial); 04 Departamentos Técnico-administrativos (Departamento de Finanças, Recursos Humanos, Planificação e Estatística e Aprovisionamento), 42 Serviços Clínicos, 16 Serviços de Apoio Clínico e Atendimento Externo; 07 Serviços de Atendimento de Urgência; 04 Blocos Operatórios.

Pelo seu carácter de trabalho, algumas instituições de Saúde têm uma estreita relação com o Hospital Central de Maputo, são os casos da Faculdade de Medicina, do Instituto de Ciências de Saúde de Maputo, da Casa Mortuária, da Associação Nacional dos Enfermeiros de Moçambique e da Associação Médica de Moçambique (HCM/ RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS;2004;3).

Os 07 departamentos clínicos os quais fizemos menção anteriormente apresentam 42 serviços de internamento distribuídos da seguinte maneira: Departamento de Medicinas com 11 serviços de internamento, Departamento das Cirurgias com 08 serviços, Departamento das pediatrias com 09 serviços, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia com 06 serviços, Departamento das Ortopedia com 04 serviços, SUR com 01 serviço e Clínica Especial com 03 Blocos de internamento. Nestes serviços estão disponíveis 1473 camas.



Capítulo 3- Actores e percepções sobre corrupção no HCM.

No decurso da pesquisa houve a necessidade de efectuar trabalho de campo, por forma a podermos confrontar algumas das variáveis que constatamos ao longo da pesquisa bibliográfica.

Assim, o trabalho de campo foi realizado no Hospital Central de Maputo, mas devido a sua enorme dimensão focalizamos a nossa análise em três sectores, a saber: departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Laboratórios e Serviços de Urgência e Reanimação.

Nestes três departamentos realizamos um conjunto de trinta e seis entrevistas como pode-se observar abaixo. Realçamos o facto de que nestas trinta e seis pessoas entrevistadas incluímos algumas pessoas afectas ao Ministério da Saúde, bem como à Direcção de Saúde da Cidade.

Nº de entrevistados	Profissão
4	Serventes
8	Enfermeiros
5	Médicos
2	Técnicos de Saúde
3	Técnicos de Laboratório
4	Administrativos
10	Utentes

A escolha dos nossos interlocutores não obedeceu a nenhum critério previamente estabelecido; isto é, não definimos o número de entrevistados que iríamos auscultar em cada grupo patente na tabela acima. Aleatoriamente e consoante a disponibilidade tentamos auscultar todos os grupos de actores que interagem nesta unidade sanitária.

Deste modo no sector de Ginecologia e Obstetrícia entrevistamos 4 enfermeiros, 2 serventes, 2 médicos, 3 utentes. Por sua vez no SUR entrevistamos 2 serventes, 4 enfermeiros, 1 médico, 3 administrativos, 6 utentes. Por fim nos Laboratórios conseguimos inquerir 2 técnicos de saúde e 3 técnicos de laboratório, 1 administrativo e 1 utente. Os outros 2 médicos que fazem parte da nossa amostra foram inqueridos no Ministério da Saúde.

Optamos por esta metodologia por termos constatado que devido a sensibilidade do tema da pesquisa alguns interlocutores recusaram-se abordar o assunto.

Portanto, neste capítulo iremos centrar-nos na apresentação dos resultados do trabalho efectuado no campo.

3.1 Oportunidade e manifestações de corrupção

Quando se fala de corrupção, geralmente aborda-se o tema com alguma delicadeza, devido ao secretismo que o envolve e as susceptibilidades que possa ferir. Ao longo da realização da primeira fase da nossa pesquisa, tentamos perceber quais seriam as causas que estariam por detrás do surgimento deste fenómeno no sector da Saúde, mais concretamente no Hospital Central de Maputo.

Levamos a cabo a operacionalização de algumas variáveis presentes na teoria que orientou o nosso trabalho, tais como os baixos salários auferidos pelos funcionários da função pública, fraca capacidade institucional, no caso concreto a fraca capacidade do Sistema Nacional de Saúde de criar mecanismos por forma a solucionarem os problemas de saúde dos utentes, e por fim a terceira, que aparece neste caso concreto como consequência da ausência da capacidade institucional, que é a perda dos objectivos organizacionais.

3.1.1 Fraca capacidade institucional, evidenciada pelo Sistema Nacional de Saúde.

No parágrafo acima fizemos menção à falta de capacidade institucional do Sistema Nacional de Saúde como sendo uma das variáveis por nós constatada ao longo da nossa pesquisa, que eventualmente poderá contribuir para ocorrência e disseminação de práticas corruptas no HCM.

A estrutura organizativa do Sistema Nacional de Saúde, tal como foi concebida, compreende quatro níveis, mas a sua operacionalização encontra-se muito aquém do previsto por dificuldades de ordem material, humana e financeiras.

