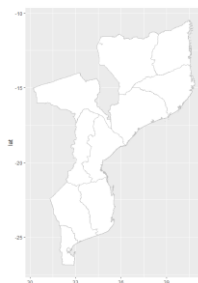


Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento

Relatório Técnico



Autores:

Alba Llop Gironés
Francesc Belvis
Mireia Julià
Joan Benach

Agradecimentos

Agradecemos à Irene Galí Magallón, ao Manuel Alvariño e aos membros do Grupo da Pesquisa sobre as Desigualdades em Saúde (Greds-Emconet). Este relatório resulta de uma colaboração internacional de pesquisa levada a cabo na Universidade Pompeu Fabra. Os membros activos do projecto da pesquisa são investigadores do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane e da Medicus Mundi.

Barcelona, 10 de Abril de 2018

Ficha técnica:

Título: Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento

Editor: medicusmundi

Autores: Alba Llop Gironés, Francesc Belvis, Mireia Julià, Joan Benach

Com apoio técnico e financeiro de:



Em colaboração com:



Para comentários e sugestões, por favor contacte:

Associação pelo Direito e Saúde dos Trabalhadores (ADST)
joan.benach@upf.edu

Escritório de Representação da **medicusmundi** em Moçambique
representacion.maputo@medicusmundi.es

Esta publicação foi produzida com o apoio financeiro da Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, no âmbito do Convénio 14-C01-424, "Fortalecimento, Promoção e Defesa dos Princípios de Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Moçambique"; e do Município de Barcelona, no âmbito do projecto "Determinantes Sociais da Saúde na Cidade de Maputo". O conteúdo desta publicação é da exclusiva responsabilidade da Medicus Mundi e não reflecte necessariamente, nem a opinião da AECID, nem a do Município de Barcelona.

Índice

Sumário executivo.....	5
1. Introdução.....	6
2. Antecedentes.....	9
2.1. Moçambique: visão geral das questões sociais e necessidades de saúde	9
2.2. Sistema de saúde de Moçambique: antecedentes históricos	11
2.3. O sistema de saúde: importância e principais características.....	12
2.4. Questões de governação	13
2.5. Financiamento de Saúde.....	16
2.6. Infraestrutura de saúde e funcionários.....	20
3. Abordagem da pesquisa	22
3.1. Objectivos	22
3.2. Quadro Conceptual	22
3.3. Justificativa de pesquisa.....	25
3.4. Problemas éticos	26
4. Métodos.....	27
4.1. Estudo populacional e fonte de dados	27
4.2. Variáveis.....	27
4.3. Análise estatística.....	29
5. Resultados	31
5.1. Factores condicionantes da necessidade de saúde percebida.....	32
5.2. Acesso aos serviços profissionais de saúde.....	36
5.3. Razões de não utilização dos cuidados de saúde profissionais	38
5.4. O uso dos serviços de saúde: problemas de qualidade reportados.....	44
5.5. Tipo de provedor e problemas de qualidade.....	46
5.6. Pagamentos directos reportados	50
6. Discussão.....	52
7. Conclusões e Recomendações	54
7.1. Resultados	55
8. Referências bibliográficas.....	56

Lista de tabelas e figuras

Tabelas

Tabela 1. Indicadores para medir os progressos no PQG (2015-2019).....	14
Tabela 2. Variáveis do resultado analisadas no estudo.....	28
Tabela 3. Número médio de dias impossibilitados de trabalhar ou estudar por condições de saúde, por estratégias de lidar com a necessidade de saúde.....	39
Tabela 4. Distribuição dos problemas de qualidade encontrados (perguntas de respostas múltiplas).....	44
Tabela 5. Pagamentos médios no sector público de acordo com SEP e local de residência e estratificados por sexo	51

Figuras

Figura 1. Mapa político de Moçambique, suas províncias, distritos e fronteiras políticas.	10
Figura 2. Quadro teórico do acesso ao sistema de saúde em Moçambique.....	23
Figura 3. Mapa de árvore mostrando os pesos relativos dos principais conceitos usados nesta análise	32
Figura 4. Distribuição da necessidade de saúde percebida de acordo com os eixos provinciais e de desigualdades sociais.....	34
Figura 5. Média dos dias de saúde impossibilitados de trabalhar / estudar de acordo com os eixos provinciais e de desigualdades sociais	35
Figura 6. Prevalência de indivíduos que NÃO utilizaram ajuda profissional, sobre a população declarando necessidade de saúde, segundo os eixos províncias e desigualdades sociais.....	37
Figura 7. Razões de não utilização dos cuidados de saúde profissionais.....	39
Figura 8. Razões de não utilização dos cuidados de saúde profissionais, de acordo com a província	42
Figura 9. Razões de não utilização da assistência médica profissional, segundo os eixos de desigualdades sociais	43
Figura 10. Prevalência de indivíduos com algum tipo de problema de qualidade na utilização dos serviços de saúde, sobre a população usuária de serviços de saúde ...	45
Figura 11. Distribuição de provedores de saúde por província.....	47
Figura 12. Provedores de saúde por província e eixos de desigualdades sociais	48
Figura 13. Prevalência de indivíduos com algum tipo de problema de qualidade na utilização de serviços de saúde, sobre a população usuária de serviços de saúde, por tipo de provedor.....	49
Figura 14. Quantia paga por consulta dos serviços de saúde, conforme o tipo de provedor.....	50

Acrónimos

CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo
CMAM	Centro de Medicamentos e Artigos Médicos

CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
DPS	Direcção Provincial de Saúde
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
GGE	Gastos gerais do governo
GTF	Grupo de Trabalho Técnico da Estratégia de Financiamento da Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
IOF	Inquerito ao Orçamento Familiar
LOLE	Lei dos órgãos locais do Estado
MISAU	Ministerio da Saúde (de Moçambique)
MEF	Ministério da Economia e Finanças
ONG	Organização não-governamental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
OOP	Pagamentos directos
PARP	Plano de Acção Para a Redução da Pobreza
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
PQG	Plano Quinquenal do Governo
PAE	Programa de Ajuste Estrutural
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social
THE	Despesa total em saúde
ONU	Organização Nações Unidas
CUS	Cobertura Universal de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
BM	Banco Mundial

Sumário executivo

O acesso aos serviços de saúde de qualidade é crucial para uma saúde boa e equilibrada. Este relatório tem por objectivo fornecer evidências científicas sólidas sobre o acesso ao sistema de saúde em Moçambique e as desigualdades sociais que afectam

esse acesso. Para o efeito, foi realizada uma análise descritiva e multivariada do Inquerito ao Orçamento Familiar (IOF) de Moçambique 2014/15 no que refere as necessidades de saúde, gravidade de doenças, utilização dos serviços de saúde e razões para não utilizá-los, problemas de qualidade no atendimento recebido e pagamentos directos. Estes resultados foram descritos de maneira geral e de acordo com os principais eixos de desigualdades sociais, incluindo: posição socioeconómica familiar, nível máximo de escolaridade atingido, sexo, idade, ambiente rural / urbano, província, tempo para chegar às unidades sanitárias e tipo de provedor de saúde.

A hipótese inicial de que os eixos de desigualdades sociais condicionariam o acesso à saúde foi amplamente confirmada. Um em cada três moçambicanos que percebem a necessidade de saúde não utilizou os serviços de saúde, e este comportamento é mais prevalente entre as pessoas que vivem nas províncias do norte, em ambientes rurais, bem como os quintis socioeconómicos menos escolarizados e mais pobres. As desigualdades sociais também condicionam certos aspectos relativos à qualidade do acesso, o tipo de provedor de cuidados de saúde preferido, bem como a prevalência e intensidade das necessidades de saúde.

A análise da gravidade da doença de acordo com a forma como as pessoas lidam com as suas necessidades de saúde sugere que a utilização dos serviços de saúde é uma decisão parcialmente motivada pela gravidade do problema. No entanto, quase metade das pessoas que não utilizam os serviços de saúde enfrentam barreiras objectivas que dificultam o seu acesso (particularmente, a distância ou a falta de transporte para as unidades de saúde), enquanto sofrem de uma necessidade comparativamente grave de saúde. Novamente, isso afecta mais as categorias socialmente desfavorecidas.

Recomenda-se ao governo, aos pesquisadores e às partes interessadas da sociedade civil que reconheçam a importância de reduzir as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde de modo a melhorar os resultados gerais de saúde em Moçambique e priorizar acções que visem assegurar um acesso de qualidade igual para toda a população.

1. Introdução

O acesso equitativo aos sistemas de saúde de boa qualidade continua a ser uma grande preocupação da política de saúde para quase todos os países africanos. A epidemia de Ébola de 2014 na África Ocidental, o surto de febre amarela em 2016 na África Central

ou a emergência anual de cólera na maioria dos países da África Subsaariana são alguns exemplos que ilustram o pior cenário de sistemas de saúde enfraquecidos, especialmente em áreas rurais e para os mais pobres, ilustrando a falta de coordenação entre os doadores e a ajuda internacional bem como a necessidade urgente de cobertura universal de saúde (CUS).

A assistência médica universal é um dos principais contribuintes para o bem-estar de um país, pois melhora a equidade em saúde, cobrindo as necessidades de saúde de toda a população (Organização Mundial de Saúde, 2013). O acesso aos serviços de saúde de qualidade é crucial para uma saúde boa e equitativa. O sistema de saúde é um determinante social da saúde que é influenciado e influencia outros determinantes sociais. A classe social, o género, a etnia e o local de residência estão intimamente ligados ao acesso, experiências e benefícios das pessoas em relação à assistência médica (CSDH, 2008).

O foco actual na CUS dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) tem potencialmente dado a oportunidade de melhorar os sistemas nacionais de saúde, especialmente àqueles em péssimas condições como os países da África Subsaariana (Nações Unidas, 2015). No entanto, o foco selectivo das agências globais colocou uma ênfase reduzida na protecção financeira de um conjunto de serviços básicos de saúde, em vez de um sistema de saúde mais abrangente. Por exemplo, combater doenças com base em intervenções e tratamentos custo-efectivos está longe de ser uma abordagem abrangente de cuidados de saúde primários (CSP) capazes de criar sistemas de saúde mais justos, fortes e sustentáveis (Gish, 1982; Starfield, Shi & Macinko, 2005).

Uma abordagem abrangente é, portanto, uma pré-condição necessária para alcançar um sistema justo de saúde para todos (Evans, Hsu, & Boerma, 2013) e deve incluir os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o primeiro nível de contato de indivíduos, família e comunidade com os sistemas nacionais de saúde. Os sistemas de saúde produzem resultados de saúde muito melhores quando reflectem os Cuidados de Saúde Primários (CSP), com uma referência adequada para níveis mais elevados de cuidados, onde a prevenção e a promoção estão em equilíbrio com o investimento em intervenções curativas. Evidências mostram que os Cuidados de Saúde Primários (CSP), contrariamente aos cuidados especializados, estão associados a uma distribuição mais equitativa da saúde da população, uma constatação que é consistente em estudos transnacionais e intra-nacionais (Starfield et al., 2005). Esta abordagem

também implica outras questões fundamentais: um sistema de saúde mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham; o foco no cuidado integral a longo prazo para cobrir a maioria das necessidades e problemas de saúde; acesso ao cuidado coordenado dentro dos cuidados especializados quando necessário; e cuidados de saúde baseados em métodos de procedimentos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, a um custo económico que toda a comunidade e o país podem pagar (Organização Mundial de Saúde, 1978). Além disso, uma questão adicional, ainda que muitas vezes negligenciada, que os sistemas de saúde africanos devem ter em conta é que quase metade da população considera a medicina tradicional como uma primeira opção para obter cuidados de saúde.

2. Antecedentes

2.1. Moçambique: visão geral das questões sociais e necessidades de saúde

Moçambique é um país localizado no Sudeste da África, aproximadamente oblongo em forma e banhado pelo Oceano Índico a Leste. A sua extensão é semelhante à da Turquia e o seu clima é tropical, embora as condições climáticas específicas variem de acordo com a altitude e latitude.

Os resultados do recenseamento moçambicano de 2017 revelam uma população total de 28,9 milhões de pessoas (36,1 / km²), com uma estrutura etária muito jovem: 49% da população é menor de 18 anos de idade e apenas 3% é maior de 60 anos de idade (Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, 2010). Do ponto de vista socioeconómico, Moçambique tem características semelhantes a outros países da África Subsaariana. Apesar do recente melhoramento, o país continua sendo um dos países mais pobres e subdesenvolvidos do mundo (o PIB per capita está entre os 10 mais baixos). A esperança de vida ao nascer é de 53,7 anos e a taxa total de fertilidade é de 5,08 filhos nascidos / mulheres (estimativa de 2017), enquanto ocupa a 181^a posição entre 188 países no Índice de Desenvolvimento Humano de 2016 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2016). Cerca de 70% da população vive em áreas rurais com uma grande maioria envolvida na agricultura (actividade principal para 76,3% das mulheres e 55,9% dos homens) ou dedicando-se ao comércio informal (10,5% das mulheres e 8,7% dos homens) (Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, 2015).

Em termos administrativos, Moçambique compreende 10 províncias e uma cidade capital com estatuto de província (Maputo). As províncias subdividem-se em 129 distritos, os quais se dividem em 405 Postos Administrativos e Localidades. Maputo, associada à cidade vizinha Matola, é a maior área urbana do país, de acordo com o recente censo de 2017 (1.101.170 e 1.616.267 habitantes, respectivamente, veja o mapa abaixo, Figura 1). Ndege (2007) identificou padrões de variação significativos nas normas comportamentais e sociais dentro dos 16 principais grupos étnicos do país em relação às estruturas matrimoniais (monogamia ou poligamia), tipo de padrão de descendência (matrilinear ou patrilinear) e idade ao casamento. Em Moçambique, ao contrário dos outros países da África Subsaariana, as sociedades matrilineares se casam mais cedo, em média aos 15-17 anos de idade e as patrilineares ligeiramente mais tarde;

aos 18-21 anos de idade. A educação pode estar na origem deste factor, já que os sistemas matrilineares nas regiões rurais do norte tiveram altas taxas de analfabetismo feminino (85% -88%). Nas províncias do sul, onde a descendência patrilinear é comum, verificam-se menores taxas de analfabetismo (48% -77%), juntamente com maior acesso à rádio, televisão, a jornais e informações sobre saúde (Arnaldo, 2004; Audet et al., 2010). Poligamia e sistemas de descendência patrilinear são, de forma comum, praticados em todo o país (Arnaldo, 2004). A maioria das pessoas nas partes sul e central do país é cristã, enquanto o norte é povoado por uma grande percentagem de muçulmanos. As línguas nacionais mais faladas são Emakhuwa (25,4%), Português - a língua oficial (12,8%), Xichangana (10,4%), Cisena (7,1%), Elomwe (6,9%) e Cinyanja (5,8%).



Figura 1. Mapa político de Moçambique, suas províncias, distritos e fronteiras políticas

Actualmente, as doenças transmissíveis são as principais causas de morte em Moçambique: malária (29% de todas as mortes), HIV / SIDA (27%), condições perinatais (6%), doenças diarreicas (4%) e infecções respiratórias inferiores (4%). (Organização Mundial da Saúde, 2016; Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, 2012). Diferenças na mortalidade também existem em locais urbanos e rurais. A malária foi a

principal causa de morte nas zonas rurais e o VIH / SIDA foi a principal causa de morte nas zonas urbanas (Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, 2012). Além disso, a desnutrição crónica permanece como outra condição de saúde comum.

O país ainda tem uma das maiores taxas de mortalidade materna e infantil do mundo. Os recém-nascidos e óbitos infantis em crianças menores de 1 ano de idade representaram aproximadamente um quarto de todas as mortes, enquanto a passagem de crianças de 1 a 4 anos representou 19% do total (Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, 2012).

2.2. Sistema de saúde de Moçambique: antecedentes históricos

Durante os anos 70, com base nos diferentes tipos de socialismo africano e restrições económicas relacionadas com a geopolítica e assuntos sociais internos (Mondlane, 1969), países como Moçambique lutaram para construir um sistema de saúde pública abrangente baseado em agentes comunitários de saúde, postos e centros de saúde, hospitais rurais e hospitais provinciais maiores.

O sistema de saúde público moçambicano incrementou fortemente a sua infraestrutura em apenas dez anos, de 326 unidades de saúde em 1975 para 1.195 em 1985 (Magnus Lindelow, Ward & Zorzi, 2004), tornando-se num modelo de Cuidados de Saúde Primários, apostando na equidade e eliminando o serviço médico colonial que enfatizava o cuidado curativo e urbano.

