




Curso de Determinantes Sociais da Saúde



UNIDADE TEMÁTICA 3: AS DESIGUALDADES EM SAÚDE	
SIGLAS E ACRÓNIMOS	
INTRODUÇÃO	
<p>Objectivos</p> 	<p>No final desta UT pretende-se que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender as desigualdades em saúde como uma expressão relevante das desigualdades sociais. - Identificar as principais medidas das desigualdades em saúde: Os Indicadores de saúde: A mortalidade. - Descrever e analisar, com perspectiva crítica, as principais desigualdades em saúde a nível mundial. - Reflectir, com perspectiva crítica, sobre as principais desigualdades em saúde em Moçambique e os possíveis factores determinantes.
<p> Palavra-chave</p>	<p>Palavras-chave</p> <p>Desigualdades e iniquidades em saúde. Indicadores de Saúde.</p>
<p>Conteúdos</p> 	<p>Desigualdades de saúde: uma expressão relevante das desigualdades sociais.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição e características. - Causas ou factores determinantes das desigualdades em saúde. - Medidas da desigualdade em saúde. - Principais indicadores de saúde.
	<p>As desigualdades de saúde a nível mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> - As principais desigualdades em saúde a nível mundial. - Estatísticas da saúde. As diferenças na mortalidade em função do nível de desenvolvimento económico (renda) dos países.

	<i>As desigualdades em saúde em Moçambique.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - O direito à saúde e o Sistema de Saúde em Moçambique. - Principais indicadores de desenvolvimento humano e de saúde em Moçambique. - Alguns eixos de desigualdades em saúde em Moçambique. - As desigualdades na saúde sexual e reprodutiva. A integração de diferentes dimensões de desigualdade. - As desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento.
Actividades	ALGUMAS DESIGUALDADES EM SAÚDE. A TEIA DE ARANHA: A HISTÓRIA DA MIRIAM	
Metodologia de Avaliação	<p>Avaliação quantitativa: Prova/teste que pode ser de escolha múltipla ou com perguntas abertas.</p> <p>Avaliação qualitativa: Participação no foro de debate, realização de actividades propostas, participação nas sessões de webinar.</p>	
Bibliografia/Webgrafia/Vídeos		

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo
CMAM	Centro de Medicamentos e Artigos Médicos
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV / SIDA (CNCS)
DPT	Difteria, poliomielites, tétanos
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DSS	Determinantes sociais da saúde
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IOF	Inquérito aos Orçamentos Familiares
INEM	Instituto Nacional de Estatística de Moçambique
MEF	Ministério da Economia e Finanças
MISAU	Ministério da Saúde
MM	Medicus Mundi
OMS	Organização Mundial da Saúde
PQG	Plano Quinquenal do Governo
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PIB	Productio Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PQG	Plano Quinquenal do Governo
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde de Mulher e Acção Social
SARA	Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e Serviços de Saúde
SS	Sistemas de Saúde
US	Unidade Sanitária

INTRODUÇÃO

Tal como dizia Amartya K. Sen (1): “Vivemos num mundo de opulência sem precedentes, difícil de imaginar há cem anos ou duzentos anos [...]. E ainda assim vivemos num mundo de notável privação, miséria e opressão [...]. Superar estes problemas constitui uma parte fundamental do exercício de desenvolvimento».

A privação, miséria e opressão têm implicações em todas as dimensões da vida humana e, de forma particular, na saúde, já que a mesma, como será analisado na Unidade Temática 4, destinada a analisar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), está influenciada por um conjunto de elementos do contexto em que as pessoas vivem, contextos que sendo diferentes e desiguais provocam problemas de saúde diferenciados e desigualdades em saúde.

As desigualdades em saúde são uma expressão das desigualdades sociais, associadas aos 5 tipos de desigualdades identificado por Mount (2), descritos na UT anterior, nomeadamente: desigualdade de resultados; desigualdade de oportunidades; desigualdade de tratamento e desigualdade de acesso.

Este tipo de desigualdade, como as anteriores, pode manifestar-se entre regiões do mundo, países de uma mesma região (p.e., Europa, África) ou no interior dos países. Um claro exemplo das desigualdades pode ser observado quando comparamos a expectativa de vida ao nascer (anos), excelente indicador do nível de desenvolvimento humano de um país ou região. No ano 2020, segundo o relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD (3) a média mundial era de entre 70-73 anos. No entanto, existiam importantes diferenças entre as Regiões do mundo: 79 nos E.U.A. e Canadá, 78 na Europa, 76 na Oceânia, 72 na Ásia, 71 na América Latina e no Caribe e 58 em África. Quer dizer que uma pessoa que nasce em África tem uma expectativa de vida 21 anos menor do que uma que nasce nos E.U.A ou no Canadá.

Para que uma diferença ou desigualdade em saúde seja considerada como tal, devem coincidir duas condições: **Ser considerada socialmente injusta e potencialmente evitável.**

A presente Unidade Temática, “As desigualdades em Saúde”, está organizada em três blocos de conteúdo: 1) as desigualdades de saúde: uma expressão relevante das desigualdades sociais; b) as desigualdades de saúde a nível mundial; c) as desigualdades de saúde em Moçambique. Com o desenvolvimento dos mesmos pretende-se apresentar: por um lado, as características e principais medidas das desigualdades em saúde; a seguir, serão descritos e analisados os principais indicadores de saúde a nível mundial, particularmente as diferenças nas principais causas de mortalidade a nível mundial.

Finalmente, serão analisadas as desigualdades de saúde em Moçambique, assim como os possíveis factores determinantes. A análise será realizada tendo em conta os principais indicadores sócio-sanitários, desagregados, sempre que possível, por algum dos DSS, nomeadamente: sexo-género, classe e território. Entre elas serão analisadas as desigualdades na morbilidade e mortalidade, nos cuidados de saúde (necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento).

Desde já, é importante salientar que esta UT está directamente relacionada com a Unidade Temática 4, DSS, ressaltando que alguns conceitos introduzidos nesta unidade serão desenvolvidos e aprofundados na seguinte.

DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS

A seguir são apresentados os conteúdos considerados chave de cada um dos subtemas.

1.- AS DESIGUALDADES EM SAÚDE, UMA EXPRESSÃO RELEVANTE DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

1.1. Definição e características.

Tal como Indica Segura (4), a definição e características das desigualdades em saúde está directamente associada aos antecedentes do interesse da medicina pelas desigualdades sociais em saúde. A hipótese básica (que embora bastante antiga, infelizmente ainda precisa ser defendida, demonstrada e propagada) é que as doenças "não caem do céu", não se distribuem ao acaso, mas são profundamente determinadas pela estrutura económica, e político-social em que vivemos, que dizer dos DSS, que serão explicados na próxima UT.

Tendo em conta que o termo "iniquidade", explicado na UT anterior, tem diferentes significados. Geralmente, é utilizado o termo **DESIGUALDADE SOCIAL NA SAÚDE**, para traduzir do inglês o termo "iniquidade em saúde, ou seja, a falta de equidade na distribuição da saúde-doença.

Assim, para que uma diferença ou desigualdade em saúde seja considerada como tal, devem coincidir duas condições:

- a) **Ser considerado socialmente injusta;**
- b) **Ser considerada potencialmente evitável (existem instrumentos para evitá-lo).**

Segundo a International Society for Equity in Health¹:

- As desigualdades em saúde. ("Inequity in Health"): são as diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis num ou mais aspectos da saúde entre grupos ou subgrupos da população definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente.
- A pesquisa orientada a acções ("Equity research"): é a pesquisa sobre a génese e as características das desigualdades sociais de saúde com o objetivo de identificar factores modificáveis por decisões políticas e acções programáticas para reduzir ou eliminar as desigualdades.
- As políticas e acções voltadas para à equidade ("*Equity policy and actions*"): são decisões políticas e acções programáticas activas destinadas a melhorar a equidade em saúde e reduzir ou eliminar as desigualdades.

Finalmente, a percepção da aceitabilidade das desigualdades em saúde varia muito em função da posição teórica relativa à justiça social, sendo as mais relevantes: a perspectiva liberal (representada por Johan P. Mackenbach) e a grelha de Margaret Whitehead, que tem como objetivo discriminar quando uma

¹ (<http://www.iseqh.org/>)

diferença na saúde pode ser considerada como uma desigualdade em saúde, com base nos dois eixos acima mencionados (socialmente injusto e potencialmente evitável).

Tabela 1. Grelha de Margaret Whitehead

Determinantes de diferenças em saúde	Potencialmente evitáveis	Inaceitáveis
Variações biológicas ou naturais	NÃO	NÃO
Hábitos nocivos livremente elegidos	SIM	NÃO
Vantagens em saúde transitórias de grupos que incorporam ante condutas promotoras de saúde (caso outros grupos podem adotá-las facilmente)	SIM	NÃO
Hábitos nocivos cuja eleição está restringida por factores sócio-económicas	SIM	SIM
Exposição a excessivos riscos para a saúde no médio físico e social	SIM	SIM
Acesso restringido a cuidados de saúde especiais	SIM	SIM
Mobilidade social descendente por causas de saúde	SIM (baixa renda)	SIM (baixa renda)

Fonte: Segura del Pozo, Javier. Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980- 2010). Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Bogotá. 2013. Baseado em Whitehead, M. (1990). The concepts and principles of equity and health, WHO, Copenhagen. Disponível em: https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales_final.pdf (4)

1.2. Medidas da desigualdade em saúde.

Em geral, no estudo das desigualdades sociais em saúde devem ser relacionadas a posição social da pessoa ou comunidade com os níveis de saúde desta. Normalmente, para encontrar essa relação são utilizados três tipos de medidas, que são apresentadas na seguinte tabela: **Medidas de posição social; Medidas de nível de saúde e Medidas da relação entre posição social e nível de saúde.** Cada uma delas têm suas vantagens e desvantagens, motivo pelo qual na maioria dos estudos sobre desigualdades /iniquidades em saúde são utilizadas várias medidas.

Tabela 2. Medidas das desigualdades em saúde

TIPO DE MEDIDA	INDICADORES DIFERENCIADOS	
Medidas de posição social	Medições de nível individual <ul style="list-style-type: none"> • CLASSE SOCIAL • OCUPAÇÃO: classes ocupacionais. • EDUCAÇÃO: Educação auto-declarada. • RENDA: renda auto-declarada ou renda relativa à linha de pobreza. • RIQUEZA: Total de bens domésticos (casa, carro, acções, heranças, etc.). 	Medidas em nível de área geográfica <ul style="list-style-type: none"> • SIMPLES: estrutura ocupacional, educacional ou económica média da área (% da população de cada categoria ocupacional, educacional ou de renda da área). • COMPOSTO: indicadores de privação (construídos a partir de indicadores como desemprego, superlotação, casa ou carro, etc.).
Medidas de nível de saúde	Mortalidade geral; Mortalidade por causas; saúde percebida; Morbilidade por doenças agudas e infectocontagiosas; Prevalência de doenças crónicas, e Uso de serviços.	
Medidas do grau de relacionamento entre a posição social.	1.Razão de taxas entre o grupo sócio-económico mais alto e o mais baixo. 2.Diferença entre as taxas do grupo sócio-económico mais alto e mais baixo.	

<p>Em termos gerais, considera-se que há desigualdade quando a medida de saúde de um grupo social X é diferente da de um grupo social Y.</p>	<p>3. Índice de efeito relativo baseado em regressão. 4. Percentagem de risco atribuível à população (RAP) (ou fracção etiológica). 5. Risco atribuível à população (RAP) absoluto. 6. Índice de dissimilaridade, relativo (Índice de dissimilaridade - percentagem). 7. Índice relativo de desigualdade. 8. Índice de inclinação da desigualdade. 9. Coeficiente de Gini e curva de Lorenz.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaboração própria baseada em: Segura del Pozo, Javier. Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980- 2010). Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Bogotá.2013. Disponível em:

https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales_final.pdf (4)

1.3. Principais indicadores de saúde.

Segundo a OMS, um indicador de saúde é “uma noção de vigilância de saúde pública que define uma medida de saúde (ou seja, a ocorrência de uma doença ou outro evento relacionado à saúde) ou um factor associado à saúde (ou seja, o estado de saúde ou outro factor de risco) numa população específica”. Em termos gerais, os indicadores de saúde representam medidas resumidas que captam informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões do estado de saúde e desempenho do sistema de saúde e que, vistos como um todo, procuram refletir a situação de saúde de uma população e servem para monitorá-la. (5)

Os indicadores de saúde podem ser agrupados de formas diversas, sendo os mais frequentemente utilizados os seguintes:

- **Saúde percebida:**
 - *Satisfação:* Proporção da população de 15 anos ou mais que refere não estar satisfeita com sua saúde e vida social.
 - *Qualidade de Vida:* Proporção da população que refere estar razoavelmente saudável, bem ou mal.

- **Saúde objetiva:**
 - *Mortalidade:* Mortalidade materna, mortalidade infantil, mortes registadas por homicídio; taxas de mortalidade por doenças transmissível, etc.
 - *Morbilidade:* Incidência de sarampo, casos de dengue confirmados, taxa de incidência HIV/SIDA anual, incidência de cancro, etc.
 - *Incapacidade:* Prevalência de diferentes tipos de deficiência n uma determinada população, número médio de dias de escola, trabalho, trabalho doméstico e outros papéis sociais perdido por ano numa população definida, etc.

Existem indicadores comuns a todas as regiões da OMS e indicadores específicos para cada país

Os principais indicadores de saúde que anualmente apresenta o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) permitem analisar as desigualdades em saúde entre países e regiões. Estes são: **Esperança de vida saudável ao nascer. Taxa de mortalidade geral. Taxa de mortalidade materna. Taxa de mortalidade infantil. Taxa de natalidade entre as adolescentes. Saúde reprodutiva e planeamento familiar. Violência contra as meninas e mulheres. Empoderamento sócio-económico. Prevalência da mutilação genital feminina entre meninas e mulheres. Violência sofrida pelas mulheres. Cobertura pré-natal, com mínimo uma consulta. Proporção de partos assistidos em centros de saúde com pessoal especializado. Prevalência de utilização de métodos anti-conceptivos, qualquer método. Necessidade não atendida de planeamento familiar. Bebês amamentados exclusivamente com leite materna, até dos dois anos. Atraso no crescimento (moderado ou grave). Crianças menores de 1 ano vacinadas (difteria, poliomielites,**

tétanos (DPT) Sarampo). Incidência de Malária e Tuberculose. Prevalência de HIV em adultos. Despesas correntes com saúde (% do Produto Interno Bruto (PIB)).