Assim, os poucos recursos existentes devem ser usados de forma racional, concentrando-os em unidades sanitárias que cubram maiores zonas de captação e influência, de maneira a que um maior número de indivíduos tenha acesso a estes Cuidados de Saúde. O que acontece é que as unidades sanitárias de níveis inferiores, referimo-nos concretamente aos Centros de Saúde e hospitais de níveis secundários, pela ausência de recursos que se observa são relegados para segundo plano, como forma de priorizar-se os níveis superiores da escala hierarquizada do Sistema Nacional de Saúde.

Assim, os utentes quando dirigem-se a estas unidades geralmente debatem-se com situações como falta de médicos, de pessoal hospitalar em número suficiente para cobrir as necessidades, ausência de ambulância para evacuação dos utentes, etc. Estas carências paulatinamente sedimentam a percepção junto dos utentes de que é melhor dirigirem-se logo de imediato que se encontram com problemas de saúde as unidades sanitárias de níveis superiores.

Deste modo, gradualmente, as unidades sanitárias de níveis inferiores deixam de constituir o primeiro contacto dos utentes com o Sistema Nacional de Saúde, em detrimento das unidades sanitárias de níveis mais altos, tais como o Hospital Central de Maputo, que é a maior e a mais bem equipada unidade sanitária do país, contribuindo deste modo para o surgimento de enormes filas de espera neste hospital.

Um enfermeiro por nós contactado referiu-se a este aspecto de falta de capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde nos seguintes termos:

" Acho que a introdução da taxa moderadora não surtiu os efeitos desejados se reparares o maior número de utentes que recorre ao Serviço de Urgência e Reanimação não passa pelos hospitais de nível inferior. Mas é lógico. Mesmo se fosse o meu caso viria para o Hospital Central de Maputo onde sei que teria atendimento de um médico generalista logo de imediato, se fosse o caso seria encaminhado para um especialista, poderia também ter acesso

ao raio X, e a um conjunto de condições que os hospitais de nível inferior não têm capacidade de disponibilizar.

Ainda focalizando este aspecto da falta de capacidade do Sistema Nacional de Saúde, o que acaba por penalizar o Hospital Central de Maputo, podemos reter do depoimento de um funcionário administrativo que:

" o tempo de permanência de um doente dentro de uma unidade sanitária deve ser de uma hora e trinta minutos mas devido às enormes enchentes isso geralmente não acontece, podendo a pessoa acabar por perder meio dia a espera do tratamento".

Um utente focou a questão da falta de capacidade das unidades sanitárias de nível inferior nos seguintes termos:

" Vim ao Hospital Central de Maputo porque acho que aqui terei melhor atendimento, paguei o valor de 75.000,00 Mts. Raras vezes desloco-me ao centro de saúde acho que é uma questão de hábito, logo que alguém próximo fica doente recorremos ao Hospital Central de Maputo, e também nos centros de saúde não existe serviços de urgência e se acontece algo depois das 15h não temos para onde recorrer. O facto de após as 15h só podermos recorrer a este hospital acho que pode contribuir, porque repara se aqui no banco de socorros não tivesse cheio, as pessoas não iriam procurar entrar em esquemas e neste aspecto acho que todos somos cúmplices, porque os utentes querem despachar-se e sabem das dificuldades do pessoal hospitalar, aliciando-os por forma a conseguirem os seus objectivos".

Nos trechos acima pode-se depreender que a criação de mecanismos por forma a discentivar os utentes a recorrer ao Hospital Central de Maputo como seu primeiro contacto com o Sistema Nacional de Saúde, não têm surtido os efeitos necessários, porque olha-se para o problema de uma forma isolada.

Ora vejamos, quando foi introduzida a taxa moderadora o objectivo principal era descongestionar o HCM, por forma a que este se concentrasse nos problemas de saúde mais complexos. Porém, estas medidas não foram acompanhadas por uma capacitação dos níveis inferiores do Sistema Nacional de Saúde, continuando estes níveis a oferecer os mesmos serviços deficitários.

Deste modo, uma medida que visava pôr fim às enormes filas de utentes no Hospital Central de Maputo gradualmente começa a mostrar-se ineficaz, porque não foi acompanhada por uma melhoria na prestação de serviços nas unidades sanitárias de níveis inferiores. Portanto, os objectivos preconizados aquando da elaboração destas medidas não surtiram os efeitos desejados, somente os mais pobres passaram a obedecer a hierarquização do Sistema Nacional de Saúde, tendo os Centros de Saúde como seu primeiro contacto.

3.1.2 A questão dos baixos salários auferidos na função pública

A estrutura de recompensa na administração pública é muitas vezes considerada como uma determinante chave na evolução da corrupção no sector público. Se os funcionários forem bem pagos, comparado com o sector privado, e forem recompensados de acordo com o seu desempenho, os ganhos potenciais de se envolverem em actividades corruptas podem não ser tão grandes que valha a pena o risco.

Quando inquiridos, os funcionários da média e baixa administração estes afirmam que os baixos salários que usufruem criam condições para que eles se envolvam em práticas corruptas. Enquanto os seus colegas que exercem cargos de chefia apresentam maior relutância em assumir os baixos salários como força motriz para ocorrência de práticas corruptas.