Nos anos 80 e 90, Moçambique passou por profundas mudanças sociais, económicas e políticas. Em 1989, doze anos após o início da guerra civil e após duas greves de doadores em 1983 e 1986, quando a ajuda alimentar foi suspensa (Hanlon, 2004), a Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) abandonou formalmente o marxismo. Sob as pressões do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM), em 1987, Moçambique assinou um programa de ajuste estrutural (PAE) e, em 1990, uma nova constituição proporcionou eleições multipartidárias que levaram à privatização dos serviços, reduções nos gastos do governo e uma transição para uma economia de mercado. O aumento contínuo da ajuda externa depois do PAE tornou Moçambique num dos maiores beneficiários dos cuidados de saúde em África actualmente (IHME, 2016a) e a ampla gama de actores no sector da saúde - organizações multilaterais, doadores bilaterais, ONGs, fundações ou universidades - levou à fragmentação dentro

do sector através de fluxos de ajuda externa não coordenados e interesses de doadores concorrentes.

Em meados da década de 90, a governabilidade de Moçambique era fraca, o orçamento do Estado para a saúde era muito escasso e várias instalações de saúde foram destruídas no âmbito de uma guerra civil, principalmente nas áreas rurais. Além disso, o clima neoliberal político e económico prevalecente introduziu grandes mudanças negativas para o funcionamento eficaz do sistema público, por exemplo, em 1996, os salários dos funcionários públicos eram apenas um terço do que tinham sido em 1991.

Durante os anos subsequentes, a grande maioria dos moçambicanos utilizava um sistema de saúde pública enfraquecido (Organização Mundial de Saúde, 2016) com recursos muito limitados. A retórica predominante em relação ao bem-estar público, promovida num contexto de escassos recursos públicos e alta dependência internacional e muitas vezes condicionada da ajuda, colocou obstáculos adicionais à possibilidade de desenvolver uma abordagem mínima abrangente do sistema público de saúde (Mackintosh, 2000).

A actual Constituição de Moçambique protege o direito das pessoas à saúde. No entanto, embora a população possa ter esse direito, o seu acesso permanece restrito aos custos directos e indirectos de acesso aos serviços, incluindo a acessibilidade física, factores socioculturais ou benefícios e necessidades percebidos (dos Anjos & Cabral, 2016; Wagenaar et al., 2016).

2.3. O sistema de saúde: importância e principais características

O actual sistema de saúde em Moçambique é bastante semelhante ao da maioria dos países da África Subsaariana. É caracterizado por um nível primário com uma infra-estrutura muito deficiente, pessoal de saúde pouco qualificado e, infelizmente e muito mais comum do que se imagina, requisitos básicos indisponíveis como água canalizada, fornecimento de energia confiável, medicamentos, oxigênio, transporte seguro ou diagnóstico e equipamento terapêutico. Por exemplo, os dados representativos nacionais de Moçambique mostram que apenas 34% das instalações dispunham dos três equipamentos básicos da infra-estrutura: água potável, saneamento e energia. Além disso, um número limitado de 42,7% das unidades sanitárias tinha disponíveis os medicamentos prioritários (Banco Mundial, 2015a). O sistema de saúde também sofre

de possuir um nível especializado fraco, com uma importante presença de provedores privados e uma fragmentação entre organização e prestação de serviços, uma fonte comum de ineficiência.

2.4. Questões de governação

Em Moçambique, o sector da saúde é composto pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), 11 Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e 146 Serviços Distritais de Saúde de Mulher e Acção Social (SDSMAS). Além dessas, outras instituições de saúde recebem dotação orçamental autónoma do Orçamento do Estado, nomeadamente: Centro de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), Conselho Nacional de Combate ao HIV / SIDA (CNCS) e também três Hospitais Centrais, quatro Hospitais Gerais, oito Hospitais Provinciais, um Hospital Distrital e um Hospital Psiquiátrico. A DPS e os SDSMAS estão subordinados ao Ministério da Saúde (MISAU) e ao Ministério da Economia e Finanças (MEF).

Um dos elementos-chave na governação é o desenvolvimento de políticas de saúde e a formulação de planos estratégicos pelo Ministério da Saúde para conceber as intervenções a serem implementadas rumo ao alcance dos resultados desejáveis de saúde.

Principais instrumentos de planificação

O sector da saúde tem vários planos, cujo alinhamento está a melhorar lentamente ao longo dos anos. Os principais planos actuais podem ser divididos em: 1) planos multi-sectoriais, que são o Plano Quinquenal do Governo (PQG), o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) e o Plano Económico e Social (PES) e 2) o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS). No entanto, conforme descrito em detalhe abaixo, uma quantidade significativa de recursos no sector da saúde é canalizada para fora da Conta Única do Tesouro (despesas fora do orçamento) através de projectos financiados por doadores, portanto fora do quadro de planificação nacional.

Tabela 1. Indicadores para medir os progressos no PQG (2015-2019)

Indicador	Base (2014)	Experados (2019)
% de partos institucionais	71	75
% de crianças totalmente vacinadas	82	94
% de baixo peso curado em crianças menores de cinco anos de idade	60	80
% de adultos e crianças retidos em ART	45/64	80/80
% de HIV+ mulheres grávidas que receberam ARVs	86	90
Taxa de profissionais de saúde por 100.000 habitantes	94	113,3
Número de distritos com um hospital distrital	44	60
% de mulheres entre 30 e 55 anos de idade com triagem de cancro do colo do útero em consultas de planeamento familiar	1	15

Fonte: Ministério da Saúde (2015)

O Plano Quinquenal do Governo (PQG) é um plano a médio prazo vinculado ao ciclo eleitoral e inclui uma série de objectivos estratégicos, alguns dos quais relacionados à saúde, a serem alcançados durante os cinco anos subsequentes. O plano actual é de 2015 a 2019. As prioridades podem ser resumidas da seguinte forma: promoção da igualdade de acesso aos serviços de saúde, redução do impacto de doenças, promoção da saúde e prevenção de doenças, melhoria da rede de saneamento, melhoria da gestão de recursos humanos e garantia da sustentabilidade e gestão financeira (Banco Mundial, 2014). Os indicadores usados para medir os progressos no PQG estão contidos na Tabela 1.

O Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) é a estimativa de médio prazo das receitas e despesas. O actual CFMP 2017-2019 está subordinado ao PQG 2015-2019. Os recursos são orçamentados através do CFMP, que é negociado com o Conselho de Ministros e o Ministério da Economia e Finanças e aprovado pelo Parlamento. O CFMP contém uma descrição geral das despesas previstas no sector da saúde e aponta três acções para reduzir a mortalidade materna e neonatal: aumento dos partos institucionais, reforço do tratamento preventivo intermitente em mulheres grávidas em risco de malária e a distribuição de redes mosquiteiras (Ministério da Saúde, 2015).

O Plano Económico e Social (PES) fornece um plano operacional para as actividades a serem realizadas em cada programa no PQG dentro de um ano. As prioridades em saúde para 2018 são: cuidados da saúde materno-infantil, melhoria da qualidade dos cuidados, melhoria da logística de produtos médicos, redução do impacto de epidemias

e desnutrição, promoção da saúde e prevenção de doenças e aumento de recursos humanos para a saúde. No entanto, enquanto o PES e o orçamento da saúde são ambos produzidos anualmente, é um desafio avaliar como o orçamento está vinculado aos objectivos da política.

O actual quadro político estratégico do sistema de saúde é o Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2014-2019, que estabelece dois pilares. Por um lado, ter mais e melhores serviços de saúde com base nos seguintes princípios gerais: acesso, utilização, qualidade, equidade e eficiência. Por outro lado, uma agenda de reformas em saúde baseada em seis componentes gerais: serviços de saúde, infraestrutura de saúde, liderança e governança, financiamento da saúde, recursos humanos, logística e tecnologia em saúde e, finalmente, informação em saúde, monitoria e avaliação (Ministério da Saúde). 2013b)

A actual Política Nacional de Saúde destaca a saúde como uma pré-condição boa e essencial para um desenvolvimento sustentável. Em termos gerais, inclui o acesso à saúde pública e a garantia de referência entre níveis de cuidados. Além disso, descreve a interação com o sector comunitário com parteiras tradicionais e agentes comunitários de saúde, especialmente em áreas remotas. No entanto, a política fornece um quadro fraco para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e confere ao sector privado um papel na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos (Ministério da Saúde, Conselho de Ministros, n.d.). De facto, a Política Nacional de Saúde define saúde como um "bem" ao invés de um "direito", uma ideia que pode influenciar atitudes em relação à prestação de serviços de saúde e sua privatização.

O SNS foi criado pela lei 25/91 e foi definido como o conjunto de unidades de saúde, incluindo aquelas nacionalizadas, que dependem do MISAU e contribuem para a prestação de cuidados de saúde à população. Na prática, nem sempre existe uma clara diferenciação entre as funções do SNS e do MISAU. No papel, o SNS desenvolve acções preventivas, de assistência e de reabilitação, utilizando formação e pesquisa como meio para o seu desenvolvimento contínuo.

Desde 2001, Moçambique tem vindo a implementar o processo de descentralização dos serviços públicos, incluindo o sector da saúde, mas ainda está pouco desenvolvido. A lei que rege o processo é a Lei dos Órgãos Locais do Estado (LOLE) (Lei 8/2003) que esclarece as funções e responsabilidades administrativas dos organismos desconcentrados (Provinciais, Distritais, Postos Administrativos, Localidades e

População). Além disso, cria novos serviços ao nível distrital e concede aos distritos autonomia para planificar, fazer orçamento e implementar iniciativas locais. Inclusivamente, estabelece canais para a participação e consulta da comunidade na governação local.

Ademais, o Diploma Ministerial n.º 67/2009 de 17 de Abril aprovou as directrizes para a organização e funcionamento dos Conselhos Consultivos Locais para assegurar a participação das comunidades locais do processo de planificação e implementação dos planos do desenvolvimento distrital. Também reconhece que o processo da participação comunitária acontece através dos Conselhos Locais nos seguintes níveis: Distrito, Posto Administrativo, Localidades e População. Ao abrigo deste Diploma Ministerial, o envolvimento da comunidade na planificação e implementação dos planos do desenvolvimento distrital deve começar ao nível de base ou local, ou seja, as comunidades devem participar, identificando as reais necessidades colectivas e incorporando-as nos planos de cada distrito. Deve-se assegurar este exercício através da participação activa do cidadão nesse processo.

No entanto, muitos desafios surgem na formulação e implementação dessas políticas e dos planos estratégicos. Quanto à formulação de políticas, verifica-se um controlo escasso e a planificação de programas verticais, o fraco envolvimento de outras partes interessadas na formulação de políticas, a fragmentação entre os processos de desenvolvimento de políticas e planos estratégicos e a existência de leis desactualizadas e obsoletas. Além disso, existem algumas desvantagens no que diz respeito à capacidade de planificação estratégica, tais como a existência de muitos sistemas paralelos de dados, um investimento fraco na geração de evidências e o uso dessas evidências, bem como colaboração limitada entre o MISAU e outros órgãos nacionais (por exemplo, o Instituto Nacional de Estatística de Moçambique). Actualmente, está em curso um processo de diagnóstico apoiado pela OMS para reformular as políticas de saúde em Moçambique.

2.5 Financiamento de Saúde

Os gastos com saúde do Governo de Moçambique como percentagem dos Gastos Gerais (GGE) do governo é de 9,8% (UNICEF, 2016), ainda longe de atingir a meta de 15% da Declaração de Abuja. Além disso, a despesa total com saúde *per capita* é de 42 milhões de dólares americanos, o que é escasso em comparação com a

recomendação da OMS de 60 milhões de dólares americanos, e depende muito da assistência externa (Banco Mundial, 2009).

O sector da saúde é financiado pelo orçamento do Estado, fundos externos dos doadores e, em pequena parte, pela contribuição dos pagamentos directos. Impostos e receitas públicos financiam o orçamento do Estado, mas é importante ressaltar as restrições impostas ao gasto público através das medidas de austeridade. Os fundos externos são contribuídos pelos doadores através do Apoio Orçamental Geral, do fundo comum de saúde (ProSaude), dos fundos verticais e, numa proporção muito pequena, das doações de medicamentos e equipamento médico.

Os recursos financeiros em Moçambique podem ser reportados ao Estado (dentro do orçamento) ou não reportados (fora do orçamento), também podem estar no Sistema Financeiro do Governo (Conta Única do Tesouro “CUT”) ou fora do sistema (fora da CUT). Os gastos financiados pelo Orçamento do Estado e pelo ProSaude estão dentro do orçamento e na CUT, enquanto a maior parte do financiamento vertical está fora do orçamento e fora da CUT, desafiando a responsabilidade do Parlamento de Moçambique, a planificação pública e orçamentação do Ministério da Saúde.

A maior parte dos gastos com saúde é externa e acontece fora dos limites do controlo do governo. Em 2013, o orçamento do Estado contribuiu apenas com 29% para os gastos com saúde, o ProSaude 7% e os verticais com 64%. É importante salientar que 62% do gasto total com saúde em Moçambique, basicamente os fundos verticais, não foi gerido pelo Governo, nem registado no MEF (Ministério da Economia e Finanças), nem auditado pelo Tribunal Administrativo (fora do orçamento e fora da CUT). A despesa total com saúde entre 2009 e 2013 aumentou em termos reais principalmente por causa dos fundos verticais, enquanto o ProSaude também diminuiu nas suas contribuições e o orçamento do Estado parece compensar o declínio, mostrando um ligeiro aumento de três pontos percentuais (Banco Mundial, 2015b).

Quanto à contribuição do desembolso directo, corresponde a 6,4% da despesa total com saúde em 2014 (Banco Mundial, 2009). Neste sentido, apesar do facto de a OMS ter colocado Moçambique como o país com menor gasto anual das famílias com saúde no mundo (Organização Mundial de Saúde, 2014), os pagamentos directos de 2014/2015 representam, em média, um aumento de 312,59% em termos reais quando comparado com 2008/09, quando a despesa média mensal por pessoa era de 5 meticais (Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, 2015). Além disso, os pagamentos directos

podem ser amplamente subestimados, uma vez que os dados para medi-los vêm de pesquisas nacionais e só contam o pagamento directo declarado pela própria pessoa durante a visita.

De acordo com o PESS, a estratégia de financiamento do sector de saúde está a ser desenvolvida tomando em consideração quatro dimensões: angariação de fundos, pesquisa de fundos, mecanismos de compra e alocação de recursos.

Angariação de Fundos

Conforme referido acima, os níveis de despesa com saúde como percentagem das despesas do Governo em Moçambique são mais baixos do que os seus pares e longe da meta de Abuja. A variação anual da alocação de recursos para saúde atingiu a sua maior percentagem em 2005, com os 18,24% dos gastos do governo e, desde então, manteve uma tendência decrescente, atingindo os 8,81% dos gastos do governo em 2014 (Banco Mundial, 2009). Esses números incluem empréstimos externos, doações, fundos de seguro de saúde compulsivos e despesas recorrentes e de capital do orçamento do Estado, mas é importante referir que 65% do orçamento total do Estado em 2014 foi financiado por fontes externas. Além disso, mostrou um aumento acentuado em 2015, onde 75% do orçamento total do Estado foi financiado por doadores (Projecto da Política de Saúde, 2016). De facto, Moçambique é um dos principais beneficiários de ajuda à saúde em África (IHME, 2016b).

O alcance de um financiamento da saúde autónomo e sustentável tem de ser impulsionado por um aumento da mobilização das receitas domésticas. Em Moçambique, o Grupo de Trabalho Técnico da Estratégia de Financiamento da Saúde (GTF) (2016) - apoiado pela OMS, UE e o Governo do Luxemburgo – consideram as seguintes estratégias: aumento da taxa de utilização e diferentes esquemas de financiamento (seguro de saúde social, seguro de saúde comunitário e seguro de saúde privado), bem como outras leis, e a derivação das receitas do petróleo em despesas de saúde. No entanto, o alívio da dívida, como mecanismo para aumentar o orçamento público, não está a ser considerado.

Angariação de receitas

A angariação das receitas pré-pagas (tributação e as várias formas de seguro de saúde) tem um grande impacto na protecção contra risco financeiro e no acesso aos cuidados.

Isso inclui decisões sobre cobertura de benefícios e direitos que, hoje em dia, são geralmente guiados por políticas neoliberais, por exemplo, o Banco Mundial continua a enfatizar o financiamento da saúde em vários níveis: seguro de saúde privado para os ricos, seguro de saúde social para os da classe média e seguro financiado pelo sector público “pacotes de benefícios” para os pobres.

No entanto, há grandes evidências de que “múltiplas angariações, cada uma com as suas próprias administrações e sistemas de informação, também são ineficientes e dificultam a obtenção de equidade. Normalmente, uma das angariações proporcionará altos benefícios às pessoas reactivamente ricas, que não desejarão subsidiar os custos das pessoas mais pobres e menos saudáveis” (Organização Mundial de Saúde, 2010). No caso de Moçambique, o GTF está a considerar a definição de “Pacote de Benefícios” e, conforme referido anteriormente, a definição de diferentes esquemas de financiamento que vão desde o seguro de saúde comunitário até o privado.

