



Curso de Cuidados de Saúde Primários



<p>UNIDADE TEMÁTICA 3: A situação de saúde, a Cobertura Universal de Saúde (CUS) e os Cuidados de Saúde Primários (CSP) ao Nível da Região Africana e em Moçambique</p>	
<p>SIGLAS E ACRÓNIMOS</p>	
<p>INTRODUÇÃO</p>	
<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. - Reflectir, com perspectiva crítica, sobre a relação existente entre as desigualdades em saúde e o Desenvolvimento Humano. - Descrever e analisar a situação de saúde mundial em prol de atingir o Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar para todos em qualquer idade). - Reflectir, com perspectiva crítica, sobre a saúde na Região Africana da OMS no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar para todos em qualquer idade). - Descrever e analisar a situação de saúde e o Desenvolvimento Humano em Moçambique. - Compreender as diferentes dimensões da desigualdade em Moçambique. - Reflectir, com perspectiva crítica, sobre a relação existente entre a CUS e os CSP.
 <p>Palavra-chave</p>	<p>Palavras-chave</p> <p>Desigualdades e iniquidades em saúde. Indicadores de Saúde. Objectivo de Desenvolvimento 3. (Saúde e bem-estar). Cobertura Universal de Saúde (CUS). Cuidados de Saúde Primários (CSP).</p>
	<p>Situação de saúde e estratégias para abordar os problemas de saúde na Região Africana: Os CSP e a Cobertura Universal de Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diferentes estratégias para melhorar aos problemas de saúde em África. - Principais desigualdades em saúde e o Desenvolvimento Humano - A situação de saúde mundial em prol de atingir o Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar para todos em qualquer idade). - A saúde na Região Africana da OMS no contexto dos Objectivos de

		Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar para todos em qualquer idade).
	<i>Situação de saúde e estratégias para abordar os problemas de saúde em Moçambique.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A situação de saúde e o Desenvolvimento Humano em Moçambique. - A integração de diferentes dimensões de desigualdade: As desigualdades na saúde sexual e reprodutiva e na saúde das crianças. - As desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento.
Actividades	Situação de saúde e estratégias para abordar os problemas de saúde em Moçambique. ALGUMAS DESIGUALDADES EM SAÚDE.	
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

ARVT	Antirretrovirais
AVAI	Anos de vida ajustados por incapacitação
AVC	Acidente vascular-cerebral
BM	Banco Mundial
COVID19	Coronavírus 19
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DOT	Tratamento breve sob observação directa
DSS	Determinantes sociais da saúde
DNTS	Doenças não transmissíveis
DT	Doenças transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INEM	Instituto Nacional de Estatística de Moçambique
IOF	Inquérito de Orçamentos Familiares
MISAU	Ministério da Saúde
ODM	Objectivos do Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PDS	Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SARA	Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e Serviços de Saúde
SS	Sistemas de Saúde
TMMR	Taxa de mortalidade materna
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária

1. INTRODUÇÃO

A presente Unidade Temática: A situação de saúde, a Cobertura Universal de Saúde (CUS) e os Cuidados de Saúde Primários (CSP) ao Nível da Região Africana e em Moçambique, está organizada em dois subtemas: a) A situação de saúde e as estratégias para abordar os problemas de saúde na Região Africana; b) A situação de saúde e as estratégias para abordar os problemas de saúde em Moçambique.

Através da mesma pretende-se apresentar, por um lado as diferentes estratégias definidas na Região Africana da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde finais dos anos 80, com o objetivo de melhorar os problemas de saúde da população africana e implementar os CSP. Uma das primeiras propostas e mais relevantes propostas foi a Conferência Internacional sobre “Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio”, realizada em Ouagadougou, no ano 2008.

Desde que no ano 2015, as Nações Unidas definiram os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), como continuação aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), o Comité Regional para África da OMS, responsável pela monitorização das metas do ODS 3, organizou diferentes Conferências Regionais e desenhou estratégias com o fim de apoiar aos países a criarem sistemas de saúde reactivos e resilientes, para o qual elaborou o Quadro para o Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde com o objectivo de atingir a **Cobertura Universal de Saúde (CUS)**, no contexto dos **Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)** na Região Africana.

A seguir, será analisada a relação existente entre as desigualdades em saúde e o Desenvolvimento Humano, assim como a situação de saúde mundial em prol de atingir o Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar para todos em qualquer idade) na Região Africana, com ênfase na CUS e nos CSP na Região.

Finalmente, serão analisadas a situação de saúde e o Desenvolvimento Humano em Moçambique, com ênfase nas desigualdades de saúde, 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 2 e a 4, sublinhando que alguns conceitos introduzidos nesta unidade serão desenvolvidos e aprofundados na seguinte.

2.- DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS

A seguir são apresentados os conteúdos considerados chave de cada um dos sub-temas.

2.1. SITUAÇÃO DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS PARA ABORDAR OS PROBLEMAS DE SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA

2.1.1. Diferentes estratégias para melhorar aos problemas de saúde em África

Como foi descrito na UT anterior (UT 2, Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a Promoção da Saúde (PDS)) alguns dos Estados Membros da Região Africana da Organização Mundial da Saúde, entre eles Moçambique, tiveram um papel destacado na Conferência de Alma-Ata de 1978, na qual foi definida a estratégia dos CSP. Na mesma recomendou-se que cada Região e País organizaram a implementação da estratégia em função das suas capacidades sócio-políticas e económicas.

Assim sendo, desde finais dos anos 80, os países da Região foram implementando a estratégia e vários países recolheram diversas experiências sobre a implementação da mesma.

1. No ano 2006, o Comité Regional Africano da OMS, reunido em Addis Abeba, aprova o documento intitulado “*Revitalização dos serviços de saúde no contexto dos Cuidados de Saúde Primários na Região Africana*” (1)¹, considerado o primeiro Relatório sobre a Saúde na Região.

2. Também, em Junho de 2006, o Comité Regional Africano da OMS, concordou em realizar a Conferência Mundial sobre Investigação para a Saúde, que decorreu em Argel (República da Argélia), de 23 a 26 de Junho de 2008, subordinada ao tema “Reduzir o défice de conhecimentos para melhorar a saúde em África”, tendo os seguintes objectivos: a) Renovar o empenho para reforçar a produção de conhecimentos e reduzir este défice, de modo a melhorar o desenvolvimento e a equidade em saúde; b) Salientar abordagens inovadoras e casos de sucesso no desenvolvimento de capacidades em investigação, informação e gestão dos conhecimentos na Região Africana; c) Reforçar a utilização de dados factuais no processo de desenvolvimento de políticas e de tomada de decisões. Ao fim da mesma foi elaborada a Declaração de Argel (2).

3. Dois anos mais tarde (2008), e com o objectivo de reafirmar os princípios da Declaração de Alma-Ata, e o documento de Revitalização dos serviços de saúde na Região Africana, em particular a compreensão da saúde como um direito humano fundamental e a responsabilidade dos governos de zelar pela saúde das suas populações, no ano 2008 foi realizada a **Conferência Internacional sobre “Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio”**, realizada em Ouagadougou, capital de Burkina Faso, que coincidiu com o 30º- aniversário da Declaração de Alma Ata sobre os CSP e o 60º aniversário da OMS. (3)

¹ Para aprofundar na Declaração surgida da reunião do Comité recomenda-se se dirigir a: https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/AFR%20RC56%2012_po_0.pdf

Uma das primeiras recomendações aos Estados Membros, parceiros da saúde, organizações da sociedade civil e líderes das comunidades foi a necessidade de acelerar as medidas destinadas a melhorar a saúde. A Conferência, reafirmando igualmente a pertinência do **envolvimento, participação e reforço do poder das comunidades no desenvolvimento sanitário** para melhorar o seu bem-estar e, reconhecendo a importância de parcerias concertadas, em especial com a sociedade civil, o sector privado e os parceiros de desenvolvimento, para que os compromissos assumidos se traduzam em acções concretas, **exorta aos Estados a trabalhar em 8 áreas/estratégias de intervenção a seguir.**

Quadro 1. Áreas e estratégias de intervenção recomendadas na Declaração de Ouagadougou.

1. Actualizarem as suas estratégias e planos nacionais; intervenções de saúde prioritárias como ponto de entrada para a revitalização dos serviços de saúde, com base na abordagem dos CSP, incluindo os sistemas de referência;
2. Acelerarem o processo de descentralização;
3. Intersectorialidade;
4. Implementarem estratégias para melhor fazer face às necessidades de recursos humanos para a área da saúde, e com vista a um melhor planeamento, reforço da capacitação;
5. Dispositivos sustentáveis para melhorar a disponibilização, o custo e o acesso aos medicamentos essenciais, productos, consumíveis, tecnologias apropriadas e infraestruturas;
6. Sistemas de informação e vigilância e promoverem investigação operacional;
7. Formularem e implementarem políticas e estratégias de financiamento da saúde;
8. Promoverem a sensibilização das populações em matéria de saúde e, em especial, dos adolescentes e jovens.

4. Alguns anos mais tarde, no ano 2014, os ministros de saúde africanos, convocados pela União Africana e a OMS, reuniram-se em Luanda (Angola) e como fruto da Reunião foi elaborada a Declaração de Luanda sobre Cobertura Universal da Saúde em África (CUSA) (4). O resultado principal da Reunião Ministerial está articulado em seis compromissos: i. Cobertura Universal da Saúde; ii. Agência Africana de Medicamentos; iii. Doenças Não Transmissíveis em África; iv. Acabar com as Mortes Maternas e da Criança por causas evitáveis em África; v. Criação de um Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças; e vi. Mecanismos de prestação de contas para avaliar a implementação das declarações e dos compromissos.

5. Também no ano 2014, o Escritório Regional Africano da OMS, elaborou um segundo relatório, sobre a Saúde na Região Africana, intitulado “*A saúde das pessoas: o que funciona*” (5), no qual se apresentava uma análise compreensiva do estado de saúde das pessoas que viviam na Região, que partindo da base do relatório do ano 2006, era analisado o que aconteceu desde então, procurando conhecer o que funcionou e por quê.

Em conformidade com o conjunto de reformas dos CSP definidas pela OMS no ano 2008, no seu documento “Cuidados de Saúde Primários, agora mais que nunca”, analisadas na UT anterior (UT 2, Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a Promoção da Saúde (PDS)) (**da cobertura universal, na prestação de serviços, de políticas públicas e de liderança**) e as identificadas na Declaração de Ouagadougou, o Relatório conclui que as estratégias e as abordagens que funcionam para se alcançar uma melhor saúde na Região, são²:

- ☆ Boa governação na área da saúde.
- ☆ Saúde em todas as políticas.

² Para aprofundar no Relatório recomenda-se se dirigir a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178167/9789290340737.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- ☆ Tomada de decisões com base em dados.
- ☆ Encontrar e colmatar as lacunas: Uma melhor vigilância e um sistema laboratorial mais forte levaram à detecção precoce e a uma rápida resposta às ameaças de doenças.
- ☆ Pessoal devidamente remunerado.
- ☆ Aproveitar a capacidade tecnológica local.
- ☆ Qualidade em todas as coisas.
- ☆ Gestão da saúde com base no desempenho.
- ☆ Intervenções com base na comunidade.
- ☆ Expandir mais. Isto é, transpor a teoria comprovada por programas-piloto bem-sucedidos para práticas amplamente utilizadas.

6. No mesmo ano (2014), o Escritório Regional da OMS para África, elaborou o documento intitulado: “Uma Década de Acção da OMS na Região Africana Trabalhando juntos para alcançar os objectivos de saúde”, que tinha como objectivo apresentar as principais estratégias implementadas pela OMS em prol da saúde das populações africanas e a implementação dos CSP na Região. (6)

7. No ano 2017, o Escritório Regional da OMS para África, elaborou um documento estratégico intitulado “Não Deixar ninguém para trás: Reforço dos sistemas de saúde para alcançar a Cobertura Universal da Saúde (CUS) e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em África” (7).

Segundo este documento os temas emergentes para a saúde em África eram:

- ❖ Transições demográficas
- ❖ Transições epidemiológicas
- ❖ Transições sócio-culturais
- ❖ Transições sócio-económicas
- ❖ Ameaças à segurança sanitária
- ❖ Ameaças ambientais

Tudo o anterior evidencia que para os Estados Membros consideravam que era fundamental rever a abordagem do sistema de saúde na Região, aspecto que será analisado em outra secção posterior.

8. Junto às anteriores estratégias, também deve ser salientado que no ano 2005 foi criado o Observatório Africano da Força de Trabalho em Saúde, com a finalidade de apoiar os gestores e tomadores de decisões do sector da saúde no desenvolvimento e na disseminação de evidências sobre os recursos humanos em saúde, para à advocacia e ao planeamento a nível Regional e Nacional. O escritório Regional da OMS para a África (AFRO) em Brazzaville foi indicado para sediar o mesmo (8).

9. Assim mesmo, no ano 2012, o Comité Regional Africano da OMS cria o Observatório Africano da Saúde, com a finalidade de reforçar os sistemas de informação sanitária através dos observatórios nacionais da saúde. (9)

10. Nos últimos anos, o trabalho da OMS para apoiar os países a criarem sistemas de saúde reactivos e resilientes está focado na implementação do “Quadro para o desenvolvimento dos sistemas de saúde com vista à da cobertura universal de saúde, no contexto dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável na Região Africana”, adoptado pelos Estados-Membros na sexagésima sétima sessão do Comité Regional, em Agosto de 2017 (10). O quadro norteia os esforços dos Estados-Membros para o realinhamento dos seus sistemas de saúde com vista a acelerar os progressos para a CUS e a consecução das suas aspirações em matéria do desenvolvimento sustentável. Propõe medidas operacionais para ajudar os países a

determinarem e a fasearem prioridades ao fazerem a planificação, execução e acompanhamento das suas estratégias nacionais para a CUS³.

11. No ano 2018, o Escritório Regional para a África da OMS, elaborou o documento intitulado “O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir” (11), que será analisado posteriormente no ponto 1.4.

2.1.2. Principais desigualdades em saúde e o Desenvolvimento Humano

2.1.2.1. As desigualdades em saúde, uma expressão relevante das desigualdades sociais e a sua medida

As desigualdades em saúde são uma expressão relevante das desigualdades sociais. Segundo vários autores, (12), 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).

As principais medidas da desigualdade em saúde são: **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, tal como é apresentada na seguinte tabela.

Tabela 1. 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. 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.	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 	

³ No ano 2017 foi realizado o 1º Primeiro Fórum Africano da Saúde da OMS “Colocar as pessoas em primeiro lugar – proporcionar uma melhor saúde às populações de África

<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-12/Primerio%20F%C3%B3rum%20Africano%20da%20Sa%C3%BAde%20da%20OMS.pdf>

No ano 2019 foi realizado o 1º Fórum da Organização Mundial da Saúde sobre a Saúde em África: <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/rss-noticias/1192-cabo-verde-acolhe-o-ii-forum-da-organizacao-mundial-da-saude-sobre-a-saude-em-africa>

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 (12)

2.1.2.2. Os indicadores de saúde

Normalmente para medir a saúde da população são utilizados indicadores, mais o menos diferenciados como apresentado na anterior tabela.

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. (13)

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 numa determinada população, número médio de dias de escola, trabalho remunerado, 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 Região ou país.

Os principais indicadores de saúde que anualmente apresenta o Relatório de Desenvolvimento Humano do 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 (DPT Sarampo).
- Incidência de Malária e Tuberculose. Prevalência de HIV em adultos.
- Despesas correntes com saúde (% do PIB).

2.1.2.3. Estatísticas sanitárias mundiais diferenças na mortalidade a nível mundial

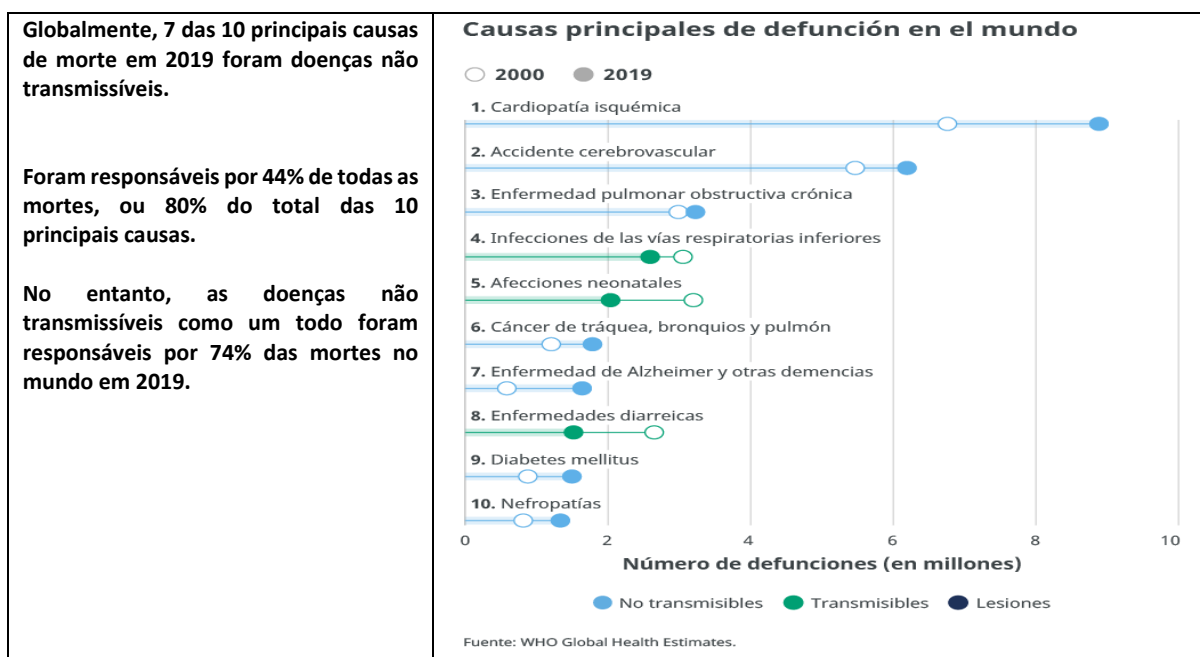
As diferenças nos indicadores de mortalidade são uma excelente medida das desigualdades/iniquidades em saúde entre regiões, países e ao interior dos países.