Esta aparente discrepância de opiniões está intimamente ligada àquilo que os actores definem ou percebem como sendo corrupção. Porque constatamos que na concepção da classe médica e de indivíduos posicionados em lugares de chefia o conflito de interesses, que é uma das formas mais generalizadas pelas quais se manifesta a corrupção dos médicos, não é por estes percebida como sendo corrupção. Na sua óptica, corrupção é aquele acto de favorecimento praticado pelos serventes e enfermeiros de pedir algo em troca da prestação de um serviço.

A questão do conflito de interesses no sector da saúde encontra-se associada as formas paralelas de rendimento, onde os profissionais de saúde procuram meios alternativos de modo a aumentarem os seus rendimentos.

Estes meios alternativos de busca de rendimento não devem ser percebidos como suborno porque aqui não são necessários subornos, os funcionários seguem simplesmente os seus próprios interesses económicos. Nestes casos, os funcionários são capazes de arranjar um

segundo emprego ou mesmo abrir os seus próprios negócios, onde possam lucrar da vantagem da sua posição na função pública.

Mas quando o interesse público começa a sair prejudicado em favor do interesse particular o conflito de interesse pode conduzir a corrupção.

Um técnico de saúde por nós contactado referiu-se nos seguintes termos a esta questão:

" Geralmente acusa-se os serventes de serem os mais envolvidos neste tipo de casos, mas acho que todos à sua maneira envolvem-se, porque enquanto o servente tem esquemas de 10.000Mts até 50.000Mts ou um pouco mais e baseia-se em tentar com que o seu cliente fure a bicha e rapidamente seja atendido, os enfermeiros por sua vez têm a sua escala de valores exigidos e seus esquemas, os médicos também a sua respectiva. E nestes casos o peixe miúdo é que sempre é a vitima. Por isso, afirma-se que a maior incidência dessas práticas vem do lado dos serventes" .

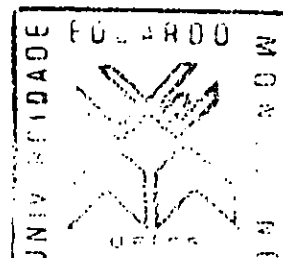
Observemos o depoimento de um servente a propósito desta questão que afirma:

"Para diminuir a corrupção acho que é preciso aumentarem os salários, por exemplo eu tenho quatro filhos dois dos quais estudam aqui na cidade, eu trabalho aqui na cidade somos três que precisam de dinheiro de chapa de ida e volta todos os dias mas o meu salário é de 1.600.000Mts antes do meio do mês esse dinheiro já acabou porque não vivo só de pagar chapas. Agora pergunto-lhe acha que eu posso negar a oferta de dinheiro?"

Um enfermeiro por nós inquirido referiu-se a questão dos salários nos seguintes termos:

"Por exemplo aqui no Banco de Socorros a maior parte dos funcionários quando aparecem os indivíduos de origem asiática ou paquistanesa procura atender rapidamente, porque estes são conhecidos por oferecerem gorjetas muito boas. Eles oferecem-nos dinheiro porque sabem que auferimos salários muito baixos e não estão interessados em perder tempo nas filas de espera para serem atendidos, enquanto podem pagar "

O argumento dos baixos salários auferidos pelos funcionários públicos que muito consensos têm ao nível dos escalões inferiores da estrutura administrativa é refutado à medida que vamos subindo na escala hierárquica vejamos o depoimento de uma chefe de departamento:



" O salário na função pública é baixo, mas nós como trabalhadores da saúde temos uma postura de integridade e dignidade a manter e não são 10.000 Mts ou 50.000Mts que vão tirar a minha reputação por forma a que as pessoas apontem-me na rua. Eu própria já tive um caso em que estava a chamar as pessoas que estavam na bicha para um exame de ecografia, então enquanto chamava as pessoas uma senhora aproximou-se e entregou-me uma nota de 10.000 Mts e pediu-me que eu a chamasse. Acho que a minha integridade não vale 10.000 Mts".

Um funcionário sénior da administração do Hospital Central de Maputo abordou esta questão nos seguintes termos:

" Há pessoas que criam vícios cujos salários não conseguem suportar. Penso que os baixos salários auferidos ao nível de toda a função pública, refiro-me a toda não somente ao sector da saúde, não devem ser vistos como dinamizadores da corrupção, senão todos seríamos corruptos".

A melhoria dos salários reduz o valor da aceitação de subornos, mas pode não reduzir o valor a zero. Os altos vencimentos podem simplesmente aumentar o valor do suborno, retirando dos esquemas os indivíduos com menor capacidade financeira. Mas cremos nós que uma estrutura de incentivos bem delineada, que pode não passar necessariamente por um aumento salarial, poderia inverter esta tendência de justificar-se a existência de esquemas corruptos por causa dos baixos salários.

3.1.3 Perda dos objectivos organizacionais

Ao longo da pesquisa, encontramos uma outra variável que dentro daquilo que são os pressupostos teóricos da teoria institucionalista pode conduzir a ocorrência de corrupção, que é a perda dos objectivos organizacionais, que pode contribuir para a desmoralização dos funcionários públicos, falta de interesse, etc. Esta variável pode ser vista como consequência das anteriormente apresentadas.

