

Municípios e saúde em Moçambique: da legislação à implementação

Municipalities and health in Mozambique: from legislation to implementation

Francisco Mbofana

Conselho Nacional de Combate ao SIDA
Maputo, Moçambique

Resumo

Este artigo analisa legislação sobre o direito à saúde, o processo de descentralização no sector público no geral, e no sector da saúde, em particular assim como, a legislação sobre municípios e saúde e a experiência de implementação da transferência de funções e competências na área de saúde tendo como exemplo o Município da Cidade de Maputo. Igualmente faz uma reflexão sobre as oportunidades e desafios que este processo representa. Embora quadro jurídico seja favorável para que os municípios assumam um papel relevante na proximidade dos serviços de saúde no geral e dos serviços promoção de saúde e prevenção de doença em particular, o processo de transferência mostra-se complexo e sensível na sua implementação. Analisando as funções e competências que podem ser transferidas, há muitas oportunidades para os Municípios fazerem a diferença na melhoria do estado de saúde e bem-estar da população, atuando sobre os determinantes sociais de saúde que estão sob a responsabilidade do município. O território é bem delimitado permitindo assim assegurar a desejada proximidade dos serviços e construir parcerias com outros intervenientes da vida do município. O principal desafio é como o Estado vai assegurar a sua responsabilidade constituição de dar saúde a todos os cidadãos enquanto transfere as funções para órgãos locais.

Palavras Chave:

Descentralização, municípios, cuidados de saúde, legislação e implementação.

Abstract

This article analyses legislation on the right to health, the decentralization process in the public sector in general, and the health sector, in particular as well as legal framework on municipalities and health and the experience of implementing the transfer of health care functions and competencies taking as example the municipality of Maputo. It also reflects on the opportunities and challenges that this process represents. Although the legal framework is favourable for municipalities to play a relevant role in the proximity of health services in general and health promotion and disease prevention services in particular, the transfer process is complex and sensitive in its implementation. Analysing the functions and competencies that can be transferred, there are many opportunities for Municipalities to make a difference in improving the health and well-being of the population, acting on the social determinants of health that are under the responsibility of the municipality. The territory is well delimited thus allowing to ensure the desired proximity of the services and to build partnerships with other actors. The main challenge is how the state will ensure its responsibility to provide health care to all citizens while transferring the functions to local bodies.

Key Words:

Decentralization, municipalities, health care, legislation and implementation.

Introdução

Segundo Weimer (2012), a descentralização é um processo planejado que tem por objetivo, produzir mudanças na geografia e na sociologia de um dado poder central, a favor de “níveis de poder” mais baixos da administração do Estado, sem pôr em causa as forças políticas que a constituem e que controlam a distribuição da riqueza, dos recursos e do tal poder.

A nível político, a descentralização em Moçambique aparece num contexto de transição do regime de partido único para a democracia multipartidária. Ela está ligada à consolidação da democracia e um maior envolvimento de novos atores, como a sociedade civil em práticas de governação participativa, retirando o domínio do espaço público pelo estado centralizador na provisão de serviços públicos.

A elaboração e implementação da Estratégia de Reforma do Sector Público (2001-2011) visava melhorar a prestação dos serviços públicos nos diferentes sectores, através da descentralização, que reconhecia o papel do envolvimento de outros níveis de organização do estado na prestação de serviços, dentre estes, as autarquias locais (CIRES, 2001).

Durante este período foram discutidos dois modelos de descentralização, a política e a administrativa. A descentralização política foi possível com a emenda da constituição em 1996 que se seguiu a aprovação da Lei n.º 2/97, de 18 de fevereiro, que cria o quadro jurídico das autarquias locais. Na Lei n.º 1/2008, de 16 de janeiro, a lei das finanças autárquicas, a transferência de competência é apresentada sob ponto de vista financeiro. No âmbito da saúde lei explicita que o investimento público das autarquias para os cuidados de saúde primários compreende a identificação, elaboração e aprovação de projetos; financiamento e execução dos empreendimentos; a gestão, a manutenção e o financiamento dos projetos e do equipamento.