Segundo a OMS (14), 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 isquémica do coração, acidente vascular cerebral), **doenças respiratórias** (doença pulmonar obstrutiva crónica, 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: a) **doenças transmissíveis** (doenças infecciosas e parasitárias e doenças maternas, perinatais e nutricionais); b) **doenças não transmissíveis** (crónicas) e c) **lesões**.

Gráfico 1. Principais causas de mortalidade no mundo 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> (14)

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 2019.⁴

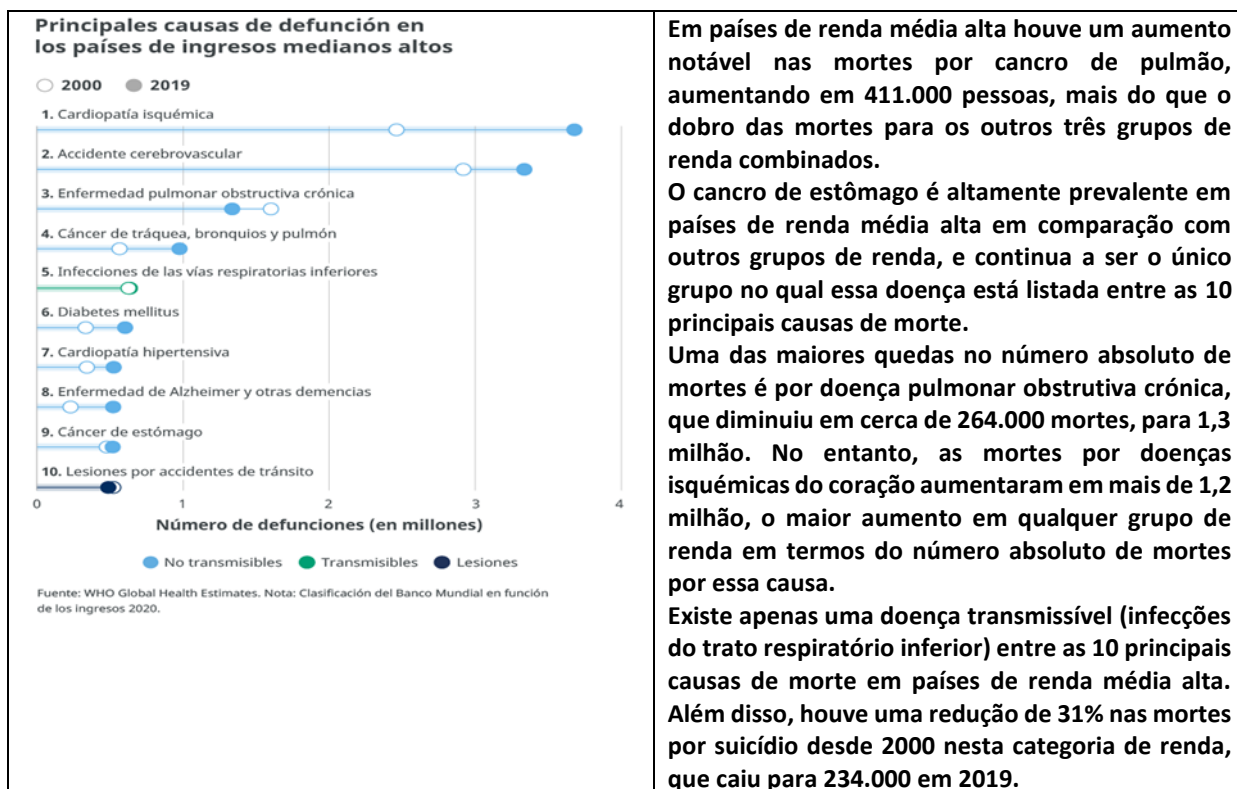
- **Principais causas de morte por grupo de renda.** O Banco Mundial (BM) classifica as economias mundiais em quatro grupos de renda, com base na renda nacional bruta do país: **baixa, média-baixa, média-alta e alta**⁵.
- **Principais causas de doenças em países de ingressos baixos:** As pessoas que 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.

⁴ Si os formados e as formadas estiveram interessados em aprofundar sobre a situação de saúde a nível mundial, recomenda-se a leitura do documento "Estatísticas Sanitárias Mundiais. OMS. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁵ Para o atual ano fiscal de 2021, as economias de baixa renda são definidas como aquelas com um PNB per capita, calculado usando o método Atlas do Banco Mundial (BM) de \$ 1.035 ou menos em 2019; economias de renda média baixa são aquelas com um PNB per capita entre \$ 1.036 e \$ 4.045; As economias de renda média alta são aquelas com um RNB per capita entre \$ 4.046 e \$ 12.535; economias de alta renda são aquelas com um RNB per capita de \$ 12.536 ou mais.. Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

Seguidamente são apresentadas as 10 principais causas de mortalidade identificadas pela OMS, em função dos níveis de renda definidos pelo BM.

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



Em países de renda média alta houve um aumento notável nas mortes por cancro de pulmão, aumentando em 411.000 pessoas, mais do que o dobro das mortes para os outros três grupos de renda combinados.

O cancro de estômago é altamente prevalente em países de renda média alta em comparação com outros grupos de renda, e continua a ser o único grupo no qual essa doença está listada entre as 10 principais causas de morte.

Uma das maiores quedas no número absoluto de mortes é por doença pulmonar obstrutiva crónica, que diminuiu em cerca de 264.000 mortes, para 1,3 milhão. No entanto, as mortes por doenças isquémicas do coração aumentaram em mais de 1,2 milhão, o maior aumento em qualquer grupo de renda em termos do número absoluto de mortes por essa causa.

Existe apenas uma doença transmissível (infecções do trato respiratório inferior) entre as 10 principais causas de morte em países de renda média alta. 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> (14)

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

-Em países de alta renda, as mortes, excepto em duas das dez principais doenças, estão a aumentar.

-A doença isquémica do coração e o acidente vascular cerebral são as únicas causas de morte entre as 10 principais causas cujos números totais diminuíram entre 2000 e 2019, em 16% (ou 327.000 mortes) e 21% (ou 205.000 mortes), respectivamente.

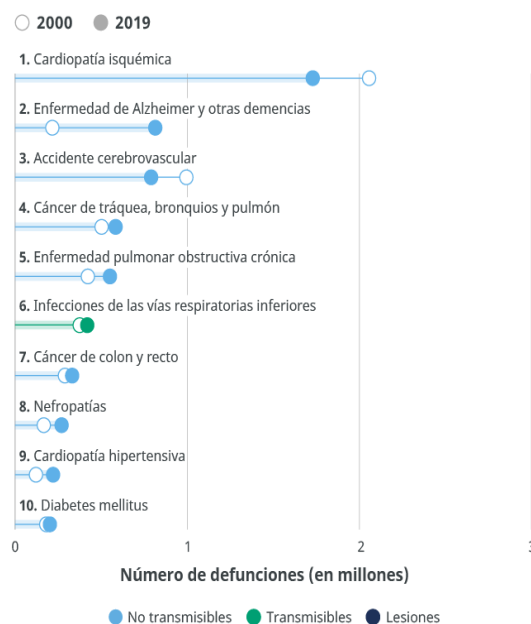
-No entanto, a doença isquémica do coração e o acidente vascular cerebral permaneceram entre as três principais causas de morte nesta categoria de renda, com um total combinado de mais de 2,5 milhões de mortes em 2019.

-Além disso, as mortes por doenças cardíacas estão a aumentar, principalmente por hipertensão arterial.

-Analisada como tendência global, esta doença passou de ser a 18ª causa de morte em 2000 a ser a nona causa de morte em 2019.

-As mortes devido à doença de Alzheimer e outras demências aumentaram, ultrapassando os acidentes vasculares cerebrais, para se tornar a segunda causa em países de alta renda, sendo responsável pela morte de 814.000 pessoas em 2019. E, da mesma forma que nos países de renda média alta, apenas uma doença transmissível, a infecção do trato respiratório inferior, aparece entre as 10 principais causas de morte.

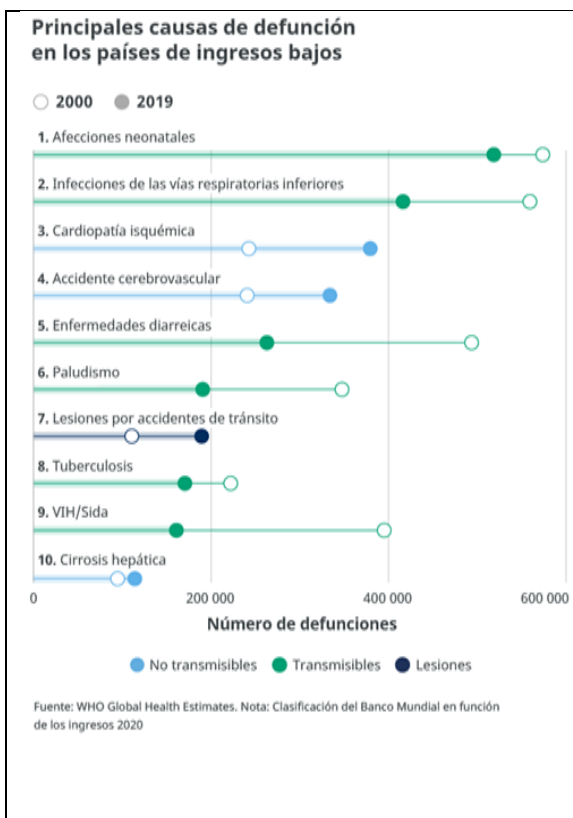
Principales causas de defunción en los países de ingresos altos



Fuente: WHO Global Health Estimates. Nota: Clasificación del Banco Mundial en función de los ingresos 2020.

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> (14)

Gráfico 4. 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 crônica 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> (14)

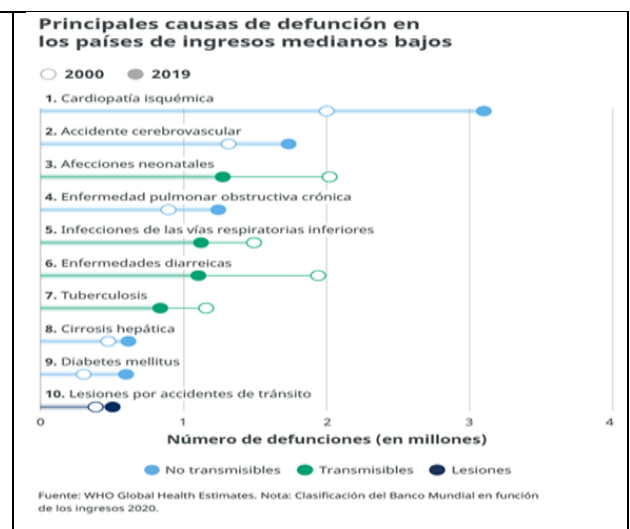
Os países de renda média baixa têm a maior diversidade de causas de morte: cinco doenças não transmissíveis, quatro transmissíveis e uma lesão. A diabetes é uma causa cada vez mais comum de morte neste grupo de renda: passou de ser a décima quinta causa de morte para a nona, e o número de mortes por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

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

O maior aumento no número absoluto de mortes deve-se às doenças isquémicas do coração, que passou de mais de um milhão a 3,1 milhões desde 2000.

As doenças diarreicas continuam a ser um grande problema, sendo a sexta causa de morte neste grupo de renda. No entanto, essa categoria de doenças representa a maior queda no número absoluto de mortes, de 1,9 milhão para 1,1 milhão entre 2000 e 2019.

O HIV / SIDA foi a causa que mais diminuiu entre as 10 principais causas de morte entre 2000 e 2019 neste grupo, passando do oitavo para o décimo quinto lugar.



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> (13)

Segundo o Banco Mundial (BM) (15) dos 54 países africanos, dos quais 47 integram a Região Africana da OMS⁶, 23 são considerados países de renda baixa, entre os 29 países considerados nesta categoria, entre eles Moçambique, 19 são considerados países de renda média-baixa, entre os 50 países considerados nesta categoria, 5 são considerados de renda média e dois de renda alta.

Mapa.1. Região Africana da Organização Mundial da Saúde



Fonte: Comitê Regional para África: Resolução: AFR/RC60/R1: Estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na região africana https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111889/AFR_RC60_R1_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁶ Grupo de Países da Região de África da OMS: Angola, Argélia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Eswatini, Etiópia, Gabón, Gâmbia, Ghana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Kenya, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Malí, Maurício, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzânia, Ruanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leoa, Sudáfrica, Sudán del Sur, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbábue.

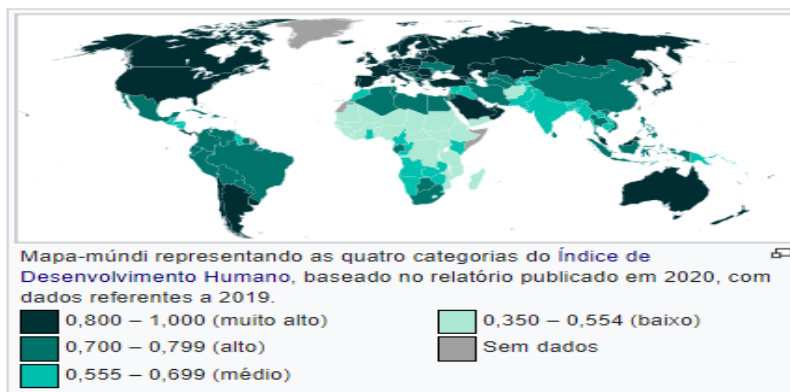
Tabela 2. Classificação dos países agrupados por rendimento, 2016

Países de rendimento elevado (1) PRE	Países de rendimento médio-elevado (7) PRME	Países de rendimento médio-baixo (13) PRMB	Países de rendimento baixo (26) PRB
Seychelles	África do Sul	Angola	Benim
	Argélia	Cabo Verde	Burkina Faso
	Botsuana	Camarões	Burundi
	Gabão	Congo	Chade
	Guiné Equatorial	Côte d'Ivoire	Comoras
	Maurícia	Eswatini	Eritreia
	Namíbia	Gana	Etiópia
		Lesoto	Gâmbia
		Mauritânia	Guiné
		Nigéria	Guiné-Bissau
		Quênia	Libéria
		São Tomé e Príncipe	Madagáscar
		Zâmbia	Malawi
			Mali
			Moçambique
			Niger
			República Centro Africana
			República Democrática do Congo
			República Unida da Tanzânia
			Ruanda
			Senegal
			Serra Leoa
			Sudão do Sul
			Togo
			Uganda
			Zimbabwe

Fonte: O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir ISBN 978-929034122-2 © Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

Por sua vez, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) classifica os países em função do seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁷ em: **Muito alto: IDH superior a 0,80** (66 países); **Alto: IDH entre 0,70 e 0,799**; (53 países); **Médio: IDH entre 0,55 e 0,699** (37 países); **Baixo: IDH inferior a 0,55** (33 países).

Mapa 2. Países segundo o IDH



Fonte: índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Wikipédia. Disponível em: https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_desarrollo_humano

⁷ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, que vem sendo usado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no seu relatório anual, é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano" e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita (como um indicador do padrão de vida) recolhidos em nível nacional. Cada ano, os países membros da ONU são classificados de acordo com essas medidas. O IDH também é usado por organizações locais ou empresas para medir o desenvolvimento de entidades subnacionais como estados, cidades, aldeias, etc. O sistema é muito criticado, entre outros motivos, por não ser indicativo de real progresso humano; de acordo com o índice, por exemplo, um país como a Arábia Saudita tem uma das melhores classificações.

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD (16) do ano 2020, o IDH médio da África Subsaariana no ano 2019 era de 0,513, 0,547. Níger é o país que ocupa a pior posição do Índice (189) com um IDH de 0,394.

1 país tem o IDH muito alto, 5 medio e o resto baixo.

Entre os 20 países com o IDH mais baixo do mundo, 18 são da Região Africana.

Moçambique ocupa a posição 181 com um IDH de 0,456.

2.1.3. A situação de saúde mundial em prol de atingir o Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar para todos em qualquer idade).

Nesta secção são analisados alguns dos principais 46 indicadores de saúde que a OMS utiliza para monitorar o nível do progresso do ODS 3 explicado na UT anterior (UT 2, Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a Promoção da Saúde (PDS), os quais são apresentados no documento "Estatísticas Sanitárias Mundiais" (17).

Segundo o Relatório do ano 2020 (17), estas são as principais conclusões sobre a situação dos resultados do ODS 3.