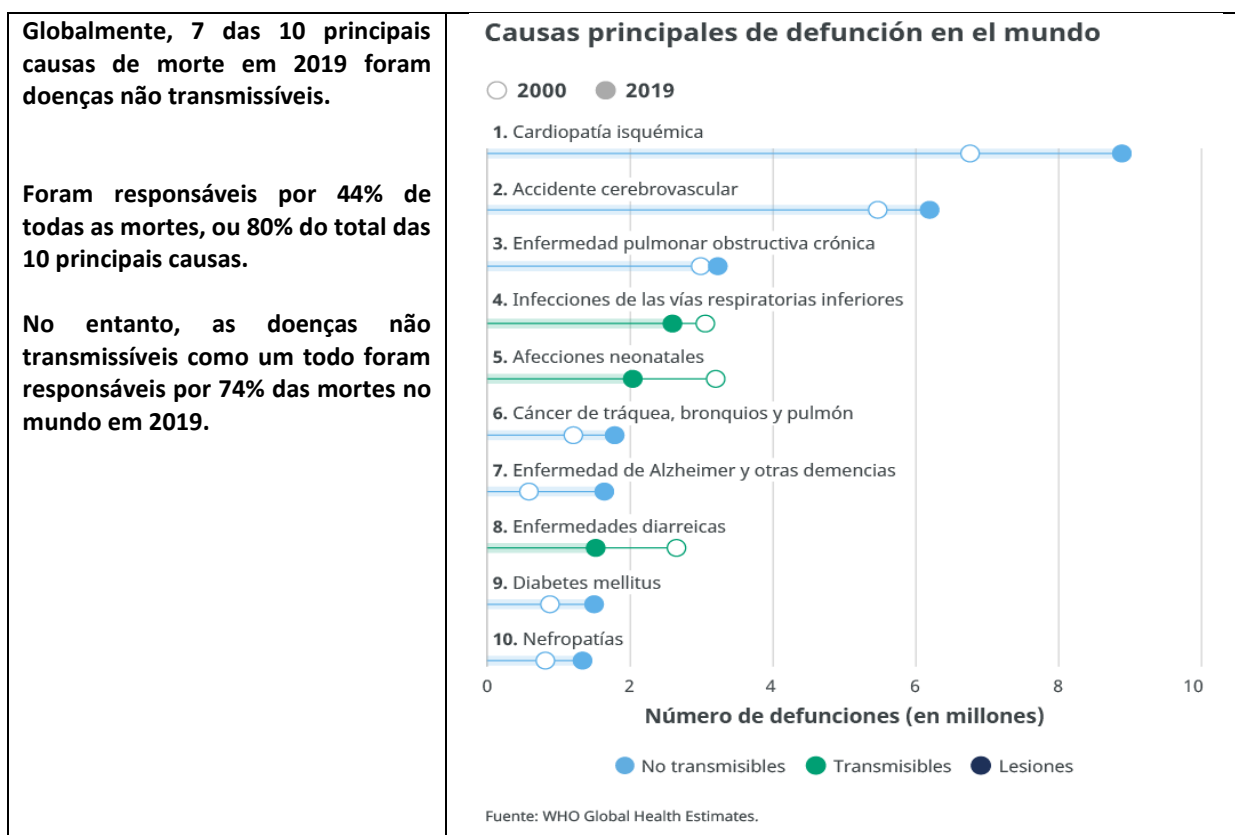
2.- AS PRINCIPAIS DESIGUALDADES EM SAÚDE A NÍVEL MUNDIAL. ESTATÍSTICAS DA SAÚDE. DIFERENÇAS NA MORTALIDADE.

Segundo a OMS (6), em 2019, as 10 principais causas de morte foram responsáveis do 55% das 55,4 milhões de mortes em todo o mundo.

As principais causas de morte no mundo, de acordo com o número total de vidas perdidas, são atribuídas a três grandes problemas: **doenças cardiovasculares** (doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral), **doenças respiratórias** (doença pulmonar obstrutiva crônica, infecções do trato respiratório inferior) e **neonatais** (incluem asfixia e trauma de nascimento, septicemia e infecções neonatais e complicações de parto prematuro).

As causas de morte podem ser agrupadas em três categorias: **doenças transmissíveis** (doenças infecciosas e parasitárias e doenças maternas, perinatais e nutricionais), **doenças não transmissíveis** (crônicas) e **lesões**.

Gráfico 1. Principais causas de mortalidade no mundo em 2019



Fonte: OMS. Las diez principales causas de muerte en el mundo en 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (6)

A principal causa de morte no mundo são as doenças isquémicas do coração, responsáveis por 16% de todas as mortes. Desde o ano 2000, o maior aumento de mortes corresponde a essa doença, que passou de mais de 2 milhões de mortes em 2000 para 8,9 milhões em 2019. O acidente vascular cerebral e a doença pulmonar obstrutiva crónica são a segunda e a terceira causas de morte, que representam aproximadamente 11% e 6% de todas as mortes, respectivamente.

As infecções respiratórias inferiores continuam a ser as doenças transmissíveis mais mortais do mundo, classificando-se como a quarta causa de morte. No entanto, o número de mortes caiu consideravelmente: 2,6 milhões de vidas foram ceifadas em 2019, 460.000 a menos do que em 2000.

As condições neonatais estão em quinto lugar. No entanto, as mortes por doenças neonatais são uma das categorias em que o número de mortes mais caiu em números absolutos nas últimas duas décadas: essas condições ceifaram a vida de dois milhões de recém-nascidos e crianças pequenas em 2019, ou seja, 1,2 milhões menos do que em 2000.

As mortes por doenças não transmissíveis estão a aumentar. O número de mortes por cancro de traqueia, brônquios e pulmão subiu de 1,2 milhão para 1,8 milhão e agora ocupa o sexto lugar entre as principais causas de morte.

Em 2019, a doença de Alzheimer e outras formas de demência foram classificadas como a sétima causa de morte. Eles afectam desproporcionalmente as mulheres. 65% das mortes por Alzheimer e outras formas de demência no mundo correspondem a mulheres.

Uma das maiores quedas no número de mortes é por doenças diarreicas, que passaram de 2,6 milhões de mortes em 2000 para 1,5 milhões em 2019 em todo o mundo.

A diabetes tornou-se uma das 10 principais causas de morte, após um aumento percentual significativo de 70% desde 2000. A diabetes também é responsável pelo maior aumento de mortes masculinas entre as 10 principais causas, com um aumento de 80% desde 2000.

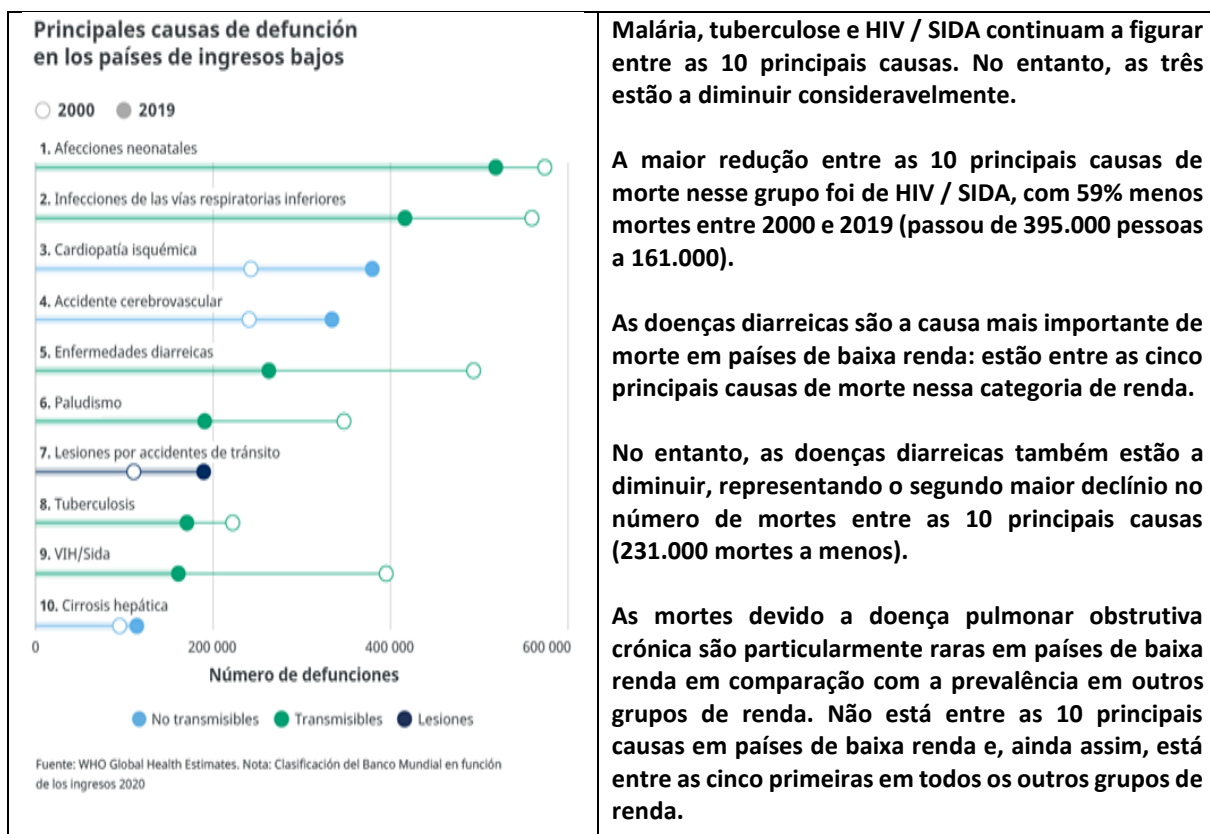
Outras doenças que estavam entre as 10 principais causas de morte em 2000 já não estão nessa lista. O HIV / SIDA é uma delas. As mortes por HIV / SIDA diminuíram 51% nos últimos 20 anos, passando da oitava causa de morte no mundo em 2000 para a décima nona em 2019.

As doenças renais aumentaram, passando da décima terceira causa de morte no mundo para a décima. A mortalidade aumentou de 813.000 pessoas em 2000 para 1,3 milhão em 2019.²

- **Principais causas de morte por grupo de renda.** O Banco Mundial classifica as economias mundiais em quatro grupos de renda, com base na renda nacional bruta: **baixa, média-baixa, média-alta e alta.**
- **Principais causas de doenças em países de ingressos baixos:** As pessoas que vivem em países de baixa renda têm muito mais probabilidade de morrer de doenças transmissíveis do que de doenças não transmissíveis. Apesar do declínio global, seis das 10 principais causas de morte em países de baixa renda são doenças transmissíveis.

² Si os formados e as formadas estiveram interessados em aprofundar sobre a situação de saúde a nível mundial, recomenda-se a leitura do documento "Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS. 2020." Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gráfico 2. Principais causas de mortalidade nos países de renda baixa em 2019



Malária, tuberculose e HIV / SIDA continuam a figurar entre as 10 principais causas. No entanto, as três estão a diminuir consideravelmente.

A maior redução entre as 10 principais causas de morte nesse grupo foi de HIV / SIDA, com 59% menos mortes entre 2000 e 2019 (passou de 395.000 pessoas a 161.000).

As doenças diarreicas são a causa mais importante de morte em países de baixa renda: estão entre as cinco principais causas de morte nessa categoria de renda.

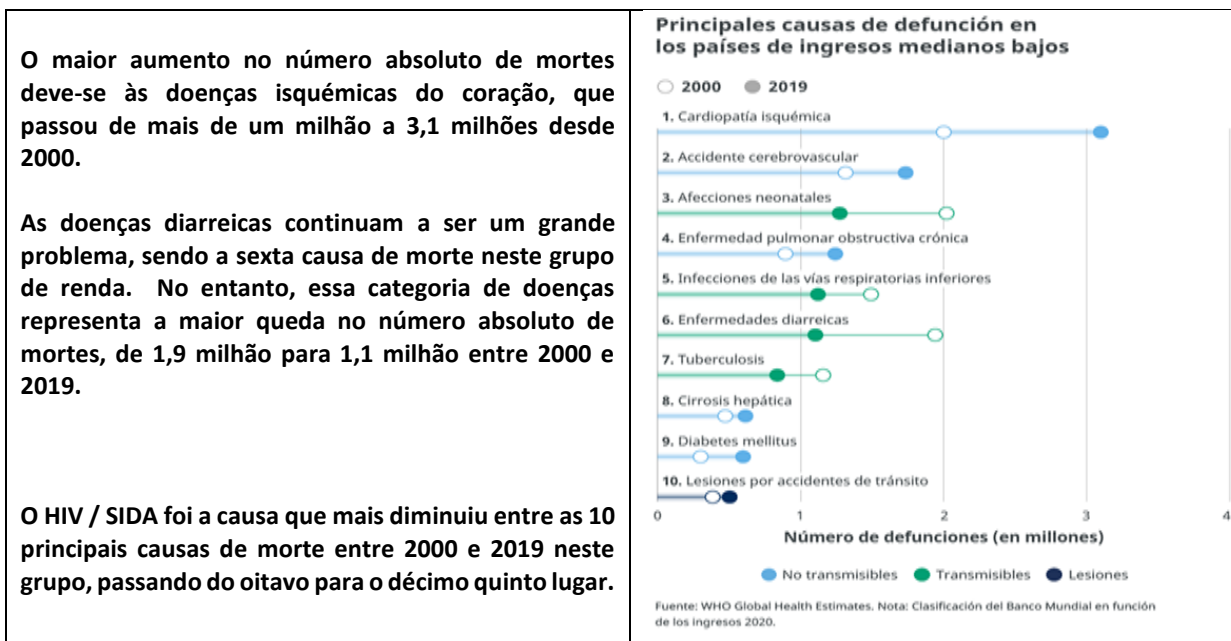
No entanto, as doenças diarreicas também estão a diminuir, representando o segundo maior declínio no número de mortes entre as 10 principais causas (231.000 mortes a menos).

As mortes devido a doença pulmonar obstrutiva crónica são particularmente raras em países de baixa renda em comparação com a prevalência em outros grupos de renda. Não está entre as 10 principais causas em países de baixa renda e, ainda assim, está entre as cinco primeiras em todos os outros grupos de renda.