O Plano Estratégico do Sector Saúde (2007-2012) destaca que o Ministério da Saúde foi pioneiro da descentralização com a criação das direcções provinciais de saúde três meses depois da independência em 1975 e das direcções distritais de saúde em 1976, atualmente agrupadas em serviços distritais de saúde, mulher e ação social. O Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-2019, elaborado depois da lei que implanta as autarquias locais, assume a descentralização efetiva como uma ação para o fortalecimento do sistema de saúde em Moçambique com a aproximação dos serviços ao utentes e uma condição indispensável para a melhoria de oferta de serviços de qualidade (MISAU, 2014). Quatro tipos de descentralização são descritos nos cuida-

dos de saúde: desconcentração quando a mudança de autoridade é para escritórios provinciais ou distritais; devolução quando a mudança é para governos provinciais ou municipais; delegação quando agências semi-autónomas recebem novos poderes; e privatização quando a propriedade é concedida a entidades privadas (Zoonet al, 2017).

O Sistema Nacional de Saúde em Moçambique compreende o sector público, o sector privado com fins lucrativos, o sector privado com fins não lucrativos e o comunitário. O sector público, que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), constitui o principal prestador de serviços de saúde á escala nacional. O SNS está organizado em 4 níveis de atenção, sendo o nível I o mais periférico e é onde se implementa a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP), e o nível II a servir de referência para as condições clínicas que não têm resposta no nível I, como por exemplo, as complicações do parto, lesões, emergências médico-cirúrgicas, etc. Os níveis III e IV são fundamentalmente orientados para acções curativas mais especializadas e constituem referência para os níveis inferiores.

Quanto ao sector privado com fins lucrativos, este está a desenvolver-se gradualmente, especialmente nas grandes cidades. Contudo, o crescimento ulterior destes operadores está condicionado ao aumento dos rendimentos dos agregados familiares. A política de saúde em vigor reconhece o papel do sector privado na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, as relações público-privado estão sendo exploradas no país, iniciativas de contratação de serviços a Organizações Não Governamentais (ONGs) estão em curso. Existe, ainda que incipiente, o processo de prestação de cuidados de saúde pelo sector privado com fins não lucrativos, esta é feita essencialmente pelas ONGs estrangeiras e algumas entidades religiosas, de comum acordo com o Ministério da Saúde (MISAU).

Para completar a estrutura do SNS em Moçambique é importante tomar em consideração a existência de atividades de prestação de serviços ao nível da comunidade com destaque para a medicina tradicional. Estima-se que mais da metade da população moçambicana procura e recebe cuidados prestados por praticantes de medicina tradicional¹, nas suas diversas formas incluindo profetas.

1 - A organização de Promoção da Medicina Tradicional estima que mais de 60% de moçambicanos dependa da medicina tradicional para viver, realçando que ela é parte integrante na cultura médica das populações moçambicanas (in Jornal Domingo, 1 de maio de 2005). A Organização salienta também que a medicina tradicional está disponível em quase todas as comunidades moçambicanas e, na maioria dos casos, é a única fonte de saúde (in Jornal Domingo, 8 de maio de 2005).

Os gestores do SNS são o Ministro da Saúde, a nível nacional, o Diretor Provincial da Saúde, a nível provincial e o Diretor Distrital de Saúde a nível distrital. Eles podem dividir funções, mas todos são parceiros para garantir a saúde da população.

Este artigo descreve: (i) legislação sobre o direito à saúde; (ii) o processo de descentralização no sector público no geral, e no sector da saúde, em particular; (iii) legislação sobre municípios e saúde e; (iv) a experiência de implementação da transferência de funções e competências na área de saúde tendo como exemplo o Município da Cidade de Maputo. Igualmente faz uma reflexão sobre as oportunidades e desafios que este processo representa.

Materiais e métodos

A análise foi dividida em duas fases:

Fase I – mapeamento e revisão de documentos sobre a organização e estrutura do sistema e serviço nacionais de saúde e da legislação sobre o direito à saúde, descentralização e municipalização.

Fase II – análise da implementação da legislação sobre a municipalização com enfoque na gestão dos serviços de saúde pelos municípios através da análise documental de modo a compreender como tem sido implementada a legislação sobre a municipalização e a devolução da responsabilidade de prestação de alguns serviços de saúde pelos municípios. Nesta fase analisou-se algumas oportunidades, os desafios e descreveu-se os fatores associados aos municípios e ao governo central que influenciam na implementação da legislação. Município de Maputo é usado como exemplo, por ser único que iniciou o processo de devolução e tem alguma análise sobre implementação.