Este debate em torno da Cobertura Universal de Saúde e o que deve ser fornecido ou não, combate a solidariedade social e enfraquece o apoio político referente ao sistema de pagador único.

Mecanismos de Compra

O Governo moçambicano é o maior comprador de serviços de saúde, outros compradores são parceiros de desenvolvimento, esquemas voluntários de pagamento e pagamentos directos. Os actuais mecanismos de compra no SNS moçambicano baseiam-se principalmente na rubrica orçamental, em que as despesas salariais, de suministros médicos e transporte de medicamentos são calculados principalmente com base nos orçamentos históricos definidos pelo MEF. Quanto à taxa por serviço, poucas instituições estão autorizadas, por exemplo, o Hospital Central de Maputo (sector privado). No entanto, sabe-se que muitas práticas informais ocorrem ao nível das unidades de saúde.

Alocação de Recursos

Em 2016, o Ministério da Saúde recebeu a maior alocação como parcela do total dos fundos da saúde do governo (45,2%), seguido por SDSMAS (14,9%) e DPS (13,5%). A seguinte instituição única no que se refere à recepção de fundos é o Hospital Central de Maputo (8,6% da alocação orçamental) (UNICEF, 2016). O actual processo de alocação

do governo carece de dados necessários e é caracterizado por uma baixa qualidade. Além disso, o processo é irregular, muitas vezes fraco, no que tange aos fundos fora do orçamento da CUT. Por exemplo, o processo de alocação do governo dos EUA (um dos principais doadores) em Moçambique não ajuda no aumento da eficiência, assumiu a forma de “sub-acordos” com os profissionais de saúde, vinculando assim as actividades prioritárias dos doadores ao financiamento. Estas deficiências tornam-se explícitas quando se analisa a distribuição desigual das alocações de saúde sub-nacionais *per capita* às províncias, a Cidade de Maputo recebe 529 milhões de meticais (11 milhões de dólares americanos), enquanto Nampula recebe 222 milhões de meticais (5 milhões de dólares americanos), a Província de Maputo recebe 252 milhões de meticais (5 milhões de dólares americanos), e a Zambézia recebe 257 milhões de meticais (5 milhões de dólares americanos) (UNICEF, 2016).

Os salários e despesas com pessoal, incluindo as despesas dos funcionários financiados que pagam salários base (8 a 12 meses) e os novos licenciados contratados pelo SNS, são pagos pelo orçamento do Estado através da ProSaude, entre outros intervenientes. Os fundos verticais (principalmente o PEPFAR) contribuíram com um terço para as despesas dos funcionários, que não são pagas pelo orçamento do Estado (Banco Mundial, 2015b).

2.6 Infraestrutura de saúde e funcionários

O sistema de saúde em Moçambique é predominantemente financiado por fundos públicos (SNS), com algumas excepções como o programa de HIV / SIDA, que permanece essencialmente sustentado pela ajuda externa, pelo público e pelas ONGs. Os seus gastos mostraram um aumento de 37% de 2012 a 2014 (256 a 353 milhões de dólares americanos) (UNAIDS, 2014). Além disso, alguns sistemas de saúde privados estão a crescer particularmente nas grandes cidades (Maputo, Matola, entre outras capitais provinciais).

As instalações de saúde pública estão localizadas nas principais cidades e vilas ao redor do centro de saúde distrital de referência, que pode ser um Hospital (distrital ou rural) ou uma unidade sanitária do tipo I. Está organizado em quatro níveis de cuidados (primários, secundários, terciários e quaternários) onde os níveis primário e secundário são orientados para a provisão de CSP (Cuidados de Saúde Primários). A definição das unidades de saúde baseia-se no tamanho das áreas de captação (áreas servidas pelas unidades sanitárias), mas regidas pelo Decreto 127/2002 desactualizado.

O nível primário é composto por 161 postos de saúde e 1.271 unidades de saúde (Tipo I e II Rurais e Urbanos Tipo A, B e C) prestando serviços básicos da saúde preventiva e curativa. O nível secundário inclui 47 hospitais básicos, como hospitais rurais, distritais e gerais, alguns dos quais prestam serviços cirúrgicos. Os 7 hospitais provinciais constituem o nível terciário e os 3 hospitais centrais constituem o nível quaternário (Ministério da Saúde, 2013a). No entanto, sabe-se que a expansão do sistema de saúde é mais lenta do que o crescimento populacional, o rácio actual resulta em 16.739 habitantes por instalação (Ministério da Saúde, 2016) e está longe da meta do Plano de Acção para a Redução da Pobreza (PARP) de 10.000 habitantes por unidade de saúde. Se considerarmos as províncias, Nampula (23 297), Tete (20 805) e Zambézia (20 178) têm os piores rácios (Ministério da Saúde, 2016).

Os provedores de serviços de saúde privados estão a se proliferar, especialmente nas grandes cidades, alguns dos quais não estão regulamentados, oferecendo assistência médica de custo por serviço, no entanto, os dados sobre o seu desempenho não estão publicamente disponíveis. Weimer (2008) classificou as clínicas de Moçambique da seguinte forma: 1) clínicas privadas cujos proprietários estão ligados à elite; 2) sectores privados em hospitais públicos com acesso preferencial a serviços médicos, médicos e equipamentos; 3) salas e serviços especiais em hospitais públicos, negociados de forma privada com o pessoal de saúde; 4) os serviços de saúde pública padrão para a população em geral; e 5) médicos privados informais e “provedores de serviços” ligados às cadeias de fornecimento de medicamentos e com conhecimentos médicos básicos, também pertencentes a este grupo de praticantes e fornecedores da “medicina tradicional chinesa e medicamentos chineses”.

Os profissionais de saúde são a base para estimular, criar e manter a melhoria dos cuidados de saúde. Em Moçambique, segundo o Ministério da Saúde (2016), os profissionais de saúde cresceram 72% entre 2007 e 2015. Representa 25.779 profissionais de saúde, dos quais 12.085 são enfermeiros gerais ou enfermeiros de saúde materno-infantil. No entanto, a proporção de médicos e enfermeiros é muito baixa (54,8 por 100.000 habitantes) em comparação com os 230 por 100.000 habitantes recomendados pela OMS. Além disso, a distribuição é desigual, as províncias de Zambézia e Tete têm menos profissionais de saúde e as desigualdades entre províncias pioraram em 8 das 11 províncias entre 2007 e 2015. Em relação à distribuição urbana / rural, nas áreas urbanas há 176 profissionais de saúde por 100.000 habitantes comparados a 65 em áreas rurais (Ministério da Saúde, 2016).

Além disso, os sistemas de saúde africanos não costumam tomar em consideração que quase metade da população considera a medicina tradicional como uma primeira opção para obter assistência médica. Por exemplo, quase 70% da população em Moçambique procura cuidados na medicina tradicional para preocupações físicas ou psicológicas, e a proporção estimada é de 1 praticante tradicional por 200 habitantes (Ministério da Saúde, 2012).

3. Abordagem da pesquisa

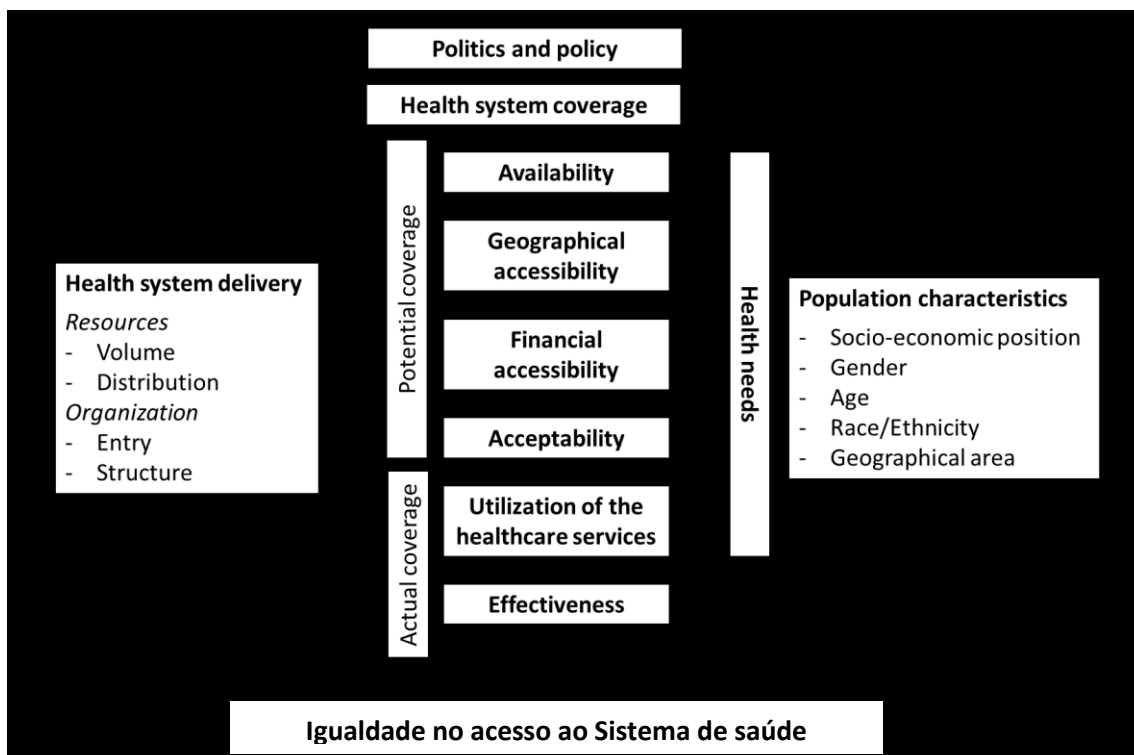
3.1. Objectivos

O principal objectivo deste relatório é o de fornecer evidências científicas sólidas sobre o acesso ao sistema de saúde em Moçambique e as desigualdades presentes nesse acesso. Além disso, pretende ser um instrumento político fundamental capaz de melhorar o Sistema Nacional de Saúde de Moçambique.

3.2 Quadro Conceptual

O enquadramento teórico ilustrado na Figura 2 orientará a presente pesquisa. Em primeiro lugar, o acesso ao sistema de saúde precisa de ser entendido no contexto político histórico e actual de Moçambique, tomando em consideração as correntes globais da política macroeconómica que nas últimas décadas influenciaram fortemente as reformas no sector da saúde de forma a minar a contribuição para uma distribuição mais eficaz e equitativa dos cuidados de saúde entre a população (Starfield et al., 2005).

Dois elementos principais também são destacados no gráfico sobre a caracterização do sistema de saúde: recursos e organização. Os recursos são o pessoal de saúde, a estrutura em que os cuidados de saúde são prestados, os equipamentos e materiais utilizados na prestação dos cuidados. A organização é entendida como a maneira geral pela qual o pessoal de saúde e as instalações são coordenados (Aday & Andersen, 1974).



(Elaboração própria baseada na literatura científica existente)

Figura 2. Quadro teórico do acesso ao sistema de saúde em Moçambique.

A cobertura potencial do sistema de saúde é expressa pela proporção da população que recebeu ou potencialmente pode receber o serviço (Tanahashi, 1978). O número de pessoas a quem o serviço pode ser prestado expressa a capacidade de atendimento. A cobertura potencial do sistema de saúde é determinada pela disponibilidade dos recursos de saúde, sua acessibilidade geográfica e financeira, e se é aceitável pela população.

A cobertura ou acesso real refere-se ao número de pessoas que de facto beneficiam do serviço e indica o desempenho real do serviço. No entanto, o acesso aos cuidados de saúde pode ser definido de diferentes formas (O'Donnell, 2007). Assim, o mero contacto com o provedor do serviço não garante o uso do serviço, nem o uso do serviço implica um serviço satisfatório ou “efectivo”.

Um elemento fundamental na avaliação do acesso aos cuidados de saúde, especialmente relevante no caso dos países da África Subsaariana, é a avaliação das 'necessidades de saúde não satisfeitas' que não são realmente expressas no uso dos serviços de saúde (Starfield, 2011). As avaliações subjectivas dos indivíduos sobre as necessidades não satisfeitas descritas por Allin, Grignon e Le Grand (2010) incluem,

entre outros, as três questões a seguir: a) *necessidade não satisfeita escolhida*, quando um indivíduo se apercebe da necessidade de cuidado, mas escolhe não exigir serviços de saúde disponíveis; b) *necessidade não seleccionada não atendida*, quando um indivíduo não recebe serviços de saúde por causa de barreiras de acesso além ou fora do seu controlo; e c), *expectativas não satisfeitas* referem-se a um indivíduo que se apercebe da necessidade de cuidados, procura cuidados, mas recebe um tratamento inadequado conforme o julgue.

Finalmente, deve-se considerar - que é o foco particular deste estudo - como as características da população, o nível socioeconómico ou a condição de género, influenciam as suas necessidades de saúde, bem como o acesso aos serviços de saúde. O sistema de saúde - incluindo o sistema público de saúde - e as características da população (por exemplo, posição socioeconómica ou outras dimensões da estratificação social) (Aday & Andersen, 1974) interagem ao tentar responder às demandas pela saúde de maneira a produzir desigualdades no acesso da população aos cuidados de saúde (Whitehead, 1992) ameaçando o objectivo de uma cobertura efectiva (Tanahashi, 1978).

Donto de vista equitativa, o acesso aos cuidados de saúde tem que ser igual, dependendo das necessidades de saúde e independentemente de outras características sociodemográficas, garantindo que o sistema de saúde diminua, em vez de aumentar, *as desigualdades sociais em saúde* (Ruger, 2007). Desigualdades sociais em saúde são definidas como as diferenças em saúde que são sistemáticas, socialmente produzidas e injustas entre grupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente (Whitehead & Dahlgren, 2007).

A Posição Socioeconómica (PSE) é um dos principais eixos da desigualdade social e refere-se aos factores sociais e económicos que influenciam a posição que indivíduos ou grupos possuem numa sociedade. É um conceito agregado que inclui tanto medidas baseadas em recursos quanto em prestígio (Galobardes, Shaw, & Lawlor, 2006). Nesse sentido, evidências gerais consistentes, encontradas principalmente em países de alta renda, mostram que grupos desfavorecidos têm pior saúde e bem-estar, e há grandes diferenças entre a população em relação à experiência da doença (Whitehead, 1992). Existem, no entanto, muitos outros eixos de desigualdade social que provocam desigualdades sociais em saúde.

3.3 Justificativa de pesquisa

Actualmente, a falta de acesso universal ao sistema de saúde continua a ser um grande desafio de saúde pública nos países da África Subsaariana. Os cuidados de saúde pública permanecem cronicamente subfinanciados, e o sistema é genericamente desigual (Organização Mundial de Saúde, 2008). Uma ilustração disso é que os pagamentos directos aumentaram em quase todos os países africanos, de 15 dólares americanos *per capita* em 1995 para 38 em 2014 (Banco Mundial, 2016).

Os debates em curso sobre a equidade em saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) enfatizaram a necessidade de apresentar a agenda de 'não deixar ninguém para trás' (Nações Unidas, 2015), no entanto, a África Subsaariana, carece de uma compreensão abrangente da equidade na expansão da saúde pública.

Pesquisas mostraram que ter uma abordagem abrangente do sistema de saúde baseada nos CSP (Cuidados de Saúde Primários) está associado a uma distribuição mais equitativa da saúde em populações quando comparado ao cuidado especializado, uma constatação que mantém consistência em estudos transnacionais e nacionais (Starfield et al., 2005). No entanto, muito poucos artigos nos países da África Subsaariana se centram nesta questão. A literatura científica sobre o acesso aos serviços de saúde nos países da África Subsaariana está amplamente centrada na utilização de serviços concretos, especialmente serviços de saúde materna (Burgard, 2004; Magadi, Agwanda, & Obare, 2007; Mekonnen & Mekonnen, 2003), são principalmente estudos quantitativos com dados primários individuais (Duru et al., 2014; Silal, Penn-Kekana, Harris, Birch, & McIntyre, 2012) e apenas um estudo analisando o sistema de saúde sul-africano descreveu o seu acesso a partir de uma perspectiva multidimensional (Harris et al., 2011). Muito poucos estudos consideraram a necessidade de cuidados na análise do acesso (Mugisha, Bocar, Dong, Chepng'eno, & Sauerborn, 2004) e, apesar da relevância da análise desagregada das províncias para gerar resultados relevantes para a política, muito poucos artigos usam essa abordagem nos países da África subsaariana (Ononokpono, Odimegwu, Imasiku & Adedini, 2014).