1. A população mundial não apenas vive mais, mas também vive com melhor saúde. A expectativa de vida e a expectativa de vida saudável (HLEV) aumentaram em mais de 8% em todo o mundo entre 2000 e 2016 e continuam a ser profundamente influenciadas pela renda. Embora as maiores melhorias em ambos os indicadores se devam principalmente ao progresso feito na redução da mortalidade infantil e no combate às doenças infecciosas, os países de renda baixa e média-baixa continuam a sofrer os piores resultados gerais de saúde e permanecem bem abaixo da média mundial.
2. As melhorias gerais na saúde seguem marcadas pelas desigualdades e reflectem a situação e o progresso rumo à cobertura universal de saúde (CUS). O acesso geral aos serviços essenciais de saúde melhorou entre 2000 e 2017, sendo que o maior aumento foi registado nos países de renda baixa e média-baixa. No entanto, nestes países a cobertura de serviços é ainda muito menor do que em países mais ricos, o que implica que o acesso geral aos serviços essenciais de saúde permanece bem abaixo dos níveis ideais. Em 2017, apenas entre um terço e metade da população mundial era capaz de receber serviços de saúde essenciais. Outro grande problema é o da incapacidade de pagar pelos cuidados de saúde.
3. Em comparação com o progresso feito na luta contra as doenças transmissíveis (DT), não houve progresso suficiente na prevenção e controle das doenças não transmissíveis (DNTs). Desde a definição dos ODM ocorreram processos de transição epidemiológica e mudanças demográficas muito rapidamente, que mudaram as taxas de mortalidade das doenças DNTs) particularmente nos países de renda baixa e média renda, nos quais os sistemas de saúde têm muitas dificuldades para realizar intervenções eficazes sobre as mesmas. Em 2016, as DNTs foram responsáveis por 71% das mortes globais e 85% dos 15 milhões de mortes prematuras (idades entre 30-70) ocorreram em países de baixa ou média renda.
4. Investir no fortalecimento dos sistemas de informação de saúde dos países para melhorar a prontidão dos dados pode ser a medida com maior impacto positivo, e é vital para os países monitorarem o progresso no sentido de alcançar os ODS. Estatísticas de saúde precisas,

oportunas e comparáveis são essenciais para compreender as tendências na saúde da população. Os tomadores de decisão precisam de informações para desenvolver políticas apropriadas, alocar recursos e priorizar intervenções. Em quase um quinto dos países, mais da metade dos indicadores carece de dados primários recentes ou dados de linha de base directos. As lacunas e desfasamento nos dados não permitem saber com certeza quem está a ser incluído ou excluído e tomar as medidas oportunas e adequadas. Os indicadores dos ODS existentes abordam uma ampla gama de questões de saúde, mas não captam a ampla diversidade de resultados de saúde e DSS da população. Assim, monitorar e avaliar a saúde da população envolve cobrir mais do que os indicadores incluídos neste relatório e, em muitos casos, requer a utilização de parâmetros complementares e aprimorados. A OMS está empenhada em apoiar os Estados-Membros na melhoria dos sistemas de informação e vigilância sanitária. Esses aprimoramentos aumentarão o escopo e a qualidade de tais informações e padronizarão os processos a fim de gerar estimativas globalmente comparáveis.

5. O ritmo actual de progresso é insuficiente e o COVID-19 aumenta o risco de que o mundo não consiga alcançar os ODS. A cobertura de prevenção e tratamento das principais doenças infecciosas e cuidados melhorou muito na saúde materna, neonatal e infantil, e, portanto, a incidência e mortalidade dessas condições não pararam de diminuir nas últimas duas décadas. No entanto, o ritmo actual de mudança é insuficiente para atingir as metas dos ODS até 2030.

Em cada um dos anteriores pontos, o Relatório insiste na incidência negativa que pode ter a pandémica pela infeção por coronavirus (COVID 19) no alcance das metas do ODS3, particularmente nos países de renda média baixa e baixa, entre eles nos países africanos.⁸

Dos anteriores indicadores apenas são apresentados de forma breve os relativos à esperança de vida, a mortalidade, directamente associada à anterior, e alguns elementos da mortalidade, principalmente a devida às doenças transmissíveis, as mais prevalentes entre os países de média e baixa renda, entre os que se encontram os países africanos.

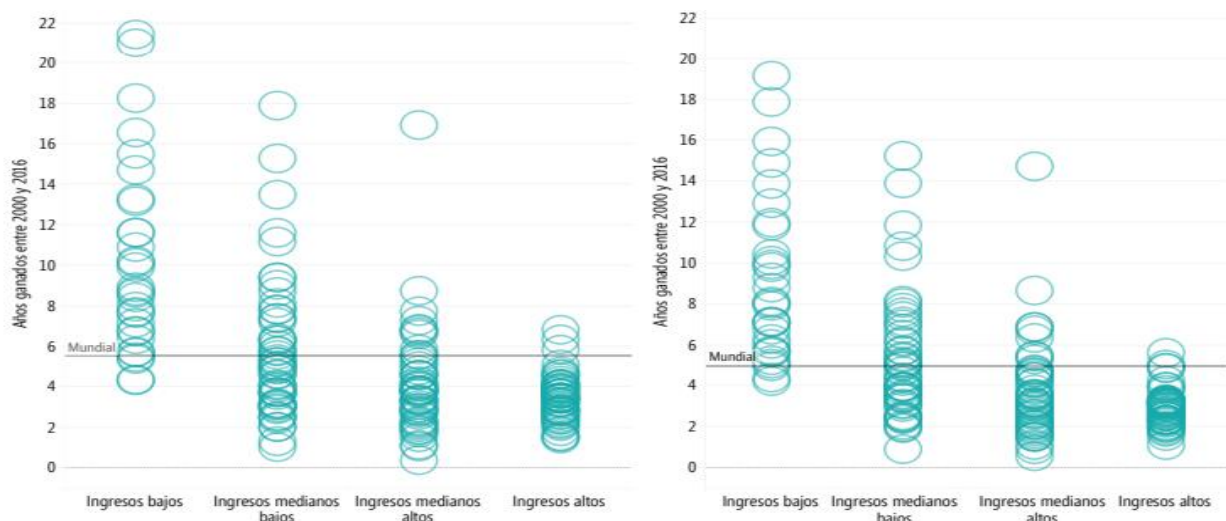
2.1.3.1.A esperança (expectativa) de vida

Graças ao grande progresso no sentido de alcançar vários ODS relacionados com a saúde, a expectativa média de vida ao nascer aumentou **5,5 anos globalmente entre 2000 e 2016: de 66,5 para 72,0 anos**. A mesma continua a ser profundamente influenciada pela renda. No ano 2016, era 18,1 anos mais curta nos países de baixa renda (62,7 anos) do que nos países de alta renda (80,8 anos), tendo diminuído em parte desde o ano 2000. Nos últimos anos, são os países de baixa renda os que experimentaram os maiores aumentos na expectativa de vida, **onde cresceu em média 21% entre 2000 e 2016 (ou seja, 11 anos), em comparação com 8% (5 anos) globalmente e em 4% (3 anos) nos países de alta renda**, tal como se pode apreciar no seguinte gráfico⁹. Da mesma forma, a expectativa de vida saudável aumentou 18% nos países de baixa renda, em comparação com 8% a nível mundial no mesmo período. No entanto, nos países de baixa renda, como um todo, entre os quais se contra mais da metade dos países africanos, **estima-se que de cada cinco crianças recém-nascidas, menos de três atinjam os 70 anos, e mais de um terço das mortes ocorrem em crianças menores de 15 anos**.

⁸ Para aprofundar nos conteúdos do Relatório Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, recomda-se visitar o site: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁹ Nota: cada circulo respresenta um país

Gráfico 6. Esperança de vida saudável a nível mundial



Fonte: OMS/OPS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

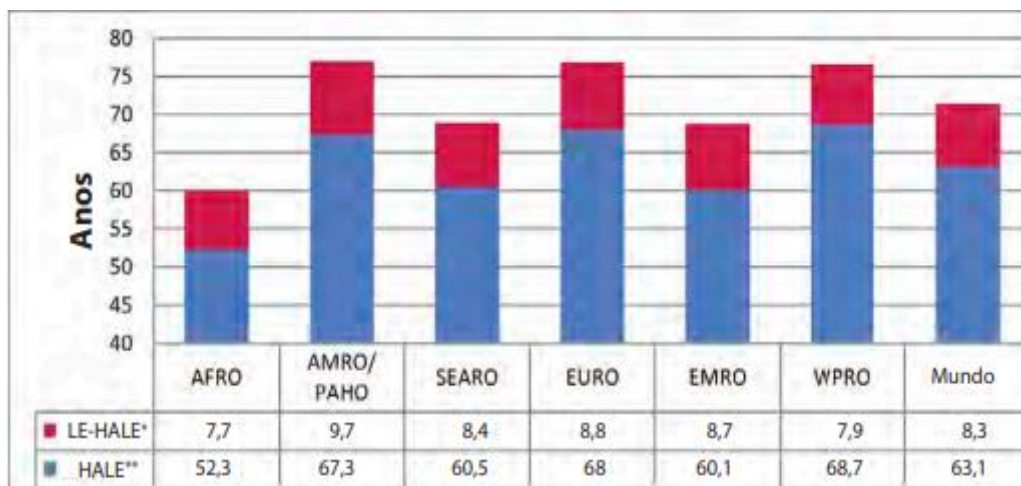
A informação relativa às diferenças na esperança de vida entre as diferentes Regiões da OMS se pode observar na seguinte tabela e gráfico cujos dados foram obtidos em estimações comparáveis:

Tabela 3. Esperança de vida ao nascimento por Regiões da OMS no ano 2016 (Base estimações comparáveis)

Região da OMS	Homens	Mulheres	Ambos sexos
África	59,6	62,7	61,2
Américas	73,8	79,8	76,8
Sudeste Asiático	67,9	71,3	69,5
Europa	74,2	80,8	77,5
Mediterrâneo Oriental	67,7	70,7	69,1
Pacífico Ocidental	75,0	78,9	76,9
Mundial	69,8	74,2	72,0

Fonte: OMS/OPS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gráfico 7. Esperança de vida e esperança de vida saudável por regiões da OMS no ano 2015.



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na Região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África. 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20MS.pdf>

Segundo este relatório, ¹⁰as recentes melhorias na expectativa de vida nos países de baixa renda, entre eles os africanos, são, em grande parte, devidos à redução significativa da mortalidade nas crianças menores de 5 anos nestes países, **que é de 53%. De 143 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 passou para 68 em 2018.**

2.1.3.2. A mortalidade

Falar da mortalidade é um tema muito extenso que ultrapassa os objectivos desta secção. Na secção anterior (A esperança (expectativa) de vida) apresentamos as principais causas de mortalidade no mundo e as suas diferenças por níveis de renda dos países, pelo que nesta apenas serão analisadas as causas específicas de morte, mais frequentes nos países de baixa renda, entre elas: a mortalidade materna, infantil e neonatal, e a mortalidade por doenças infecciosas.

Quanto à mortalidade materna: a mesma diminuiu, mas, como outras das dimensões abrangidas pelos ODS, o progresso é desigual entre as diferentes regiões.

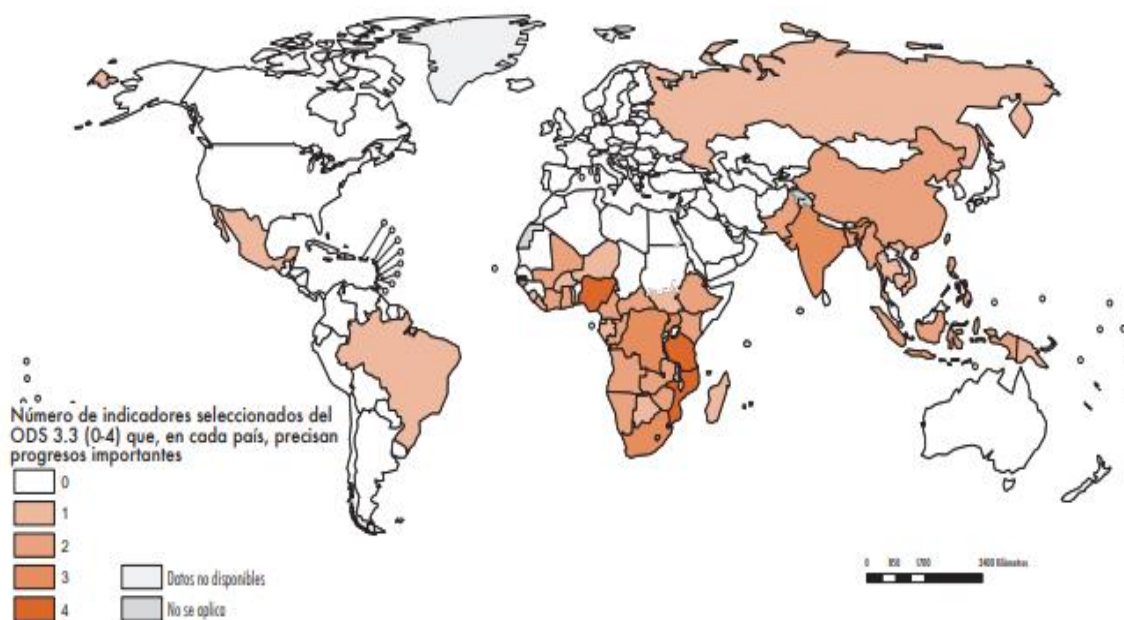
No ano 2018, **295.000 mulheres perderam suas vidas durante ou após a gravidez e o parto. Aproximadamente o 86% das mesmas foram na África Subsaariana e no Sul da Ásia.** A taxa de mortalidade materna (TMMR); número mortes maternas por 100.000 nascidos vivos) em todo o mundo foi estimada em 211, o que supõe uma redução de 38% desde 2000. Em média, o TMMR em todo o mundo diminuiu 2,9% cada ano entre 2000 e 2017.

A maioria das mortes maternas são evitáveis com os devidos cuidados de gravidez e parto, compreendendo cuidados pré-natais por provedores profissionais de saúde treinados, assistência durante entrega por pessoal de saúde qualificado e cuidados e suporte nas semanas após o parto, assim

¹⁰ Toda a informação apresentada até o fim do capítulo está tomada do documento “ O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

como com o espaçamento dos partos, o que é mais fácil de alcançar quando as necessidades forem atendidas no planeamento familiar. **Todos estes elementos formam parte da estratégia dos CSP.**

Mapa 3. Países nos quais se podem obter maiores avanços, em como mínimo um dos quatro indicadores selecionados do ODS 3.3

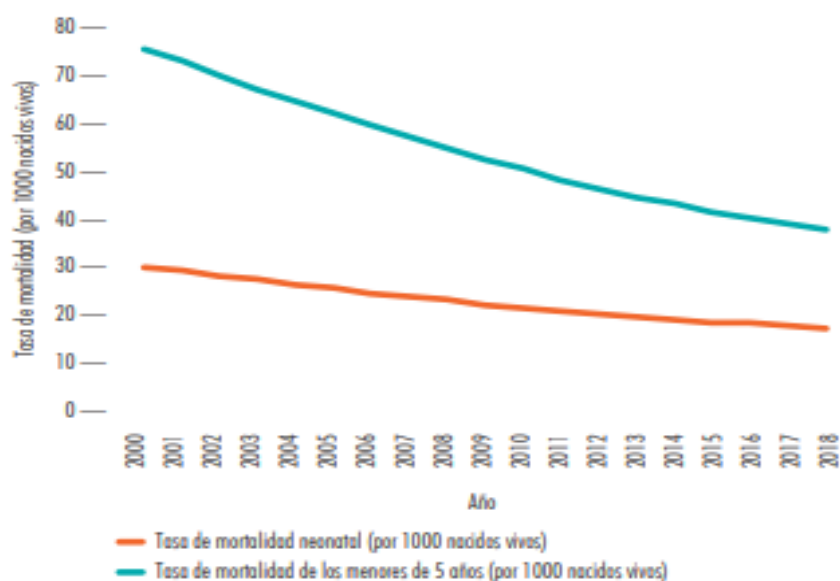


Fonte: OMS/OPS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Quanto à mortalidade infantil: Como na mortalidade materna, também foi atingido um progresso significativo na mortalidade de menores de cinco anos e na mortalidade neonatal, que agora estão concentradas em regiões e países concretos.

Entre 2000 e 2018, a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos **diminuiu de 76 [75-78] por 1000 nascidos vivos para 39**, e a taxa de mortalidade neonatal **diminuiu de 31 por 1000 nascidos vivos a 18**. Isso representou um valor estimado de 5,3 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos e 2,5 milhões de mortes neonatais em 2018.

Gráfico 8. Mortalidade infantil e neonatal no mundo entre 2000-2018



Fonte: OMS/OPS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

121 países já alcançaram o objetivo relativo à mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, e outros 21 deverão alcançá-lo até 2030, se permanecerem as tendências actuais.

A maioria das mortes infantis, como ocorre com a mortalidade materna, podem ser evitadas com intervenções simples, tais como: imunização, amamentação e nutrição adequada. Também reduzindo a poluição do ar e aumentando o acesso a serviços básicos de higiene e abastecimento de água potável segura e saneamento administrado eles ajudam a salvar muitas vidas jovens. **Todos estes elementos formam parte da estratégia dos CSP.**

Quanto às doenças transmissíveis (DTNs): Como nos indicadores anteriores, também se observou um progresso constante na luta contra as principais doenças infecciosas. A incidência de infecção por HIV diminuiu, também diminuíram a tuberculose a malária, assim como a proporção de pessoas que precisam de intervenções contra DTNs.

Décadas de mobilização contra a epidemia de HIV conseguiu reduzir pela metade a incidência global desta infecção entre 2000 e 2018 **(0,47 a 0,24 por 1000 pessoas não infectadas).**

A incidência de tuberculose diminuiu gradualmente, **de 172 casos novos por 100.000 habitantes em 2000 para 132 em 2018.** Neste mesmo ano, era entre 100 e 400 por 100.000 habitantes na maioria dos 30 países com alta carga de tuberculose e acima de 500 em alguns outros.

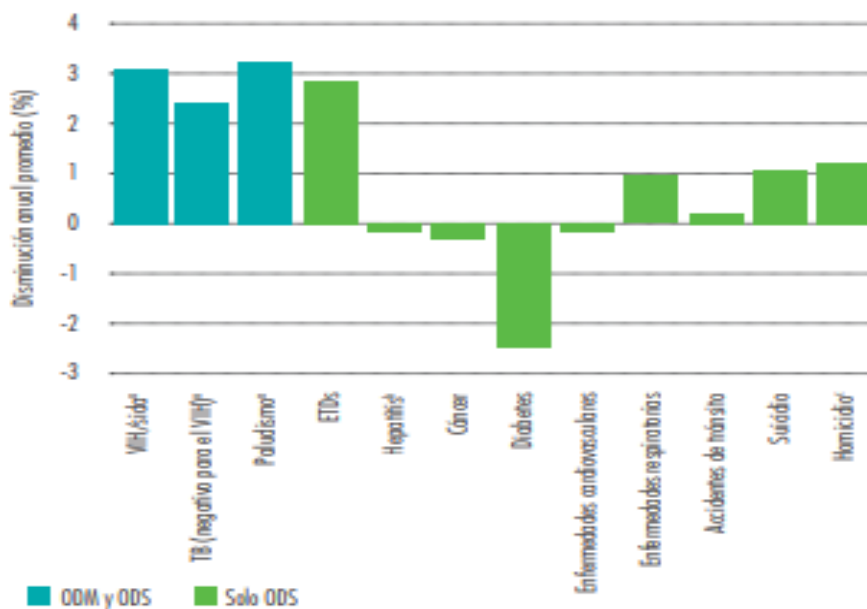
Intervenções de longo prazo contra malária conseguiram reduzir a taxa de incidência para **81 casos por 1000 habitantes em risco em 2000 a cerca de 57 casos em 2018,** mas o progresso estagnou desde 2014.