A necessidade de aumentarem os seus rendimentos obriga a muitos dos profissionais de saúde a terem mais de um emprego. Em contacto com os nossos interlocutores, estes afirmam que esta prática é comum no sector da saúde. No subcapítulo anterior focamos a questão dos

baixos salários auferidos na função pública, que funciona como impulsionador deste fenómeno do duplo emprego.

No caso concreto do Hospital Central de Maputo, temos um sistema que cria possibilidades deste duplo emprego num sistema rotativo, de modo a que, os funcionários possam aumentar os seus rendimentos.

Este sistema preconiza que anualmente de uma forma rotativa os serventes, enfermeiros e médicos especializados assinem contratos com a Clínica Especial do Hospital Central de Maputo de modo a que possam aumentar os seus rendimentos. Estes contratos não são renováveis para permitir que no ano seguinte outros funcionários sejam contratados.

A questão que se coloca é que na tentativa de se criar mecanismos de modo a que haja melhorias nos rendimentos dos enfermeiros e médicos especializados, estas medidas acabam por penalizar os utentes do serviço público, quando estes deparam-se com pessoal hospitalar cansado, porque não cumpriu, os dias de folga a que tinha direito, por se encontrarem a fazer trabalho extra na Clínica Especial do Hospital Central de Maputo.

Este aspecto é realçado quando entrevistamos uma enfermeira que afirmou que:

" Grande parte dos enfermeiros trabalha em clínicas privadas, o que acaba por afectar o seu rendimento nas unidades sanitárias do serviço público, porque apresentam-se a maior parte das vezes cansados, o que acaba condicionando o seu desempenho".

A mesma interlocutora adiantou-nos o seguinte: *" Como forma de aumentarem os seus rendimentos os enfermeiros fazem horas na clínica especial do Hospital Central de Maputo ou noutras clínicas privadas. Na clínica especial do Hospital Central de Maputo existe uma escala fixa e os enfermeiros que lá trabalham tem um subsidio de 3.000.000,00 Mts mensais. No caso concreto da clínica especial do Hospital Central de Maputo existe uma rotatividade, de modo a que todos os enfermeiros afectos a esta unidade sanitária anualmente tenham contrato com a clínica. Portanto, no ano que tens contrato com a clínica provavelmente podes não ter nenhum dia de folga, porque é suposto ires a clínica nos dias de folga do Hospital".*

O relato acima apresenta alguns dados que são enfatizados por Rose-Ackerman (1999), quando afirma que se o sector público paga salários muito baixos, os funcionários são capazes de arranjar um segundo emprego ou aceitar o pagamento de luvas como um suplemento do seu vencimento.

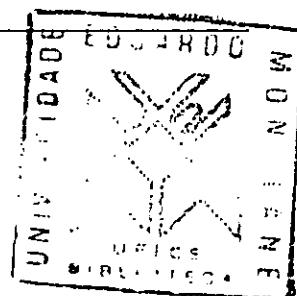
Um médico por nós abordado fez o seguinte comentário acerca desta mesma questão: *“Os médicos actualmente faltam ao Serviço de Urgências e Reanimações, o que não acontecia ha tempos e faltam por motivos tais como, tem que fazer um trabalho na clínica, tem um jantar importante, etc. As noites do fim-de-ano são um exemplo concreto desta situação”*.

O depoimento apresentado no parágrafo acima ganha maior perceptibilidade quando entrevistamos um médico que afirmou: *“Nenhum médico recebe pelo Serviço de Urgência, o que é uma barbaridade. O que nos faz vir trabalhar é o nosso sentido ético. O Estado foi capaz de atribuir aos juizes, funcionários alfandegários e deputados uma tabela salarial especial e depois vira-se para os médicos e diz virem-se! Tudo isso desmotiva”*.

Após a realização das entrevistas, pudemos constatar que todos os nossos interlocutores, têm a percepção que a corrupção é um acto ilícito e ilegal. Porém, existem especificidades inerentes a cada grupo consoante as suas funções ou posição que exerce dentro da hierarquia do Hospital Central de Maputo.

Por exemplo, quando abordamos os elementos da baixa administração, referimo-nos concretamente aos serventes, enfermeiros e técnicos de saúde, pudemos depreender que na sua percepção a corrupção por eles praticada está ligada a sobrevivência. Isto é, os baixos salários por eles auferidos funcionam como instrumento legitimador deste tipo de práticas.

Para estes, a verdadeira corrupção é aquela que é praticada pelos médicos, que na sua opinião apesar de usufruírem salários muito mais altos, usam os hospitais públicos como rampa de promoção das suas clínicas privadas, e como meio de solucionarem os problemas de saúde que os pacientes das suas clínicas não conseguem resolver ao nível dos serviços de saúde privados. Referimo-nos concretamente a um conjunto de exames médicos que as clínicas privadas não conseguem fazer porque não possuem equipamento técnico necessário, remetendo os seus pacientes ao Hospital Central de Maputo, onde quando chegam somente têm de dizer que vêm a mando do Dr. X, Y ou Z e têm atendimento imediato.