Em Moçambique, Lindelow (2005) analisou os determinantes da utilização de serviços. Outros estudos analisaram o uso dos serviços de saúde numa área geográfica específica para crianças menores de 5 anos (Nhampossa et al., 2013), enquanto outros

acompanharam comportamentos de procura de cuidados de saúde (Anselmi, Lagarde, & Hanson, 2015; Salvucci, 2014), e ainda outros analisaram aspectos específicos do sistema de saúde, tais como a acessibilidade geográfica (dos Anjos & Cabral, 2016), o período de espera (Wagenaar et al., 2016) ou a falta de medicamentos (Wagenaar et al., 2014). Até onde sabemos, não existem estudos epidemiológicos abrangentes e completos que analisem as desigualdades no acesso e qualidade dos serviços de saúde derivados de inquéritos populacionais.

O actual Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-2019 (PESS) estabelece dois pilares: de um lado, mais e melhores serviços de saúde tendo como princípios o acesso, utilização, qualidade, equidade e eficiência; por outro lado, reformas estruturais na área da saúde, que terão um importante impacto na definição do acesso para os próximos anos (Ministério da Saúde, 2013b). Esta pesquisa oportuna é especialmente pertinente, uma vez que o Governo de Moçambique está a moldar a agenda das reformas dos cuidados de saúde.

3.4 Problemas éticos

Um objectivo universal da pesquisa em ciências sociais deveria ser o de melhorar a saúde pública e a igualdade nos cuidados de saúde e, mais especificamente, empoderar as pessoas, dos níveis político global ao local, com conhecimento e evidências úteis para fazer mudanças positivas na saúde pública e escolhas políticas. Um comportamento ético é um imperativo de qualquer interação humana, mas a necessidade aumenta quando ocorre uma relação de pesquisa entre culturas, especialmente no caso de países de baixa renda. Este trabalho tem a aprovação do Comitê de Ética do MISAU “Comitê Institucional de Bioética do Instituto Nacional de Saúde (CIBS-INS)”, referência 046 / CIBS-INS / 2015. O trabalho quantitativo basear-se-á numa análise dos conjuntos dos dados existentes sobre inquéritos nacionais, com todas as informações do identificador removido. Além disso, os membros activos do projecto de pesquisa são pesquisadores do MISAU, da Universidade Eduardo Mondlane (Faculdade de Medicina) e do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique que ajudarão a supervisionar e contribuir no caso de problemas ou limitações no que diz respeito aos dados.

4. Métodos

4.1. Estudo populacional e fonte de dados

Este estudo é transversal observacional. As populações em estudo são cidadãos moçambicanos de qualquer sexo e idade. Os dados foram extraídos dos Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF) de Moçambique 2014/15, um IOF realizado pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique. O IOF colheu informações de 11.480 domicílios (58.118 indivíduos), utilizando um delineamento amostral probabilístico estratificado de três níveis estratificados: selecção das unidades primárias de amostragem; selecção das áreas de enumeração dentro da unidade primária de amostragem; e selecção dos domicílios dentro das áreas de enumeração. A amostra do IOF é representativa ao nível nacional e provincial. A pessoa designada para responder ao inquérito em cada unidade era o chefe do agregado familiar e se obteve uma taxa de resposta elevada (98,7%).

O questionário do IOF inclui uma ampla variedade de informações sobre as características socioeconómicas de indivíduos e famílias, tais como consumo doméstico, activos duráveis e qualidade da moradia das suas residências, entre outros. O IOF também contém uma secção de saúde detalhada sobre deficiências, doença recente, a escolha dos provedores dos serviços de saúde e a percepção da qualidade do atendimento recebido. Além disso, informações abrangentes sobre a distância aos serviços básicos estão disponíveis (por exemplo, distância a unidades de saúde).

4.2. Variáveis

As variáveis do resultado utilizadas no estudo estão detalhadas na Tabela 2 e se referem às necessidades de saúde, uso de serviços de saúde e motivo da não utilização de serviços de saúde, expectativas não satisfeitas no uso de serviços de saúde e montante de pagamentos directos no uso de serviços de saúde. O tipo de provedor de cuidados de saúde também tem sido utilizado, enquanto o número de dias incapazes de trabalhar / estudar foi tomado como um dado complementar relevante para a existência de uma necessidade de saúde.

Como variáveis independentes, utilizamos o nível educacional máximo atingido (analfabetismo ou básico, primário, secundário ou superior) e um índice de Posição Socioeconómica (PSE). Ambas as medidas são amplamente aceites como indicadores de riqueza material (Gwatkin, Johnson, Suliman et al., 2007; Onwujekwe, 2005).

O índice da PSE foi calculado usando a posse de bens duráveis pelas famílias e a qualidade da sua moradia. Os participantes foram inquiridos sobre a propriedade dos seguintes bens duráveis: aparelho radiofónico, aparelho televisivo, geladeira, motocicleta, viatura e telefone celular. A qualidade da habitação foi avaliada tomando em conta o seguinte: número dos quartos da casa, principal fonte de água potável para os moradores, principal fonte de iluminação, tipo de saneamento utilizado e tipo do material das paredes das casas.

Tabela 2. Variáveis dos resultados analisadas no estudo.

<i>Dimensão de acesso</i>	<i>Variável do resultado</i>	<i>Valores</i>
Necessidade de saúde	Presença de uma condição de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa	"sim ou não"
Uso de cuidados de saúde	Utilização de serviços profissionais de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa	"sim ou não"
Razão de não usar serviços de saúde	Razão de não utilização de cuidados de saúde apesar de ter uma necessidade percebida	Pergunta de múltipla escolha: condição de saúde não relevante o suficiente, longa distância, falta de transporte, percepção de custos económicos, automedicação e outros
Expectativa não satisfeita	Se os inquiridos reportam um ou mais problemas de qualidade percebidos durante as suas visitas aos serviços de saúde	Resposta a perguntas de múltipla escolha: falta de higiene, longos períodos de espera, falta de pessoal de saúde qualificado, alto custo dos serviços, falta de medicamentos, tratamento mal-sucedido e / ou corrupção. Dicotomizado à presença de problemas de qualidade / sem problemas de qualidade
Pagamentos directos	Custos directos associados ao atendimento recebido durante o mês anterior à data da pesquisa	Valor em meticais

Estimamos essa definição como preferível a outro índice de posição socioeconómica baseado em informações monetárias, como renda ou despesa. Em Moçambique, 70% da população vive em áreas rurais onde a maioria dos cidadãos está envolvida na agricultura de subsistência ou no comércio informal. Neste contexto, as medidas socioeconómicas não monetárias reflectiriam melhor a riqueza das famílias e as condições de vida a longo prazo. A habitação e as suas características relacionadas muitas vezes representam a maior categoria individual de investimentos em bens duráveis feitos por pessoas ao longo das suas vidas.

O acesso à educação representa outra variável que captura o ambiente socioeconómico da família. Foram envidados esforços significativos para aumentar o acesso dos

cidadãos à educação pública, embora persistam diferenças notórias entre sexos, províncias ou áreas geográficas, especialmente no que diz respeito à inscrição no ensino secundário (Instituto Nacional de Estatística de Moçambique 2015).

As variáveis sociodemográficas utilizadas foram sexo (feminino ou masculino) e idade (0-5, 6-14, 15-24, 25-49, 50 anos ou mais). As faixas etárias foram organizadas com base nas necessidades potenciais de saúde para diferentes faixas etárias e na homogeneização dos dados da pesquisa. Também incluímos a área geográfica (urbana ou rural) porque muitos estudos descobriram que é uma variável crucial no acesso aos serviços de saúde. A província também pode ser uma causa de desigualdades de acesso, reflectindo o efeito das diferenças regionais na infraestrutura de saúde, bem como a construção social e cultural das necessidades de saúde. Finalmente, o tempo para a unidade de saúde (menos de 30 minutos ou mais) também foi incluído pensando que poderia condicionar o acesso à saúde.

4.3 Análise estatística

O índice da PSE foi criado através dos Principais Componentes de Análise (PCA). Essa técnica estatística multivariada é usada para reduzir o conjunto de variáveis correlacionadas (n) em componentes não correlacionados, em que cada componente é uma combinação ponderada linear de n . Em outras palavras, pode ser representado como: $PC_m = a_{m1}X_1 + a_{m2}X_2 + \dots + a_{mn}X_n$ onde um conjunto de variáveis X_1 a X_n , com a_{mn} representando o peso para o componente principal m th e a variável n th (Vyas & Kumaranayake, 2006). O primeiro componente principal foi usado para derivar pesos para o índice da PSE. O maior peso foi dado para ter electricidade como fonte de iluminação (0,88), enquanto não tivesse uma latrina teve o menor peso: -0,31. Os Quintis foram usados para distinguir entre diferentes grupos de riqueza. A unidade de análise de dados para gerar a PSE foi o domicílio.

Os descritivos univariados foram calculados para todas as variáveis do estudo para caracterizar a sua distribuição e verificar possíveis erros e inconsistências. As proporções e médias dos resultados de acesso à saúde foram calculadas com base nos factores e resultados das desigualdades sociais plotados ou tabulados. Além disso, ajustamos os modelos de regressão logística brutos e ajustados para estimar a associação entre a variável de utilização de serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas independentes em geral e estratificadas por áreas geográficas. Os dados foram ponderados aplicando pesos de amostragem fornecidos nos dados do IOF

e o desenho amostral complexo da pesquisa foi tomado em conta no cálculo dos erros padrão. O Stata 14 foi utilizado para a análise estatística e o pacote *ggplot2* no ambiente de *software* estatístico R foi utilizado para programar os gráficos.

5. Resultados

Os resultados de acesso ao serviço de saúde têm um carácter aninhado e, conseqüentemente, os resultados da análise estão organizados dos resultados mais gerais aos mais concretos.

Inicialmente, durante o inquérito as pessoas foram perguntadas se tivessem tido necessidades de saúde nas duas semanas anteriores ao inquérito. Necessidade de saúde percebida é relevante porque é um indicador da demanda por saúde. Espera-se que as desigualdades sociais causem diferenças nas demandas por saúde e, assim, condicionem o acesso aos serviços de saúde.

Numa segunda etapa, caso uma necessidade de saúde tenha sido previamente declarada, os membros da amostra foram inquiridos se usaram algum tipo de serviço de saúde. Mais uma vez, as desigualdades na prevalência de NÃO utilização de profissionais de saúde quando uma condição de saúde está presente foram avaliadas de acordo com o conjunto de factores relevantes.

Numa fase final, se os membros da amostra não tivessem recebido a assistência médica profissional, as razões para esse comportamento seriam analisadas. Se tivessem recebido cuidados de saúde profissionais, a presença e o tipo de reclamações de qualidade, bem como os pagamentos directos, seriam investigados.

A Figura 3 representa graficamente o peso relativo na amostra de cada um desses resultados aninhados. Apenas uma pequena parte da amostra reporta uma necessidade de saúde, e apenas cerca de um terço dos relatórios anteriores não utilizaram serviços de saúde.



Figura 3. Mapa de árvore mostrando pesos relativos dos principais conceitos utilizados nesta análise

5.1. Factores condicionantes da necessidade de saúde percebida

Um total de 6495 indivíduos da amostra de $n = 58.118$ reportou uma necessidade de saúde percebida (12,04%, corrigida pelo desenho da amostra), definida como responder 'sim' à pergunta se o inquirido estava doente ou sofreu uma lesão nas duas últimas semanas.

Se atendermos às diferenças por províncias do país, a percepção da necessidade de saúde foi comparativamente mais baixa na cidade de Maputo (6,84%) e na província de Maputo (8,87%), o que poderia sugerir um estado de saúde basal comparativamente melhor da população. Não existe um padrão regional claro. A maior prevalência do país encontra-se nas províncias vizinhas de Gaza (13,99%) e Inhambene (14,35%), mas está novamente abaixo da média do país em Manica e Sofala, e ligeiramente acima da média do país nas restantes províncias. (Niassa 11,54%, por exemplo).

Os padrões relativos às desigualdades sociais na necessidade de saúde percebida são mais evidentes e alinhados com as expectativas. A prevalência da necessidade de saúde percebida é significativamente maior para as mulheres em relação aos homens, o que pode ser devido a problemas de saúde reprodutiva, crianças menores de 5 anos e pessoas com mais de 50 anos de idade, pessoas analfabetas e vivendo em contexto rural. Pelo contrário, a menor prevalência de necessidades de saúde foi expressa pelos 4 e 5 quintis socioeconómicos mais ricos, enquanto não houve diferenças significativas por tempo até a unidade de saúde (Figura 4).

Gravidade do problema de saúde

O número de dias impossibilitados de trabalhar ou estudar por causa de uma doença é uma informação complementar relevante àquela fornecida pela existência de uma necessidade de saúde percebida. Essa variável varia de 0 a 60 dias e está claramente certa, indicando que a maioria das pessoas é afectada por alguns dias, mas alguns casos levam muito mais tempo para se recuperar. Os dias medianos são 3 e os dias médios são 4,6.

Não há diferenças entre os sexos quanto à gravidade do problema de saúde; mas diferenças significativas aparecem em todos os demais eixos de desigualdade considerados: idade, escolaridade, quintil socioeconómico, área geográfica e tempo à unidade de saúde. Repetidamente aparece um gradiente social que faz com que as categorias mais desfavorecidas também permaneçam mais dias incapazes de trabalhar (Figura 5). Além disso, existe uma relação positiva entre a prevalência da necessidade de saúde percebida e a média dos dias impossibilitados de trabalhar ao nível da província ($r = 0,52$, um valor que aumenta para $r = 0,82$ se excluirmos o caso de Gaza).

Podemos concluir que, no tocante aos eixos de desigualdades sociais, a gravidade do problema de saúde correlaciona-se positivamente com a prevalência da necessidade de saúde percebida, e ambos os resultados apontam para o facto de que as categorias de desvantagens em cada eixo possuem maiores necessidades de saúde.

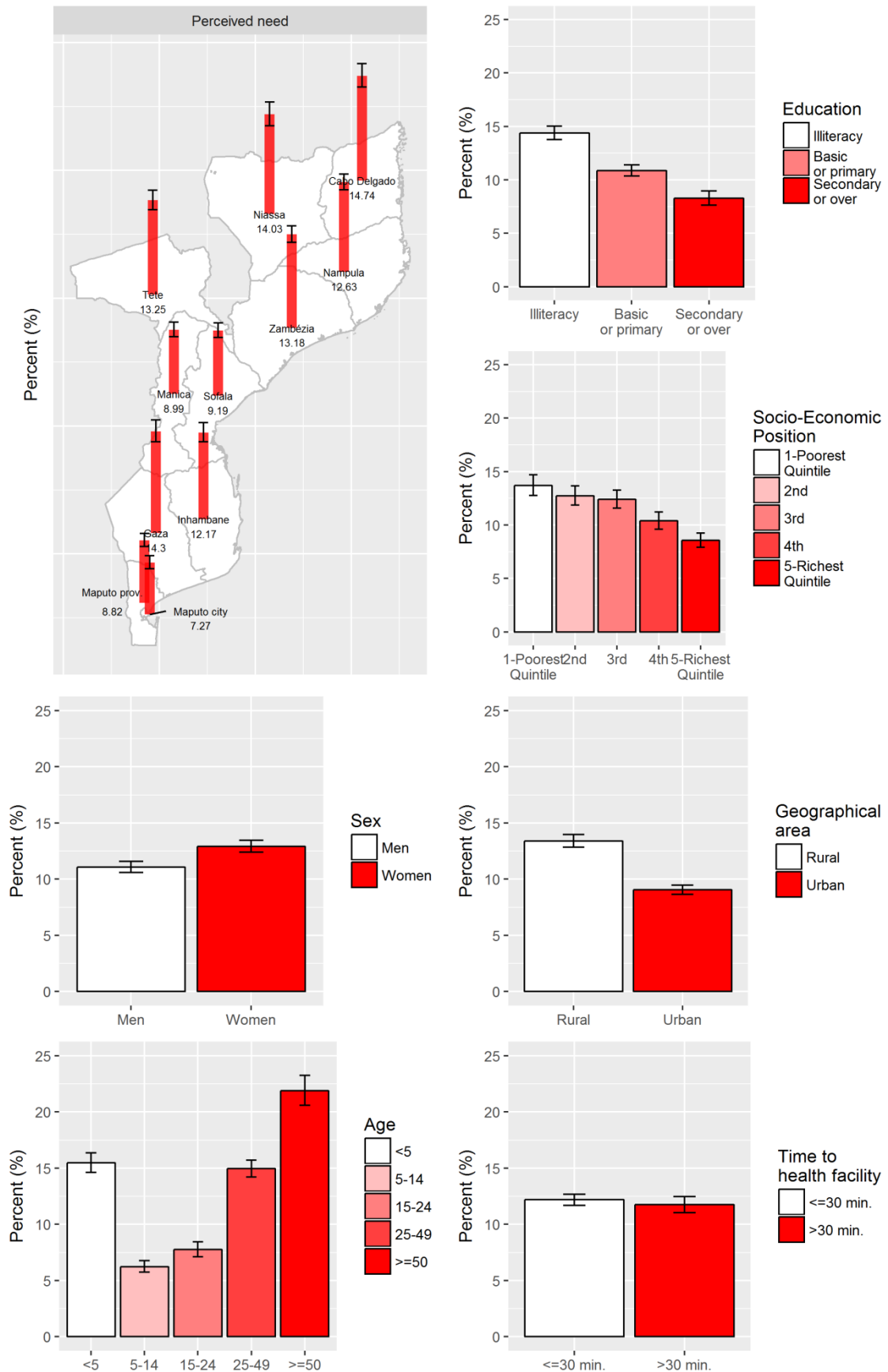


Figura 4. Distribuição da necessidade de saúde percebida segundo os eixos provinciais e de desigualdades sociais