Resultados e discussão

Direitos constitucionais relativos à saúde

Havendo necessidade de definir as responsabilidades em matéria de saúde torna-se indispensável examinar a situação constitucional do direito à saúde. A literatura atual é unânime ao afirmar que os direitos sociais – chamados direitos humanos de segunda geração – incluem o direito à saúde. Entretanto, a experiência já demonstrou que a simples afirmação, ainda que, constitucional, do direito à saúde não tem gerado, na prática, a sua aplicabilidade tácita.

A Constituição de Moçambique 20 de junho de 1975, no seu artigo 16 afirma “A República Popular de Moçambique organiza um sistema de saúde que beneficia todo o povo moçambicano”. A constituição de 1990 foi mais específica em relação ao direito a saúde, no seu artigo 89 afirma que “Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem, como o dever de promover e defender a saúde pública”. A constituição de 1990 sofreu três alterações pontuais, designadamente: duas em 1992 e uma em 1996. Destas merece especial menção, para o tema em análise; a alteração de 1996 que surge da necessidade de se introduzir princípios e disposições sobre o Poder Local, determinando-se desse modo a descentralização do poder através da criação de órgãos locais com competências e poderes de decisão próprios, entre outras (superação do princípio da unidade do poder).

A constituição de 2004, representa a última revisão constitucional profunda ocorrida em Moçambique. Foi aprovada no dia 16 de novembro de 2004 e foi a primeira aprovada por consenso e em contexto multipartidário. O direito à saúde está articulado como na constituição de 1990.

Quadro jurídico – saúde

Depois da independência em 1975 houve abolição da medicina privada e nacionalização dos serviços de saúde através do Decreto Lei n° 5/75, de 10 de agosto. Em 1977 a lei da Socialização da Medicina (Lei n° 2/77, de 17 de setembro) cria a base legal para o estabelecimento oficial de um sistema de cuidados de saúde abrangente. Mas só foi em 1991, 16 depois da nacionalização que através da Lei n° 25/91, de 31 de dezembro foi criado o Serviço Nacional de Saúde. Na sua introdução tem o seguinte articulado: “*Havendo necessidade de se criar os mecanismos para a realização daquele objectivo e no quadro de reforma institucional e da delimitação do setor público em curso, mostra-se urgente a criação do Serviço Nacional de Saúde*”. A lei revoga o Decreto-Lei 5/75 e o artigo 9 da Lei 2/77. A Lei estabelece que:

- O SNS é o conjunto das unidades sanitárias, de formação e outras, dependentes do Ministério da Saúde, incluindo as que foram nacionalizadas em conformidade com o Decreto-Lei n.º 5/75, de 10 de agosto, que concorrem para a prestação de cuidados de saúde à população.
- O SNS prossegue os seus objectivos através de acções promotivas, preventivas, assistenciais e de reabilitação, recorrendo à formação e pesquisa como meio para o seu desenvolvimento contínuo.
- As instituições do SNS têm funções de supervisão, fiscalização e de apoio técnico às unidades que lhes

são de nível inferior, seja elas do sector público sejam do sector privado.

- Na sua função de fiscalização e inspeção, as instituições do SNS recebem delegação dos órgãos centrais, provinciais ou locais do Ministério da Saúde.

Lei n.º 26/91 de 31 de dezembro que autoriza a prestação de cuidados de saúde, em estabelecimento próprio ou domicílio do doente e o transporte de doentes, grávidas e parturientes, por pessoas singulares ou colectivas de direito privado com carácter lucrativo ou não, nos termos e condições definidas na presente lei.

Descentralização da saúde

Como referido na introdução, o sector de saúde sempre esteve na dianteira no que diz respeito a descentralização, como atestam os seguintes acontecimentos:

- Em setembro de 1975, menos de 3 meses depois da Independência Nacional, foram criadas as Direções Provinciais de Saúde;
- Em janeiro de 1976 são criadas as Direções Distritais de Saúde;
- Descentralização total para as Províncias da gestão de todo o pessoal dos níveis médio, básico e elementar, ficando os Órgãos Centrais, unicamente, com a responsabilidade de gestão dos recursos humanos em serviço nos próprios Órgãos Centrais e os técnicos de nível superior em todo o país. Este processo de descentralização não se fez sem que tenham surgido muitos problemas;
- Criação de Orçamentos Provinciais de responsabilidade totalmente provincial, incluindo a sua distribuição por sectores, pelo que o Governo Central não tem competência para decidir se em determinada Província a maior parte do bolo vai para a Saúde ou para outro sector qualquer. Este mecanismo foi em 2006 estendido aos Distritos que passaram a ter os Fundos de Desenvolvimento Distrital, que eles gerem autonomamente sem qualquer interferência dos níveis superiores.