O número de pessoas que precisam intervenções contra DTNs diminuiu de 2,19 bilhões em 2000 para 1,755 milhões em 2018 (18) e, até o momento, 40 países ou território, eliminaram pelo menos um DTN.

As taxas globais de mortalidade atribuíveis à infecção HIV, tuberculose, malária e DTNs têm diminuiu, em média, entre 2,4% e 3,2% ao ano desde 2000, redução maior que a de óbitos devido a DNTS e lesões, que

estão na mira de intervenções durante a era ODS, Infecção por HIV, tuberculose (entre as pessoas não infectadas com HIV) e malária causada 0,8, 1,2 e 0,4 milhões de mortes, respectivamente, em 2018

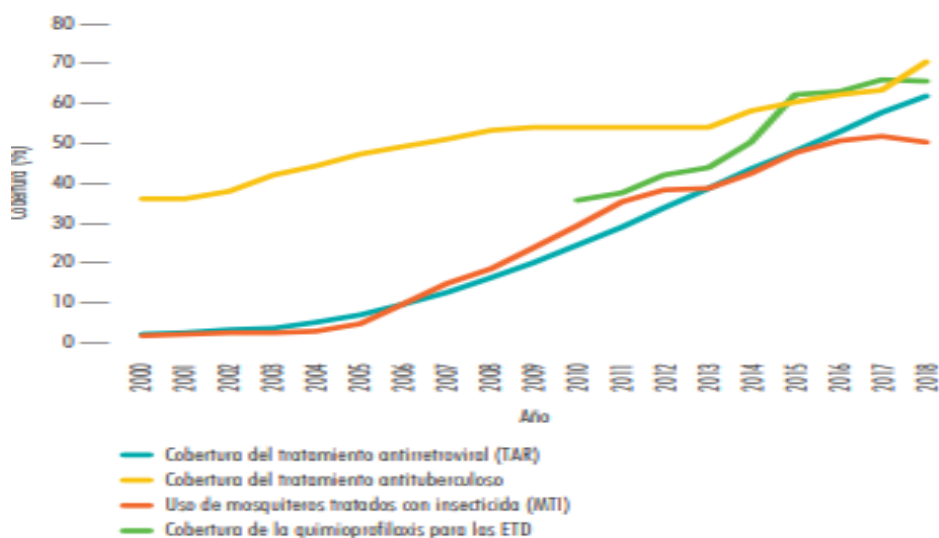
Gráfico 9. Declínio anual das taxas mundiais da mortalidade em todas as idades, associadas a algumas das causas de morte, desde o ano 2000



Fonte: OMS/OPS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Os avanços observados desde 2000 no caso de três principais doenças infecciosas, e também das DNTDs, têm sido em grande parte devido à expansão massiva de intervenções de prevenção e tratamento. A expansão do tratamento do HIV tem sido especialmente eficaz. No caso da tuberculose, os maiores aumentos de cobertura de tratamento foram observados no final da década de 1990 e início de 2000, durante a implantação de a estratégia de Tratamento Breve sob Observação Directa (DOTS). No combate à malária, os avanços observados desde 2000 foram em grande parte devido à expansão do uso mosquiteiros tratados com inseticida, pulverização de interiores com inseticidas de efeito residual, os testes de diagnóstico e tratamento combinado com base em artemisinina. Todas estas intervenções foram realizadas principalmente pelos serviços dos CSP nos países.

Gráfico 10. Cobertura mundial de algumas das intervenções sobre as DTNs entre 2000-2018



Fonte: OMS/OPS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2.1.3. A saúde na Região Africana da OMS no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar para todos em qualquer idade).

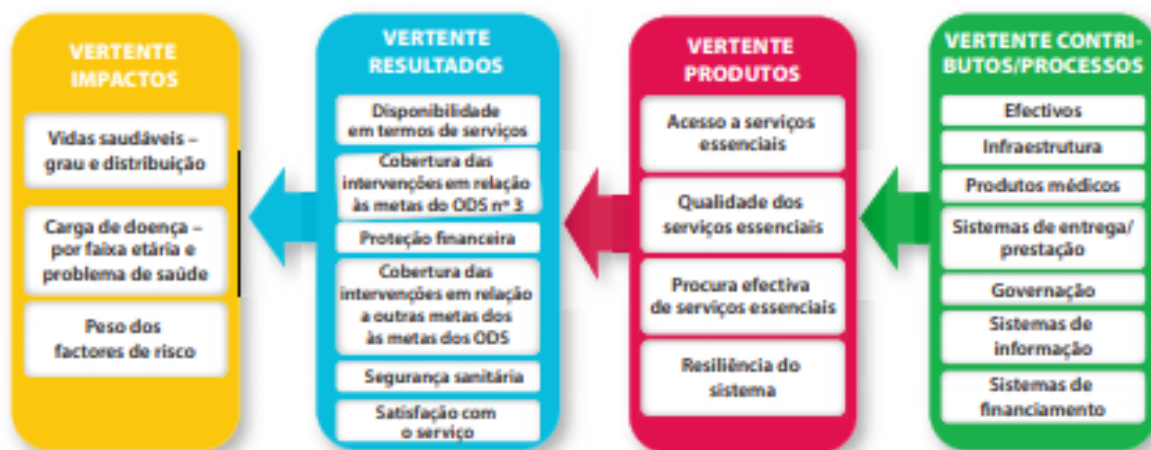
Na UT 2, Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a Promoção da Saúde (PDS) já foram explicados os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, mais abrangentes que os ODM. Os ODS, focados na adaptação local, põem grande ênfase na sustentabilidade, e procuram ampliar a integração de intervenientes e domínios para obter resultados.

Esta abordagem, desenvolvida para a Região Africana pelos seus Estados Membros, está integrada no **Quadro de Acções para o Reforço dos Sistemas de Saúde** para alcançar a CUS e os ODS em África, explicado em uma secção anterior.

Tal como indicado anteriormente, o Comité Regional da OMS para África é responsável pela monitorização do ODS 3 (saúde e bem-estar) e realiza relatórios periódicos sobre o estado da questão, tendo realizado o último, intitulado “**O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir**”, no ano 2018. (11)

O relatório apresenta uma análise abrangente dos serviços e sistemas de saúde na Região Africana a partir do contexto de concretização da Agenda 2030 e dos ODS, e analisa um total de 17 dimensões que abrangem os 4 níveis lógicos do Quadro de Acções: **3 de impacto (saúde e bem-estar); 6 de resultados (saúde e serviços relacionados); 4 de realizações (desempenho do sistema) e 7 de contribuições/processo (investimentos).**

Figura 1. As dimensões da saúde analisadas no relatório e as suas inter-relações.



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

2.1.4.1. O estado de saúde na Região Africana

Para monitorizar a saúde no contexto dos ODS, o Escritório Regional, parte da ideia de que a saúde é o bem-estar dependem de três elementos ou atributos:

- O nível e a distribuição de vida saudável que os indivíduos e as comunidades possuem;
- O nível e a distribuição das condições que afectam a saúde e o bem-estar;
- O nível e a distribuição dos factores de risco cuja presença iria afectar a saúde e o bem-estar.

Figura 2. Atributos da boa saúde e do bem-estar no contexto dos ODS



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20MS.pdf>

O estado da saúde é analisado a partir de três dimensões distintas: **o estado da vida saudável (nível e distribuição); o fardo da doença (por idade e por doença); e o fardo de factores de risco que contribuem para os problemas de saúde e a morte.**

1.- A esperança de vida saudável: definida como os anos que uma pessoa espera viver em perfeita saúde, quer dizer a medida da esperança de vida ajustada pelos anos passados com incapacitação, tem **aumentado na Região, de 50,9 anos para 53,8 anos entre 2012 e 2015**, o que representa o maior aumento de qualquer região da OMS. Além disso, a diferença na esperança de vida saudável entre os países com melhor e pior desempenho na Região diminuiu de 27,5 para 22 anos. Quatro países (Argélia, Cabo Verde, Maurícia e Seicheles) possuem uma esperança de vida saudável significativamente melhor quando comparado com os outros países e nove outros países possuem uma esperança de vida saudável inferior a 50 anos, representando uma enorme perda de vida saudável.

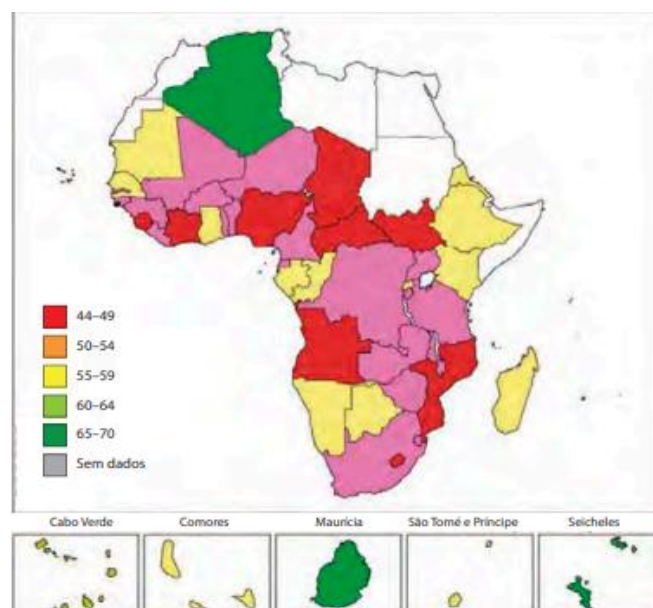
Tabela 4. Tendências na esperança da vida saudável desde 2010

Medida da esperança de vida saudável (à nascença)	2012	2013	2015
Esperança de vida saudável média	50,9	51,4	53,8
Valor mediano, esperança de vida saudável	50,1	50,6	53,7
Intervalo regional da esperança de vida saudável	27,5	27,3	22,4
Esperança de vida saudável de acordo com os níveis de rendimento dos países em 2016			
<i>Países com rendimentos baixos</i>	48,0	49,6	50,6
<i>Países com rendimentos médios baixos</i>	50,1	50,5	52,9
<i>Países com rendimentos médios elevados</i>	55,4	56,1	58,6
<i>Países com rendimentos elevados</i>	66,6	66,7	65,5
Esperança de vida saudável para categorias especiais dos países			
<i>Países com populações numerosas (primeiros 10)</i>	51,1	51,8	54,5
<i>Países com populações pequenas (últimos 10)</i>	55,0	55,2	57,6
<i>Países com uma densidade populacional elevada (primeiros 10)</i>	54,2	54,8	56,3
<i>Países com uma densidade populacional baixa (últimos 10)</i>	51,4	52,0	54,7
<i>Pequenos Estados Insulares</i>	59,0	58,9	59,4
<i>Em/Pós-conflito, 2010 a 2016</i>	45,6	46,1	50,0
Esperança de vida saudável por níveis de investimento na saúde			
<i>Despesas totais elevadas na saúde (primeiros 10)</i>	54,4	54,9	57,3
<i>Despesas totais baixas na saúde (últimos 10)</i>	49,8	50,3	52,9

Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

No entanto, ainda revela desigualdades, com valores de vida saudável mais elevados em países com melhor desempenho económico. A melhoria é mais rápida em países de maior população e naqueles com alta densidade populacional. Além disso, os níveis de vida saudável na Região ainda são muito baixos em comparação com outras regiões.

Mapa 4. Esperança de vida saudável na Região Africana em 2015



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

2. O fardo da doença: as causas de morbilidade e de mortalidade que influenciam a vida saudável na Região Africana. As causas directas de problemas de saúde e de morte na Região são diversas. **Actualmente, é o resultado de doenças transmissíveis (DT), doenças não transmissíveis (DNT) e violência/ lesões.** No entanto, **as doenças das vias respiratórias inferiores, o VIH/SIDA e as doenças diarreicas ainda representam as três principais causas de morbilidade e mortalidade.** No entanto, deve ser referido que os níveis de morbilidade se encontram numa tendência de redução significativa. As maiores reduções estão associadas a doenças transmissíveis, com o paludismo (redução de 66%), o VIH/SIDA (redução de 57,9%) e as doenças diarreicas (redução de 56,5%) a possuírem as reduções mais elevadas de morbilidade. Por outro lado, as patologias associadas às menores reduções são todas não transmissíveis: traumatismos rodoviários (redução de 0,9%) e anomalias congénitas (redução de 7,2%). Do mesmo modo, os níveis de mortalidade estão também a ficar mais baixos, com a taxa média bruta de mortalidade devido às 10 primeiras causas de mortalidade a baixar dos 87,7 para os 51,3 por 100 000 habitantes. Os AVAI (anos de vida ajustados por incapacitação) resultantes das 10 principais causas de morbilidade foram reduzidos para metade entre 2000 e 2015, graças às reduções na malária, no VIH/SIDA e nas doenças diarreicas.

No entanto, nas DNTs não se constata reduções proporcionais do fardo de factores de risco de morbilidade e mortalidade. Uma pessoa na Região com idade entre os 30 e os 70 anos tem 20,7% de probabilidade de morrer de uma das principais DNTs. Os quatro principais factores de risco, identificados no Plano de Acção Global para a prevenção e controle de DNT (2013-2020), são elevados na Região. **Incluem o abuso de álcool, a insuficiente actividade física, as dietas não saudáveis e a toxicodpendência.**

Tal como com a morbilidade, as reduções na taxa bruta de mortalidade foram mais significativas nas mesmas três doenças transmissíveis: paludismo (redução de 66%), VIH/SIDA (redução de 57%) e doenças diarreicas (redução de 52%). Mais uma vez, as reduções na mortalidade são menores nas patologias não transmissíveis, lideradas pelos traumatismos rodoviários (redução de 1%), cardiopatia isquémica (redução de 2%) e acidente vascular-cerebral (AVC) (redução de 3%). Esta situação reforça a necessidade de os países melhorarem as intervenções para reduzirem a mortalidade associada às doenças não transmissíveis.

Tabela 5. Tendências nas 10 principais causas de morbilidade e mortalidade entre 2015 e 2000

Classificação de 2015	Causa de morbilidade				Classificação de 2015	Causa de mortalidade			
	Patologia	DALY perdidos por 100 000 habitantes		% de mudança		Patologia	Taxa bruta de mortalidade por 100 000 habitantes		% de mudança
		2015	2000				2015	2000	
1	Infecções respiratórias do tracto inferior	6546	11 360	-42,4	1	Infecções respiratórias do tracto inferior	101,8	157,7	-35
2	VIH/SIDA	4637	11 016	-57,9	2	VIH/SIDA	76,8	179,0	-57
3	Doenças diarreicas	4497	10 336	-56,5	3	Doenças diarreicas	65,0	136,3	-52
4	Paludismo	3600	10 665	-66,2	4	AVC	45,6	47,2	-3
5	Complicações do parto prematuro	3215	4890	-34,3	5	Cardiopatia isquémica	44,5	45,5	-2
6	Asfixia e traumatismo no parto	3070	5091	-39,7	6	Tuberculose	44,0	58,1	-24
7	Anomalias congénitas	2006	2162	-7,2	7	Paludismo	40,8	118,8	-66
8	Tuberculose	1875	2429	-22,8	8	Complicações do parto prematuro	34,7	53,0	-34
9	Traumatismos rodoviários	1664	1679	-0,9	9	Asfixia e traumatismo no parto	32,5	54,6	-41
10	Sepse/infecções neonatais	1616	2175	-25,7	10	Traumatismos rodoviários	27,2	26,8	1
	Total	32 726	61 803	29,077		Média	51,29	87,7	36,41

Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

A redução geral no fardo das doenças na Região Africana é mais marcada do que noutras regiões da OMS. A mortalidade geral baixou **37% desde 2000, comparando com os 10% a nível mundial**. A Região Africana é também uma das únicas duas regiões a registar uma redução no número total de mortes (devido a todas as causas): As outras regiões, para além da Região Europeia, estão a registar aumentos no número total de mortes. Isto sugere que os esforços para reduzir a mortalidade excessiva/evitável estão a dar resultado na Região Africana.