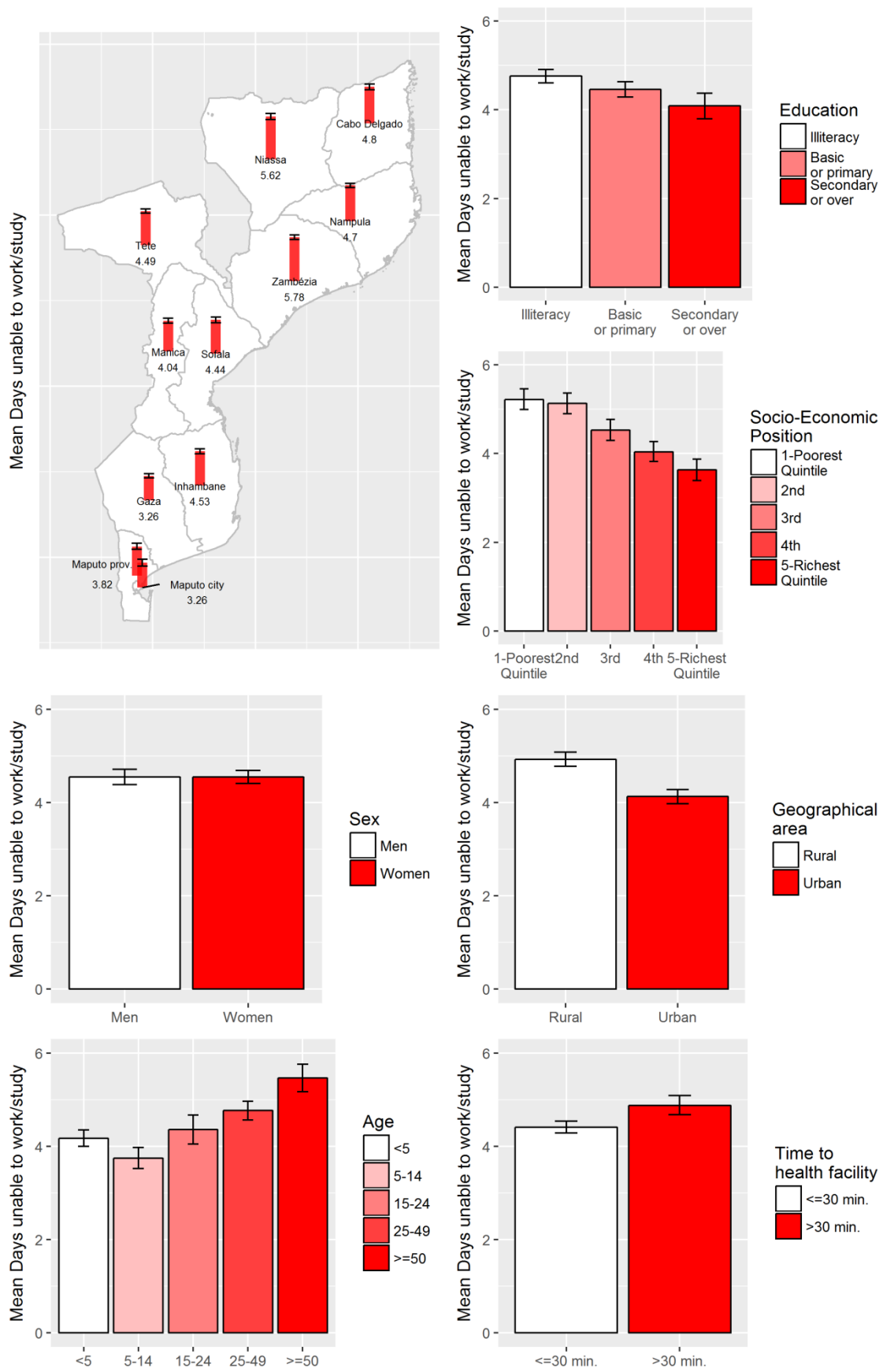


Figura 5. Dias médios de saúde impossibilitados de trabalhar / estudar segundo os eixos provinciais e de desigualdades sociais

5.2. Acesso aos serviços profissionais de saúde

Dos 6.495 indivíduos que se referiram à necessidade de saúde, 1.785 NÃO consultaram “agente de saúde, instituição de saúde ou médico tradicional” (32,6%), enquanto os demais 4.711 (67,4%) declararam utilizar algum tipo de serviço profissional de saúde. Assim, há cerca de um terço das pessoas que, percebendo a necessidade de saúde, não está a utilizar os serviços de saúde.

Mais uma vez, encontramos diferenças claras no perfil dos eixos de desigualdades sociais daqueles que não beneficiaram da assistência médica, em comparação com aqueles que o fizeram. Os primeiros são muito mais prevalentes em áreas rurais do que urbanas, uma tendência que também está presente nas diferenças entre províncias, onde Imbahene e Cidade de Maputo detêm as percentagens mais baixas no país enquanto as províncias do norte detêm os valores mais altos (excepto Cabo Delgado). Os quintis socioeconómicos mais instruídos e os mais altos tendem significativamente a usar mais ajuda profissional ao se aperceber de alguma necessidade de saúde. Sexo e idade, por outro lado, não têm influência significativa na decisão de procura de assistência profissional, com excepção das crianças menores de 5 anos de idade, que são levadas ao médico mais significativamente quando estão doentes. Curiosamente, o tempo à unidade sanitária não desempenha um factor significativo quando decidir usar ou não a assistência à saúde (Figura 6).

Assim, parece que o acesso aos cuidados de saúde, ao contrário, reforça as desigualdades sociais em saúde.

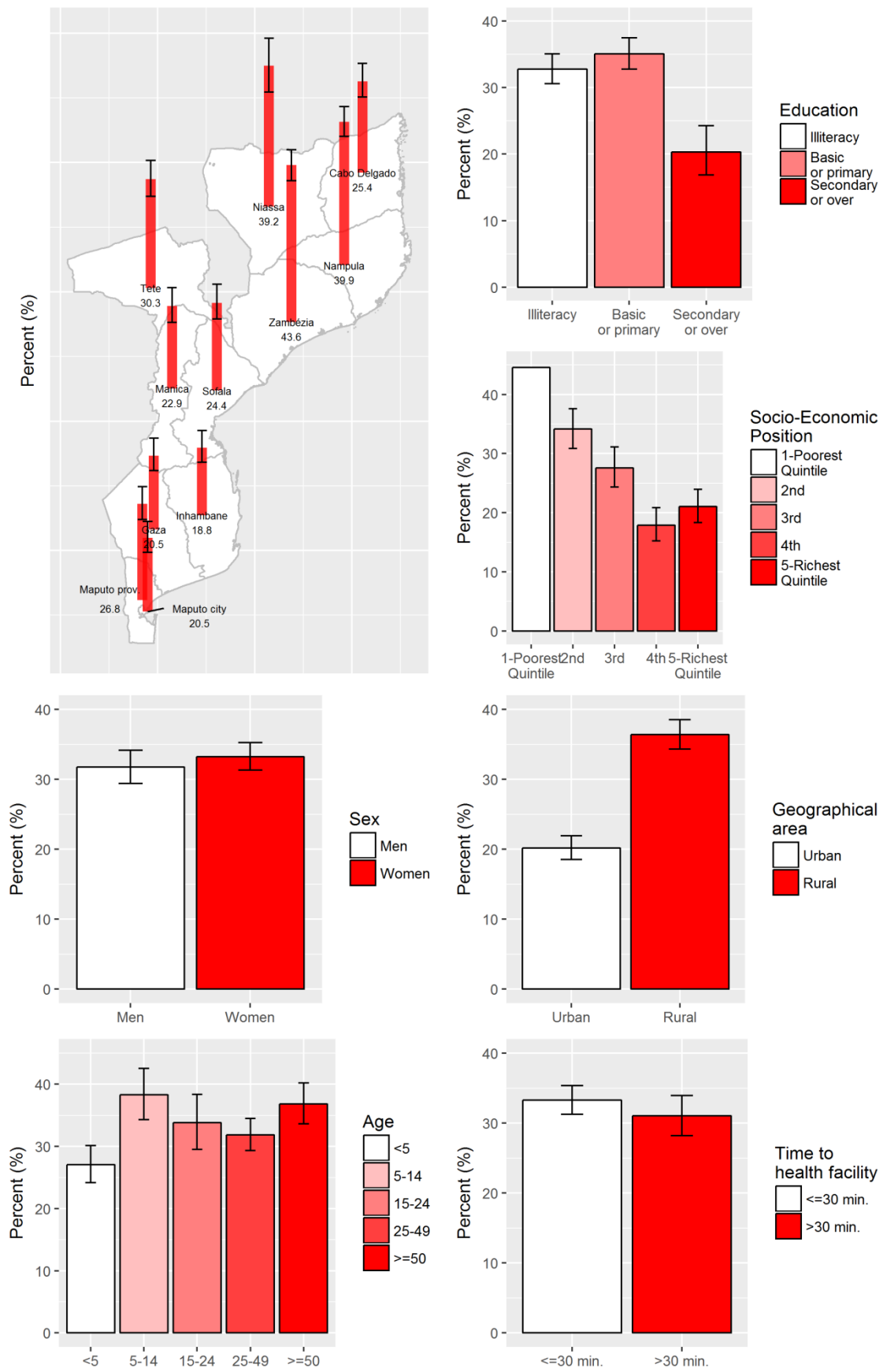


Figura 6. Prevalência de indivíduos que NÃO utilizaram assistência profissional, sobre a população declarando necessidade de saúde, segundo os eixos províncias e de desigualdades sociais

5.3. Razões de não utilização dos cuidados de saúde profissionais

Os membros da amostra que não utilizaram cuidados de saúde profissionais (embora percebam a necessidade de saúde) foram subsequentemente solicitados por razões destes comportamentos.

Sugeriram-se várias possibilidades numa questão de múltipla escolha, incluindo: a) o problema de saúde não era relevante o suficiente para procurar ajuda profissional, b) custos económicos, c) distância aos serviços de saúde, d) falta de transporte e, finalmente,) outras razões, especificadas numa variável de resposta aberta adicional. Note-se que, entre as possibilidades anteriores, os custos económicos, a distância e a falta de transporte podem ser considerados barreiras claramente “objectivas” ao acesso, enquanto a autoavaliação da relevância de um problema de saúde é uma questão muito mais ambígua. Finalmente, o exame das respostas abertas à categoria "outros" mostrou que o recurso à automedicação era uma opção muito comum não incluída entre as opções fechadas. Outros motivos são muito menos frequentes e incluem respostas como falta de confiança no tratamento profissional, falta de tempo e problemas logísticos.

Embora devamos lembrar que essa é uma questão de múltipla escolha e os padrões empíricos individuais são complexos em alguns casos, encontramos uma boa síntese para considerar que existem cinco tipologias de razões para não procurar ajuda profissional: a) o problema de saúde é avaliado como não suficientemente relevante, b) a procura por serviços de saúde é muito dispendiosa (em alguns casos, problemas de distância e falta de transporte são mencionados conjuntamente), c) os recursos de saúde estão muito distantes ou / e falta de transporte; d) opção de automedicação e e) uma categoria residual de outros motivos.

A Figura 7 mostra a distribuição geral das razões de não utilização dos cuidados profissionais. Um problema de saúde avaliado como leve é responsável por quase metade dos casos (46,5%), mas a distância excessiva e / ou a falta de transporte às unidades de saúde também é muito relevante (34,9%). O custo económico, pelo contrário, aparece como uma pequena barreira para o acesso à saúde (6,5%), ainda menos relevante do que a automedicação (9,7%).

Análises adicionais podem nos ajudar a interpretar os mecanismos subjacentes que explicam essa situação. Assim, a Tabela 3 mostra o número médio de dias impossibilitados de trabalhar ou estudar por causa da condição de saúde

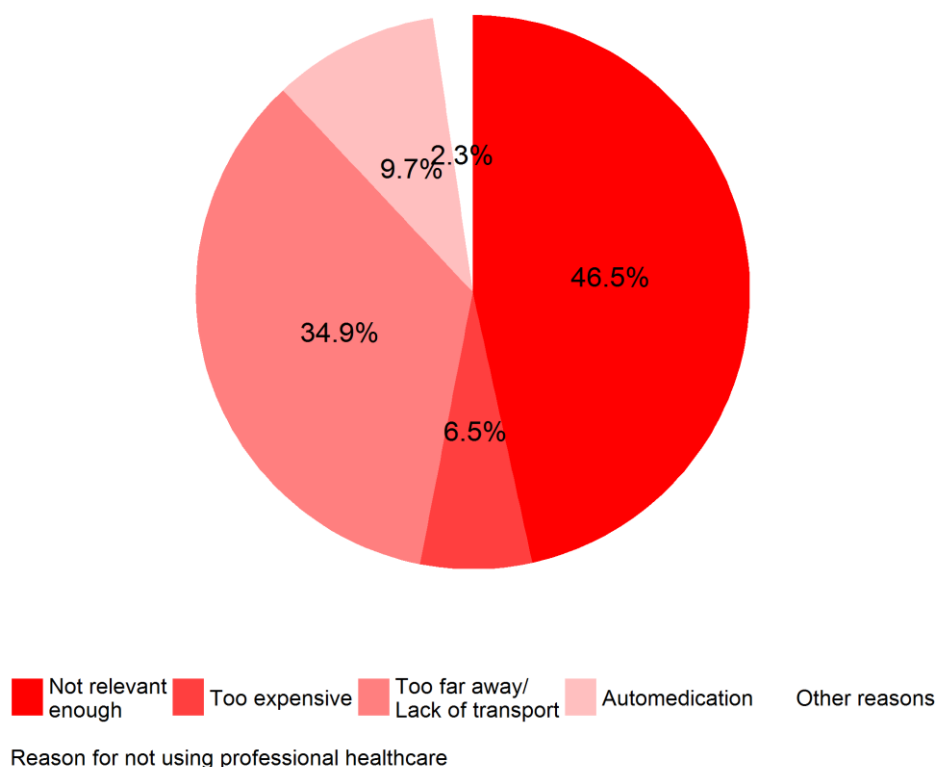


Figura 7. Razões para não usar cuidados de saúde profissionais

Uma primeira análise é a gravidade da doença de acordo com as razões dadas para não procurar ajuda profissional (Tabela 3):

Tabela 3. Número médio de dias impossibilitadas de trabalhar ou estudar por motivos de saúde, por estratégias de lidar com a necessidade de saúde

Saúde precisa de reação	n	Dias médios	95% CI
Ajuda profissional usada	4716	5.36	4.87-5.13
Não relevante o suficiente	964	2.58	2.35-2.81
Automedicação	167	3.55	3.00-4.11
Muito caro	111	4.65	3.75- 5.55
Muito longe / falta de transporte	493	4.94	4.49- 5.39
Outros	47	5.59	3.85-7.33

Parece haver uma relação clara entre a maneira de lidar com uma necessidade de saúde e a gravidade da doença, medida pelo número médio de dias impossibilitadas de trabalhar ou estudar. A gravidade da doença é significativamente maior para aqueles que realmente procuraram atendimento profissional (5,36 dias, 4,87-5,13 IC 95%) em comparação àqueles que consideraram o problema não relevante ou suficiente (2,58 dias, 2,35-2,81 IC 95%) e os que escolhem a automedicação (3,55 dias, 3,00-4,11 IC 95%). Isso sugere que o uso de serviços de saúde será mais bem compreendido dentro da estrutura conceptual de uma relação ideal entre a gravidade do problema de saúde e os custos das diferentes estratégias disponíveis para enfrentá-lo, do que como um problema binário de presença / ausência de barreiras aos serviços de saúde. Problemas graves são um poderoso estímulo para procurar ajuda profissional, enquanto estratégias mais baratas, como "deixar passar" ou automedicação, podem ser preferidas em caso de condições menos problemáticas.

No entanto, e isso é muito relevante, não há diferenças significativas na gravidade das doenças daqueles que buscaram serviços de saúde profissional e daqueles que não procuraram por causa do custo económico ou da distância e / ou falta de transporte. Isso indica que essas pessoas, apesar de serem uma percentagem comparativamente pequena de pessoas com necessidades de saúde ($604/6495 = 9,3\%$), suportam custos adicionais inaceitáveis no acesso aos serviços de saúde.