No caso concreto dos médicos, estes têm a noção que a existência dos baixos salários pode criar apetites, mas de uma forma geral criticam o comportamento dos seus colegas dos escalões inferiores, uma vez que acham que os valores envolvidos nestas transacções são tão baixos que não possibilitariam uma melhoria na condição de vida do indivíduo envolvido. Pelo contrário, só retira o brio profissional. Aqui é interessante frisar que para este grupo, de uma forma geral, o conflito de interesses em que muito vezes sai a ganhar o interesse privado em detrimento do interesse público nunca é visto como tratando-se de um acto corrupto.

Os utentes fazem parte do grupo que mais enraizou a ideia de que sem o pagamento de subornos os seus processos clínicos não terão o devido encaminhamento. Este grupo desloca-se ao hospital sempre pressionado pelo espectro da doença e pela ignorância dos procedimentos clínicos que o possibilitem a resolver os seus problemas de saúde, estes factores fazem com que envolvam-se com enorme facilidade em esquemas, na ânsia de verem resolvidos rapidamente os seus problemas de saúde.

Neste grupo também existe um dado interessante a observar. É que estes associam a corrupção no Hospital Central de Maputo aos elementos da baixa administração, porque são estes que frequentemente envolvem-se em esquemas com os utentes, e também porque o estilo de corrupção mais comumente usado pelos médicos baseia-se no conflito de interesses que falamos acima. Este muitas vezes é percebido pelos utentes como um acto de simpatia por parte do médico, pois este sugere que vá a clínica A, B ou C e o processo de tratamento será monitorado de perto por ele (médico).

Os funcionários administrativos com os quais pudemos contactar exercem funções que tornam difícil o seu acesso a este tipo de esquemas, o que provavelmente contribui para que tenham uma opinião mais crítica sobre estas práticas ilícitas, não estabelecendo uma ligação causal entre os baixos salários e o envolvimento neste tipo de práticas.

3.2 Análise dos resultados do trabalho de campo

Após a análise e descrição do Sistema Nacional de Saúde e realizadas as entrevistas, conseguimos descortinar a presença de três variáveis que contribuem para a ocorrência e

manifestação de práticas corruptas no Hospital Central de Maputo, nomeadamente: a falta de capacidade institucional, no caso concreto do Sistema Nacional de Saúde por forma a responder de forma eficiente às necessidades dos utentes; a perda de objectivos organizacionais e por fim os baixos salários auferidos na função pública.

Por agora concentremo-nos nas formas de manifestação da corrupção e nas estruturas de oportunidades que abrem espaços para que este fenómeno ocorra. Por aquilo que pudemos depreender e captar junto dos nossos interlocutores, o Hospital Central de Maputo regista uma enorme afluência por parte dos utentes. Utentes estes que dirigem-se a esta unidade hospitalar por diversos motivos; uns porque são referenciados pelas unidades sanitárias da sua zona de influência, outros ainda que tem-na como o primeiro contacto com o Serviço Nacional de Saúde; e um terceiro grupo que consciente das capacidades em termos técnicos e materiais tem este hospital como sua primeira opção.

O que acontece é que ocorre uma diferença entre a procura e a oferta. Deste modo, a dificuldade em processar rapidamente a enorme demanda vai criando um engarrafamento constante, contribuindo para o surgimento de espaços para que soluções alternativas sejam procuradas pelos diversos intervenientes.

Isto é, os utentes deparam-se com uma situação em que possuem três alternativas que são: cumprir com as normas estabelecidas e sujeitarem-se a perder longas horas nas filas de espera; a segunda alternativa seria dirigir-se a uma outra unidade sanitária mais próxima de maneira a encontrarem soluções para os seus problemas de saúde, sendo esta alternativa pouco provável, visto que referimo-nos ao Hospital Central de Maputo como a maior e melhor apetrechada unidade sanitária da urbe e do país.

Tomemos como exemplo o caso do Hospital Geral de Mavalane, na cidade de Maputo, que conta desde meados do mês de fevereiro com um médico permanente durante 24 horas, afecto no banco de Socorros para assistência aos doentes que procuram atendimento de urgência naquela unidade sanitária. Esta medida veio dar resposta àquilo que era a preocupação da direcção do hospital e do público em geral, que não encontrava o atendimento devido até há bem pouco tempo, uma vez que os médicos afectos ao sector trabalhavam apenas até as 19 horas. (In *Notícias*:05/03/05).

Portanto, tendo em conta este conjunto de entraves apresentados pelas restantes unidades sanitárias, partimos do pressuposto que o indivíduo terá pouca predisposição a dirigir-se a outras unidades sanitárias em busca de solução do seu problema de saúde. Resta por conseguinte uma terceira alternativa, que implica o seu envolvimento em esquemas ilícitos por forma a solucionar os seus problemas.

Esta última hipótese remete-nos para uma das consequências da corrupção, que é a violação dos direitos elementares do homem, no caso concreto o direito à saúde.