Fonte: OMS. Las diez principales causas de muerte em el mundo em 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (6)

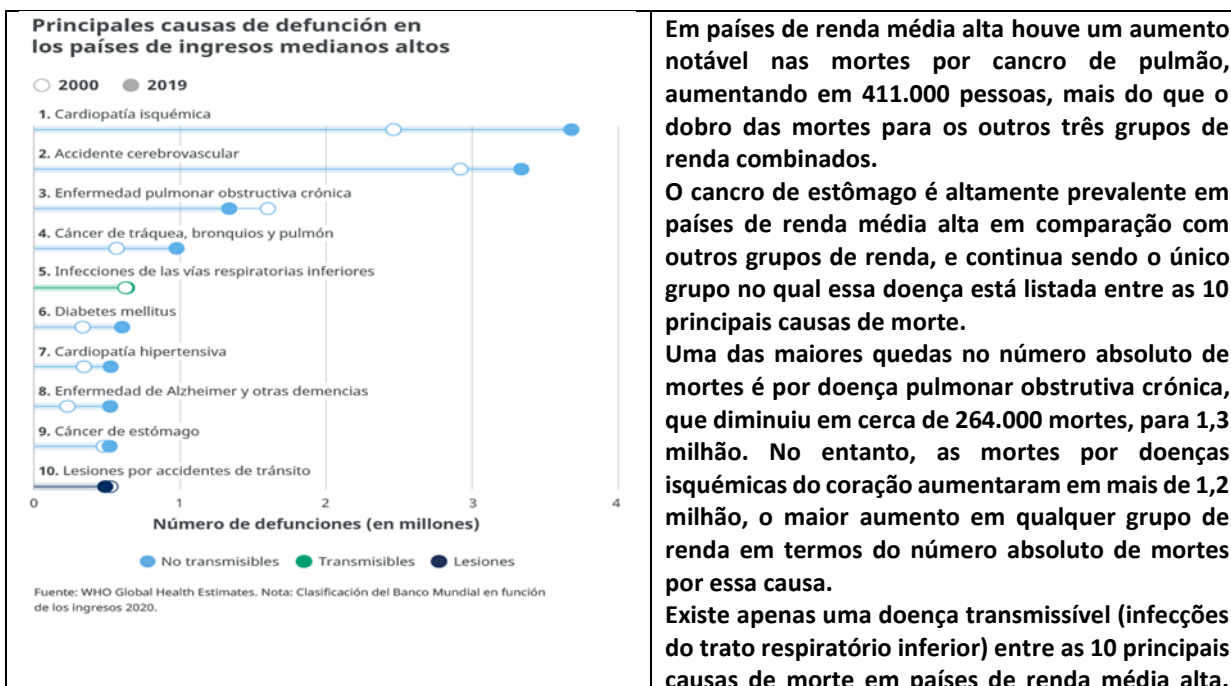
Os países de renda média baixa têm a maior diversidade de causas de morte: cinco doenças não transmissíveis, quatro transmissíveis e uma lesão. A diabetes é uma causa cada vez mais comum de morte neste grupo de renda: passou de ser a décima quinta causa de morte para a nona, e o número de mortes por essa doença quase dobrou desde 2000.

Gráfico 3. Principais causas de mortalidade nos países de renda média baixa em 2019



Fonte: OMS. Las diez principales causas de muerte em el mundo em 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (6)

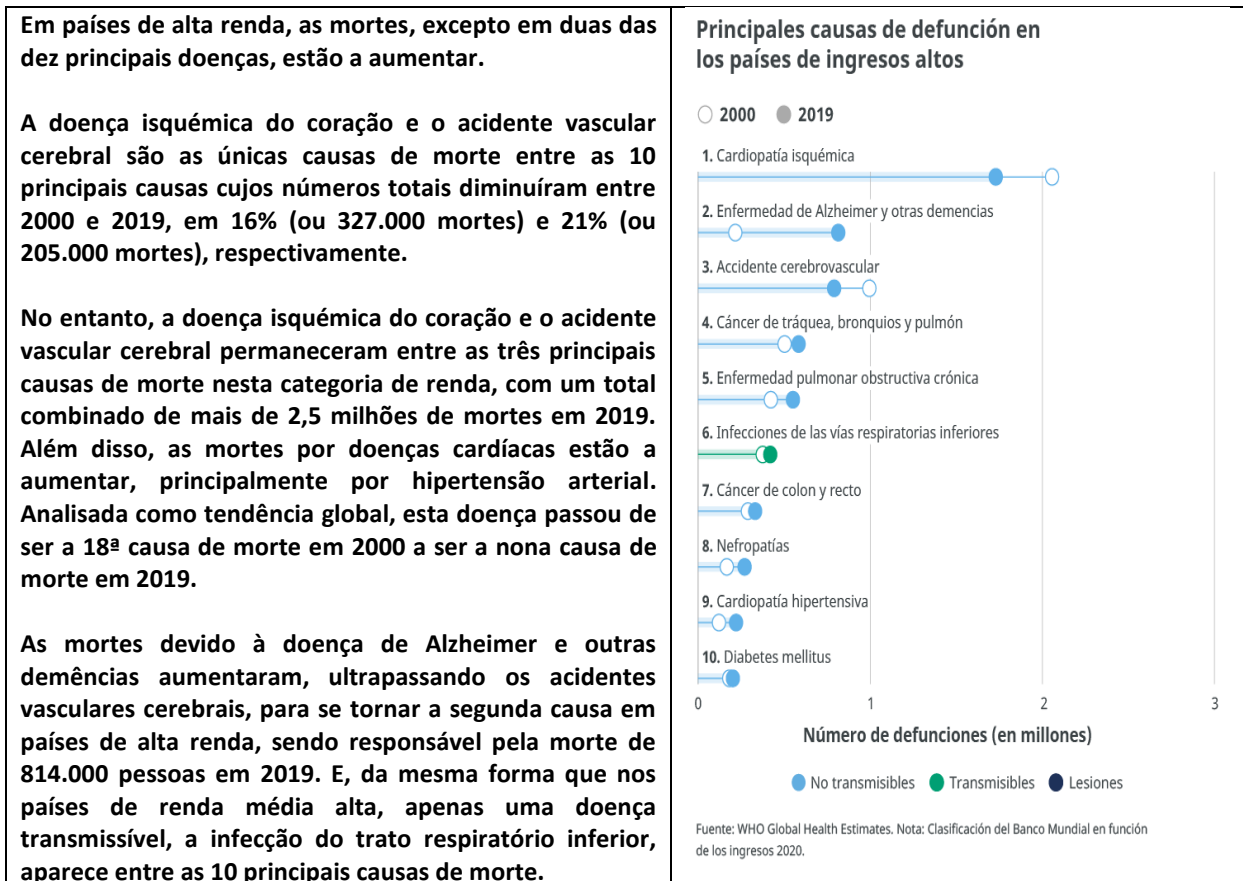
Gráfico 4. Principais causas de mortalidade nos países de renda média alta em 2019



Além disso, houve uma redução de 31% nas mortes por suicídio desde 2000 nesta categoria de renda, que caiu para 234.000 em 2019.

Fonte: OMS. Las diez principales causas de muerte em el mundo em 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (6)

Gráfico 5. Principais causas de mortalidade nos países de renda alta em 2019



Fonte: OMS. Las diez principales causas de muerte em el mundo em 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (6)

3.- AS DESIGUALDADES EM SAÚDE EM MOCAMBIQUE

Tal e como foi apresentado no capítulo anterior, entre as desigualdades sociais em Moçambique as desigualdades em saúde são uma expressão relevante das profundas desigualdades existentes no país, que, conforme descrito, foram crescendo na última década.

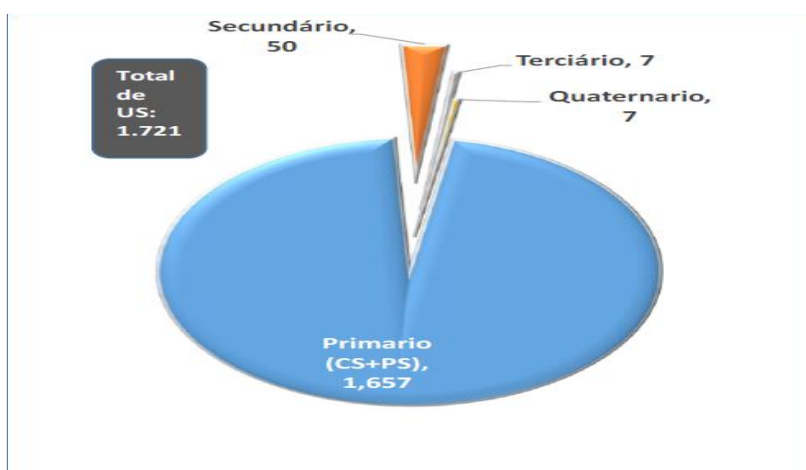
3.1. O direito à saúde e o Sistema de Saúde em Moçambique.

A Constituição de Moçambique protege o direito das pessoas à saúde, um direito que com frequência não é respeitado, provocando enormes diferenças nos níveis de saúde da população, em função de vários DSS, entre eles a classe social (nível de renda), sexo-género ou território (local-urbano).

Em Moçambique, o sector da saúde é constituído pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), 11 Direções 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: o Centro de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), o 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. As DPS e os SDSMAS estão subordinados ao Ministério da Saúde (MISAU) e ao Ministério da Economia e Finanças (MEF). (7)

A rede sanitária em 2019 era constituída por 1721 Unidades Sanitárias (US), como se pode observar no seguinte gráfico.

Gráfico 6. Rede Sanitária de Moçambique em 2019



Fonte: Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde em 2019. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico?start=10> (8)

Entre os principais instrumentos de planificação, o sector da saúde tem desenvolvido vários planos, que podem ser divididos em: 1) planos multi- sectoriais (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, uma quantidade significativa de recursos no sector da saúde é canalizada através de projectos financiados por doadores, que estão fora do quadro de planificação nacional. (7)

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 com a saúde. As prioridades do plano de 2015 a 2019, ainda em vigor, foram: a promoção da igualdade de acesso aos serviços de saúde, a redução do impacto de doenças, a promoção da saúde e prevenção de doenças, a melhoria da rede de saneamento, a melhoria da gestão de recursos humanos e garantia da sustentabilidade e a gestão financeira. Os indicadores usados para medir os progressos no PQG estão contidos na seguinte tabela.

Tabela 3. Indicadores para medir os progressos no PQG (2015-2019)

Indicador	Base (2014)	Esperados (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	86	90

antirretrovirais (ARVs)		
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: - Llop, A, Gironés, F, Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. Medicus Mundi 2018. Disponível em: <https://medicmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf> (7)

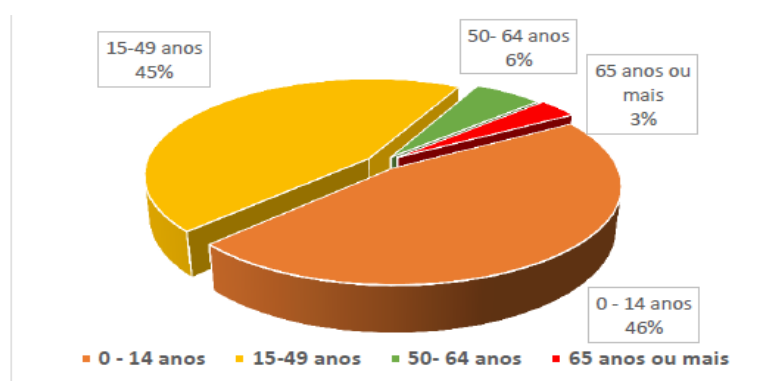
O actual sistema de saúde em Moçambique é bastante semelhante ao da maioria dos países da África Subsaariana. É caracterizado por um nível primário com infra-estruturas muito deficientes, pessoal de saúde pouco qualificado e requisitos básicos: água canalizada, fornecimento de energia confiável, medicamentos, oxigénio, transporte seguro ou diagnóstico e equipamento terapêutico, com frequência, indisponíveis. Por exemplo, os dados representativos nacionais de Moçambique mostram que apenas 34% das instalações dispunham dos três equipamentos básicos das infra-estruturas: água potável, saneamento e energia. Além disso, um número limitado (42,7%) das US tinha disponíveis os medicamentos prioritários. O sistema de saúde também sofre de ter um nível especializado muito fraco, com uma importante presença de provedores privados e uma fragmentação entre organização e prestação de serviços, o que é uma fonte comum de ineficiência. (7)

3. 2. Principais indicadores de desenvolvimento humano e de saúde em Moçambique.

Antes de apresentar alguns dos principais indicadores de saúde em Moçambique, e com o objetivo de compreender os motivos da selecção dos mesmos e algumas das desigualdades em saúde, é importante deter-nos brevemente em dois elementos demográficos: a estrutura de população por grupos de idade e a distribuição territorial da mesma.

Segundo o Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde (8), a população estimada no país em 2019 (projeção do censo de 2017) era **de 29.318.301 habitantes**, distribuídos tal como se pode observar no seguinte gráfico.

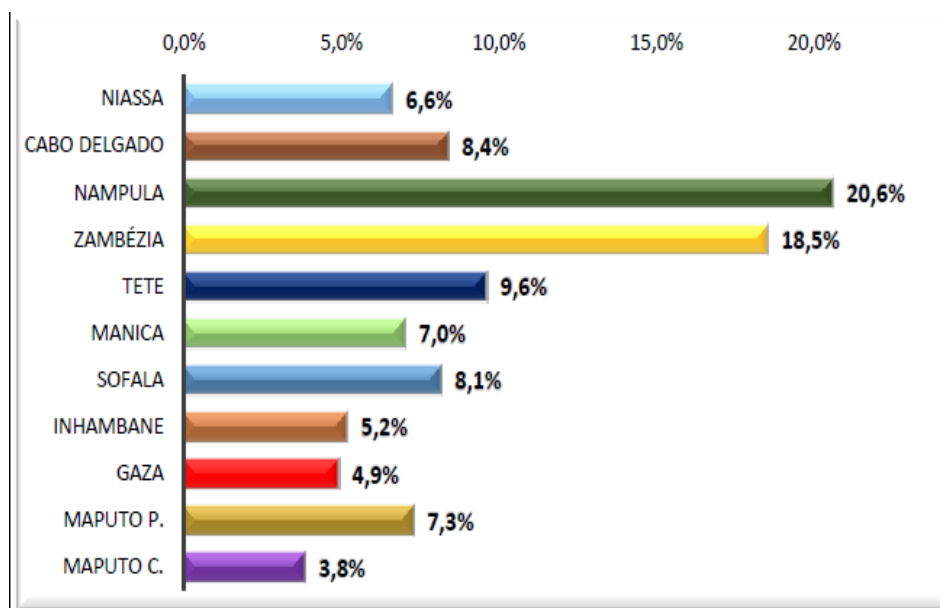
Gráfico 7. População Moçambicana por grupos de idade em 2019



Fonte: Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde em 2019. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico?start=10> (8)

As províncias mais populosas são: Nampula (20,6%), Zambézia (18,5%), e Tete (9,6%), que representam no conjunto o 50% da população do país, como se pode observar no seguinte gráfico.