Tabela 6. Comparação das taxas brutas de mortalidade e do número total de mortes entre as regiões da OMS entre 2000 e 2015

Região da OMS	Taxa bruta de mortalidade (todas as causas)/100 000 habitantes		Número total de mortes (todas as causas) 000s	
	2015	2000	2015	2000
Africana	930,8	1474,1	9207	9793
Américas	666,4	669,6	6575	5592
Sudeste Asiático	717,6	828,7	13 836	13 041
Europeia	1019,7	1088,5	9279	9439
Mediterrâneo Oriental	624,9	726,7	4023	3400
Pacífico Ocidental	717,5	634,9	13 309	10 699
Mundial	768,5	851,5	56 441	52 135

Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

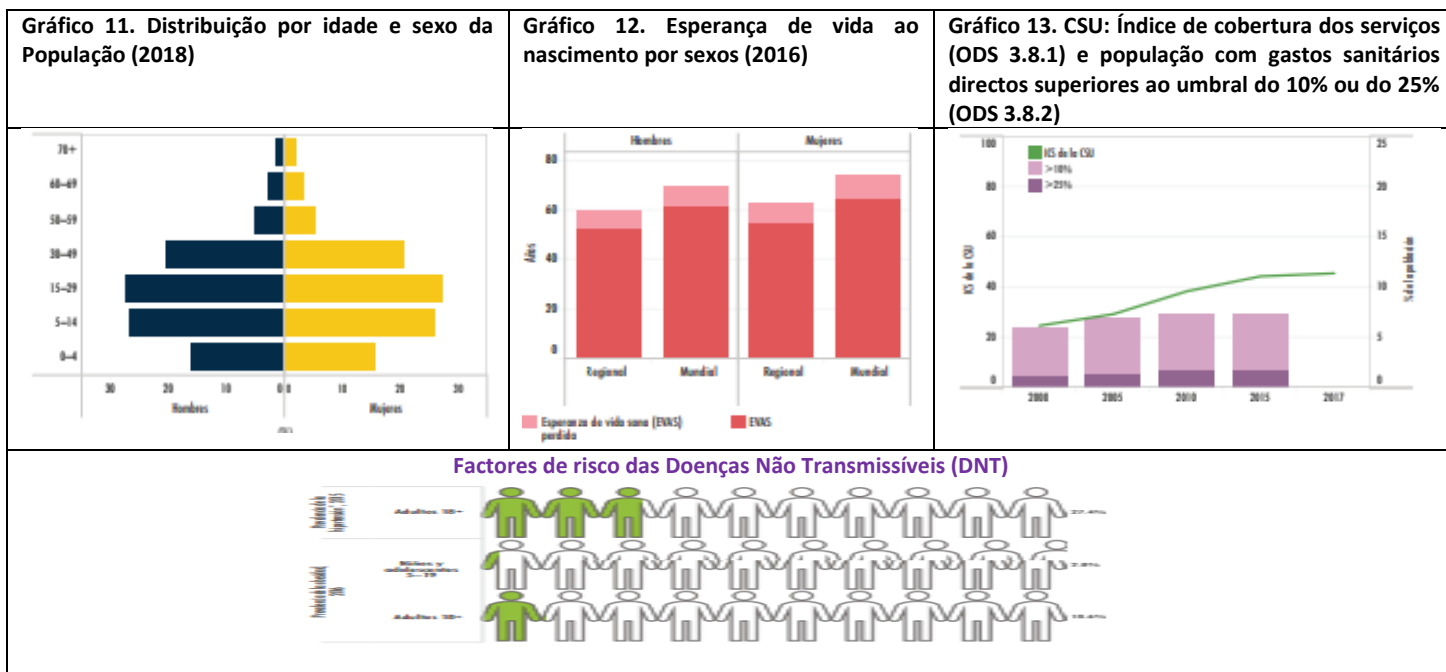
Os **factores de risco que influenciam a vida saudável na Região Africana** são uma das principais áreas de preocupação na Região, pois estão associados ao agravamento dos padrões do fardo das doenças observados. O plano de acção mundial para a prevenção e controlo das DNTs (2013-2020) recomenda que os países se foquem em enfrentar quatro patologias (**doenças respiratórias crónicas, doenças cardiovasculares, cancro e diabetes**) através de quatro factores de risco (**abuso de álcool, actividade física insuficiente, dietas não saudáveis e consumo de tabaco**). Actualmente, uma pessoa na Região Africana com idades entre os 30 e os 70 anos possui uma probabilidade de 20,7% de morrer devido a uma dessas principais DNT, uma probabilidade consistente com o padrão mundial, ou 19,4%.

Tabela 7. Comparação da prevalência dos factores de risco na Região Africana

Região da OMS		Africana	Américas	Sudeste Asiático	Europeia	Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental	Mundial
Probabilidade de morrer devido a qualquer DCV, cancro, diabetes, DRC entre os 30 e os 70 anos exactos, 2012 (%)		20,7	15,4	24,5	18,4	20,8	18,0	19,4
Consumo total de álcool por habitante (> 15 anos de idade), em litros de álcool puro, 2005 a 2015	2005	6,2	9,2	2,9	9,1	0,7	5,4	5,6
	2010	6	8,4	3,5	10,9	0,7	6,8	6,2
	2015	6,3	8,1	3,7	10,2	0,7	7,6	6,3
Porcentagem de crianças entre os 11 e os 17 anos insuficientemente activos, por sexo	Masculino	82,3	75,3	72,5	78,4	84,7	81	77,6
	Feminino	87,9	87,1	74,6	87,7	91	88,9	83,9
Prevalência de excesso de peso entre crianças e adolescentes, 2016 por sexo (%)	Masculino	7,7	34,6	9,6	28,1	20,2	30,4	19,3
	Feminino	15,1	32,6	8,1	24,2	20,7	18,8	17,5
Prevalência de consumo de qualquer produto de tabaco entre pessoas com ≥ 15 anos, por sexo	Masculino	24,2	22,8	32,1	39	36,2	48,5	36,1
	Feminino	2,4	13,3	2,6	19,3	2,9	3,4	6,8

Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em:

Para concluir esta secção são apresentadas alguns gráficos e tabelas que resumem os principais indicadores utilizados pela OMS para avaliar o grau de consecução do ODS 3, diferenciados por Regiões da OMS, que indicam a desvantajosa situação que ocupa África no conjunto das Regiões, assim como os seguintes gráficos e figuras.



Fonte: Fonte: OMS/OPS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowe>

Tabela 8. A. Resumo dos indicadores do ODS3 dos quais se notificam valores a escala nacional como estimações comparáveis por Regiões da OMS

ODS	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.4.1	3.4.2
Indicador/ Região da OMS	Razão de Mortalidade materna (100.000 nados vivos)	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1000 nados vivos)	Taxa de mortalidade neonatal (1000 nados vivos)	Novas infecções por VIH (1000 habitantes não infectados)	Incidência da tuberculose (100.000 habitantes)	Incidência da malária (1000 habitantes em risco)	Prevalência da hepatite B (entre menores de 5 anos) (%)	Probabilidade de morrer das 4 DNT (ECV, cancro, diabete ou ERC) entre pessoas de 30- 70 anos (%)	Taxa de mortalidade por suicídios (100 000 habitantes)
África	525	76	27	1,07	231	229,3	2,34	15,1	9,8
Américas	57	14	7	0,16	29	6,7	0,07	23,1	4,4
Sudeste Asiático	152	34	20	0,09	220	4,9	0,26	16,7	15,4
Europa	13	9	5	0,19	28	0,0	0,21	22,0	3,9
Mediterrâneo Oriental	164	47	26	0,07	115	10,0	0,69	16,2	10,2
Pacífico Occidental	41	12	6	0,06	96	2,6	0,38	18,3	10,6
Mundial	211	39	18	0,24	132	57,4	0,80	20,6	7,4

Tabela 8. B. Resumo dos indicadores do ODS3 dos quais se notificam valores a escala nacional como estimações comparáveis por Regiões da OMS

ODS	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
Indicador /Região da OMS	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (100 000 habitantes)	CSU: Índice de cobertura dos serviços	Taxa de mortalidade, atribuída à contaminação ambiental (100. 000 habitantes)	Taxa de mortalidade atribuída aos serviços de HSA insalubres (100.000 habitantes)	Taxa de mortalidade por intoxicações involuntárias (100.000 habitantes)	Prevalência do consumo de tabaco (Pessoas + 15 anos (%))	Cobertura da imunização de (DTP3) (crianças de 1 ano (%))	Cobertura da imunização da 2ª dose da vacina anti-sarampo (MCV2) (crianças de 1 ano (%))	Cobertura da imunização com a 3ª dose da vacina antipneumocócica (PCV3) (crianças de 1 ano (%))	Cobertura da imunização frente ao vírus do papiloma humano (PVH) (raparigas de 15 anos (%))
África	15,6	46	180,9	45,8	2,7	12,7	76	26	73	8
Américas	75,3	79	29,7	1,1	0,6	18,6	87	82	82	57
Sudeste Asiático	9,3	56	165,8	15,4	1,8	29,1	89	80	17	1
Europa	18,0	77	36,3	36,3	0,7	26,3	94	91	78	21
Mediterrâneo Oriental	16,9	57	125,	10,6	1,5	19,3	82	74	53	0
Pacífico Occidental	18,2	77	102,8	1,0	1,1	26,3	93	91	13	5
Mundial	26,6	66	114,1	11,7	1,4	23,6	86	69	47	12

Fonte: OMS/OPS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2.1.4.2. O Estado dos resultados obtidos na saúde e relacionados com a saúde nas populações da Região Africana Benefícios da obtenção de resultados eficazes em matéria de saúde e relacionados com a saúde no contexto dos ODS.

O estado da saúde e do bem-estar é uma função dos níveis de consecução das dimensões relacionadas com os resultados – os serviços de saúde e relacionados com a saúde desejados pela população. Para um desenvolvimento sustentável, estes serviços devem ser suficientemente amplos para abrangerem todas as populações, independentemente das suas necessidades e localizações.

A análise dos serviços necessários para a saúde e o bem-estar é feita para seis dimensões de resultados, independentemente de onde se encontrar uma população dentro da Região.

Figura 3. Dimensões dos serviços de saúde e relacionados com a saúde na Região Africana

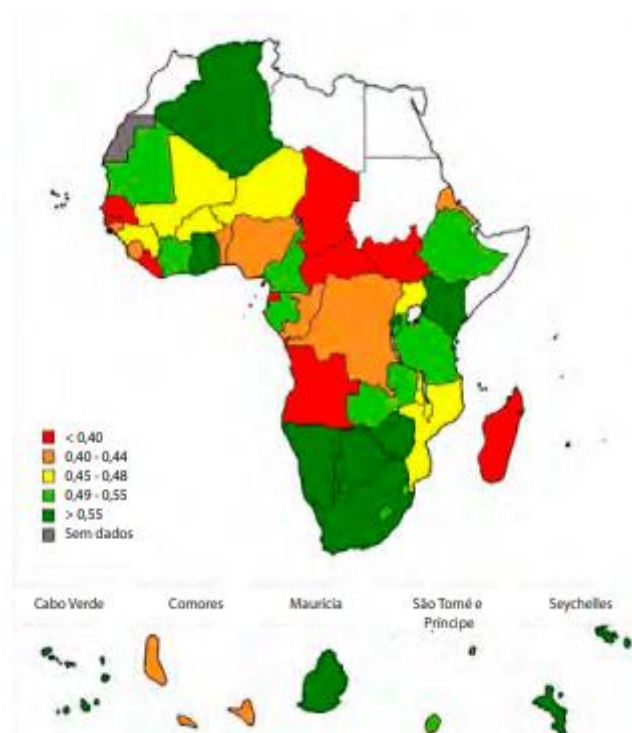


Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/0%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

Para compreender o estado actual dos serviços de saúde e relacionados com a saúde na Região Africana, os resultados de cada uma das 6 dimensões que constituem os serviços de saúde e os relacionados com a saúde estão consolidados.

O valor do resultado consolidado das seis dimensões de resultados, para toda a Região foi de 0,48. Tendo em conta que um resultado de 1 representa o melhor resultado possível de alcançar, este número indica que a Região é apenas capaz de fornecer 48% dos serviços de saúde e relacionados com a saúde que potencialmente poderiam ser fornecidos à sua população. Estes 48% de serviços fornecidos disfarçam grandes disparidades entre os países na Região.

Mapa 5. Comparação do índice de resultados da população na saúde e relacionados com a saúde, por país da Região Africana

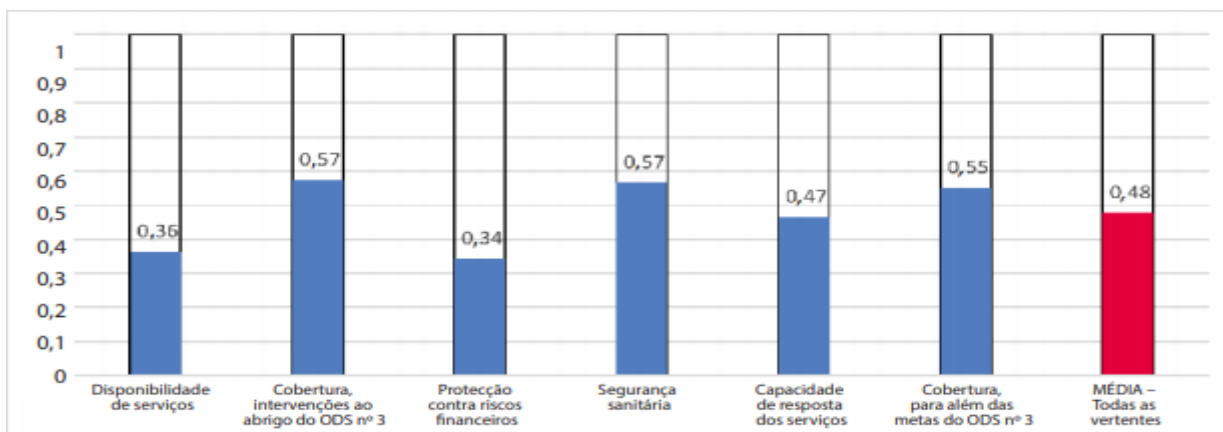


Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/0%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

A pontuação dos países na região varia de 0,31 a 0,70. Apenas cinco países têm uma pontuação acima de 0,6, sendo o melhor país da Região (Argélia) capaz de prestar apenas 70% dos serviços de saúde e serviços relacionados possíveis de que sua população necessita - uma situação preocupante. As seis dimensões de resultados dos serviços têm um desempenho abaixo do esperado, e a melhor só é capaz de prestar 57% daquilo que é possível.

No entanto, não todas as dimensões contribuem da mesma forma para o índice, tal como se pode observar no seguinte gráfico.

Gráfico 14. Contribuição dos índices das dimensões de resultados na saúde para o índice geral



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

As dimensões de pior desempenho em relação às outras são: **a disponibilidade do serviço (36% daquilo que é possível) e a protecção do risco financeiro (34% daquilo que é possível).**

Das seis dimensões apenas serão analisadas: **1) a disponibilidade dos serviços essenciais ao longo do ciclo de vida; 2) a cobertura das intervenções essenciais na saúde e 3) a capacidade de resposta dos serviços essenciais às necessidades das populações.**

2.1.4.2.1. Disponibilidade dos serviços essenciais ao longo do ciclo de vida.

A disponibilidade dos serviços essenciais é uma medida do tipo de serviços que existem para a população. Esses serviços devem estar alinhados com as necessidades de saúde e do bem-estar destas. Em muitos países, a disponibilidade dos serviços essenciais é assumida através de contribuições transversais.

Em muitos países, a disponibilidade dos serviços essenciais é assumida através de contribuições transversais. Esses serviços são reconhecidos como fundamentais para a saúde e bem-estar de um determinado grupo populacional. O quadro de acções propõe um conjunto de serviços para cada grupo.

Tabela 9. Marcador de serviços essenciais para cada grupo etário

Gravidez e recém-nascidos	Infância	Adolescência	Idade adulta	Idosos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviços de cuidados pré-natais ▪ Serviços de cuidados perinatais ▪ Cuidados para os recém-nascidos ▪ Serviços de cuidados pós-natais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacinação na infância ▪ Nutrição infantil (sub e sobre) ▪ Serviços integrados infantis ▪ Serviços de saúde no ensino primário ▪ Incentivo aos estilos de vida saudáveis na infância 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviços de saúde sexual e reprodutivos na adolescência ▪ Serviços de saúde acessíveis aos adolescentes/jovens ▪ Serviços de saúde no ensino secundário ▪ Serviços de redução de riscos para a prevenção de consumo de drogas e álcool ▪ Incentivo aos estilos de vida saudáveis na adolescência 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rastreamento de patologias transmissíveis comuns ▪ Rastreamento de patologias não transmissíveis e factores de risco comuns ▪ Serviços de saúde reprodutiva incluindo planeamento familiar ▪ Incentivo aos estilos de vida saudáveis na idade adulta ▪ Serviços de nutrição nos adultos ▪ Serviços de saúde clínica e de reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rastreamento anual e exames médicos ▪ Serviços de apoio social para os idosos ▪ Serviços clínicos e de reabilitação para os idosos

Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

O resultado da disponibilidade geral para a Região **de 0,36 mostra** que, em média, os países da Região **apenas estão a disponibilizar 36% dos serviços essenciais que as suas populações necessitam para alcançar a saúde e o bem-estar**. Muitos países têm definidos os seus serviços essenciais como um pacote básico acessível. No entanto, este pacote não está normalmente alinhado com as necessidades da população.

2.1.4.2.2. Cobertura das intervenções essenciais na saúde

A disponibilidade dos serviços essenciais apenas considera o que está disponível para os diferentes grupos etários. No entanto, a presença de serviços não significa que estes sejam utilizados como pretendido pelos potenciais beneficiários. A cobertura das intervenções essenciais na saúde considera quão bem os beneficiários estão a utilizar os serviços. Níveis elevados de utilização significam resultados melhorados em termos de uma melhor saúde e bem-estar, e vice-versa. As intervenções essenciais na saúde devem ser oferecidas em todas as funções de saúde pública, promoção da saúde, prevenção de doenças, curativos e reabilitação/paliativos. Algumas das intervenções essenciais fundamentais são apresentadas na seguinte tabela.