Ora vejamos, se estamos perante uma situação em que o utente tem três opções devido às deficiências apresentadas pelo Sistema Nacional de Saúde, os utentes que gozam de maiores facilidades financeiras irão ser tentados a envolverem-se em esquemas pela necessidade de resolverem urgentemente os seus problemas de saúde. Por conseguinte, não respeitando as enormes filas com que se deparam, uma vez que conseguem aliciar os funcionários hospitalares. Este processo irá conduzir a uma maior precariedade da situação daqueles utentes que apresentam carências financeiras, pois vêm paulatinamente recusados os seus direitos, uma vez que são continuamente relegados para um segundo plano.

Quando falamos deste envolvimento em esquemas ilícitos, tanto por parte dos utentes como também por parte dos funcionários hospitalares, é importante frisar o facto de que a definição do actor passivo e activo da corrupção ser muito ténue nestes casos, porque nem sempre a proposta vem do mesmo lado. Isto é, torna-se muito difícil definir quem propôs o negócio, porque existe um conjunto de mecanismos ou linguagens. Quando falamos de linguagens temos o vulgo “ chefe precisa de ajuda” ou “ eu posso ajudar o mano”, entre outras, que mostram de uma forma implícita as outras alternativas que o utente pode dispor para contornar uma situação à priori adversa. Portanto, esses são alguns dos mecanismos que se desenvolvem entre os intervenientes quando procuram o entendimento entre as partes.

Nestes processos, factores como a disponibilidade monetária, interesse por parte do utente em resolver rapidamente os seus problemas de saúde, capacidade de negociação ou abordar sem receios os funcionários hospitalares mostram-se fundamentais. Por exemplo, quando referimo-nos à questão da disponibilidade financeira, pudemos constatar ao longo das nossas entrevistas junto do pessoal hospitalar que existe um consentimento tácito que os cidadãos de

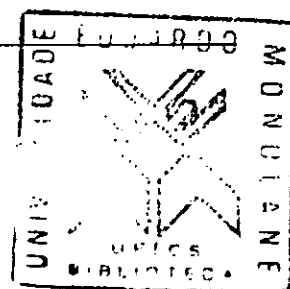
origem indiana e paquistanesa, gozam da reputação de serem bons pagadores e impacientes, o que faz deles um grupo com alguma propensão a envolver-se em esquemas ilícitos. Com este facto não estamos a afirmar que este grupo de indivíduos seja o único a envolver-se neste tipo de esquemas.

Mas como afirmamos anteriormente, torna-se muito difícil a definição do actor passivo e activo, porque temos a outra face da moeda, que acontece quando funcionários hospitalares são os promotores de esquemas ilícitos. Estas manifestações ocorrem de diversas formas, uma das quais é o retardamento no atendimento do paciente, o que o deixa pressionado pelo tempo, procurando conseqüentemente alternativas de contornar as enormes filas.

Pudemos auscultar junto de alguns funcionários do hospital relatos sobre factos que sucederam com alguns colegas seus, onde estes por sua iniciativa decidiam levar a cabo cobranças ilícitas. Foi-nos relatado o caso de um funcionário que pediu ao utente 300.000,00 Mts em troca do pedido do utente para consultar o seu ficheiro clínico, o utente não tendo ficado satisfeito com o comportamento deste funcionário administrativo pagou o que este havia exigido e de imediato apresentou queixa junto do seu superior hierárquico.

Este tipo de denúncias, pelo que pudemos constatar, constituem casos raros. Primeiro, pela cumplicidade entre as partes quando se envolvem em esquemas ilícitos. Segundo, porque as pessoas penalizadas a maioria das vezes têm receio de apresentar queixas temendo futuras represálias e, como terceiro motivo, pela percepção das pessoas sobre o excesso de burocracia que está ligado ao processo de denúncia.

O gabinete do utente que a princípio pensamos nós que fosse o órgão interno de fiscalização ou responsabilização não desempenha tais funções, mas é, isso sim, um gabinete de mediação de prováveis conflitos que possam ocorrer entre os funcionários hospitalares e os utentes. A responsável deste departamento frisou na ocasião que as denúncias relacionadas com casos de corrupção são tratados na direcção-geral do hospital.



Capítulo 4- Considerações Finais

O foco principal da nossa pesquisa era tentar perceber se as lacunas apresentadas pelo Sistema Nacional de Saúde podiam ser vistas como factores que contribuem para ocorrência e disseminação de práticas corruptas no Hospital Central de Maputo.

O nosso campo de análise baseou-se na maior unidade sanitária do País, contudo, pese embora esta unidade sanitária possua as suas especificidades e particularidades, achamos nós que a maior parte dos aspectos apresentados neste trabalho enfermam o sector no seu todo.

O nosso estudo sugere que para a diminuição de práticas corruptas no Hospital Central de Maputo é necessário levar em consideração três variáveis que são:

- A falta de capacidade institucional no caso concreto do Sistema Nacional de Saúde,
- Os baixos salários auferidos pelos trabalhadores do sector da saúde
- E a perda de objectivos organizacionais.