Gráfico 8. Distribuição percentual da população de Moçambique por províncias, 2019



Fonte: Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde em 2019. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico?start=10> (8)

Nesta base, na tabela seguinte são apresentados os principais indicadores de saúde de Moçambique, baseados na informação contida em dois documentos: “Relatório de Desenvolvimento Humano” do PNUD do ano 2020 (3) e “Estadísticas Sanitarias Mundiales” da OMS do ano 2020 (9).

Tabela 4. Principais Indicadores de Saúde. Moçambique. 2020

INDICADOR	VALOR
Globais de Desenvolvimento	
IDH	0,456
Coeficiente de Gini	54,0
Percentagem da população rural que têm acesso a eletricidade	8%
Percentagem de pessoas que vivem abaixo do limiar da pobreza	62,9%
Esperança de vida	Geral: 60,9 anos Homens: 57,8 anos Mulheres: 63,7 anos
Fecundidade/Fertilidade/ Natalidade	
Taxa total de fertilidade (nascidos vivos/ mulheres idade fértil)	5,08
Taxa de fecundidade de adolescentes (por 1000 mulheres de 15 a 19 anos)	14,4
Mortalidade	
Taxa Bruta de Mortalidade (1000 habitantes)	11,4 (2018 est.)
Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos)	289
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (por 1000 nascidos vivos)	73

Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos)	28
Morbilidade	
Percentagem de desnutrição de crianças menores de 5 anos	26,2
Novas infecções por HIV (por 1000 população não infectada)	5,25
Incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes)	551
Incidência de malária (por 1000 habitantes em risco)	305,4
Percentagem da prevalência de atraso do crescimento entre crianças menores de 5 anos	43,3
Percentagem da prevalência de anemia entre mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos)	51,0
Número de casos de poliomielite causados por poliovírus selvagem	0
Coberturas de serviços	
Proporção de partos atendidos por pessoal sanitário qualificado	73
Proporção de mulheres em idade reprodutiva cujas necessidades de planeamento familiar são atendidas com métodos modernos (2,9
CSU: Índice de cobertura de serviços	46
Percentagem da população com despesas de saúde > 25% das despesas ou receitas totais da família	0,4
Cobertura de imunização contra difteria, tétano e coqueluche (DTP3) entre crianças de 1 ano de idade (%)	80
Cobertura de imunização com a segunda dose da vacina contra sarampo (MCV2) na idade recomendada no país (%)	59
Proporção de centros de saúde que possuem um conjunto básico de medicamentos essenciais a preços acessíveis de forma sustentável	S/D
Recursos Humanos do sector da saúde	
Densidade de médicos (por 10.000 habitantes)	0,8
Densidade de profissionais de enfermagem e obstetria (por 10.000 habitantes)	6,8
Densidade de dentistas (por 10.000 habitantes)	0,1
Densidade de farmacêuticos (por 10.000 habitantes)	0,1
Gastos públicos com saúde nos países (GPS-P) como uma percentagem dos gastos públicos (GP) z (%)	4,7

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do “Relatório de Desenvolvimento Humano” do PNUD do ano 2020 e “Estadísticas Sanitarias Mundiales” da OMS do ano 2020

Além dos anteriores indicadores, a OMS utiliza outros indicadores para medir o nível de saúde da população de um país, entre eles: a) Proporção de mulheres e meninas de 15 a 49 anos que sofreram violência física ou sexual por parte do seu actual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses (%); b) Proporção da população que usa serviços de abastecimento de água potável com gestão segura (%); c) Proporção da população que usa serviços de saneamento com gestão segura (%). S/D; d) Proporção da população que usa sabão e água para lavar as mãos (%), sobre os quais não existe informação.

Segundo dados de diferentes fontes, entre elas o Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INE) do ano 2012, a Organização Mundial da Saúde, do ano 2016, e o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) do ano 2019, as doenças transmissíveis ocupam o primeiro lugar entre as 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%)**, como diferenças importantes entre as áreas urbanas e rurais. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, em 2012 a malária foi a principal causa de morte nas zonas rurais, entanto que o VIH / SIDA foi a principal causa de morte nas zonas urbanas. Além disso, a desnutrição crónica permanece como outra condição de saúde comum, embora que também mais frequente nalgumas áreas urbanas.

3. 3. Alguns eixos de desigualdades em saúde

Dos diferentes níveis de desigualdades apenas será analisado o grande eixo das desigualdades no acesso aos serviços e cuidados de saúde, transversalizada pelos eixos estratégicos de território e género, que como será apresentado a UT seguinte, são determinantes estruturais da saúde.

Para compreender o eixo das desigualdades em saúde são seguidamente analisados vários elementos do Sistema de Saúde, que sistematiza o Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e

- **O rácio de camas de maternidade é um indicador da capacidade de serviços de maternidade.**

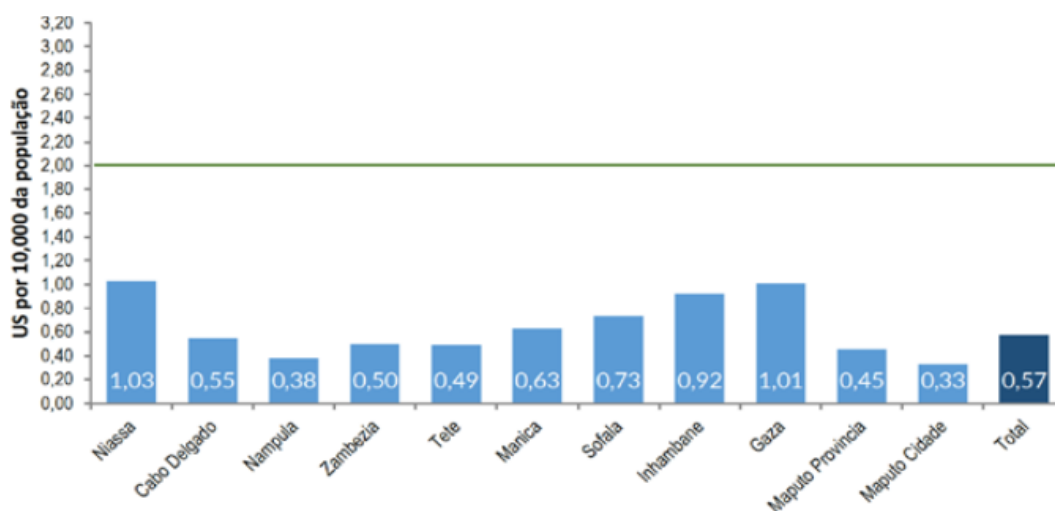
Para cada um dos indicadores de infra-estruturas de saúde, o rácio é calculado como o número de infra-estruturas identificadas, dividido pela população de interesse na área de saúde em causa.

Os valores de referência para cada um dos indicadores de infra-estruturas de saúde foram definidos com base nas normas da OMS e do MISAU.

- **Para o rácio de US**, o valor de referência é 2 US por 10.000 habitantes;
- **Para o rácio de camas de internamento**, o valor de referência é de 25 camas por 10.000 habitantes; a média global é de 27 camas por 10.000 habitantes, podendo ser considerado um intervalo de referência de 18 e 39 camas de internamento por 10.000 habitantes; para o SARA-plus 2018, foi considerada uma referência de 25 camas de internamento por 10.000 habitantes;
- **Para o rácio de camas de maternidade**, o valor de referência é de 10 camas de maternidade por 1.000 mulheres grávidas. (Facility, Of and Availability, 2015)

Quanto ao rácio médio nacional de infra-estruturas: é de menos de 1 US por 10.000 habitantes. As províncias de Niassa e Gaza têm o maior rácio de US por habitantes, com 1 US para cada 10.000 habitantes. A Cidade de Maputo apresenta o rácio mais baixo. A interpretação deste indicador deve ser feita à luz de outros indicadores de acesso.

Gráfico 9. Número de US por 10.000 habitantes (valor de referência = 2), Moçambique 2018



Fonte: Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Inventário Nacional de infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e serviços de Saúde, realizado em 2018 (SARA-plus 2018). Moçambique. 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional> (10)

O rácio médio nacional de camas de internamento é de 5 por 10.000 habitantes. O rácio é mais alto na Cidade de Maputo com 23 camas por 10.000 habitantes e mais baixo em Tete, com 2 camas por 10.000 habitantes.

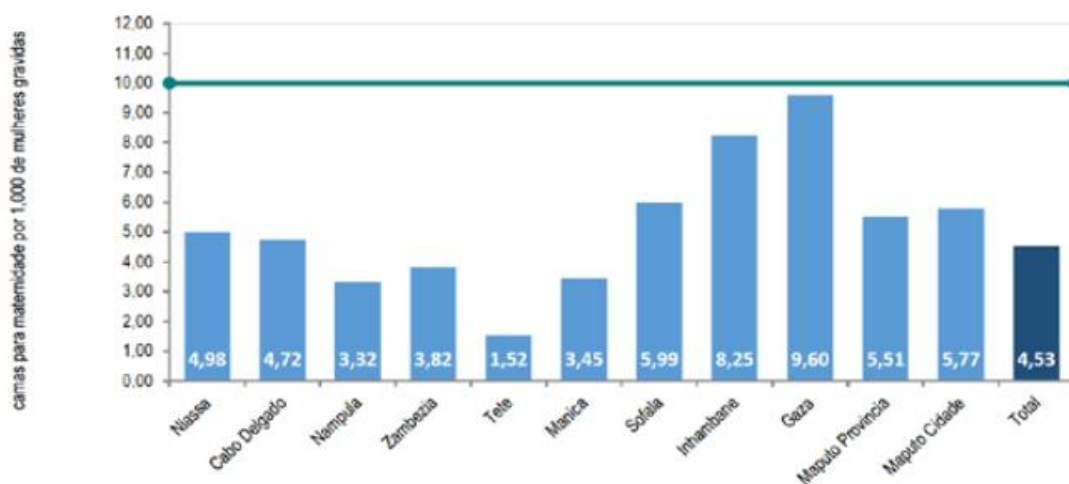
Gráfico 10. Número de camas de internamento por 10.000 habitantes (Valor de referência = 25), Moçambique 2018



Fonte: Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e serviços de Saúde, realizado em 2018 (SARA-plus 2018). Moçambique. 2018. Disponível em: [https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional\(10\)](https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional(10))

O rácio de camas de maternidade em Moçambique é de 5 camas por 1.000 mulheres grávidas. O rácio de camas de maternidade foi relativamente maior na província de Gaza, com cerca de 10 camas por 1.000 mulheres grávidas e mais baixa na província de Tete, com cerca de 2 camas por 1.000 mulheres grávidas.

Gráfico 11. Rácio de camas de maternidade por 1.000 mulheres grávidas (Valor de referência = 10), Moçambique 2018

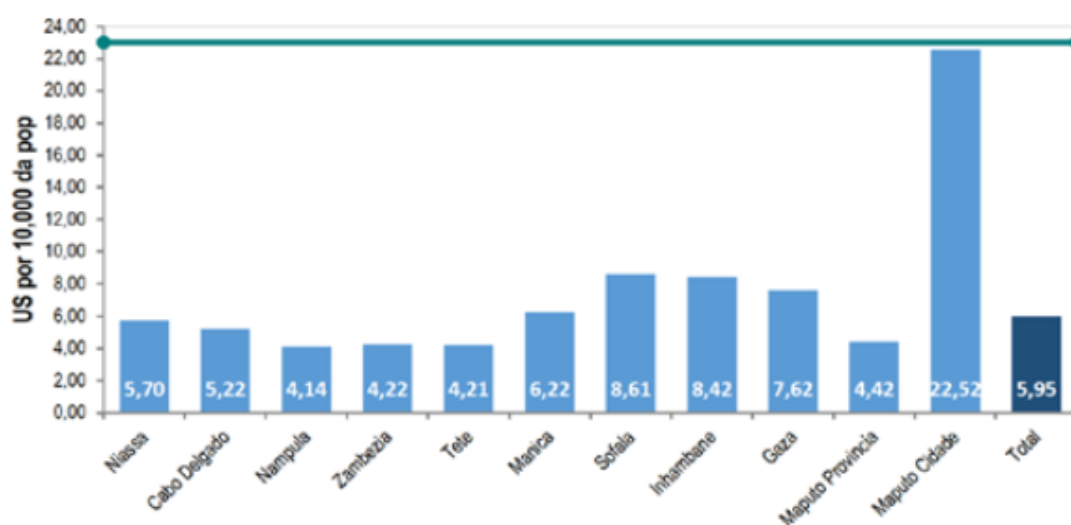


Fonte: Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e serviços de Saúde, realizado em 2018 (SARA-plus 2018). Moçambique. 2018. Disponível em: [https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional\(10\)](https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional(10))

Quanto aos trabalhadores de saúde: Para a avaliação da disponibilidade de trabalhadores de saúde utilizou-se como indicador o rácio de trabalhadores da área específica da saúde por 10.000 habitantes. Este rácio baseia-se na disponibilidade das seguintes categorias: médicos generalistas, médicos especialistas (anestesiata, obstetra e pediatra), clínicos não médicos, pessoal de enfermagem e profissionais da área de obstetrícia (enfermeiras de SMI e parteiras). Considerou-se o valor de referência para o indicador de trabalhadores de saúde com base nas categorias consideradas de 23 por 10.000 habitantes.

O rácio médio nacional da força de trabalho é de 6 trabalhadores da área específica de saúde por 10.000 habitantes. A Cidade de Maputo registou o rácio mais elevado e mais próximo ao valor de referência, comparativamente com as outras províncias.

Gráfico 12. Rácio da força de trabalho em saúde por 10.000 habitantes (Valor de referência = 23), Moçambique 2018



Fonte:

Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e serviços de Saúde, realizado em 2018 (SARA-plus 2018). Moçambique. 2018. Disponível em: [https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional\(10\)](https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional(10))

A categoria profissional de enfermeiras de saúde materno-infantil é a mais disponível nas US (87%), e a menos disponível é a de técnicos de ortoprotesia (1%). As US de nível primário têm uma percentagem menor de médicos e outros especialistas de saúde comparativamente a outros níveis de atenção.