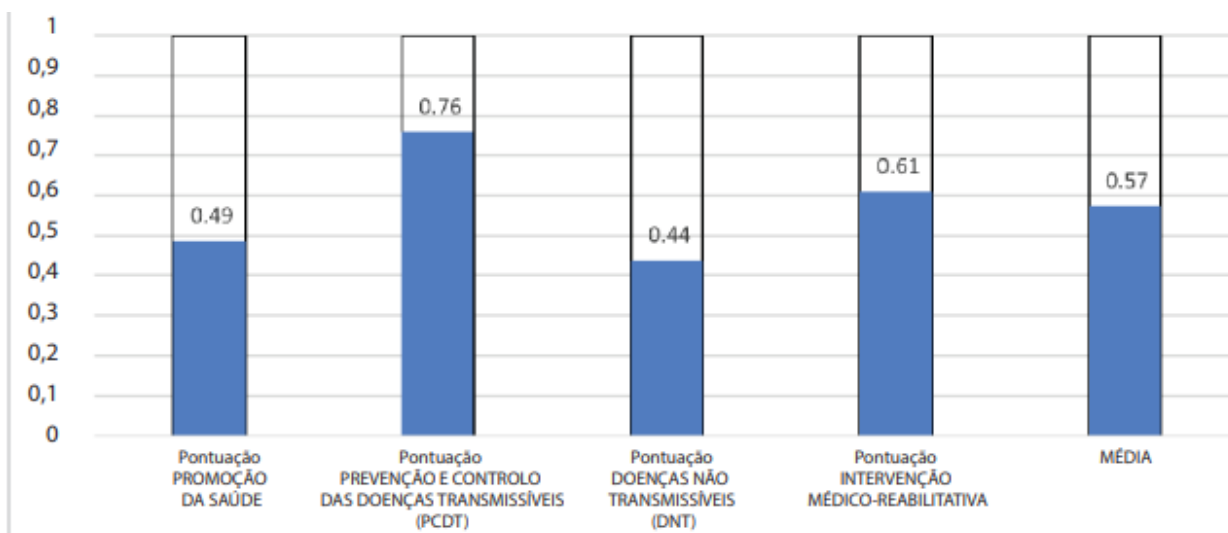
Tabela 10. Intervenções essenciais fundamentais por funções da saúde pública

Área de domínio	Intervenções essenciais
Promoção da saúde (HPR)	Comportamentos e acções saudáveis com base no indivíduo/família
	Saúde no trabalho e segurança sanitária
	Comunicação de mudanças comportamentais para estilos de vida saudáveis nos ambientes visados
	Acções de promoção da saúde iniciadas e pertencentes à comunidade
Prevenção e controlo de doenças transmissíveis (CDC)	Vacinação / vacinas
	Vigilância de ameaças para a saúde
	Gestão Integrada dos Vectores
	Gestão da higiene ambiental
	Prevenção e controlo de patologias transmissíveis comuns: VIH, Hepatite, IST, Tuberculose e Paludismo
	Controlo e prevenção de doenças tropicais negligenciadas
Prevenção e controlo de doenças não transmissíveis (DNT)	Serviços de saúde mental
	Prevenção de violência e de traumatismos
	Prevenção de doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças pulmonares obstrutivas
	Qualidade e segurança dos alimentos
	Prevenção do consumo do tabaco, da nutrição não saudável, da inactividade física e do consumo nocivo do álcool
Médico e reabilitativo (CUR)	Controlo e prevenção de abuso de drogas e de substâncias
	Cuidados ambulatoriais
	Serviços de emergência e de cuidados de traumatismos
	Serviços de maternidade
	Serviços de investigação / diagnóstico
	Cuidados hospitalares
	Cuidados operatórios
	Terapêuticas especializadas
	Cuidados paliativos e de fim de vida
Reabilitação	

Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/0%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

Os países devem procurar maximizar a cobertura destas intervenções para facilitar a consecução da CUS. O valor do índice de utilização de **0,57 do** ODS 3 sugere que as populações na Região estão a utilizar apenas 57% das intervenções necessárias para alcançarem as metas do ODS 3, um nível baixo de utilização. A função de saúde pública com o resultado mais elevado é o controlo das doenças transmissíveis (0,76), o que significa que as intervenções que visam as doenças transmissíveis têm a maior taxa de utilização na Região, quando comparado com outras funções de saúde pública. No entanto, até um quarto da população continua a não utilizar estas intervenções para as doenças transmissíveis. O resultado das DNT é o mais baixo (0,44), mostrando a utilização bastante baixa das intervenções com vista a prevenir as doenças não transmissíveis, o que é estranho tendo em conta o fardo elevado das DNT na Região Africana.

Gráfico 15. Índice de intervenções para o ODS 3 por função de saúde pública



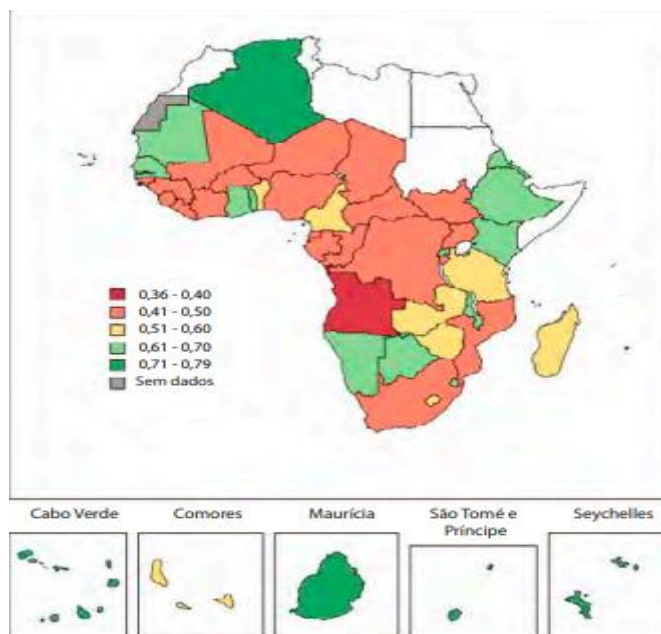
Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

O resultado regional também mostra as variações entre e dentro dos países. Na Região, estes resultados de utilização variam **de 0,36 a 0,79**, um reflexo da variedade de utilização que existe. Apenas quatro países (Argélia, Maurícia, São Tomé e Príncipe e Seicheles) possuem um resultado acima dos 0,70, um reflexo da elevada utilização de intervenções para o ODS 3.

Por outra parte, como se pode observar no seguinte mapa, existem desigualdades significativas na utilização dos serviços na Região.

- Existe um claro dividendo em termos de utilização dos serviços por nível de rendimento, com o resultado de utilização a aumentar com a classificação económica do país.
- Os países com as despesas mais elevadas na saúde possuem uma maior utilização dos serviços - com a maior variação a ocorrer nos serviços curativos e reabilitativos. As baixas despesas dos países na saúde mostram uma maior utilização dos serviços de promoção da saúde, um indicador do menor foco na promoção à medida que os países gastam mais na saúde.
- Os países com populações menos numerosas possuem uma maior utilização de intervenções, comparado com os países com populações mais numerosas. Isto pode estar associado com a facilidade de obter intervenções de cobertura nos países com populações menos numerosas, onde identificar e aceder populações não abrangidas pode ser mais facilmente alcançado.
- As desigualdades na utilização das intervenções não são apenas entre países; também podem ser observadas dentro dos países. Uma revisão da cobertura da população com as intervenções essenciais na saúde relativas à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil por quintil de riqueza nos países africanos mostra uma média de 22% de redução na cobertura entre o quintil mais elevado e o mais baixo nos países da Região.

Mapa 6. Índice de utilização das várias intervenções para o ODS 3 nos países da Região Africana

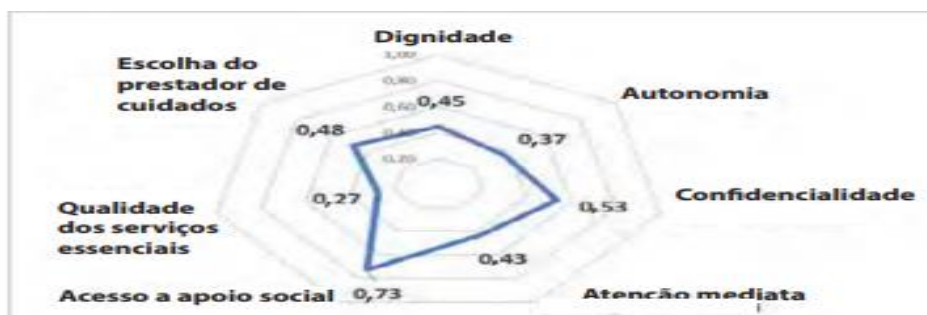


Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

2.1.4.2.2. Capacidade de resposta dos serviços essenciais às necessidades das populações

A capacidade de resposta dos serviços reconhece que o processo de interação durante os cuidados influencia os resultados e o uso dos serviços disponíveis. Um país onde os serviços tenham uma capacidade de resposta às necessidades da população terá melhores resultados de saúde, acelerando dessa forma os seus progressos com vista à consecução da CUS. A OMS definiu alguns elementos para observar a capacidade de resposta dos serviços: a dignidade, a autonomia, a confidencialidade, a atenção imediata, o acesso ao apoio social, a qualidade das comodidades básicas e a escolha dos prestadores de cuidados.

Figura 4. Classificações dos diferentes atributos da capacidade de resposta dos serviços na Região Africana.

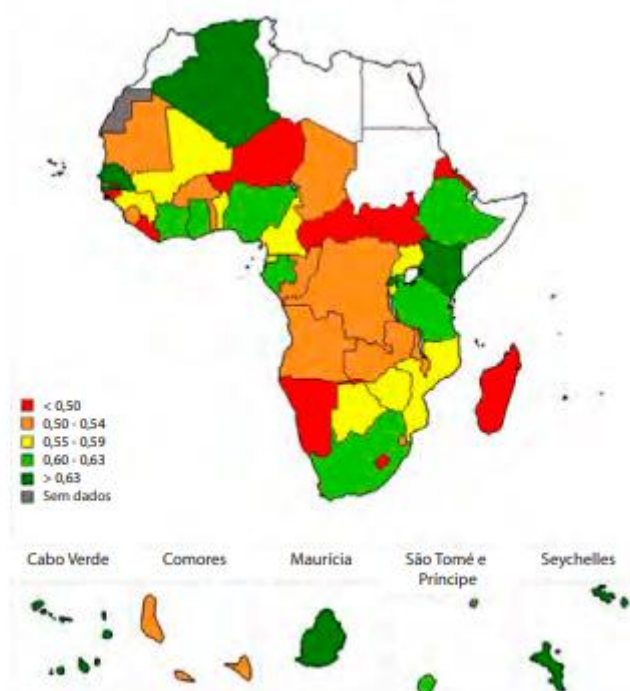


Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

O índice de capacidade de resposta foi a média destas classificações. **O valor do índice (0,47) é impulsionado principalmente pelo acesso ao apoio social (0,73), enquanto a qualidade das comodidades básicas (0,27) e a autonomia (0,37) representam as áreas de desempenho mais baixas da capacidade de resposta.**

No entanto, a capacidade geral de resposta dos serviços varia entre os países da Região, desde um elevado **0,85 a um baixo 0,14**. As Seicheles registaram um nível bastante elevado de capacidade de resposta, que é significativamente diferente dos outros países. Eswatini (antiga Suazilândia) também mostrou níveis elevados de capacidade de resposta.

Mapa 7. Comparação do índice de capacidade de resposta dos serviços entre os países da Região Africana



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

2.1.4.3. Desempenho dos sistemas de saúde na Região Africana

Um sistema de saúde com bom desempenho é um que pode garantir a prestação de serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde à população, sempre e onde estes forem necessários. Os sistemas de saúde – investimentos feitos principalmente para facilitar a organização das pessoas, instituições e recursos necessários para a prestação de serviços de saúde e relacionados com a saúde - têm sido tradicionalmente definidos através do conceito da OMS dos seis elementos de base.

No entanto, esta abordagem levou, na prática, à verticalização dos esforços na melhoria dos sistemas de saúde, com um foco na intervenção dentro de elementos específicos, ao contrário das interações entre

elementos de base, pelo que a OMS considerou que a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde deve, por isso, passar da avaliação de elementos de base individuais para medidas que observam os resultados dos investimentos nos diferentes elementos de base de forma holística.

A Região Africana da OMS, no seu quadro de ações, propôs um foco no efeito dos investimentos do sistema de saúde em quatro áreas: 1) Acesso a serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde; 2) Qualidade dos cuidados durante a prestação de serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde; 3) Procura eficaz de serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde; 4) Resiliência na prestação de serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde. A OMS entende que melhorando estas quatro áreas, a prestação dos serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde está garantida.

Tabela 10. Atributos do desempenho do sistema de saúde

Atributo	Descrição	Medidas de realização
<i>Acesso a serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde</i>	Remoção das barreiras físicas que a população enfrenta que prejudicam o uso dos serviços. Isto ocorre principalmente através da disponibilização de equipamento necessário para a prestação dos serviços – força laboral, infra-estruturas e equipamento de saúde, mais medicamentos e produtos sanitários - o mais próximo da população possível.	Os serviços de saúde e relacionados com a saúde estão próximos das famílias e das comunidades, permitindo a sua utilização sempre e quando necessário
<i>Qualidade dos cuidados durante a prestação de serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde</i>	Quão bem os serviços a ser prestados estão alinhados com as necessidades legítimas dos utentes. Isto inclui as experiências durante o uso de serviços essenciais, elementos de segurança e eficácia das intervenções oferecidas.	A prestação de serviços de saúde e relacionados com a saúde está concebida de forma a maximizar os possíveis benefícios para as famílias e comunidades
<i>Procura eficaz de serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde</i>	Conhecimento, atitudes e práticas das famílias e das comunidades que levam ao uso dos serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde disponíveis.	As famílias e as comunidades estão a utilizar os serviços de saúde e relacionados com a saúde disponíveis de forma a maximizar a sua saúde e bem-estar
<i>Resiliência na prestação de serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde</i>	A capacidade inerente do sistema em manter a prestação de serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde mesmo quando confrontado por surtos, catástrofes ou outros choques.	As famílias e as comunidades continuam a ter acesso a serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde mesmo quando o sistema está a responder a choques

Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

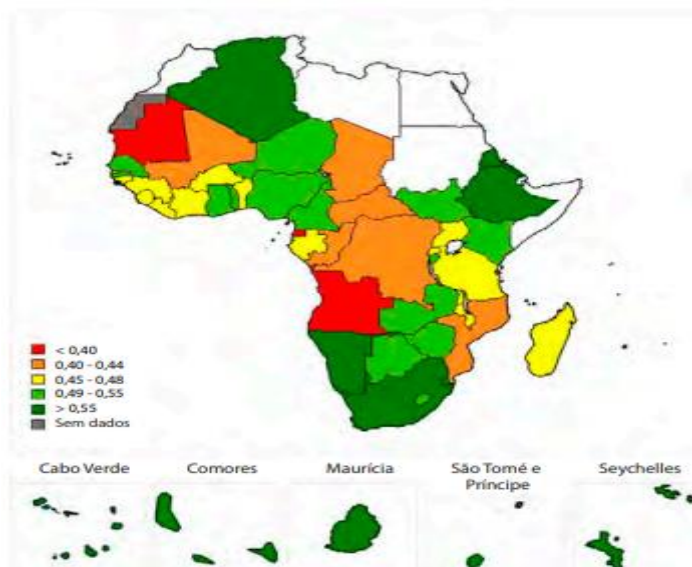
Uma vez que não existem dados entre países na Região para monitorizar e analisar o desempenho dos sistemas de saúde utilizando estes atributos, foram utilizadas variáveis alternativas.

- **Foi gerado um índice de acesso**, com base na disponibilidade dos principais contributos necessários para a prestação dos serviços. Os indicadores utilizados referem-se à disponibilidade dos investimentos perceptíveis dos sistemas de saúde: **Força laboral da saúde**, com um foco nos profissionais médicos, de enfermagem e obstetria, de odontologia, farmacêuticos, de laboratório, ambientais, da comunidade, de apoio e outros por 1000 habitantes; **Infra-estruturas da saúde**, com um foco em camas de hospitais, hospitais, postos de saúde, centros de saúde, hospitais distritais, hospitais provinciais e hospitais especializados por 100 000 habitantes; **Productos da saúde**, com um foco na disponibilidade média e nos rácios médios dos preços aos consumidores para certos medicamentos genéricos nos sectores público e não-público.

- **Foi gerado um índice de qualidade**, com base em certos resultados que reflectem a qualidade dos cuidados recebidos, mais a prontidão específica e os indicadores centrados nas pessoas: O sucesso no tratamento da tuberculose, as taxas de suicídio e as mortes devido à diabetes mellitus são indicadores utilizados para avaliar os resultados. A classificação da prontidão dos serviços tem como base os dados dos inquéritos de Avaliação da Disponibilidade e Prontidão do Serviço (SARA). Os indicadores centrados nas pessoas oriundos das perspectivas dos principais informadores relativamente à dignidade, confidencialidade e atenção imediata.
- **Foi gerado um índice de procura** a partir da análise das taxas de desistência para os serviços que necessitam de várias intervenções. A procura é eficaz se os utentes regressarem para os serviços seguintes. Os serviços com os dados mais consistentes e que são utilizados como uma medida da procura são: ♦ Taxas de desistência de DPT 1-3 ♦ Taxas de desistência de BCG-sarampo ♦ Taxas de desistência de ANC 1 a ANC 4 ♦ Taxa de iniciação até à conclusão da tuberculose (taxa de conclusão da tuberculose).
- Foi gerado um índice de resistência a partir da análise das respostas por parte dos principais informadores relativamente aos diferentes atributos de resistência nos seus sistemas. Estes incluem: ♦ Sensibilização ♦ Diversidade ♦ Versatilidade e auto-regulamentação ♦ Mobilização, adaptação e integração.

Com base nestes índices, a classificação consolidada do desempenho dos sistemas de saúde para a Região Africana **é de 0,49**, o que significa que os sistemas de saúde estão a funcionar apenas a **49% do seu possível nível de desempenho**. No entanto, e como em outras dimensões analisadas, existe uma grande variação no desempenho do sistema por toda a Região, com a classificação consolidada a variar **dos 0,26 aos 0,7**. Isto significa a que o melhor sistema de desempenho na Região Africana está apenas a funcionar a 70% do que é possível. No entanto, a maior parte dos desempenhos dos países (41 dos 47) variam dos **0,4 aos 0,6**, uma variação de desempenho muito reduzida.