Quando referimo-nos a falta de capacidade institucional por parte do Sistema Nacional de Saúde, deve-se ao facto de termos constatado que este encontra-se muito debilitado, apresentando enormes carências ao nível dos recursos humanos, materiais e financeiros. Isto logicamente abre espaço para uma tentativa de maior racionalização e concentração dos poucos recursos existentes. No caso concreto da cidade de Maputo, o Hospital Central de Maputo, por ser um Hospital de referência a nível local, regional e nacional, acaba por concentrar estes recursos; o que na nossa opinião acaba por contribuir para a enorme procura dos serviços desta unidade hospitalar, causando por conseguinte enormes enchentes. De realçar o facto de uma parte considerável dos utentes que se dirigem a este hospital apresentarem problemas de saúde que podem ser solucionados ao nível das unidades sanitárias de níveis inferiores.

Uma outra constatação a que chegamos são os baixos salários auferidos no sector. Ao longo da parte introdutória do nosso estudo fizemos menção ao facto de que algumas vezes as insistências do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional no sentido da redução das

folhas salariais como condição para assistência têm involuntariamente contribuído para a corrupção.

A conclusão a que chegamos é que esta variável pode não ser determinante, se fizermos uma análise baseada na relação causa-efeito, mas ela desempenha um papel importante na criação de oportunidades para o surgimento e disseminação de práticas corruptas.

A terceira variável por nós constatada é a perda de objectivos organizacionais. Esta variável está muito relacionada com as anteriores, podendo considerar-se como somatório destas. Isto porque a falta de capacidade institucional aqui referenciada, que pode ser interpretada como a falta de capacidade de resposta por parte da instituição como um todo, aliada aos baixos salários auferidos no sector, cria uma ausência de objectivos organizacionais previamente estabelecidos, o que pode contribuir para uma gradual perda de interesse e desmoralização por parte dos funcionários.

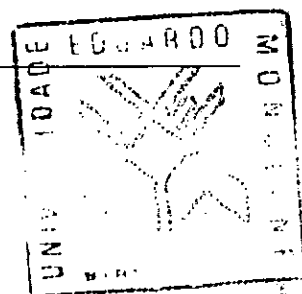
Assim, tendo em conta a análise que fizemos, julgamos nós que no caso concreto do Hospital Central de Maputo as lacunas existentes no Sistema Nacional de Saúde acabam por penalizar os utentes, contribuindo deste modo para ocorrência e disseminação de práticas corruptas.

Concluindo, para uma melhor eficiência no funcionamento desta unidade hospitalar e minimização nos índices de ocorrência e disseminação de esquemas ilícitos, sugerimos a análise dos seguintes aspectos:

- Criar uma maior capacidade de resposta ao nível das unidades sanitárias de níveis inferiores, referimo-nos mais concretamente a um aumento na capacidade destas de prover um maior e melhor atendimento. Por exemplo, constatamos ao longo da pesquisa que os Centros de Saúde deveriam encerrar as 15:30h conforme estipulado, mas o que acontece realmente é que apartir das 13:00h o pessoal hospitalar recusa-se a atender os utentes, invocando o encerramento das consultas. Por isso, sugerimos o encerramento efectivo dos Centros de Saúde às 18:00h, o que possibilitaria aos funcionários públicos e privados a dirigirem-se a estas mesmo depois das suas actividades laborais.

- Criação de incentivos para os médicos que gastarem um número de horas previamente estabelecido em trabalho nos Centros de Saúde e hospitais de níveis inferiores. Esta medida tem a ver com o facto de durante a pesquisa termos constatado que grande parte das unidades sanitárias de nível inferior encontram-se desprovidas de pessoal médico.
- Temos consciência que um aumento nos salários nem sempre conduz a uma diminuição das práticas corruptas, podendo pelo contrário fazer aumentar o preço dos subornos. Para tal, sugerimos o aumento de subsídios, aumentos estes ligados à critérios rígidos e transparentes de eficiência e produtividade previamente estabelecidos.
- Simplificar os procedimentos administrativos, por forma a que o denunciante não sinta que a denúncia deste mesmo acto constitue uma perda de tempo.
- Criação de mecanismos que penalizem severamente os funcionários infractores, e recompense aqueles que denunciem actos de corrupção.

A nosso ver, a aplicação correcta das três variáveis por nós apresentadas poderá contribuir para a minimização dos efeitos perniciosos das práticas corruptas dentro do Hospital Central de Maputo, contribuindo deste modo para melhorar a sua credibilidade junto dos utentes, funcionários e público em geral.