Quanto ao Índice de utilização de serviços: Os indicadores de utilização de serviços são analisados em duas dimensões, nomeadamente, **serviços de consultas externas (ambulatório) e serviços de internamento**. A utilização de consultas externas é dada pelo número de consultas externas por habitante/ano, e fornece informações sobre a disponibilidade e acesso. A utilização do serviço de internamento é medida como o número de altas hospitalares por número de habitantes por ano e indica, por aproximação, a disponibilidade e acesso a serviços de internamento.

No país o rácio é de 1,51 consultas externas por habitante/ano. Todas as províncias estão muito abaixo do valor de referência de consultas externas (5 por habitante/ano).

O rácio das altas hospitalares foi de 2,38 por 100 habitantes/ano. Com a excepção da Cidade de Maputo, as restantes províncias apresentam o rácio de altas hospitalares (10 altas hospitalares por 100 habitantes por ano), muito abaixo do valor de referência.

Quanto ao índice de disponibilidade global de serviços, infra-estruturas e recursos humanos: O índice de disponibilidade do serviço é calculado usando e agregando seis indicadores de disponibilidade do serviço por população de interesse: rácio de US, rácio de camas de internamento, rácio de camas de maternidade, rácio da força de trabalho da saúde, utilização de serviço de consultas externas e utilização do serviço de internamento. **O índice de disponibilidade de serviços é a média não ponderada das três dimensões: infra-estruturas, força de trabalho de saúde e utilização dos serviços,** sendo representada em pontuação percentual.

- O índice de disponibilidade global dos serviços de saúde é de 28%;
- O índice de infra-estruturas de saúde é de 31%;
- O índice da força de trabalho de saúde é de 26% e o índice de utilização de serviços é de 27%.

Todos os índices estão abaixo dos valores de referência

3.3.3. Prontidão global de serviços ⁴

A prontidão refere-se à capacidade das US em prover serviços de saúde, considerando a combinação de dimensões básicas necessárias para a provisão do serviço em causa. A prontidão é aferida com base na disponibilidade de infra-estruturas básicas, equipamento básico, testes de laboratório e medicamentos.

Tabela 5. Informações relativas à medição da prontidão global de serviços.

Nível de Medição	Elementos da análise
Condições básicas de funcionamento	Energia, fonte de água melhorada, sala com privacidade, saneamento adequado, equipamentos de comunicação, acesso a computador e transporte de emergência.
Equipamento básico:	Aparelho de medição de pressão arterial, estetoscópio, balança para adultos, balança para criança, termómetro, fonte de luz de observação clínica,ambu e máscara para recém-nascidos.
Prevenção e controlo de infecção	Equipamento de esterilização, descarte seguro de materiais perfurocortantes, descarte seguro de lixo infeccioso, caixa incineradora, seringas descartáveis, desinfetante do ambiente, sabão ou desinfetante para as mãos, luvas de látex, máscaras, batas, protecção para os olhos e normas de controlo de infecções.
Capacidade diagnóstica:	Teste rápido de HIV, teste de hemoglobina, teste rápido ou microscopia de malária, microscopia de TB, teste de glicemia, teste rápido da sífilis, microscopia geral, teste de gravidez na urina, testes por fita para urina, recolha de sangue seco em papel de filtro (DBS), bioquímica da função hepática e renal.
Medicamentos básicos:	Medicamentos sentinela (bloqueador de canal de cálcio ou alternativo, amoxicilina, ampicilina, ceftriaxona, fluoxetina, gentamicina, ibuprofeno, metformina, sais de reidratação oral, paracetamol, salbutamol, sulfato de zinco). Os indicadores e as suas definições são detalhados nas secções descritivas de disponibilidade e prontidão específicas por serviços de saúde

Fonte: Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e serviços de Saúde, realizado em 2018 (SARA-plus 2018). Moçambique. 2018. Disponível em: [https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional\(10\)](https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional(10))

⁴ Se as e os formandos estão interessados em aprofundar nesta informação podem aceder em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-02/SARA_2018_Invet%C3%A1rio_Nacional.pdf

3. 4. A integração de diferentes dimensões de desigualdade: As desigualdades na saúde sexual e reprodutiva e na saúde das crianças.

3.4.1. As desigualdades na saúde sexual e reprodutiva

Um caso particular das desigualdades em saúde são as relativas à saúde sexual e reprodutiva, que como outras desigualdades estão fortemente relacionadas com a desigualdade económica e regional.

Segundo informações contidas no Relatório Mundos Distantes, referenciado na secção dedicada a analisar algumas desigualdades sociais em Moçambique (24), na maioria dos países o acesso à assistência à saúde sexual e reprodutiva é geralmente menor nos 20% dos domicílios mais pobres, e mais alto nos 20% mais ricos, o que se constata também em Moçambique, marcada pelos mesmos eixos de desigualdade acima analisados (educação, pobreza, regionais, género, etc.). As desigualdades regionais descritas anteriormente no que diz respeito à pobreza, ao acesso à educação e ao género, interagem claramente com o acesso à saúde, incluindo a saúde reprodutiva. O acesso e a utilização de qualquer forma de contraceção são comparativamente baixos, embora o inquérito mais recente (IMASIDA, 2015) revele melhorias, em termos de rendimento e zona do país, no acesso e utilização de métodos modernos de controlo de natalidade.

Gráfico 13. Uso de métodos modernos de contraceção (%), Moçambique - 2015

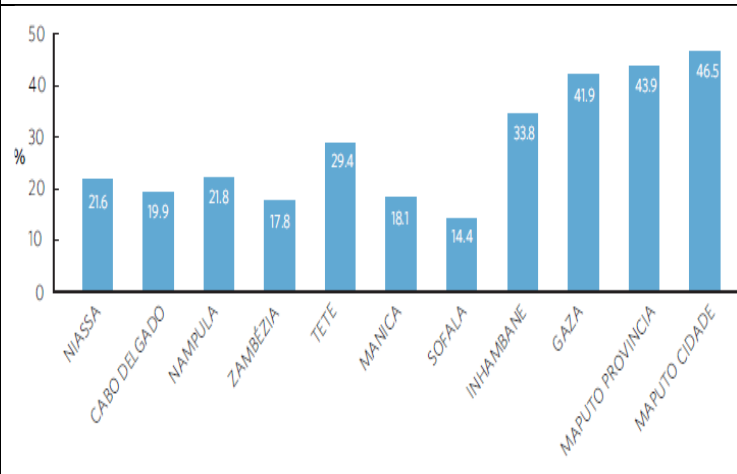
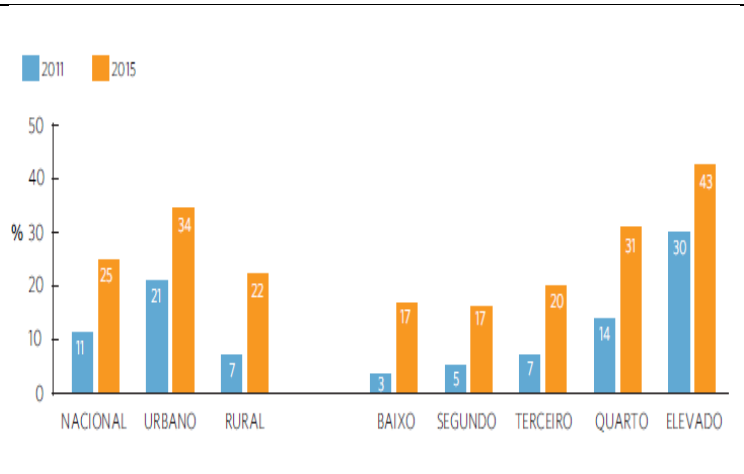


Gráfico 14. Uso de métodos modernos de contraceção (%) por local de residência e quintil de riqueza. Moçambique, 2011 - 2015



Fonte: Mundos Distantes. Saúde Reprodutiva e Direitos numa Era de Desigualdade Suplemento Nacional do Estado da População Mundial, 2017. FNUAP https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/submissions/SECTION%20VI%20-%20ANNEX%20Ib_ITEM%206%20SWOP%20Supplement.pdf (11)

Quando os dados são desagregados por idade, grupos de renda, nível educativo e outros eixos, as diferenças são muito reveladoras, tendo-se observado o seguinte:

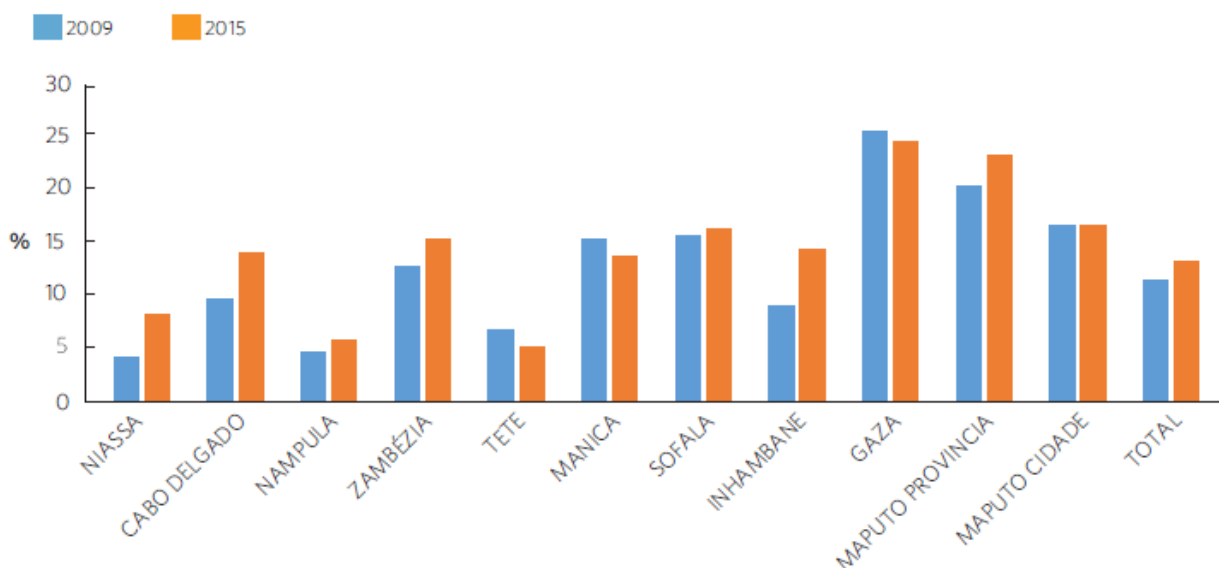
- Uma utilização comparativamente mais baixa por parte dos grupos etários mais jovens. Em particular, a faixa etária 15-19 anos tem uma utilização de apenas 14,1%, bem abaixo da taxa nacional geral de 25,3%, e consideravelmente inferior à taxa de utilização entre os grupos etários mais velhos.

- A prevalência de contraceptivos entre os mais ricos (quartil 5) foi de 43%, bem acima da média nacional, sendo de apenas 16,7% entre os mais pobres (quartil 1).
- Observa-se uma situação semelhante em relação ao aproveitamento escolar, embora se deva lembrar que existe uma correlação muito estreita com a distribuição da renda. A prevalência de contraceptivos entre os que frequentaram o ensino secundário foi de 39,4%, enquanto entre os que não têm qualquer grau de escolaridade era de 20,2%. A variabilidade entre as províncias aponta para a necessidade contínua de alargar e melhorar tais serviços nas províncias mais deficitárias, embora seja importante registar que até em Maputo Cidade o nível de necessidades não atendidas era de 17,3%.

Quanto ao Impacto do HIV/SIDA, a taxa de infecção continua elevada, com uma estimativa nacional de 13% em 2015 (IMASIDA, 2015).

Como se pode observar no seguinte gráfico, a pandemia possui uma forte dimensão regional. De maneira geral, a pandemia está concentrada nas províncias do Sul e do Centro e predominantemente nas zonas urbanas.

Gráfico 15. Prevalência de HIV na população de 15-49 anos. Moçambique 2009 - 2015



Fonte: Mundos Distantes. Saúde Reprodutiva e Direitos numa Era de Desigualdade Suplemento Nacional do Estado da População Mundial, 2017. FNUAP https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/submissions/SECTION%20VI%20-%20ANNEX%20b_ITEM%206%20SWOP%20Supplement.pdf (11)

Existe igualmente um gradiente claro nas taxas de infecção por idade, sendo que a faixa etária mais jovem (15-19) apresenta a taxa de infecção mais baixa de 4,3%. Este número aumenta sucessivamente pelos intervalos etários, atingindo o seu pico de 21,2% no grupo etário 35-39 ano, antes de reduzir lentamente e apresentar uma taxa de infecção de 12% nos da faixa etária de 50-59 anos.

O HIV/SIDA tem uma importante dimensão de género na África Subsaariana, pois as mulheres apresentam taxas de infecção significativamente mais elevadas, vários pontos percentuais mais elevados que os homens. As taxas de infecção dos jovens reflectem o mesmo padrão, embora felizmente em níveis de infecção muito mais baixos. A taxa de infecção das mulheres jovens em 2015 foi de 6,5%, enquanto para os homens jovens era de 1,5%.

Na faixa etária mais seriamente infectada, 35-39 anos, as taxas de infecção foram de 23,4 para mulheres e 17,5 para homens. As diferenças nas taxas de infecção para homens e mulheres reflectem uma dimensão de género, em parte devida a uma construção cultural, mas também é, em parte, à função do fracasso da educação em informar adequadamente os jovens sobre os riscos e as consequências das relações sexuais não protegidas.

Observou-se, finalmente, que existem grandes diferenças em termos de renda, com 43,6% das raparigas no quintil 5 com um conhecimento abrangente (e 43,5% dos rapazes), enquanto apenas 18,8% das raparigas no quintil 1 tinham um conhecimento semelhante (no caso dos rapazes, o número era de 19,8%). A diferença de conhecimento é ainda maior quando se compara os que frequentaram o ensino secundário ou superior, com 44% das raparigas e 41,7% dos rapazes com conhecimento abrangente em comparação com apenas 17,7 e 13,9%, respectivamente, para os que não possuem qualquer nível de escolaridade.