Quadro jurídico – municípios e saúde

A emenda constitucional de 1996 abriu o caminho para o estabelecimento das autarquias locais. A Lei n.º 2/97 de 18 de fevereiro na alínea d) do n.º 1 do artigo 6 define como atribuições das autarquias locais que correspondem aos interesses próprio, comuns e específicos das populações respetivas à área da Saúde. No

âmbito destas atribuições, o Governo aprovou o Decreto n.º 33/2006, de 30 de agosto², que regula os procedimentos para a transferência de funções e competências dos órgãos do estado para as autarquias locais, salientando que transferência deveria ser efetuada mediante a celebração de Acordo de Transferência de Funções e Competências entre o Governo Provincial e a Autarquia local, revogando o decreto n.º 46/2003 de 17 de dezembro. O Decreto n.º 33/2006, de 30 de agosto, estabelece que as autarquias poderiam realizar investimentos públicos nas áreas de equipamento urbano e rural; transportes e comunicações; estradas; educação, cultura e ação social; saúde; ambiente e saneamento básico; indústria e comércio. No seu artigo 5 diz que “transferência de competências de órgãos do Estado para órgãos autárquicos é acompanhada pela correspondente transferência de recursos financeiros e, se necessário, humanos e patrimoniais”. Este articulado mostra a partida quão complexo e condicionado é o processo de transferência, quando coloca como opcional a transferência de recursos humanos, a força motriz de qualquer sistema. Por outro lado, vários estudos mostram que recursos humanos em quantidade e qualidade é o principal desafio do sistema nacional de saúde moçambicano que tem influência na qualidade de serviços prestados a população (Mosse e Cortez, 2006 e CEEI/ISRI, 2010).

Na área de saúde, são competências dos órgãos autárquicos:

- Mobilizar a população da autarquia local para a promoção e defesa da sua própria saúde e para a prevenção de doenças, através da sua participação ativa na higiene individual, das habitações e dos equipamentos colectivos, nos programas de saneamento do meio e de higiene dos alimentos e dos indivíduos e estabelecimentos que os manuseiam, controlo da qualidade da água e nos restantes programas de saúde;
- Assegurar a gestão corrente das unidades sanitárias de nível primário- centros de saúde garantindo que nelas sejam dispensados todos os componentes dos Cuidados de Saúde Primários;
- Dar parecer e fazer propostas para o desenvolvimento da rede primária de atenção de Saúde na

2 - A redação dos artigos 5, 15 e 16 do Decreto n.º 33/2006, de 30 de agosto foi alterada pelo Decreto n.º 46/2011, de 21 de Setembro, onde no n.º 3 do artigo 5 clarificou que as funções e as competências são progressivamente transferidas para as autarquias locais no prazo de 5 anos, prorrogáveis automaticamente por períodos iguais.

- área geográfica do município;
- Proceder á gestão corrente das estruturas dos Centros de Higiene e Exames Médicos;
- Participar, fazer propostas e dar parecer sobre as metas a atingir para cada um dos programas de Saúde, cujas competências foram transferidas;
- Assegura a manutenção preventiva e manutenção de reabilitação das Unidades Sanitárias de nível primário e dos Centros de Higiene e Exames Médicos;
- Assumir a gestão corrente dos cemitérios, crematórios, morgues e salas de cerimónias fúnebres, com respeito pela Legislação em vigor;
- Providenciar a gestão corrente, na área geográfica da autarquia, dos sistemas de transportes de doentes(ambulâncias) do domicilio até á unidade sanitária de nível primário e, eventualmente, destas para as unidades de referência.

Implementação do processo da transferência de funções e competências

Acompanhado a este fenómeno está a realização das primeiras eleições autárquicas em 1998, que marcou a criação de governos sub-nacionais democraticamente eleitos em 33 autarquias locais que, até o presente existem 53 locais. As últimas eleições tiveram lugar em 2018.