A análise das razões pelas quais as pessoas não utilizam os serviços de saúde profissionais, segundo os eixos provinciais e de desigualdades sociais, fornece também informações valiosas. Existem diferenças relevantes entre as províncias. O facto de o problema de saúde não ter sido avaliado como suficientemente importante para a procura da ajuda profissional é, sem dúvida, a principal explicação em Cabo Delgado, Sofala, na cidade de Maputo e na província de Maputo. Já vimos que essa escolha está relacionada a uma menor gravidade do problema de saúde. Pelo contrário, barreiras como a distância / falta de transporte e o custo económico representam cerca de metade dos indivíduos que não utilizam os serviços de saúde em Niassa, Zambézia e Nampula. Já vimos que essa escolha está relacionada a uma maior gravidade do problema de saúde. Um segundo factor aparentemente não relacionado é o recurso frequente à automedicação em Niassa, Tete e Sofala (Figura 8).

As barreiras económicas e a distância / falta de transporte aparecem como motivos muito mais frequentes para a não utilização dos serviços de saúde nos quintis mais pobres, enquanto, ao contrário, a irrelevância do problema de saúde é a resposta

escolhida com maior frequência pelos quintis mais ricos. Um padrão similar, embora menos pronunciado, aparece quando o nível educacional é considerado, enquanto grandes diferenças que favorecem a área urbana versus o meio rural aparecem quando esse índice de desigualdade é considerado (Figura 9).

A interpretação desses resultados parece directa: sob condições iguais de gravidade da doença, as famílias pertencentes às categorias favorecidas dos eixos de desigualdades sociais têm sistematicamente mais fácil acesso aos serviços de saúde e apenas as suas condições de saúde moderadas permanecem não satisfeitas. Este não é o caso dos seus congéneres desfavorecidos, se as condições de saúde comparativamente severas enfrentam barreiras objectivas aos serviços de saúde e não têm acesso a elas.

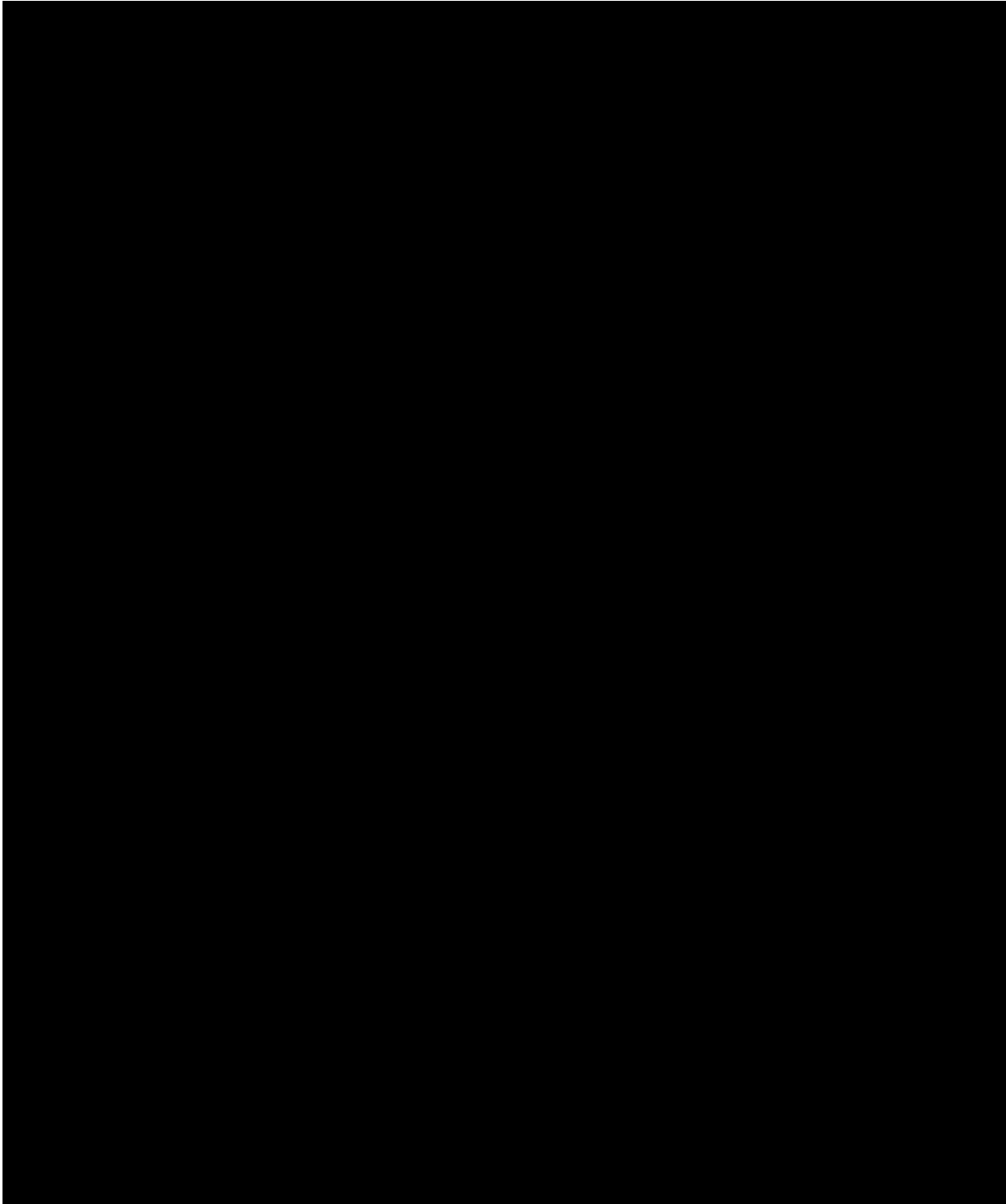


Figura 8. Razões de não utilização dos cuidados de saúde profissionais, de acordo com a província

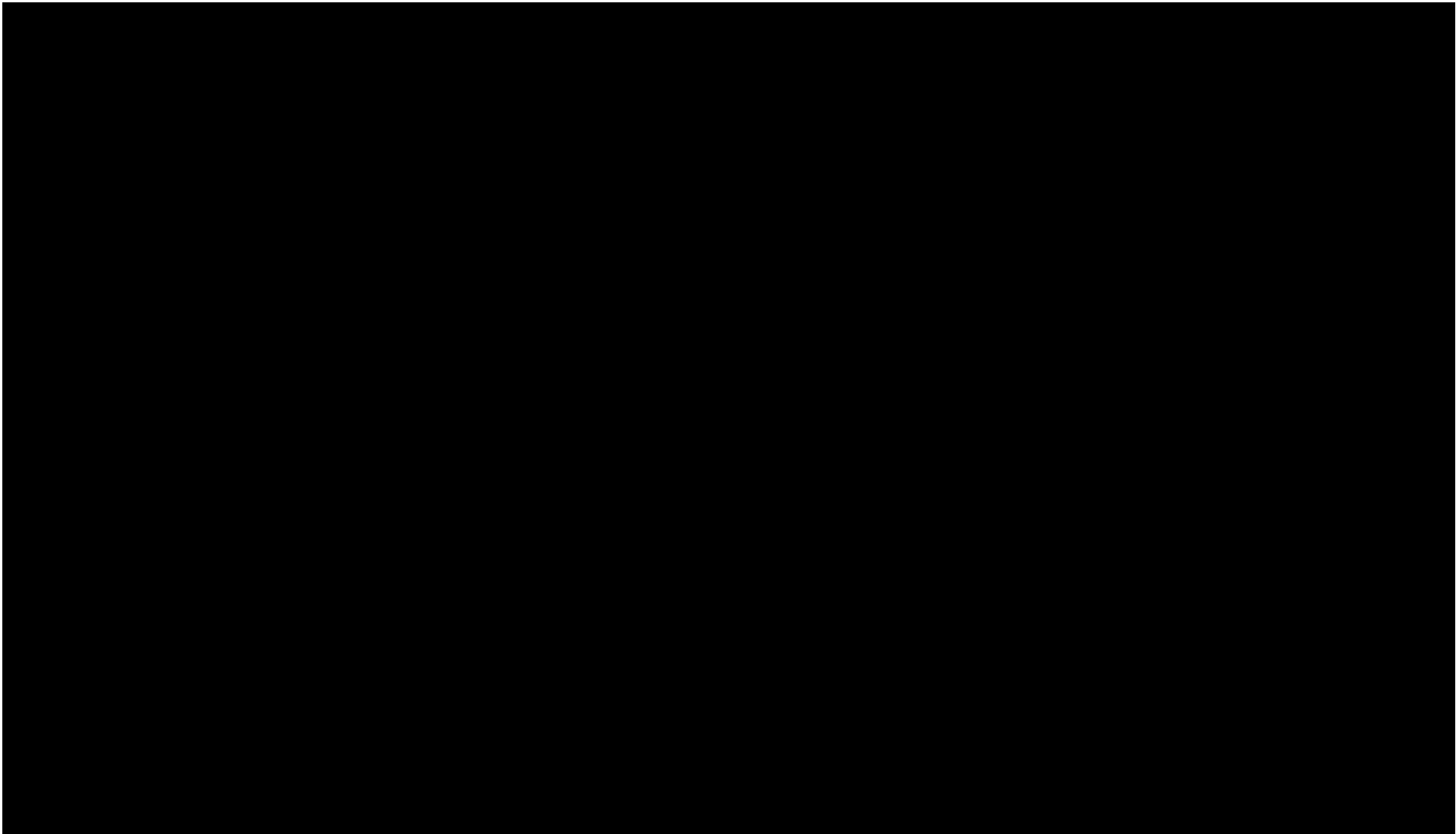


Figura 9. Razões para não utilização da assistência médica profissional, segundo os eixos de desigualdades sociais

5.4. O uso dos serviços de saúde: problemas de qualidade reportados

Dos 4.711 indivíduos que compareceram a uma unidade de saúde, 2.228 (47,0%) reportam um ou mais problemas durante a visita (expectativas não satisfeitas). Uma lista de possíveis problemas foi sugerida aos inquiridos num questionário de múltipla escolha, incluindo: falta de higiene, período de espera longo, falta de pessoal de saúde qualificado, custos de serviços elevados, falta de medicamentos, tratamento malsucedido e corrupção.

O número de problemas mencionados pelos inquiridos é baixo, com média de 1,66 e um desvio ao padrão de 0,89. Longo período de espera e falta de medicamentos são, sem dúvida, os problemas mais relevantes, citados por cerca de 30,6% e 23,9% dos que compareceram aos serviços de saúde. O tratamento mal sucedido é o terceiro, citado por 9,2% dos usuários (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos problemas de qualidade encontrados (perguntas de múltiplas respostas)

Problema de qualidade	n	% de respostas	% de indivíduos
Sem problemas de qualidade	2483	40.13	52.73
Falta de higiene	184	2.97	3.91
Longo período de de espera	1443	23.32	30.64
Falta de pessoal qualificado	230	3.72	4.88
Caro	158	2.55	3.36
Falta de medicamentos	1124	18.16	23.87
Tratamento sem sucesso	434	7.01	9.22
Corrupção	132	2.13	2.8
Total	6188	100	131.41

Esses resultados são consistentes com as anteriores sobre as percepções dos utentes de cuidados de saúde, que sugerem uma visão generalizada de um ambiente hostil com centros de saúde fracos, muitas insuficiências de *stock* e longas horas de espera (Biza et al., 2015).

A prevalência de expectativas de qualidade não satisfeitas entre as províncias mostra maior prevalência de problemas citados ao longo do custo. A província da Zambézia detém a maior prevalência no país, enquanto a mais baixa encontra-se em Manica. Em relação ao resto dos eixos de desigualdade, nenhuma diferença estatística fora encontrada (Figura 11).

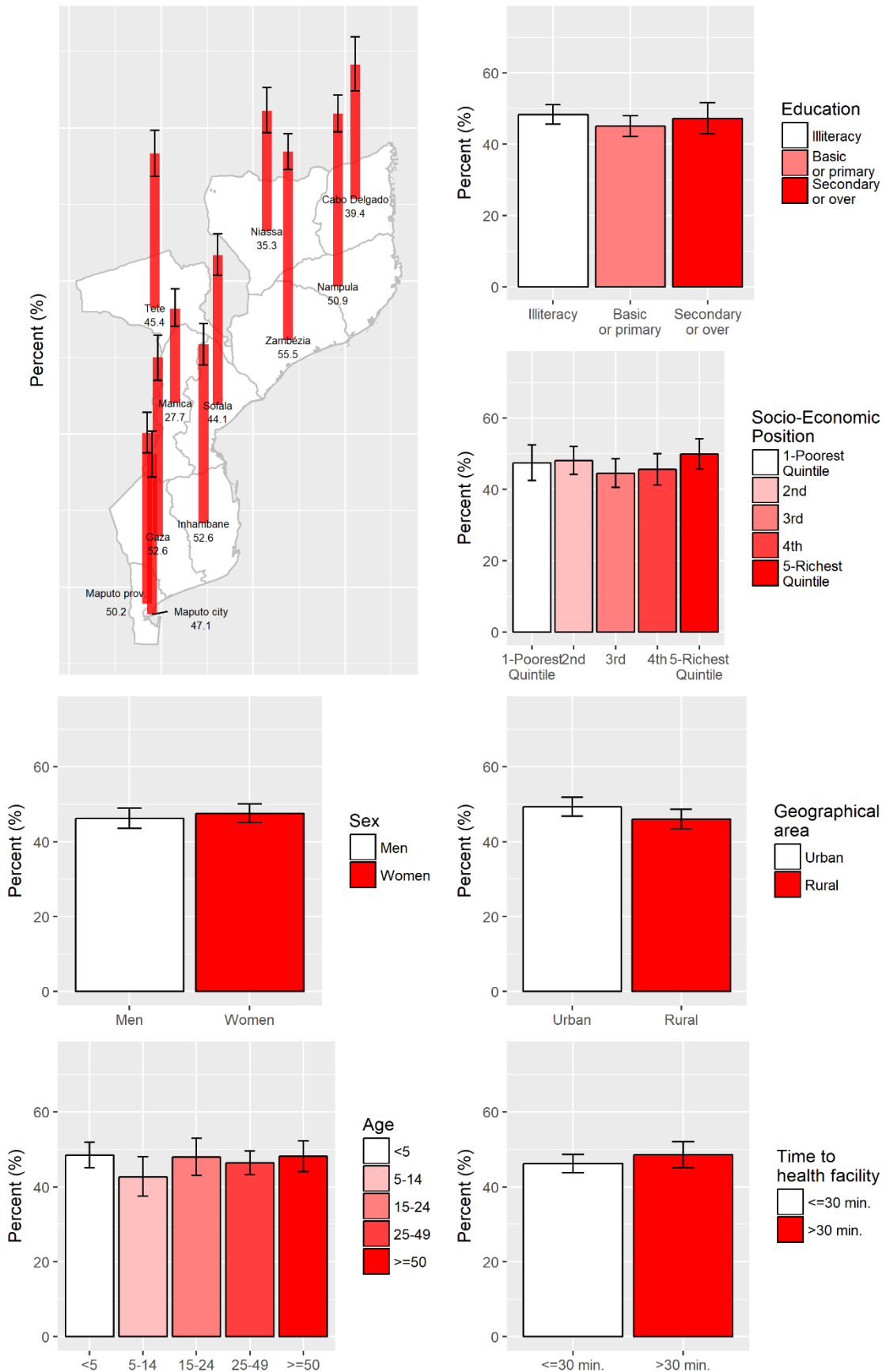


Figura 10. Prevalência de indivíduos com algum tipo de problema de qualidade na utilização de serviços de saúde, sobre a população usuária de serviços de saúde

5.5. Tipo de provedor e problemas de qualidade

O tipo de provedor de serviços de saúde consultado, de acordo com a província, é ilustrado na Figura 11. O sector público é, sem dúvida, o principal provedor de serviços de saúde (90,1%), comparado ao sector privado (4,7%) e médicos tradicionais (5,24%). Estes números são inconsistentes com a relevância da etnomedicina para a população moçambicana encontrada noutros estudos, algo que poderia ser explicado pela inadequação da metodologia de pesquisa para a captura dessas práticas.

Não obstante o exposto, diferentes padrões de uso podem ser percebidos por província. Os provedores privados são comparativamente mais frequentados na região sul (província de Maputo e cidade de Maputo), enquanto o utente da medicina tradicional estaria localizado numa proporção maior na região centro-norte (Niassa, Nampula e Zambézia).