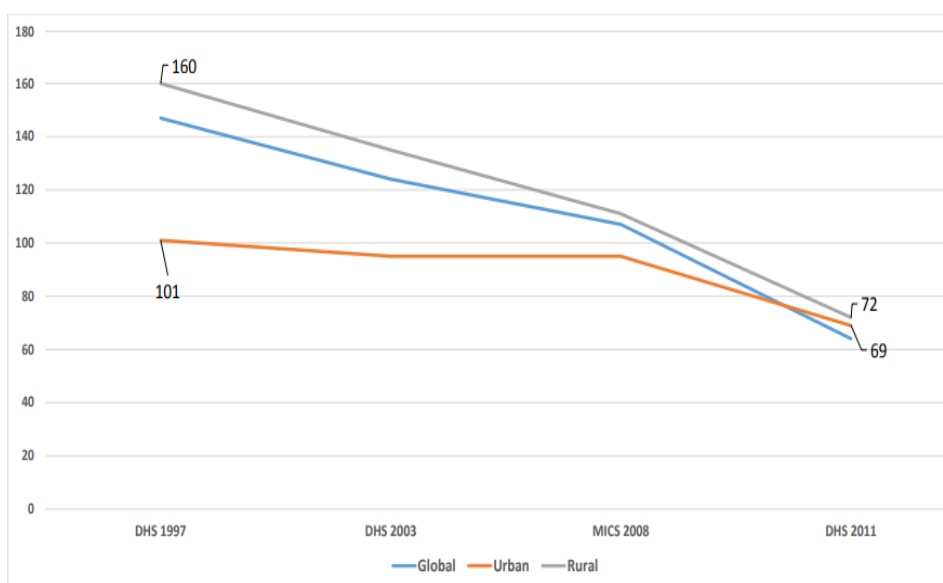
3.4.2. As desigualdades na saúde das crianças.

Um caso particular das desigualdades em saúde são as relativas à saúde das crianças, fortemente relacionadas com as outras desigualdades, entre elas as da saúde sexual e reprodutiva e de género.

Na UT anterior foram analisadas algumas das dimensões das desigualdades das crianças moçambicanas, principalmente associadas à pobreza multidimensional, que influenciam a sua condição de saúde e a sua mortalidade e morbilidade.

Segundo informações de diversas fontes: MISAU, UNICEF, OMS do ano 2020, apesar de que Moçambique, melhorou nas últimas décadas os principais indicadores de saúde indicadores de saúde das crianças, entre eles a mortalidade, como se pode observar no seguinte gráfico, a taxa de mortalidade continua a ser muito elevada: a) em menores de 5 anos é de 73 em cada 1.000 nados vivos; b) a mortalidade neonatal por 1000 nascidos vivos é de 28.

Gráfico 16. Tendências da mortalidade infantil em Moçambique, 1997 – 2011 (por mil nascimentos vivos)

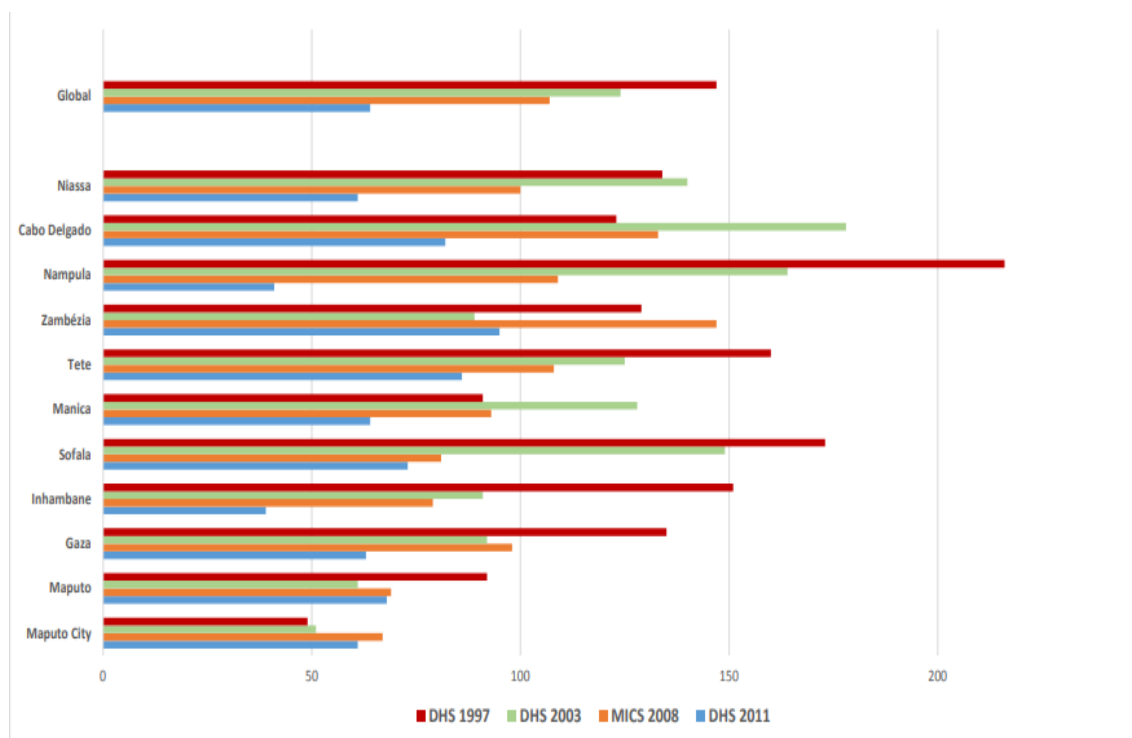


Baseado em dados do IDS 1997, 2003 & 2011 e MICS 2008

Fonte: Chavane, L; Gonçalves, C. Desigualdades em Saúde Materna e Infantil em Moçambique Uma Perspectiva Histórica. Conferencia Universidade Eduardo Mondlane. //07/2019. Disponível em: 12-
<https://igmozambique.wider.unu.edu/pt/evento/s%C3%A9rie-de-semin%C3%A1rios-desigualdades-na-sa%C3%BAde-materna-e-infantil-em-mo%C3%A7ambique>

Mas, a mesma, como outras dimensões da morbidade e mortalidade, distribui-se de maneira desigual entre as distintas províncias, como se pode observar no seguinte gráfico.

Gráfico 17. Tendência da Mortalidade Infantil por Província em Moçambique, 1997 – 2011

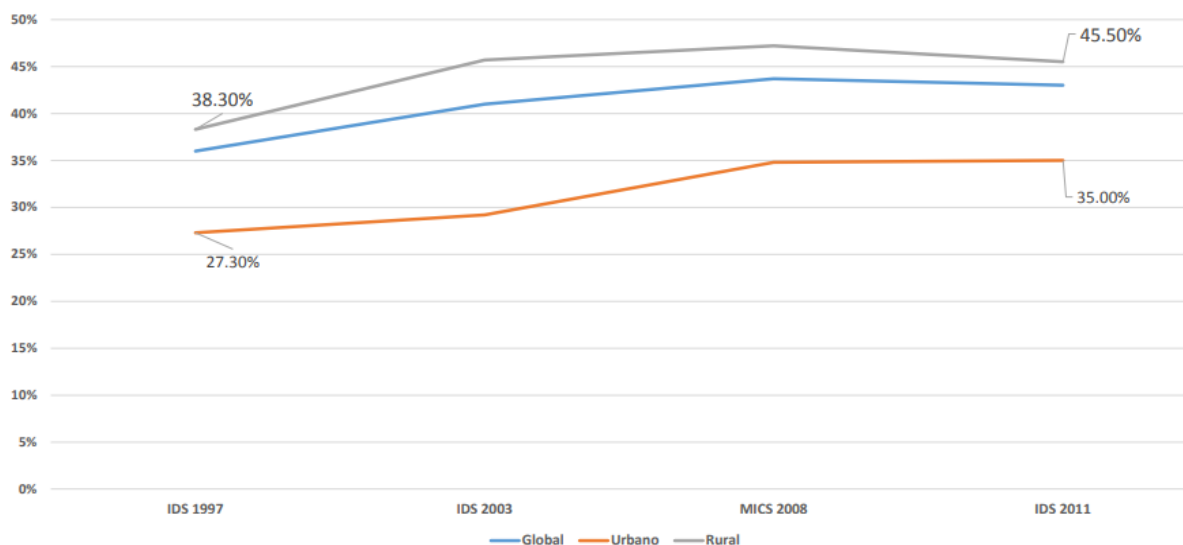


Baseado em dados do IDS de 1997, 2003 & 2011 e MICS 2008

Fonte: Chavane, L; Gonçalves, C. Desigualdades em Saúde Materna e Infantil em Moçambique Uma Perspectiva Histórica. Conferencia Universidade Eduardo Mondlane. //07/2019. Disponível em: 12-
<https://igmozambique.wider.unu.edu/pt/evento/s%C3%A9rie-de-semin%C3%A1rios-desigualdades-na-sa%C3%BAde-materna-e-infantil-em-mo%C3%A7ambique>

A desnutrição é uma causa subjacente principal da mortalidade infantil, cuja tendência, como se pode observar no seguinte gráfico, lamentavelmente está, ou a aumentar, ou não apresenta melhorias significativas, apresentando diferenças importante entre as áreas urbanas e rurais.

Gráfico 18. Tendências da desnutrição crónica crianças menores de 5 anos, por área de residência, Moçambique, 1997 – 2011 (Porcentagem)

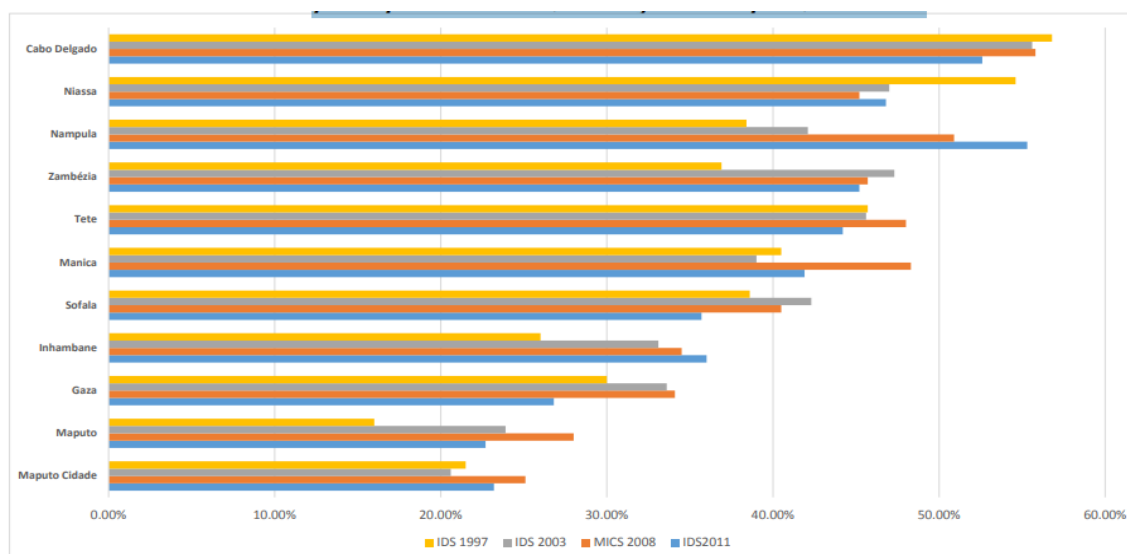


Baseado em dados do IDS de 1997, 2003 & 2011 e MICS 2008

Fonte: Chavane, L; Gonçalves, C. Desigualdades em Saúde Materna e Infantil em Moçambique Uma Perspectiva Histórica. Conferencia Universidade Eduardo Mondlane. //07/2019. Disponível em: 12- <https://igmozambique.wider.unu.edu/pt/evento/s%C3%A9rie-de-semin%C3%A1rios-desigualdades-na-sa%C3%BAde-materna-e-infantil-em-mo%C3%A7ambique>

A percentagem de desnutrição de crianças menores de 5 anos é de 26,2%. Cerca de 43% das crianças menores de cinco anos sofrem de atraso do crescimento. Dois terços das crianças entre os 6-59 meses de idade têm uma deficiência de vitamina A, uma condição que as torna mais susceptíveis a doenças infecciosas. Menos de 50% das crianças têm uma amamentação exclusiva nos primeiros seis meses. Estes dados distribuem-se de forma desigual entre as províncias

Gráfico 19. Tendências da desnutrição crónica em crianças menores de cinco anos por província, Moçambique, 1997 – 2011



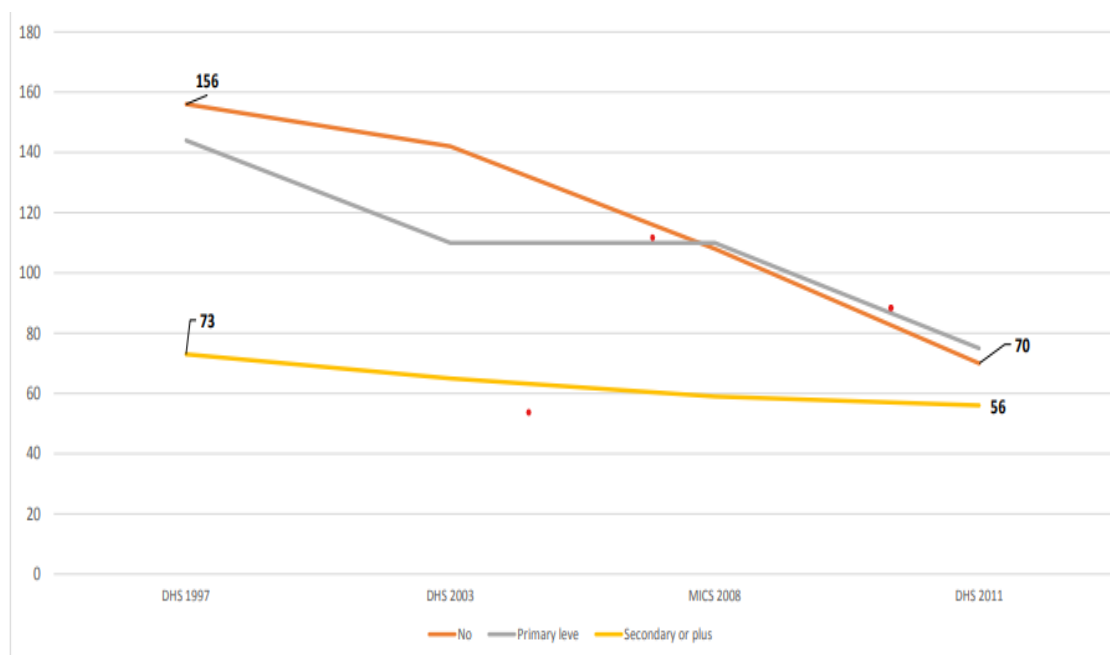
Baseado em dados do IDS de 1997, 2003 & 2011 e MICS 2008

25

Fonte: Chavane, L; Gonçalves, C. Desigualdades em Saúde Materna e Infantil em Moçambique Uma Perspectiva Histórica. Conferencia Universidade Eduardo Mondlane. //07/2019. Disponível em: 12- <https://igmozambique.wider.unu.edu/pt/evento/s%C3%A9rie-de-semin%C3%A1rios-desigualdades-na-sa%C3%BAde-materna-e-infantil-em-mo%C3%A7ambique>

Por outra parte, a probabilidade de uma criança sobreviver a uma doença está relacionada com o nível de educação da mãe. Por exemplo, 97 por cento das crianças cujas mães têm educação secundária ou superior recebem terapia de reidratação oral, um meio eficaz de tratar a desidratação resultante da diarreia, em comparação com 65 por cento das crianças cujas mães não foram à escola.