A transferência de funções e competências é formalizada com base em acordo a ser celebrado entre o Governo Provincial e autarquia local que deverá conter nomeadamente:

- A indicação das funções e competências objecto de transferência;
- Os recursos humanos, materiais, financeiros e patrimoniais disponíveis na autarquia local;
- O cronograma de execução da transferência pretendidas, incluindo a responsabilidade;
- O acordo de transferência é um acto voluntário, bilateral, de direito administrativo, mediante o qual o Estado e autarquia local envolvida regulam a transferência de funções e os recursos que acompanham;
- Na transferência por iniciativa da autarquia local, compete a esta elaborar a proposta de funções que pretende assumir, indicando para o efeito as suas capacidades e necessidades em recursos humanos, materiais, financeiros e patrimoniais;

O Município da Cidade de Maputo é o primeiro município a gerir a saúde e educação no âmbito da descentralização de funções e competências. De modo a garantir uma gestão que satisfizesse os utentes, Município de Maputo criou o pelouro de Saúde e Ação Social, que aprovado pela Assembleia Municipal através da Resolução 001/AMM/2009 e o Estatuto Orgânico dos serviços técnicos administrativos do Município de Maputo através da resolução 050/AMM/2010 de 15 de Dezembro, onde de entre vários, consta a Direção dos Serviços Municipais de Saúde e Ação Social, cujas funções resumem-se em: desenvolver e implementar políticas de Saúde e Ação Social em consonância com as Política Nacional de Saúde e Ação Social.

Em 2009, iniciou o exercício de transferência de Funções e Competências dos Cuidados de Saúde Primários do Governo para o Município de Maputo. Tornando-se assim na primeira experiência de ‘ensaio’ de transferência de competências do Estado para uma Autarquia Local.

O processo foi concretizado através da assinatura a 21 de dezembro de 2009 do “Acordo de transferências de funções e competências do Sector da Saúde do Governo da Cidade (Direção de Saúde da Cidade de Maputo) para a Autarquia Local de Maputo (Pelouro de Saúde e Ação Social)”, mais concretamente dos Cuidados de Saúde Primários. Vários fatores que vão desde o nível de cometimento, a mudança de atores, entre outros, levaram a estagnação do processo, não se tendo registado nenhum progresso durante os três anos que se seguiram a assinatura do acordo. Este foi reativado com a assinatura, a 15 de fevereiro de 2013 do Memorando de Procedimentos de Execução e Materialização do Acordo, no qual se descrevem os aspetos operacionais da transferência das competências e os recursos objecto da transferência. Desde então, o processo tem registado um ritmo mais acelerado que resultou na transferência em 2013, de 26 das 29 unidades sanitárias de nível primário (centros de saúde), 3 morgues e 13 programas de saúde pública.

Apesar deste processo ter registado nos últimos anos um maior dinamismo, não está isento de dificuldades inerentes a processos de mudança de poder. As dificuldades observadas resultam em processos complexos de coordenação da gestão de uma rede integrada de cuidados de saúde sob a jurisdição de diferentes entidades. Contudo, estas dificuldades aparentemente até ao momento não têm estado a afetar (pelo menos de forma perceptível) o nível de prestação dos cuidados de saúde.

Até 2016 a situação da transferência de funções e competência poderia se resumir como se segue:

Transferência parcial - (i) dos recursos humanos: Foram transferidos trabalhadores de saúde existentes nas US na altura do processo de transferência. No entanto, o MISAU atribui o pessoal de saúde a direção de saúde da Cidade a qual por sua vez procede com a distribuição pela rede de saúde do Município. As transferências internas (de uma US a outra) do pessoal são efetuadas pela Cidade ou pelos hospitais gerais. A autorização para a continuação dos estudos é solicitada e autorizada pela Governadora da Cidade; (ii) Unidades Sanitárias: Foram transferidas 29 US das 34 existentes do nível primário. O orçamento do estado para a sua manutenção é gerido pela Direção da Cidade através dos seus hospitais gerais; (iii) Programas de Saúde Pública: Foram transferidos 13 técnicos de saúde responsáveis por 13 programas de saúde. Estes continuam a desempenhar as atividades na Direção da Cidade. Todos os fundos para o funcionamento destes programas, desde a formação contínua até a supervisão são geridos pela Direção da Cidade e; (iv) Sistema de informação:

Transferência não efetuada - (i) Todos os fundos do Orçamento do Estado para o funcionamento da rede primária (salários e bens e serviços) e (ii) Programas de assistência médica (consultas, HIV/SIDA, laboratório, etc). Na sua comunicação, Ombe e Catique (2017), constata que processo de transferência tem sido lento devido a falta de um instrumento operacional (neste caso o regulamento para o Decreto supracitado) que facilitaria e uniformizaria todo o processo. Os mesmos autores enfatizam que devido a complexidade o processo de transferência não foi efetuado em tempo previsto.