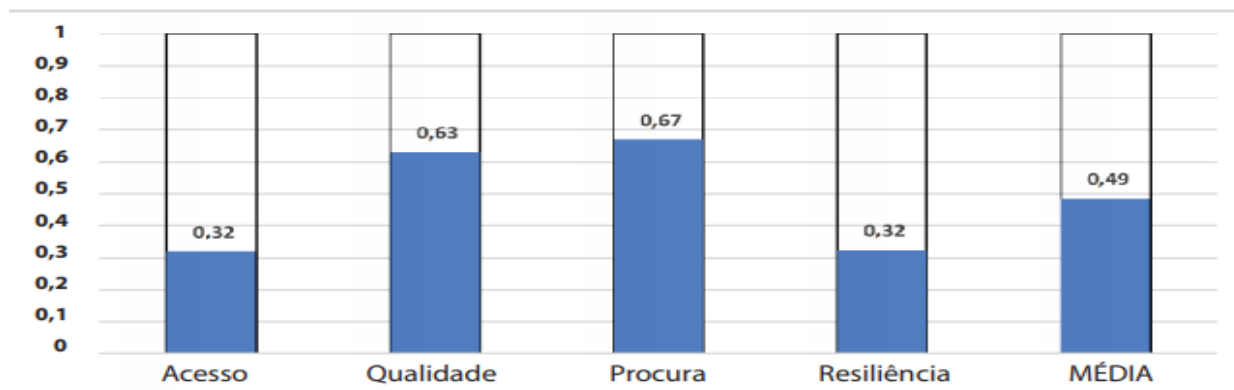
Mapa 8. Variações no desempenho dos sistemas de saúde entre os países na Região Africana



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

Todos os índices que constituem este nível geral de desempenho são insatisfatórios. A resiliência dos sistemas e o acesso a serviços essenciais estão a obter os níveis mais baixos de desempenho dos atributos.

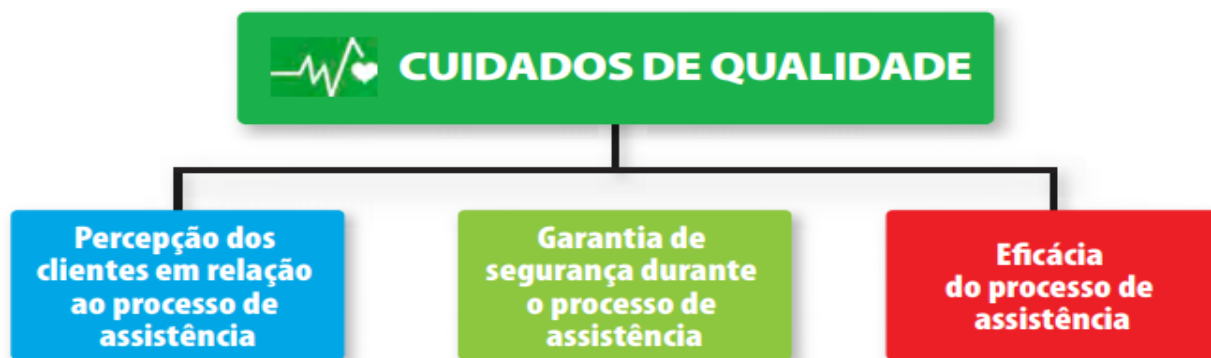
Gráfico 16. Contribuição dos índices de desempenho para o índice geral de desempenho do sistema



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

- **Quanto ao acesso a serviços essenciais:** constatou-se que o nível de acesso à saúde que as populações possuem é um dos principais determinantes para verificar se os serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde podem ser prestados para apoiar a consecução da saúde e do bem-estar. Os investimentos na saúde na força laboral, nas infra-estruturas/equipamentos e nos abastecimentos permanecem baixos na Região, tal como indicado pelo baixo índice de **0,32**. Em média, os sistemas na região são apenas capazes de garantir **32% do** potencial acesso possível aos serviços essenciais O índice de acesso varia significativamente entre os países, desde um baixo 0,12 (República Centro-Africana) a um elevado 0,70 (Maurícia). Apenas três países - Maurícia, Seicheles e São Tomé e Príncipe (todos PEID) – possuem um índice de acesso acima dos 0,50, realçando os níveis bastante baixos de acesso na Região.
- **Quanto à qualidade dos cuidados:** a qualidade dos cuidados continua a ser um dos principais determinantes de utilização e da CUS na Região. No entanto, a qualidade dos cuidados é uma dimensão de desempenho difícil de medir. O Quadro de Acção da OMS caracteriza três atributos importantes da qualidade, todos relacionados com o processo de cuidados: **a percepção dos utentes do processo de cuidados com base nas suas experiências, o nível de segurança (nenhum dano causado) durante o processo; e a eventual eficácia dos cuidados prestados.**

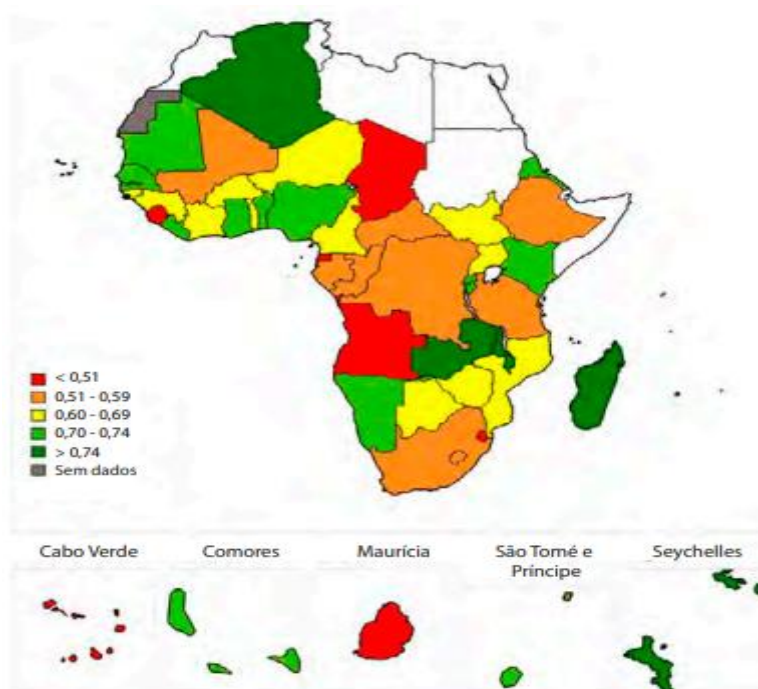
Figura 5. Atributos da dimensão da qualidade dos cuidados



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

O índice da qualidade dos cuidados é de 0,63, que mostra que a qualidade dos cuidados na Região é de apenas 63%. Isto varia consideravelmente entre os países na Região, desde um baixo 0,25 a um elevado 0,94.

Mapa 9. Índice da qualidade dos cuidados na Região Africana

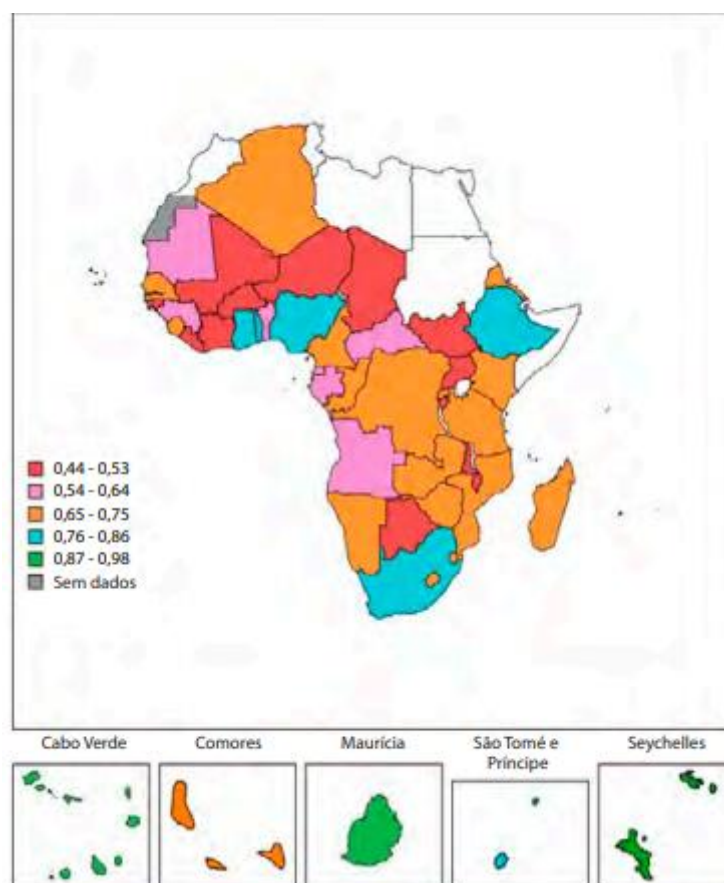


Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

Apenas cinco, dos 47 países da Região, possuem um índice de qualidade acima dos 0,75: Seicheles, Argélia, Madagáscar, Malawi e Zâmbia (por ordem de desempenho).

- **Quanto à procura de serviços essenciais:** A procura eficaz de serviços essenciais reflecte o potencial para as famílias e comunidades utilizarem os serviços essenciais preventivos e curativos que necessitam. Ao analisar a procura com base nos serviços repetidos é possível identificar como os serviços prestados estão alinhados com as necessidades das pessoas. Se a procura é fraca, isso sugere que os serviços a serem prestados não são valorizados pela população. A classificação da procura nos países da Região Africana é relativamente elevada (67%), quando comparada com outras medidas de desempenho. Isto significava que os sistemas de saúde estão a fornecer os serviços que as pessoas querem para a sua saúde e bem-estar. A procura eficaz varia significativamente entre os países, com o país com o índice mais baixo a possuir uma procura eficaz que é metade da dos países com o índice mais elevado.

Mapa 10. Índice eficaz de procura dos países por intervalos de classificação dos serviços essenciais



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

A variação na procura eficaz entre países não parece estar influenciada pelo nível de rendimento, tal como observado por algumas das outras variáveis do desempenho dos sistemas de saúde.

2.1.4.4. Estado dos investimentos no sistema de saúde

Os atributos dos investimentos do sistema de saúde, representam as áreas em que o sector da saúde necessita investir para ter um desempenho ao nível necessário para ir de encontro à CUS. Existem sete áreas de investimento do sector da saúde, classificadas de forma geral em duas categorias:

- i) Contribuições perceptíveis que fornecem os serviços essenciais necessários, como a força laboral da saúde, as infra-estruturas da saúde e os Produtos e tecnologias médicos;
- ii) Processos imperceptíveis necessários para apoiar o uso das contribuições perceptíveis, que incluem a forma como os sistemas são desenhados para a prestação de serviços, governação da saúde, informação sanitária e financiamento da saúde.

Figura 6. Categorização das áreas de investimento do sistema de saúde



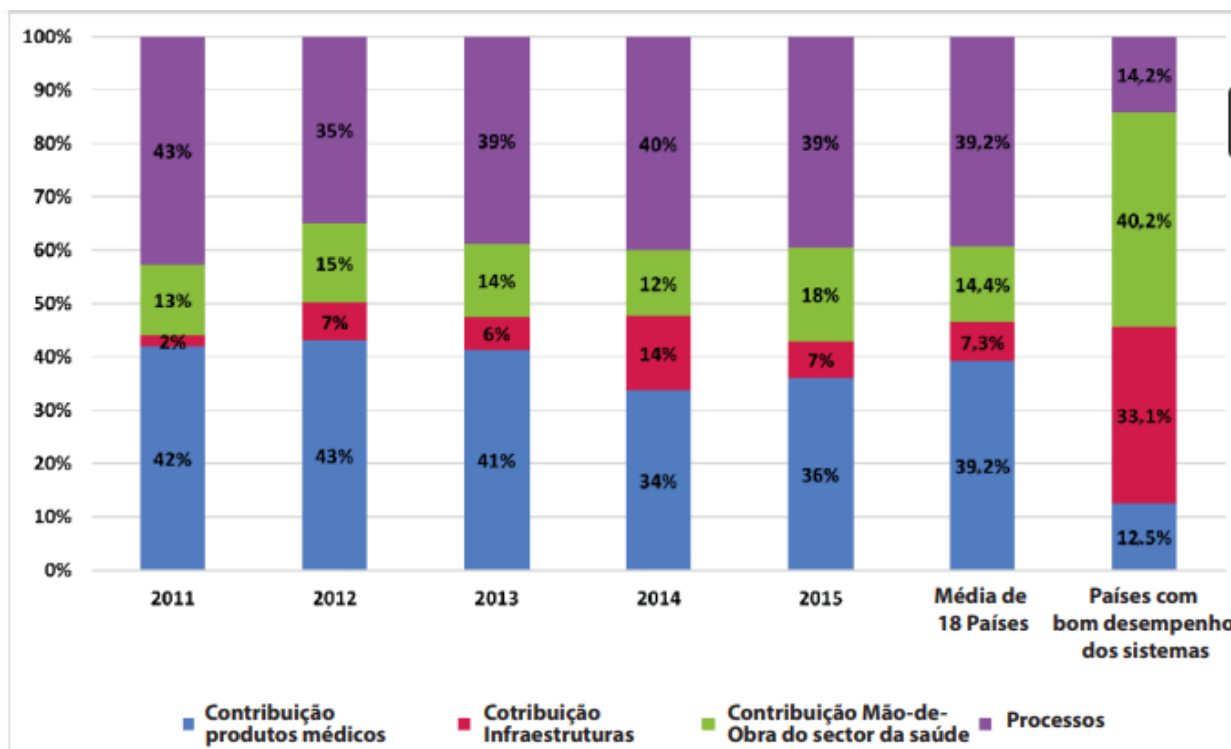
Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

Os países fazem investimentos ao longo de sete áreas - seja através de programas ou através de investimentos transversais ao sistema - para alcançarem o desempenho do sistema necessário para prestar serviços essenciais e ir de encontro a CUS.

O desempenho do sistema de saúde de um país é uma função de nível, distribuição/justiça e eficiência nos investimentos realizados pelas sete áreas. Uma revisão dos níveis de financiamento governamental em 18 países da Região Africana ao longo destas áreas de investimento mostra **uma média de 60% de despesas em áreas de contribuições perceptíveis e 40% de despesas nas áreas de processos imperceptíveis**. Nas áreas perceptíveis, a maior despesa de fundos governamentais é em produtos médicos (39% de despesas governamentais), seguida pela força laboral da saúde (14%).

Apenas 7% das despesas governamentais são usadas em infra-estruturas - o que inclui equipamento, transportes e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC).

Gráfico 17. Alocação de despesas governamentais nas categorias de áreas de investimento por ano e por tipos de países.¹¹



Fonte: OMS/AFRO. O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

Para concluir este capítulo deve ser sublinhado que o Escritório Regional Africano da OMS definiu o Programa Africano de Transformação da Saúde 2015– 2020: uma visão para a cobertura universal de saúde como um quadro estratégico de orientação da contribuição da OMS para a Agenda 2030 na Região Africana. O objectivo do programa é garantir o acesso a um pacote de serviços essenciais de saúde e relacionados com a saúde em todos os Estados-Membros e, assim, alcançar a CUS com um mínimo de obstáculos geográficos, financeiros e sociais. O trabalho da OMS na Região constroi-se em torno de cinco prioridades estratégicas, que reflectem as questões específicas que influenciam a saúde e o bem-estar de todos na região: i) Melhorar a segurança sanitária, combatendo doenças com potencial epidémico, emergências e novas ameaças para a saúde; ii) Ser o motor do progresso em direcção à equidade e a cobertura universal de saúde através do reforço dos sistemas de saúde; iii) Prosseguir a agenda de desenvolvimento pós 2015, assegurando ao mesmo tempo que os ODM são alcançados; iv) Enfrentar os

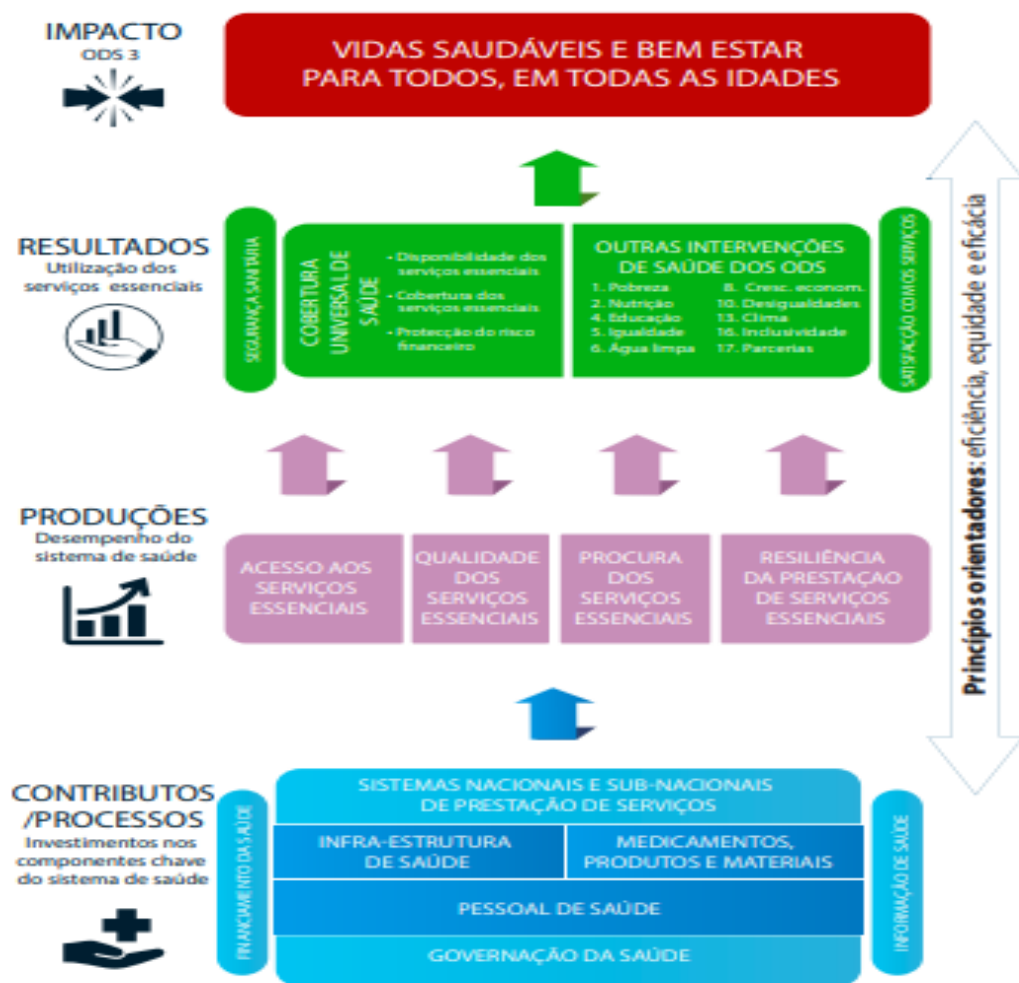
¹¹ Para aprofundar sobre os problemas associados com cada uma das sete áreas de investimento dos sistemas de saúde recomenda-se a leitura do documento “ O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Escritório Regional da OMS para a África, 2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201808/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

determinantes sociais e económicos da saúde; e v) Construir um secretariado da OMS receptivo e orientado para os resultados

Partindo desse foco estratégico da Região, o Comité Regional da OMS para a África, como foi descrito no ponto 1.1, em Agosto de 2017, adoptou uma estratégia para o desenvolvimento de sistemas de saúde em direcção a CUS no contexto dos ODS, chamada Quadro de Acções.