Gráfico 20. Tendências da desnutrição crónica por nível de escolaridade da mãe, 1997 – 2011 (Porcentagem)



Baseado em dados do IDS 1997, 2003 & 2011, MICS 2008, IMASIDA 2015

Fonte: Chavane, L; Gonçalves, C. Desigualdades em Saúde Materna e Infantil em Moçambique Uma Perspectiva Histórica. Conferencia Universidade Eduardo Mondlane. //07/2019. Disponível em: 12- <https://igmozambique.wider.unu.edu/pt/evento/s%C3%A9rie-de-semin%C3%A1rios-desigualdades-na-sa%C3%BAde-materna-e-infantil-em-mo%C3%A7ambique>

A diarreia, estreitamente ligada à desnutrição, é outra das causas principais da mortalidade infantil, resultado do fraco acesso da população à água e saneamento seguro e adequado.

Quanto a outros problemas de saúde, segundo o Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde em 2019 relatório de 2019 (8).

- ✓ **A tuberculose:** do total de casos notificados de tuberculose no ano 2019 (93. 379), 12 853 (14%) são de crianças. A Tuberculose também se distribui de forma desigual entre as províncias do país. Do total de casos reportados, Maputo cidade reporta 9% (594) enquanto em Niassa foi de 22% (857).
- ✓ A taxa de **baixo peso a nascença** (nados vivos com menos de 2500 gramas): A nível nacional foi de 27% (30.362 crianças). Gaza apresenta a taxa menor (14%, 867 crianças) face a Maputo Cidade que tem a taxa mais elevada (2.083 crianças e 5,7%).
- ✓ Em relação ao **mau crescimento:** ao nível do país é de 3,3%, distribuindo-se de forma desigual entre províncias. A cidade de Maputo apresenta a taxa mais baixa (0,3%) e a província de Manica a mais elevada (2,5%).

- ✓ A taxa de cobertura de crianças com **suplemento de Vitamina A de rotina** entre 6-50 meses: a nível nacional foi de 60%, com diferenças entre 44% da Cidade de Maputo e 74% na província de Cabo Delgado.
- ✓ A taxa de cobertura **de desparasitação de rotina** foi de 89%. Maputo cidade tem a taxa mais baixa (46%) frente a Niassa que tem a mais elevada (165%).
- ✓ Quanto às coberturas de crianças **completamente vacinadas**: A nível nacional foi de 106,8% (1.016.526 crianças vacinadas). Cabo Delgado apresenta a menor taxa com (81%), frente a Inhambane que tem uma taxa de 149%.
- ✓ A cobertura **das consultas de crianças de 0-4 anos ao nível nacional** foi de 52%, (5.424.129 crianças), com uma redução de 16% em relação ao 2018. Manica apresentou uma cobertura de 104%, frente a 22% em Sofala.
- ✓ Estima-se, que em 2019 quase 200. 000 crianças viviam com HIV/SIDA, destas 95.080 recebiam tratamento com antirretrovirais (ARVT) (66%), tendo aumentado em quase 15% desde ao ano anterior. A mesma está distribuída de forma desigual entre as províncias. Niassa apresenta a taxa mais baixa (36%), frente a Maputo cidade com taxas de 198%.

3.5. As desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento (7)

Com o objectivo de fornecer evidências científicas sólidas sobre o acesso ao sistema de saúde em Moçambique e as desigualdades presentes nesse acesso, foi realizado em 2018 um estudo transversal observacional, com o apoio da Medicus Mundi (MM) ⁵, a partir de informações extraídas do Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF) de Moçambique 2014/15, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INEM).⁶

O estudo centrou-se na análise de cinco variáveis: **necessidades de saúde, uso de cuidados de saúde, razão de não utilizar os serviços de saúde, expectativa não satisfeita, pagamentos directos**, que são apresentados na seguinte tabela.

⁵ A Medicus Mundi é uma Organização Não Governamental Espanhola, presente em Moçambique desde 1994, virada para área de saúde, com foco no direito à saúde, os determinantes sociais de saúde (DSS) e os Cuidados de Saúde Primários (CSP): <https://www.medicusmundimozambique.org/pt>

⁶ 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%).

Tabela 6. 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

Fonte: Llop, A, Gironés, F, y outros. Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. *Medicus Mundi* 2018. Disponível em: <https://medicmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

3.5.1. Factores condicionantes da necessidade de saúde percebida

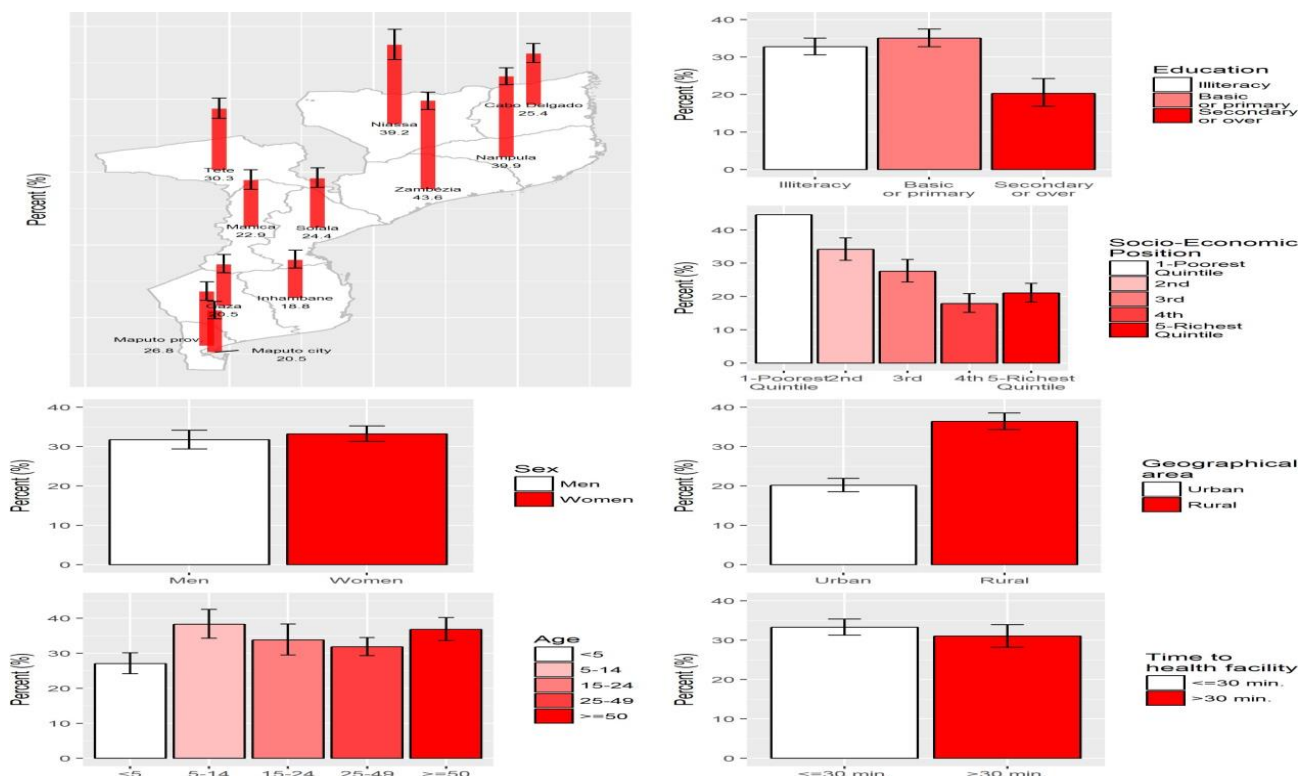
Um total de 6495 indivíduos da amostra de $n = 58.118$ reportou uma necessidade de saúde percebida (12,04%, corrigida pelo desenho da amostra), definida como responder 'sim' à pergunta se a pessoa estava doente ou sofreu uma lesão nas duas últimas semanas.

Atendendo 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 Inhambane (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 que para os 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 sócio-económicos mais ricos, enquanto não houve diferenças significativas em relação a variável tempo necessário para chegar até à unidade de saúde, como se pode observar nos seguintes gráficos.

Gráfico 21. Distribuição da necessidade de saúde percebida segundo os eixos provinciais e de desigualdades sociais

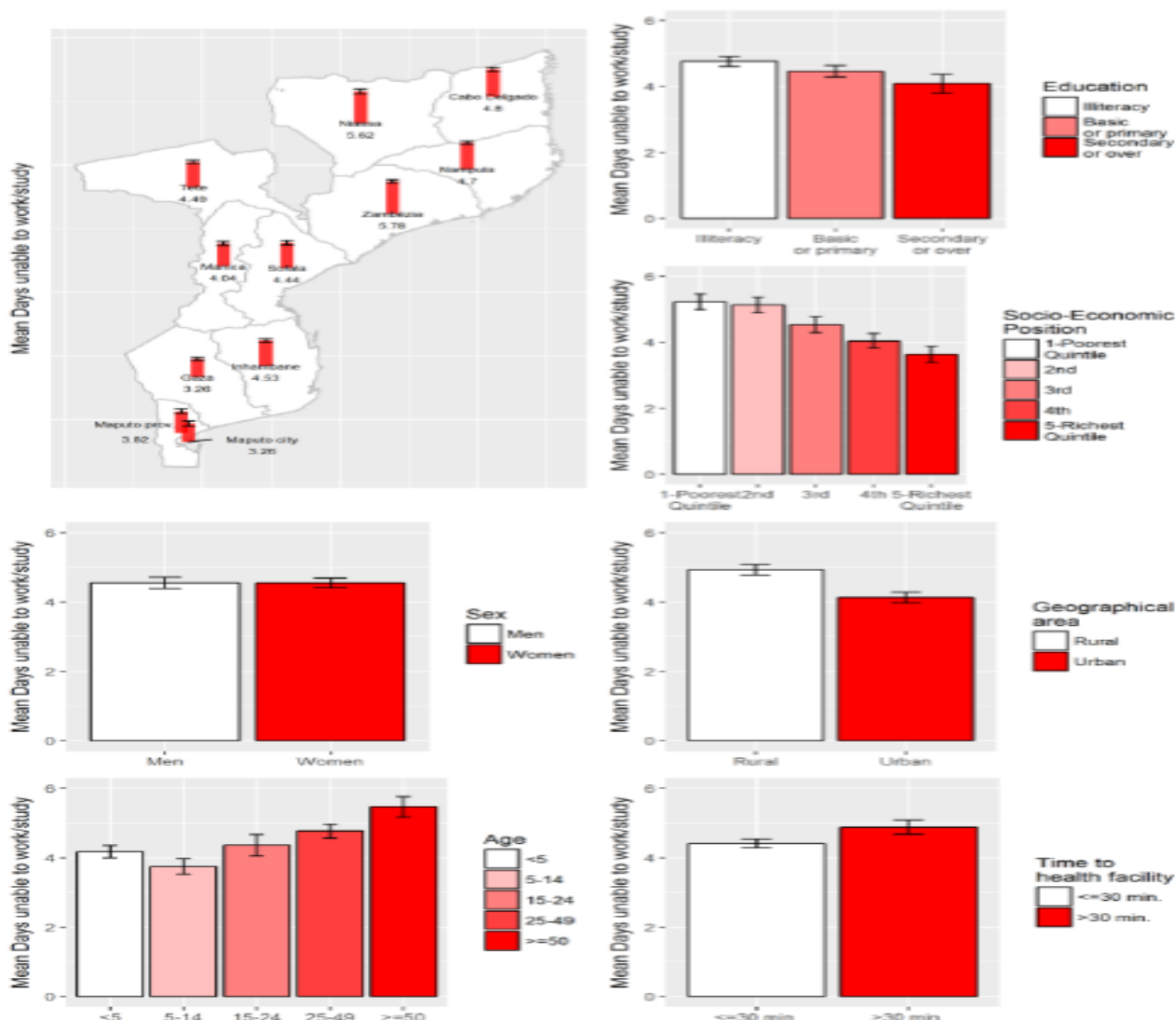


Fonte: Llop, A, Gironés, F, y outros. Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. Medicus Mundi 2018. Disponível em: <https://medicusmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

Quanto à 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, 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 sócio-económico, 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, como se pode observar nos seguintes gráficos.

Gráfico 22. Dias médios de saúde impossibilitados de trabalhar / estudar segundo os eixos provinciais e de desigualdades sociais.



Fonte: Llop, A, Gironés, F, y outros. Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. *Medicus Mundi* 2018. Disponível em: <https://medicumundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

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). Pode-se 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.