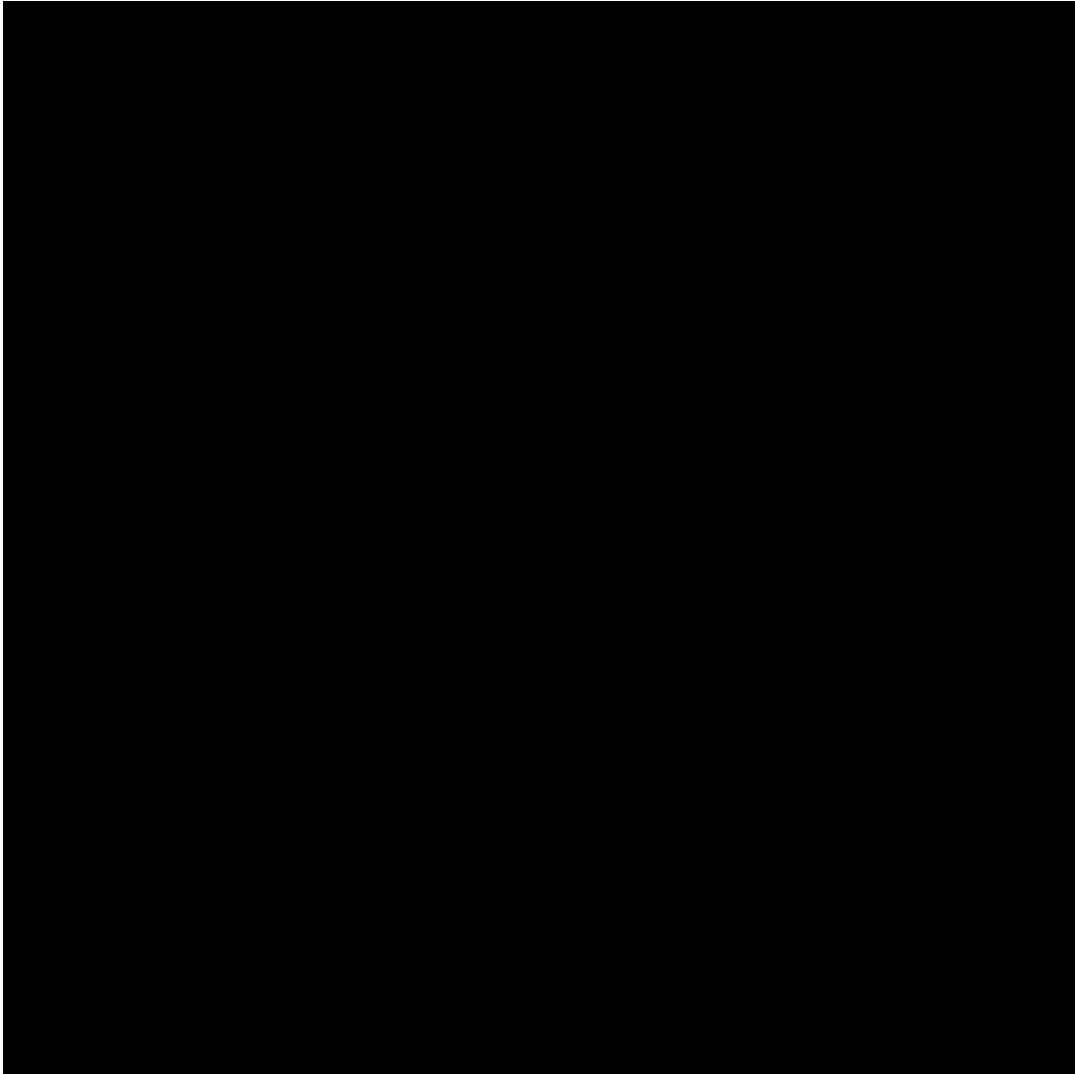
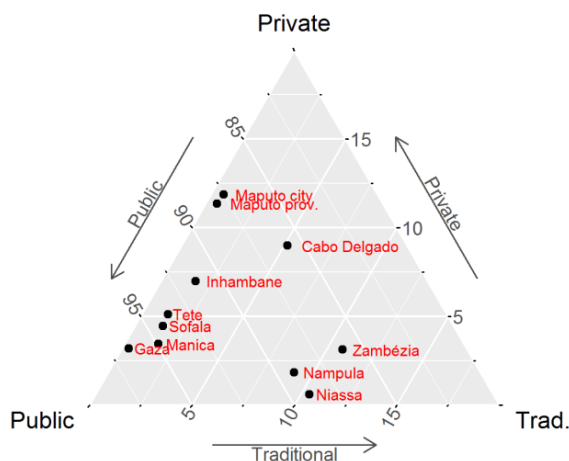
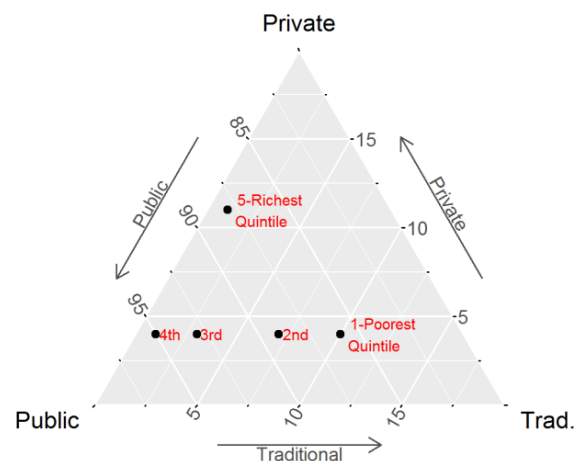


Figura 11. Distribuição do provedor de cuidados de saúde por província

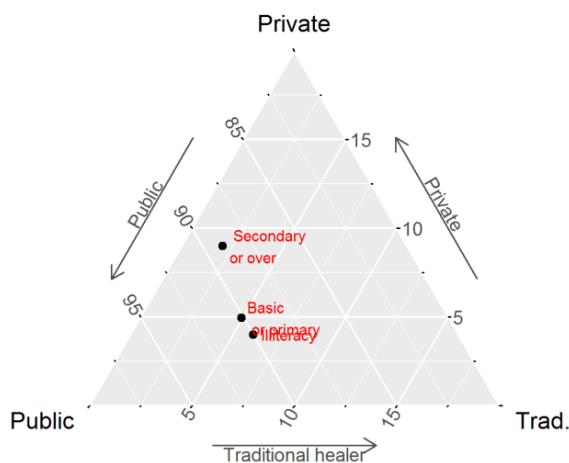
Health care provider by Province (%)



Health care provider by Socio-Economic Position (%)



Health care provider by Educational attainment (%)



Health care provider by Geographical area (%)

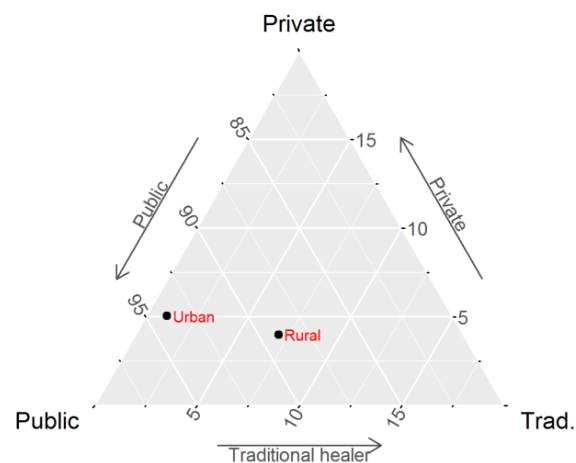


Figura 12. Provedor de saúde por província e eixos de desigualdades sociais

Os mais educados, os quintis mais ricos da PSE e as pessoas que vivem em áreas urbanas tendem a usar mais provedores privados, enquanto no pólo da dimensão oposta, os quintis socioeconómicos menos educados e mais pobres e aqueles que vivem em áreas rurais tendem a usar mais os médicos tradicionais. 12).

Existem diferenças significativas na prevalência de problemas de qualidade por tipo de provedor. A prevalência é maior entre os utentes do sector público de saúde (49,05%, 46,9% -51,22% IC95%), enquanto não há diferenças significativas entre utentes do sector privado e médicos tradicionais (32,8%, 26,0% -40,5% 95% IC e 24,1% 17,8% - 31-9% IC95%) respectivamente (Figura 13).

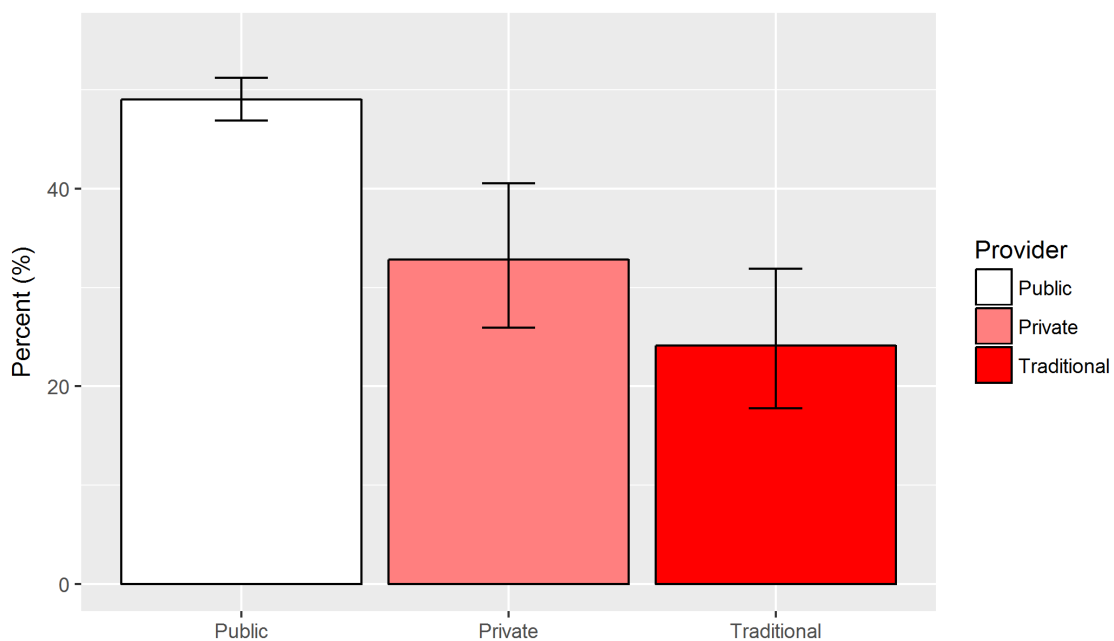


Figura 13. Prevalência de indivíduos com algum tipo de problema de qualidade na utilização de serviços de saúde, sobre a população que usou os serviços de saúde, por tipo de provedor

Deve-se acrescentar que o perfil dos problemas de qualidade encontrados também é muito diferente de acordo com o tipo de provedor. No caso do sector privado e do médico tradicional, a principal queixa mencionada pelos 19,0% e 12,1% dos entrevistados é “cara”.

5.6. Pagamentos directos reportados

O pagamento por serviços de saúde está generalizado em Moçambique, independentemente do tipo de provedor que consideremos. No sector público, 87,3% dos utentes dos serviços de saúde nos últimos 30 dias declararam ter pago algum valor monetário. O mesmo aconteceu com 66,7% dos utentes do sector privado e 84,3% das pessoas que confiavam nos médicos tradicionais.

A distribuição da quantidade média paga mensalmente por consulta é altamente assimétrica, variando de 0 a milhares de meticals (Mzn). Existem, no entanto, grandes diferenças de acordo com o tipo de provedor. O valor mediano pago no sector público foi de 1 Mzn, para 20 Mzn no sector privado e 30 Mzn no caso de médicos tradicionais. Cerca de 3 em cada 4 utentes do sector de saúde pública pagaram 5 Mzn ou menos, o que é consideravelmente menor do que o mesmo valor para o sector privado (200 Mzn) e médicos tradicionais (100 Mzn) (Figura 14).

É de certa forma surpreendente que 33,3% dos utentes privados de saúde declaram não pagar pela consulta. De qualquer forma, a distribuição do montante de pagamentos do sector privado é extremamente assimétrica e poderia unir tipos muito diferentes de provedores.

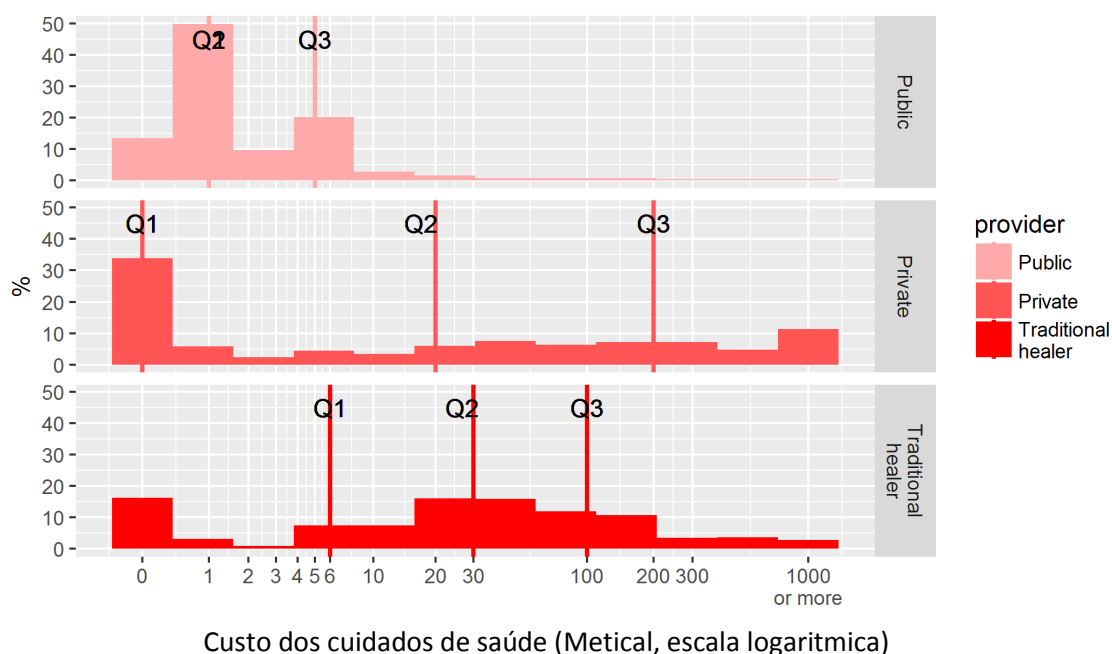


Figura 14. Quantia paga pela consulta aos serviços de saúde, segundo o tipo de provedor.

Os pagamentos são expressos na moeda moçambicana (metical-Mzn). Como ponto de referência, em 2014/15, a despesa média por mês per capita de alimentos e bebidas não alcoólicas era de 488 Mzn (20,7% da estrutura da despesa por mês) em áreas urbanas e 507 Mzn (53% da estrutura das despesas por mês) nas zonas rurais. No dia 31 de dezembro de 2014, um euro estava a 41,26 Mzn.

A Tabela 5 mostra os pagamentos directos associados aos cuidados de saúde recebidos no mês anterior no sector público. A prevalência de pagamentos directos, o seu valor mediano e o correspondente desvio quartil são ilustrados de acordo com o quintil da PSE e local de residência, estratificado por sexo. Embora não existam diferenças relevantes no que diz respeito ao montante em Mzn pago, existem algumas evidências de diferenças significativas na prevalência de pagamentos directos de acordo com o quintil da PSE. Os quintis mais pobres têm uma prevalência significativamente maior de pagamentos directos, e o mesmo também se aplica às áreas geográficas urbanas e rurais.

Tabela 5. Pagamentos médios no sector público de acordo com a PSE e o local de residência e estratificados por sexo

	Female					Male				
	N ^a	n ^b	% ^c	Median ^d	qd	N ^a	n ^b	% ^c	Median ^d	qd
SEP quintile										
1 (Poorest)	638	575	90.1	2	2	513	476	92.6	1	2
2	589	527	89.5	1	2	487	429	88.1	1	2
3	589	481	83.5	1	2	409	363	88.8	1	2
4	641	536	83.6	1	2	447	361	80.8	1	2
5 (Wealthiest)	710	607	85.5	1	2	530	446	84.2	1	2
Place of residence										
Urban										
South	770	640	83.1	1	2	488	390	79.9	1	2
Centre	660	557	84.4	1	0.5	544	462	84.9	1	1
North	324	293	90.4	1	1	230	208	90.4	1	2
Rural										
South	424	353	83.3	1	2	262	217	82.8	1	2
Centre	529	480	90.7	1	2	445	421	94.4	2	2
North	447	403	90.2	1	2	417	377	90.4	1	2

a: Número de utentes

b: número de utentes que realmente pagaram no mês anterior

c: proporção de utentes que realmente pagaram no mês anterior

d: pagamento mediano em meticais

qd: desvio quartil, calculado como a semi-variação entre os percentis 75 e 25 na distribuição

6. Discussão

Este estudo abordou uma preocupação política fundamental para os sistemas de saúde da África Subsaariana: a existência de desigualdades geográficas e sociais no acesso ao sistema de saúde. Utilizando-se descritivos bivariados, consideramos as desigualdades referentes a diversas dimensões relacionadas ao acesso, tais como: prevalência de necessidades de saúde e (não) cuidados de saúde em caso de necessidade de saúde, bem como motivos para não utilizar serviços de saúde para avaliar o grau da sua “voluntariedade”. Também consideramos as dimensões de qualidade no caso de utilização de serviços de saúde, como a existência de problemas de qualidade, tipo do provedor e custos com serviços de saúde.