Bibliografia

1. CEEI/ISRI. (2010). Segunda Pesquisa Nacional sobre Governação e Corrupção. Maputo
2. CIRES (2001). Estratégia de Reforma do Sector Público. Maputo
3. CMCM. (2015). *Plano Director de Saúde e Acção Social do Município de Maputo, 2015-2019*. Maputo, Moçambique.
4. Zon, H; Pavlova, M; Drabo, Band Groot, M. (2017). Municipal health services provision by local governments: a systematic review of experiences in decentralized Sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 32, 1327-1336
5. MISAU (2014). Plano Estratégico do Sector de Saúde, 2014-2019. MISAU. Maputo, Moçambique.
6. Mosse, M; Cortez, Edson (2006). A Corrupção o Sector da Saúde em Moçambique. Maputo: Centro de Integridade Pública de Moçambique
7. Ombe, JC; Catique, EU. (2017). *As implicações da descentralização na gestão das unidades sanitárias: um olhar para o caso do Município de Maputo*. Comunicação apresentada na Conferência Desafios da investigação social e económica em tempos de crise organizada pelo IESE. Maputo. Moçambique
8. WEIMER, B. (ed.) (2012), Moçambique: descentralizar o centralismo: economia política, recursos e resultados. Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos.

Oportunidades e desafios

Da análise identificam-se algumas oportunidades que se forem devidamente capitalizadas podem facilitar e acelerar o processo de municipalização dos cuidados de saúde primários, entre elas pode-se destacar: (i) direito à saúde previsto na constituição; (ii) existência de legislação favorável a descentralização com respetiva transferência de funções e competências para os órgãos; (iii) na área de saúde as funções e competências que podem ser transferidas são os cuidados de saúde primários em que a sua implementação requerem o envolvimento das comunidades e colaboração intersectorial, dois princípios que podem ser facilmente alcançados no contexto dos municípios; (iv) os cuidados de saúde primários são baseados na promoção de saúde que não mais que atuar sobre os determinantes sociais de saúde, ação que é teoricamente facilitada em território circunscritos e com apenas um líder.

Quanto aos desafios há os relacionados com os municípios e os relacionados com o estado a nível central. No primeiro grupo podemos enquadrar: (i) a falta de experiência de gestão dos serviços públicos de saúde, que pela sua natureza, são objeto de escrutínio contínuo dos utentes e fonte de insatisfação em relação ao desempenho do governo e (ii) limitada capacidade técnica na prestação serviços, obrigada que os municípios demonstrem possuírem a capacidade nas funções e competências requeridas. No segundo grupo podemos destacar: (i) receio de críticas em relação a incapacidade do estado assegurar o direito constitucional à saúde quando a responsabilidade for descentralizada e (ii) uso de saúde como elemento de batalha política

Legislação usada

- Constituição da República Popular de Moçambique. 1975
- Decreto-Lei n. 5/75 de 19 de agosto de 1975. Dispõe sobre a nacionalização das clínicas privadas. *Boletim da República*, I Série, n. 24, 19 de agosto de 1975.
- Lei n. 2/77 de 27 de setembro de 1977 (MZ). Dispõe sobre a criação de taxas de internamento hospitalar e possibilidade de atualização das mesmas. *Boletim da República*, I série, n. 24, 27 de setembro de 1977.
- Constituição da República Popular de Moçambique. 1990
- Lei n. 25/91 de 31 de dezembro de 1991. Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Saúde. *Boletim da República*, I Série, n. 54, 31 de dezembro de 1991. 15.
- Lei n. 26/91 de 31 de dezembro de 1991. Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Saúde. *Boletim da República*, I Série, n. 54, 31 de dezembro de 1991. 15.
- Lei 11/97, *Boletim da República*, I Série, n.º 22, de 31 de Maio, (estabelece o Regime Jurídico-Legal das Finanças e do Património das Autarquias).
- Lei n.º 8/2003, *Boletim da República*, I Série n.º 3 de 19 de Maio, (estabelece princípios e normas de organização, competências e de funcionamento dos órgãos locais do Estado nos escalões de Província, Distrito, Posto Administrativo e de Localidades)
- Lei n. 40/2004 de 18 de fevereiro de 2004 (MZ). Dispõe sobre Regulamento geral dos hospitais. *Boletim da República*, I Série, n. 7. 18 de fevereiro de 2004.
- Constituição da República Moçambique. 2004.