3.5.2. Acesso aos serviços profissionais de saúde

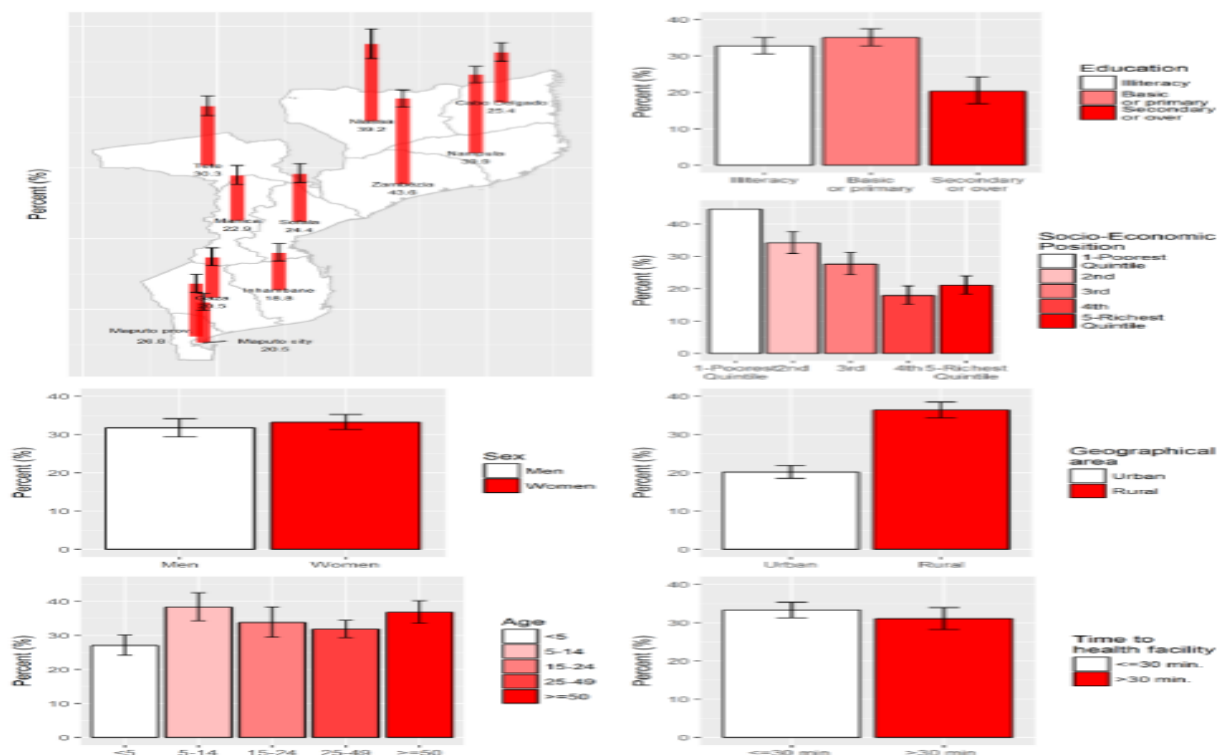
Dos 6.495 indivíduos que se referiram à necessidade de saúde, 1.785 (32,6%), NÃO consultaram algum agente de saúde, instituição de saúde ou médico tradicional, enquanto os restantes 4.711 (67,4%) declararam utilizar algum tipo de serviço profissional de saúde.

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, encontraram-se 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. Inhambane 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 sócio-económicos mais instruídos e os mais altos tendem significativamente a usar mais ajuda profissional quando sentem 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, geralmente pelas mães, quando estão doentes.

Curiosamente, o tempo para chegar à unidade sanitária não desempenha um factor significativo para decidir usar ou não os serviços de saúde, como se pode observar nos seguintes gráficos.

Gráfico 23. Prevalência de indivíduos que NÃO utilizaram assistência profissional, sobre a população declarando necessidade de saúde, segundo os eixos províncias e de desigualdades sociais.



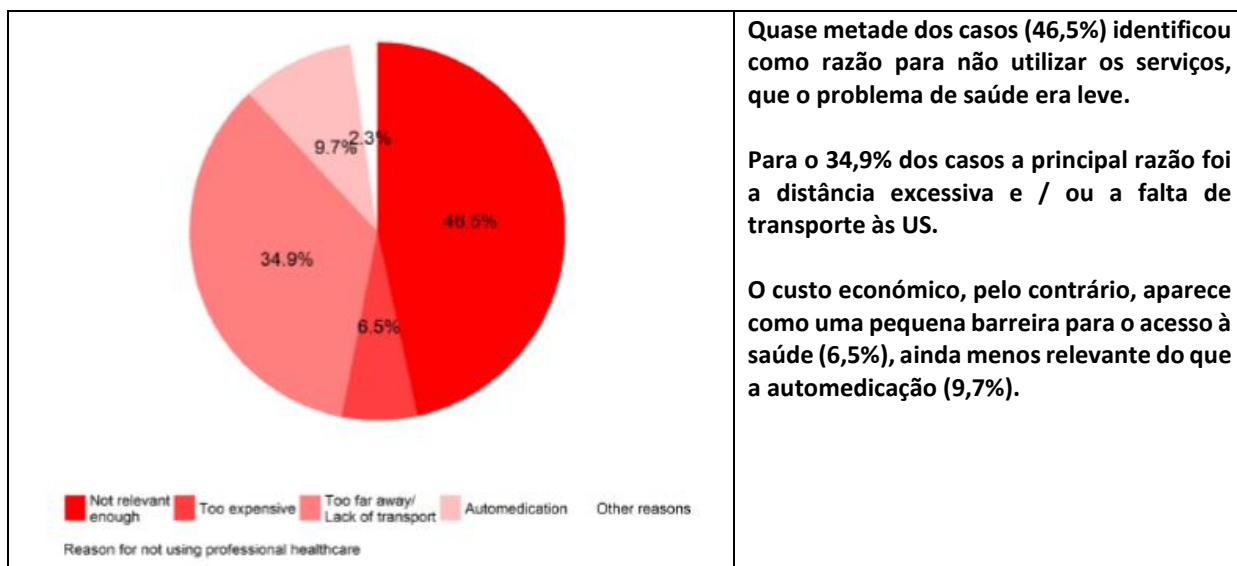
Fonte: Llop, A, Gironés, F, y outros. _Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. Medicus Mundi 2018. Disponível em: <https://medicusmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

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

3.5.3. Razões da não utilização dos cuidados de saúde profissionais

Embora as razões de não utilizar os serviços sejam uma questão de múltipla escolha, neste estudo as razões foram agrupadas em cinco tipologias: a) o problema de saúde é avaliado como não suficientemente relevante, b) a procura dos serviços de saúde é muito dispendiosa (nalguns 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.

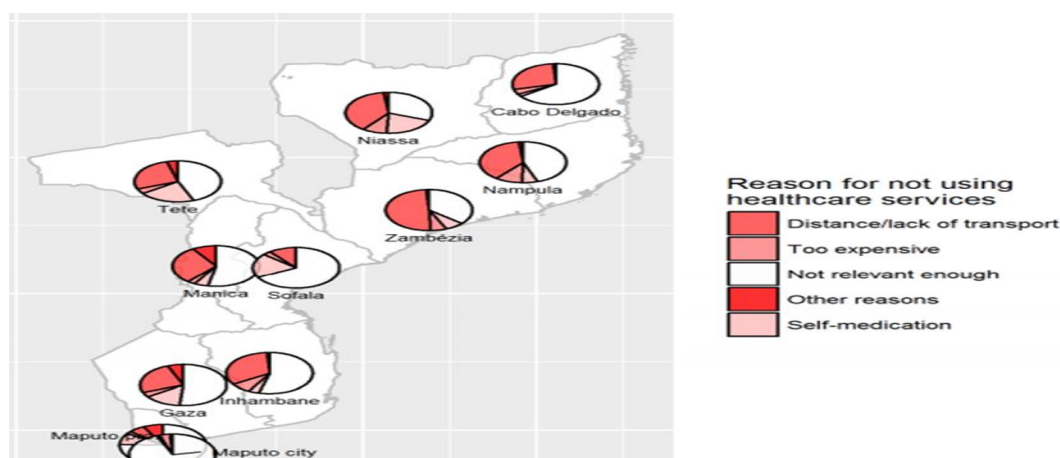
Gráfico 24. Razões para não usar cuidados de saúde profissionais



Fonte: Llop, A, Gironés, F, y outros. Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. Medicus Mundi 2018. Disponível em: <https://medicusmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

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, como se pode observar no seguinte mapa.

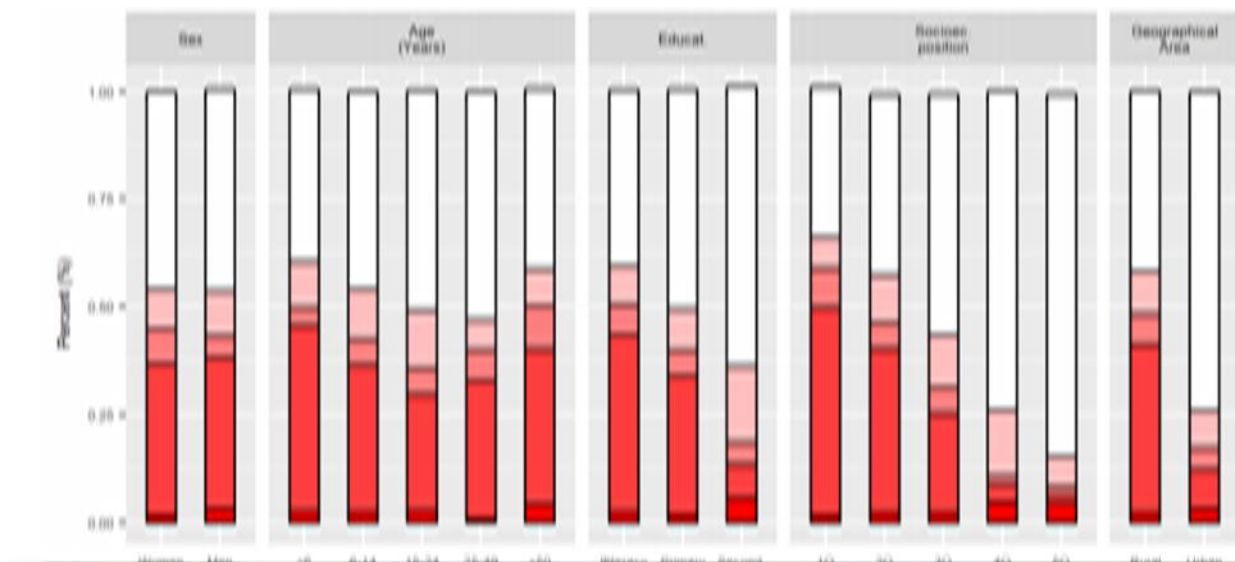
Mapa 2. Razões de não utilização dos cuidados de saúde profissionais por província



Fonte: Llop, A, Gironés, F, y outros. Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. Medicus Mundi 2018. Disponível em: <https://medicusmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

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 é considerado o nível educacional.

Gráfico 25. Razões para não utilização da assistência médica profissional, segundo os eixos de desigualdades sociais.



Fonte: Llop, A, Gironés, F, y outros. Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. Medicus Mundi 2018. Disponível em: <https://medicumundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

3.5.4. 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). Para obter esta informação foi sugerida aos inquiridos uma lista de possíveis problemas, num questionário de múltipla escolha, que incluía: 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 foram os problemas mais relevantes, citados por cerca de 30,6% e 23,9% dos que compareceram nos serviços de saúde. O tratamento mal-sucedido é o terceiro elemento descrito, citado por 9,2% dos usuários.

3.5.5. Pagamentos directos reportados

O pagamento por serviços de saúde está generalizado em Moçambique, independentemente do tipo de provedor. No sector público, 87,3% dos utentes dos serviços de saúde nos últimos 30 dias declararam ter pagado 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 meticais (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). 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.

EM RESUMO

- Um em cada três moçambicanos que percebem necessidades de saúde não utilizou os serviços de saúde.

- As pessoas que vivem nas províncias do Norte, no ambiente rural, dos quintis sócio- económicos menos instruídos e os mais pobres, têm pior acesso à saúde do que os seus congéneres do Sul, urbanos, mais instruídos e mais ricos.

-O grupo de população mais desfavorecida tem simultaneamente maior prevalência de necessidades de saúde e problemas de saúde mais graves.

-Sendo a gravidade da doença igual, o grupo de população mais desfavorecida enfrenta maiores barreiras no acesso aos cuidados de saúde, em particular a distância e / ou a falta de transporte para chegar às US.

- Problemas de qualidade, longos períodos de espera e falta de medicamentos são altamente prevalentes nos serviços públicos de saúde do país.

-O Sistema Nacional de Saúde é, sem dúvida, o principal provedor de serviços de saúde no país. No entanto, em termos relativos, os grupos de população mais ricos, os mais instruídos e os que vivem em áreas urbanas tendem a usar mais provedores privados, enquanto as populações mais desfavorecidas, menos instruídas e os que vivem em áreas rurais tendem a usar mais os serviços da medicina tradicional.

- O pagamento ilícito de serviços públicos de saúde pública ainda se verifica em muitas unidades sanitárias de Moçambique, e os mais desfavorecidos são também os mais propensos a pagar pelo acesso a cuidados de saúde nas suas visitas aos provedores públicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Amartya K. Sen. Desarrollo y libertad. Editorial Planeta. Barcelona.2000
- 2.- Mount, F, (2008): "Five Types of Inequality". Informing debate. The social evils series, Joseph Rowntree Foundation. Reino Unido. 2008. Disponível em: https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/2289_0.pdf
- 3.- PNUD. Informe de Desarrollo Humano. 2020. INEQUALITY IN A RAPIDLY CHANGING WORLD. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_spanish.pdf, ou em: <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/01/World-Social-Report-2020-FullReport.pdf>
- 4.- Segura del Pozo, Javier. Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010). Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Bogotá. 2013. Disponível em: https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales_final.pdf
- 5.-OPS. Indicadores de salud. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14405:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations&Itemid=0&lang=es
- 6.- OMS. Las diez principales causas de muerte em el mundo em 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- 7.- Llop, A, Gironés, F, Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. Medicus Mundi 2018. Disponível em: <https://medicusmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>
- 8.- Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde em 2019. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico?start=10>
- 9.-OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 10.- Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e serviços de Saúde, realizado em 2018 (SARA-plus 2018). Moçambique. 2018. Disponível em: [Moçambique https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional](https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional)
- 11.- Mundos Distantes. Saúde Reprodutiva e Direitos numa Era de Desigualdade Suplemento Nacional do Estado da População Mundial, 2017. FNUAP https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/submissions/SECTION%20VI%20-%20ANNEX%20Ib_ITEM%206%20SWOP%20Supplement.pdf
- 12.- Chavane, L; Gonçalves, C. Desigualdades em Saúde Materna e Infantil em Moçambique Uma Perspectiva Histórica. Conferencia Universidade Eduardo Mondlane. //07/2019. Disponível em: <https://igmozambique.wider.unu.edu/pt/evento/s%C3%A9rie-de-semin%C3%A1rios-desigualdades-nacionais-materna-e-infantil-em-mozambique>