Conforme esperado, encontramos desigualdades em muitas dessas dimensões. Primeiro, há desigualdades significativas ao nível das necessidades de saúde, tanto do ponto de vista geográfico como social. De um modo geral, as necessidades de saúde são maiores no norte do país e nas áreas rurais, entre os quintis socioeconômicos menos educados e mais pobres e, finalmente, entre as mulheres em comparação com os homens. Além disso, uma maior prevalência de necessidades de saúde correlaciona-se positivamente com uma maior gravidade do problema de saúde, em muitas dessas dimensões.

Um em cada três moçambicanos que percebem a necessidade de saúde não utilizou os serviços de saúde. Novamente, as desigualdades sociais aparecem ao nível de acesso que reforça as encontradas na necessidade de saúde e gravidade do nível do problema. As pessoas que vivem nas províncias do norte, no ambiente rural, bem como os quintis socioeconômicos menos educados e os mais pobres têm pior acesso à saúde. A análise da gravidade da doença de acordo com a forma como as pessoas lidam com a sua necessidade de saúde sugere que o uso de serviços de saúde é uma decisão parcialmente motivada pela gravidade do problema; no entanto, há também evidências claras de barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde de cerca de 1/10 das pessoas com necessidade de cuidados de saúde claros. Em circunstâncias idênticas de gravidade da doença, as famílias pertencentes às categorias favorecidas nos eixos de desigualdades sociais têm acesso sistematicamente mais fácil aos serviços de saúde e apenas as suas condições de saúde moderadas permanecem sem atendimento. Este não é o caso dos seus congêneres desfavorecidos, se as condições de saúde comparativamente severas enfrentam barreiras objectivas aos serviços de saúde e não têm acesso a eles.

A qualidade dos serviços de saúde é outra dimensão de acesso a ser levada em conta. Nesse sentido, os problemas de qualidade dos longos períodos de espera e a falta de medicamentos parecem estar generalizados no sector de saúde pública e não há desigualdades sociais especiais nesse nível. De acordo com os dados da pesquisa, o sector público é, sem dúvida, o principal provedor de serviços de saúde sob qualquer condição, mas existem diferenças sociais relevantes no uso das minorias dos provedores privados e médicos tradicionais. Do ponto de vista geográfica, os anteriores são mais usados na cidade e província de Maputo, enquanto os mais recentes são encontrados nas províncias do norte. O quintil da PSE mais educado e rico e as pessoas que vivem em áreas urbanas tendem a usar mais provedores privados, enquanto na dimensão oposta, os quintis socioeconómicos mais pobres, menos instruídos, aqueles que vivem em áreas rurais e pessoas mais velhas tendem a usar mais os médicos tradicionais. A prevalência de queixas de qualidade entre os utentes dessas duas modalidades alternativas de prestação de cuidados de saúde é significativamente menor do que entre os utentes públicos, enquanto o padrão de qualidade das reclamações também é muito diferente e está centrado no custo dos serviços.

O pagamento por serviços de saúde é generalizado no país, independentemente do tipo de provedor em causa. No entanto, o valor do pagamento é mais homogêneo e comparativamente muito menor no caso da saúde pública. De um modo geral, o custo dos cuidados de saúde não é uma barreira importante para o acesso, sendo muito mais importante a distância e a falta de transporte para as unidades sanitárias. No entanto, existem algumas evidências de que os moçambicanos em melhor situação, do ponto de vista geográfico, educacional e socioeconómico, têm menor probabilidade de pagar no contexto dos cuidados de saúde pública do que os seus congéneros menos favorecidos, o que parece particularmente paradoxal.

A hipótese inicial de que os eixos de desigualdades sociais condicionariam o acesso à saúde foi amplamente confirmada, não apenas no uso de serviços de saúde, mas também em certos aspectos relativos à qualidade do acesso. As características sociais, além disso, condicionam fortemente o tipo de provedor usado. Desigualdades na prevalência e na intensidade das necessidades de saúde preexistentes ao acesso à saúde também foram detectadas.

7. Conclusões e Recomendações

As desigualdades em saúde são basicamente evitáveis e a sua redução depende de acções específicas, significativas e baseadas em evidências. Mostra-se um conjunto de recomendações nesta secção, as quais se destinam a actores específicos.

Os governos devem:

- Reconhecer o impacto das desigualdades nos cuidados de saúde para melhorar os resultados de saúde e assegurar que as condições estejam reunidas para a implementação efectiva das acções políticas.
- As políticas públicas devem alocar os recursos com base em informações geográficas significativas socioeconómicas e de pequenas áreas, caso contrário, quem já está em melhor situação tende a estar em melhor posição para aproveitar novas oportunidades.
- Acções efectivas devem ser planificadas e implementadas para preencher as necessidades de infraestrutura e recursos humanos em áreas com menores níveis de acesso.
- Acções efectivas devem ser implementadas na redução dos pagamentos directos para a população mais desfavorecida.
- Continuar a aprimorar o programa de Avaliação da Qualidade e Humanização dos Cuidados para lidar com o alto nível de reclamações detectadas entre os utentes.

Os Pesquisadores devem:

- A escassa informação sobre o funcionamento do sistema de saúde precisa ser preenchida com informações específicas sobre as características da infraestrutura e as necessidades não atendidas, incluindo a qualidade dos cuidados e gastos.
- Mais informações sobre uma compreensão mais ampla da equidade em saúde são necessárias para lidar com os determinantes das desigualdades em saúde.
- Num futuro próximo, o efeito das reformas planificadas na área de saúde na equidade do acesso aos cuidados deve ser analisado.

A sociedade civil deveria:

- Priorizar a redução das desigualdades nos cuidados de saúde no programa de acção em Moçambique.
- Esse programa deve capacitar e apoiar os mais vulneráveis e incentivá-los a participar da implementação.
- Monitorar as desigualdades em saúde e pedir que as responsabilidades contribuam para a redução dessas desigualdades.
- Aumentar as campanhas de sensibilização sobre a automedicação, um problema que já foi encontrado em estudos anteriores

7.1. Resultados

- *Um em cada três moçambicanos que percebem a necessidade de saúde não utilizou serviços de saúde*
- *As pessoas que vivem nas províncias do norte, no ambiente rural, os quintis socioeconómicos menos instruídos e os mais pobres têm pior acesso à saúde do que os seus congéneres do sul, urbanos, mais instruídos e mais ricos.*
- *As categorias desfavorecidas têm simultaneamente maior prevalência de necessidades de saúde e problemas de saúde mais graves.*
- *Sendo a gravidade da doença igual, as categorias desfavorecidas enfrentam maiores barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, em particular a distância e / ou a falta de transporte para as unidades sanitárias.*
- *Problemas de qualidade de longos períodos de espera e falta de medicamentos são altamente prevalentes nos serviços públicos de saúde*
- *O sistema nacional de saúde é, sem dúvida, o principal provedor de serviços de saúde. No entanto, em termos relativos, os mais ricos, os mais instruídos e os que vivem em áreas urbanas tendem a usar mais provedores privados, enquanto os seus colegas desfavorecidos tendem a usar mais médicos tradicionais.*
- *O pagamento por serviços de saúde pública é generalizado em Moçambique, e os mais desfavorecidos são também mais propensos a pagar pelo acesso a cuidados de saúde nas suas visitas a provedores públicos.*

8. Referências bibliográficas

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.
- Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Social Science & Medicine*, 70(3), 465–472. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>
- Anselmi, L., Lagarde, M., & Hanson, K. (2015). Health service availability and health seeking behaviour in resource poor settings: evidence from Mozambique. *Health Economics Review*, 5. <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0062-6>
- Arnaldo, C. (2004). Ethnicity and Marriage Patterns in Mozambique, 19(1), 143–164.
- Audet, C. M., Burlison, J., Moon, T. D., Sidat, M., Vergara, A. E., & Vermund, S. H. (2010). Sociocultural and epidemiological aspects of HIV/AIDS in Mozambique. *BMC International Health and Human Rights*, 10, 15. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-10-15>
- Biza, A., Jille-Traas, I., Colomar, M., Belizan, M., Requejo Harris, J., Crahay, B., ... Betrán, A. P. (2015). Challenges and opportunities for implementing evidence-based antenatal care in Mozambique: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0625-x>
- Burgard, S. (2004). Race and pregnancy-related care in Brazil and South Africa. *Social Science & Medicine* (1982), 59(6), 1127–1146. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.01.006>
- CSDH. (2008). Social determinants of health. Retrieved 12 January 2015, from http://www.who.int/social_determinants/es/
- dos Anjos, A. L., & Cabral, P. (2016). Geographic accessibility to primary healthcare centers in Mozambique. *International Journal for Equity in Health*, 15, 173. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0455-0>
- Duru, C. B., Eke, N. O., Ifeadike, C. O., Diwe, K. C., Uwakwe, K. A., Nwosu, B. O., & Chineke, H. N. (2014). Antenatal Care Services Utilization among Women of Reproductive Age in Urban and Rural Communities of South East Nigeria: A Comparative Study. *Afrimedical Journal*, 5(1), 50–58.
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 546–546A. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7–12. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.023531>
- Gish, O. (1982). Selective primary health care: old wine in new bottles. *Social Science & Medicine*, 16(10), 1049–1054.
- Hanlon, J. (2004). Do donors promote corruption?: the case of Mozambique. *Third World Quarterly*, 25(4), 747–763. <https://doi.org/10.1080/01436590410001678960>
- Harris, B., Goudge, J., Ataguba, J. E., McIntyre, D., Nxumalo, N., Jikwana, S., &

- Chersich, M. (2011). Inequities in access to health care in South Africa. *Journal of Public Health Policy*, 32 Suppl 1, S102-123. <https://doi.org/10.1057/jphp.2011.35>
- Health Financing Strategy Technical Working Group. (2016). Universal Health Coverage Partnership of Mozambique. Retrieved 12 June 2017, from <http://uhcpartnership.net/country-profile/mozambique-2/>
- Health Policy Project. (2016). *Health financing profile: Mozambique*. Retrieved from https://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/Mozambique_HFP.pdf
- IHME. (2016a). *Financing Global Health 2015: Development assistance steady on the path to new Global Goals*. Seattle, WA.
- IHME. (2016b). *Financing Global Health 2015: Development assistance steady on the path to new Global Goals*. Seattle, WA.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). Instituto Nacional de Estatística de Moçambique. Retrieved from <http://www.ine.gov.mz/>
- Instituto Nacional de Estatística de Moçambique. (2015). *Relatório final do inquérito ao orçamento familiar - IOF-2014/15*. Maputo, Moçambique.
- Lindelow, M. (2005). The Utilisation of Curative Healthcare in Mozambique: Does Income Matter?, 14(3), 435–482. <https://doi.org/10.1093/jae/eji015>
- Lindelow, M., Ward, P., & Zorzi, N. (2004). *Primary health care in Mozambique : service delivery in a complex hierarchy* (No. 29097) (p. 1). The World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/102841468760504025/Primary-health-care-in-Mozambique-service-delivery-in-a-complex-hierarchy>
- Mackintosh, M. (2000). Do health care systems contribute to inequality? In D. Leon & G. Walt (Eds.), *Poverty, Inequality and Health: An International Perspective* (pp. 175–193). Oxford: Oxford University Press. Retrieved from <http://www.oup.com/uk/catalogue/?ci=9780192631961#contents>
- Magadi, M. A., Agwanda, A. O., & Obare, F. O. (2007). A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Surveys (DHS). *Social Science & Medicine* (1982), 64(6), 1311–1325. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.004>
- Mekonnen, Y., & Mekonnen, A. (2003). Factors Influencing the Use of Maternal Healthcare Services in Ethiopia. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(4), 374–382.
- Ministério da Saúde. (2012). *Relatório da revisão do sector de saúde*. Retrieved from http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Mozambique/Mozambique_health_sector_review.2012.pdf
- Ministério da Saúde. (2013a). *Informe sobre recursos humanos para saúde no serviço nacional de saúde de Moçambique*. Retrieved from <http://www.misau.gov.mz/index.php/inqueritos-de-saude>
- Ministério da Saúde. (2013b). *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*.
- Ministério da Saúde. (2015). *Proposta do programa quinquenal do Governo 2015-2019*. Maputo.

Ministério da Saúde. (2016). *Plano nacional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde 2016-2025*.

Ministério da Saúde, Conselho de Ministros. Resolução nº 4/95 de 11 de Julho.

Mondlane, E. (1969). *The struggle for Mozambique* (Penguin African Library). London: Penguin Books.

Mugisha, F., Bocar, K., Dong, H., Chepng'eno, G., & Sauerborn, R. (2004). The two faces of enhancing utilization of health-care services: determinants of patient initiation and retention in rural Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8), 572–579. <https://doi.org/S0042-96862004000800006>

Ndege, G. O. (2007). *Culture and Customs of Mozambique*. Greenwood Publishing Group.

Nhampossa, T., Mandomando, I., Acacio, S., Nhalungo, D., Sacoor, C., Nhacolo, A., ... Alonso, P. (2013). Health care utilization and attitudes survey in cases of moderate-to-severe diarrhea among children ages 0-59 months in the District of Manhica, southern Mozambique. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 89(1 Suppl), 41–48. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.12-0754>

Nyerere, J. K. (1973). *UJAMAA: Essays on Socialism*.

Ononokpono, D. N., Odimegwu, C. O., Imasiku, E. N. S., & Adedini, S. A. (2014). Does it Really Matter Where Women Live? A Multilevel Analysis of the Determinants of Postnatal Care in Nigeria. *Maternal and Child Health Journal*, 18(4), 950–959. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1323-9>

Salvucci, V. (2014). Health provider choice and implicit rationing in healthcare: Evidence from Mozambique. *Development Southern Africa*, 31(3), 427–451. <https://doi.org/10.1080/0376835X.2014.887996>

Silal, S. P., Penn-Kekana, L., Harris, B., Birch, S., & McIntyre, D. (2012). Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Services Research*, 12, 120. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-120>

Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10, 15. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295–303.

The World Bank. (2009). World Bank Open Data: Mozambique. Retrieved 22 July 2016, from <http://data.worldbank.org/country/mozambique>

The World Bank. (2014). *Mozambique Public Expenditure Review. Addressing the Challenges of Today, Seizing the Opportunities of Tomorrow* (No. 91153–MZ).

The World Bank. (2015a). *Health Service Delivery in Mozambique: Results of 2014 Service Delivery Indicator Survey*.

The World Bank. (2015b). *Mozambique Health Public Expenditure Review (2009-2013)*.

- The World Bank. (2016). *Universal Health Coverage (UHC) in Africa : a framework for action* (No. 108008). The World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/735071472096342073/Main-report>
- UNAIDS. (2014). *The Global AIDS Response Progress Report (GARPR)*. Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS).
- UNICEF. (2016). *Budget Brief 2016: Health*. Retrieved from <http://www.unicef.org/mz/en/budget-briefs/>
- United Nations. (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Retrieved from <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>
- United Nations Development Programme. (2016). *Human Development Report. Human Development for Everyone*. Retrieved from http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf
- Wagenaar, B. H., Gimbel, S., Hoek, R., Pfeiffer, J., Michel, C., Cuembelo, F., ... Sherr, K. (2016). Wait and consult times for primary healthcare services in central Mozambique: a time-motion study. *Global Health Action*, 9, 31980.
- Wagenaar, B. H., Gimbel, S., Hoek, R., Pfeiffer, J., Michel, C., Manuel, J. L., ... Sherr, K. (2014). Stock-outs of essential health products in Mozambique - longitudinal analyses from 2011 to 2013. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 19(7), 791–801. <https://doi.org/10.1111/tmi.12314>
- Weimer, B. (2008). Capítulo 3: Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique. In *Moçambique: Descentralizar o Centralismo? Economia política, recursos e resultados* (IESE-Instituto de Estudos Sociais e Económicos). Maputo.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 22(3), 429–445.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. World Health Organization.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR.
- World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Health systems financing: the path to universal coverage*. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2010/en/>
- World Health Organization. (2014). *WHO Global Health Expenditure Atlas*. Geneva. Retrieved from <http://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf>
- World Health Organization. (2016). *Mozambique Factsheet*. African Health Observatory. Retrieved from http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:Index#cite_note-1