Bibliografia

- ABRAHAMSSON, Hans & NILSSON, Anders (1994): "Moçambique em transição: Um estudo da história de desenvolvimento durante o período 1974-1992". Maputo, (ed.) CEEI-ISRI.
- ADEDEJI, Abebayo; GREEN, Reginald & JANHA, Abdou (1995) Pay, Productivity and Public Service: Priorities for Recovery in Sub-Saharan Africa. New York, UNICEF & UNDP.
- ANDVIG, Jens Chr. Et al (2000): Research on Corruption A policy oriented survey. Commissioned by NORAD, final report, OSLO.
- APAMPA, Soji (2002), "Iniciativas e exemplos concretos de prevenção e luta contra a corrupção" in: Fórum Sobre Transparência e corrupção- Palestra proferida a 8-9 Outubro, Maputo.
- BAYART, J.-F (1993): The State in Africa: The politics of the Belly. London, (ed.) Longman.
- DOIG, A. & THEOBALD, R. (2000): "Corruption and Democratization". London (Ed.) Frank Cass.
- ESTUDO SOBRE CORRUPÇÃO MOÇAMBIQUE (2001): ÉTICA MOÇAMBIQUE, Maputo.
- FERREIRA, Olivia (2003): "Cuidados de Saúde Primários". Maputo, UEM-Faculdade de Medicina.
- HANLON, Joseph (2002): "Are donors to Mozambique promoting corruption?" – Palestra proferida a 3-4 Julho, Sheffield.
- HELGASON, Kristin Sv. (2002): "Reforma do Sector Público: o papel do Estado na promoção da responsabilização e transparência dos funcionários públicos" in: Fórum Sobre Transparência e Corrupção- Palestra proferida a 8-9 Outubro, Maputo.

HUNTINGTON, Samuel P. (1968): Political Order in Changing Societies New Haven : Yale University Press.

KHAN, Mushtaq (1997): Corruption in South Asia: Patterns Of Development and Change. Paper presented at a workshop on corruption and development sponsored by the University of Sussex's Institute of Development Studies, 6 May Brighton.

MÉDARD, Jean-Francois (1998): Corruption in the Neo-Patrimonial States of Sub-Saharan Africa Mondes en Development, tome 26. Paris.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002): Caracterização Técnica, Enunciado de Funções Específicas, Critérios e Mecanismos para a Classificação das Instituições do SNS- Maputo (ed.) Imprensa Nacional de Moçambique.

MORAN, Jonathan (2000) Democratic Transition and Form of Corruption. Paper for the Political Studies Association-UK 50th Annual Conference, April, 2000.London.

NATHANIEL, Leff (1964) " Economic Development Throught Bureaucratic Corruption" in American Behavioral Scientist pp 8-14.

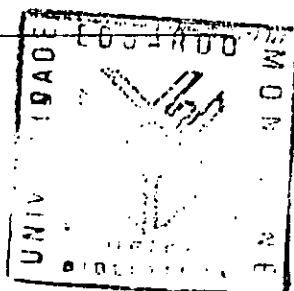
O'DONNELL, Guilherme (1998) Horizontal Accountability and new Poliarques. Tradução do original inglês Clarice Cohn e Alvaro Augusto Comin. Revista Lua Nova, nº44,1998.
Extraído do site:
www.SEL.EESC.SC.USP.br/Electrical/Graduação/material/ética/private/o_papel_dos_tribunais_de_contas_bras_ileiros_como_agências_de_accountability_caso_pernambuco_pdf.Dia_28.04.04.

PEDERIVA, João Henrique. Accountability, Constituição e Contabilidade. Revista de Informação Legislativa. Brasília nº140, 1998. Extraído do site:
<http://www.mt.trf1.gov.br/judice/jud7/impacto.htm>. Dia 28.04.04.

RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS NO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO (2004).

ROSE-ACKERMAN, Susan (1999): Corrupção e Governo, Lisboa (ed.) Prefácio.

SOUSA, Luis de (Work in Progress) baseado em Jean Cartier-Bresson (1997): "La Corruption dans les pays capitalistes Tarchips" in J. Cartier-Bresson. Paris : Montchrestien (ed.) Pratiques et contrôle de la corruption.



ANEXO 1

GUIÃO DE ENTREVISTAS

- O que é para si corrupção?

- Para si oferecer ou dar algo em troca de um serviço prestado, mesmo que não lhe tenham exigido é corrupção?

- Quais são os mecanismos burocráticos que se seguem após a participação de uma cobrança ilícita ou tentativa de suborno por parte dos utentes ?

- Que mecanismos seria necessário criar na sua óptica de modo a diminuir-se a corrupção?

- É frequente a ocorrência de denúncias de casos de corrupção? A maior parte das denúncias provém da parte dos utentes ou do pessoal hospitalar?

- Quais são os mecanismos de sanção usados e que órgão administrativo é que aplica a sanção?

- A maior parte dos utentes que se desloca ao HCM é proveniente de outras unidades sanitárias ou estabelece através do HCM o seu primeiro contacto com o SNS?

ANEXO 2

Guião de entrevistas usado para entrevistas na AEM- Associação de Enfermeiros de Moçambique e AMM- Associação de Médicos de Moçambique

- Quantos membros estão filiados a AMM?
- Quantos enfermeiros estão filiados a AEM?
- códigos de ética e deontologia?; como são aplicados? quem fiscaliza? como fiscaliza?
- Quantos médicos já foram sancionados ou expulsos da associação por violação?
- Como explicam a abstinência? Como justificar que os médicos ou enfermeiros passem mais tempo nas clínicas privadas? quanto ganha um médico no estado e um médico num clínica privada?
- O que deve ser feito para acabar a corrupção?