Esse “Quadro de Acções” tem dois grandes objectivos: a) fornecer vínculos entre os investimentos no sistema de saúde e os resultados dos serviços de saúde, para garantir sinergias de acção nas intervenções em sistemas e serviços, também necessárias para alcançar o ODS 3 e b) orientação aos países para o realinhamento dos investimentos no sistema, necessários para atingir um conjunto abrangente de resultados na saúde e relacionados com a saúde, essenciais para alcançar o ODS 3.

Figura 7. Quadro de desenvolvimento dos sistemas de saúde em prol da cobertura universal de saúde no contexto dos ODS na Região Africana (o Quadro de Acções)



Fonte: OMS. Escritório Regional para a África. O Estado da Saúde na Região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir .2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>

O Escritório Regional Africano da OMS considera que os CSP continuam a ser a melhor estratégia para atingir a CUS no continente africano e os ODS 3.

2.2. SITUAÇÃO DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS PARA ABORDAR OS PROBLEMAS DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

2.2. 1. A situação de saúde e o Desenvolvimento Humano em Moçambique

Tal e como foi descrito na UT 1, 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). As desigualdades em saúde são uma expressão relevante das profundas desigualdades existentes nos países, que em Moçambique, como em outros países africanos e do mundo, foram crescendo na última década.

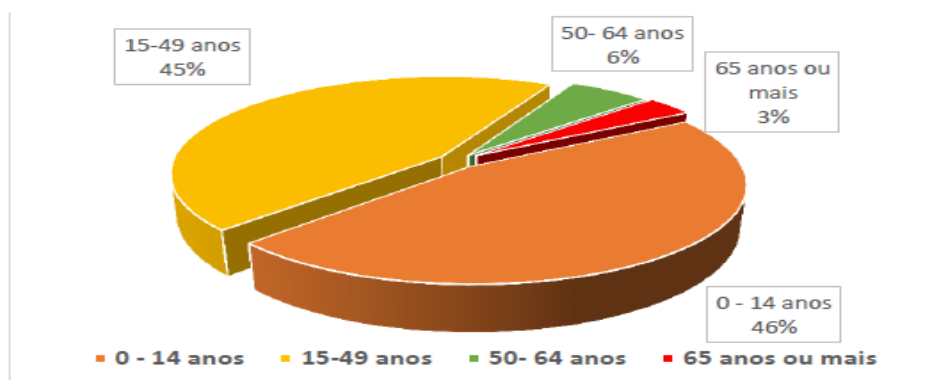
O actual sistema de saúde em Moçambique, que será analisado em profundidade na seguinte UT, é bastante semelhante ao da maioria dos países da África Subsaariana. É caracterizado por um nível primário com infra-estruturas muito deficientes, pessoal de saúde pouco qualificado e requisitos básicos: água 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 Unidades de saúde (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. (18)

2.2.1.1. 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 existentes no país, 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 (19), 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.

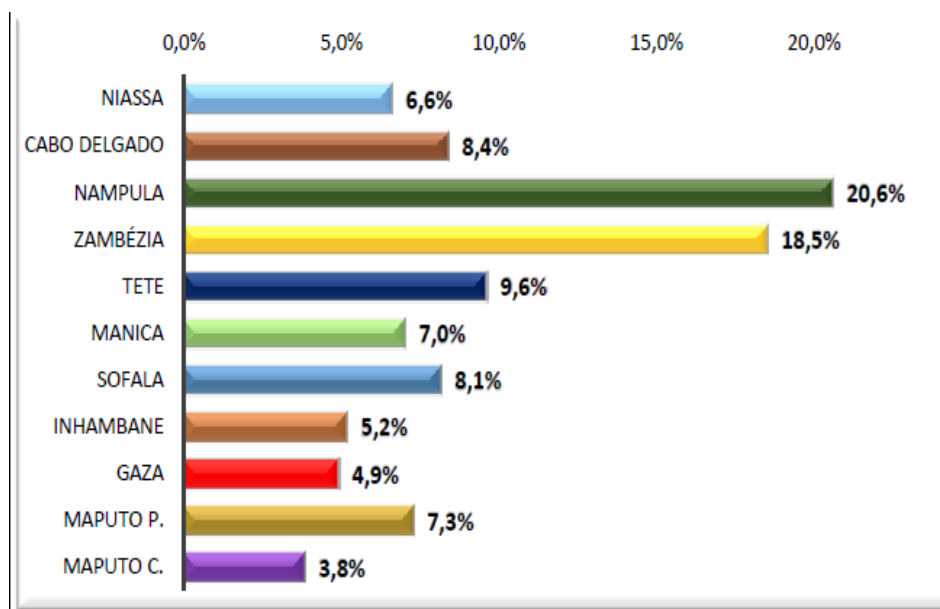
Gráfico 18. População Moçambicana por grupos de idade em 2019



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> (19)

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 19. 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> (19)

Nesta base, na tabela seguinte são apresentados os principais indicadores de saúde de Moçambique, baseados na informação contida em dois documentos base: “Relatório de Desenvolvimento Humano” do PNUD do ano 2020 (16) e “Estatísticas Sanitárias Mundiais” da OMS do ano 2020 (17).

Tabela 11. 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
Porcentagem da prevalência de atraso do crescimento entre crianças menores de 5 anos	43,3
Porcentagem 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
Porcentagem 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 obstetrícia (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 “Estatísticas Sanitárias Mundiais” 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 do ano 2019, as doenças transmissíveis ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte em Moçambique: **malária (29% de todas as mortes), Vírus da Imunodeficiência Humana (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.

2.2.1.2. 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.

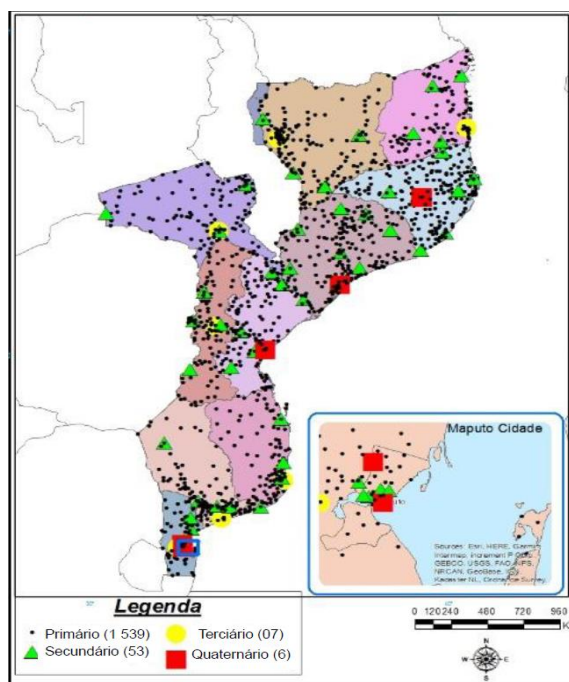
Para compreender o eixo das desigualdades em saúde são seguidamente analisados vários elementos do Sistema de Saúde, que sistematiza o Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e Serviços de Saúde, (SARA-PLUS 2018), realizado em 2018 (20), com base na informação recolhida para o estudo, agrupada em: **unidades de saúde existentes e distribuição das mesmas; disponibilidade global**

dos serviço; prontidão global de serviços; disponibilidade e prontidão de serviços específicos e inventário

2.2.1.2. A. Distribuição das US

Das 1.651 US registadas na base de dados no sector público, foram localizadas e visitadas 1.643, das quais 1.575 eram de nível primário, 54 de nível secundário, 7 de nível terciário e 7 de nível quaternário¹², como se observa no seguinte mapa.

Mapa 11. Distribuição geográfica das US desagregada por nível de atenção



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> (20)

2.2.1.2. B. Disponibilidade global dos serviços

A avaliação da disponibilidade global refere-se à provisão de serviços ajustada à população e inclui três elementos-chave: infra-estruturas de saúde, recursos humanos e utilização de serviços.

Para a descrição de infra-estruturas de saúde foram estabelecidos três indicadores por população específica: **rácio das US**, **rácio de camas de internamento** e **rácio de camas da maternidade**.

- **O rácio de US é um indicador de aproximação de acesso a serviços ambulatoriais;**
- **O rácio de camas de internamento é indicador da capacidade de serviços de internamento;**
- **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.

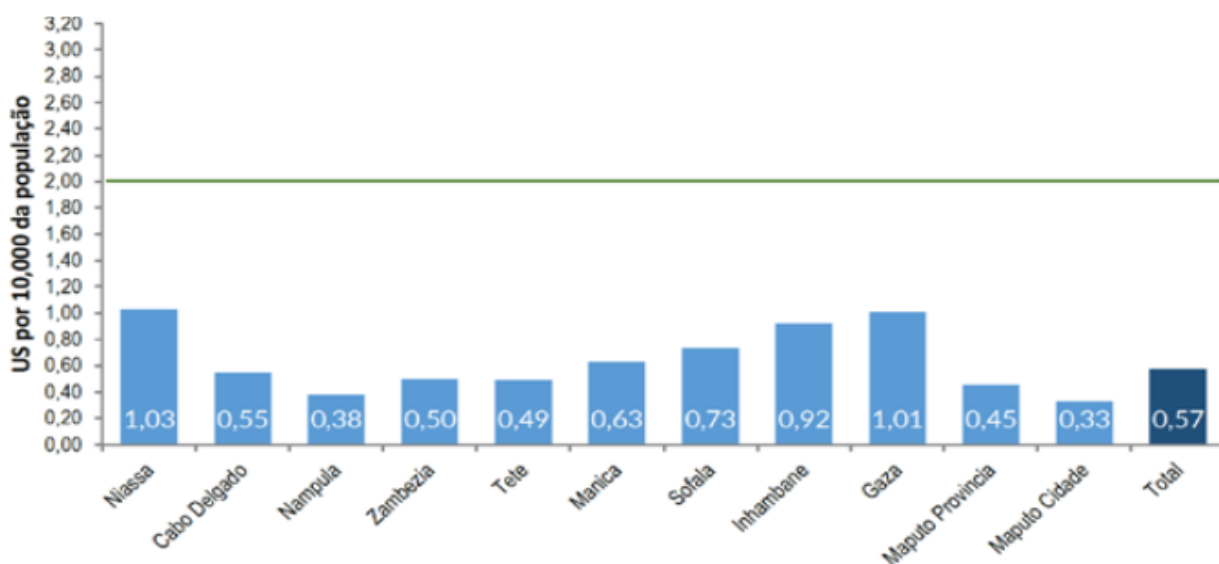
¹² Algumas unidades sanitárias da província de Cabo Delgado não foram visitadas devido à "insegurança causada por homens armados", e outras da província de Sofala não foram alcançadas devido às condições climáticas não favoráveis para a travessia marítima.

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.

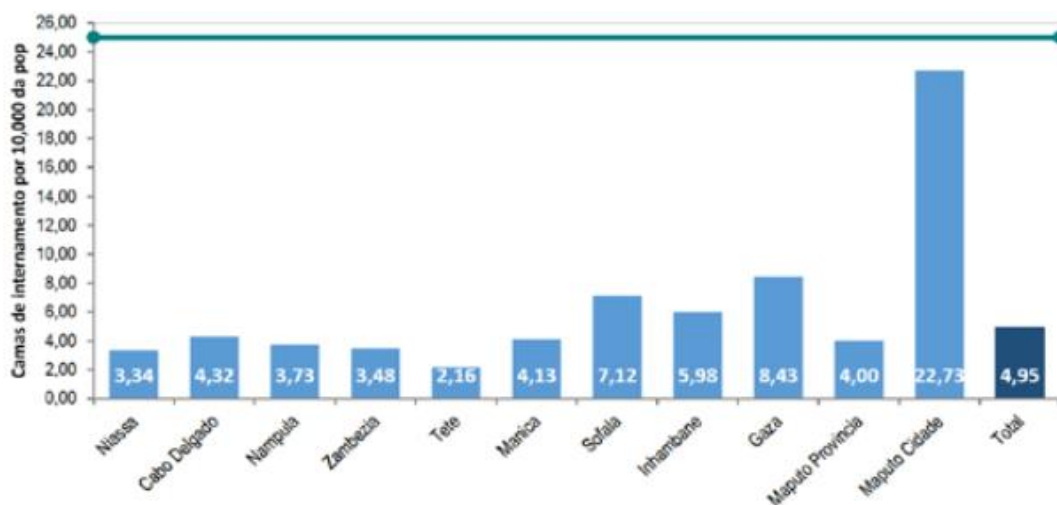
Gráfico 20. Número de US por 10.000 habitantes (valor de referência = 2), Moçambique 2018



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> (20)

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.

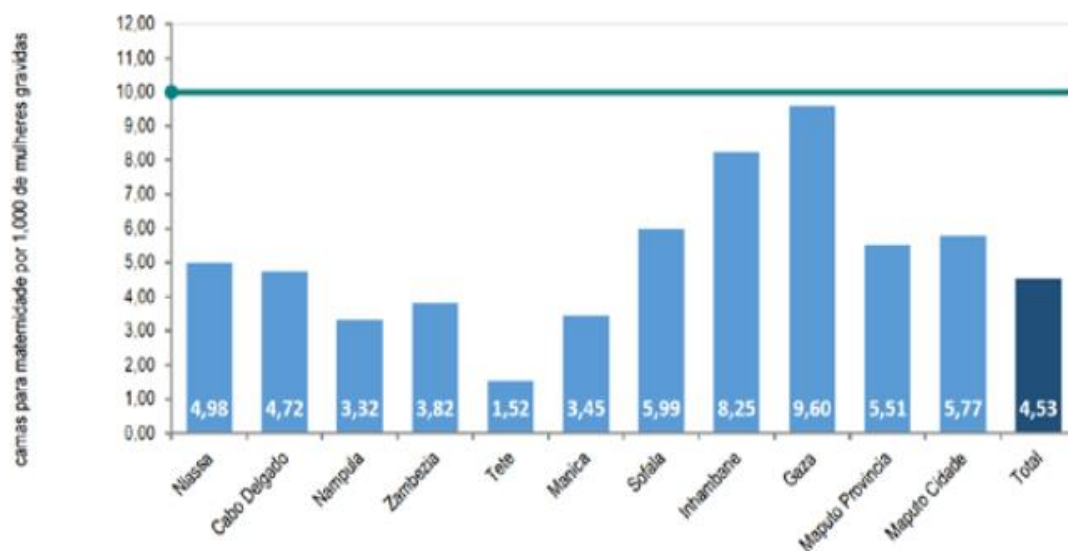
Gráfico 21. Número de camas de internamento por 10.000 habitantes (Valor de referência = 25), Moçambique 2018



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\(20](https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional(20)

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



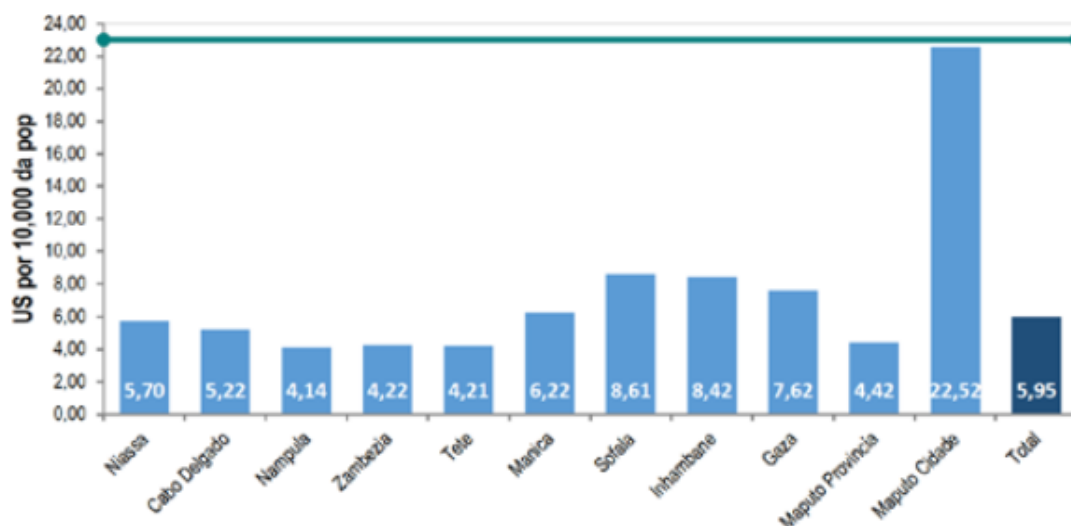
Fonte: Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Inventário Nacional de Infra-estruturas, Recursos, Equipamentos e serviços de Saúde, realizado em 2018 (SARA-plus 2018). Moçambique. 2018. Disponível em: [https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional\(20](https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional(20)

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 (anestesista, 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 23. 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\(20\)](https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional(20))

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 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

2.2.1.2.C. Prontidão global de serviços ¹³

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 12. 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 infeção	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 infeções.
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\(20\)](https://www.afro.who.int/pt/publications/sara-2018-inventario-nacional(20))

¹³ 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

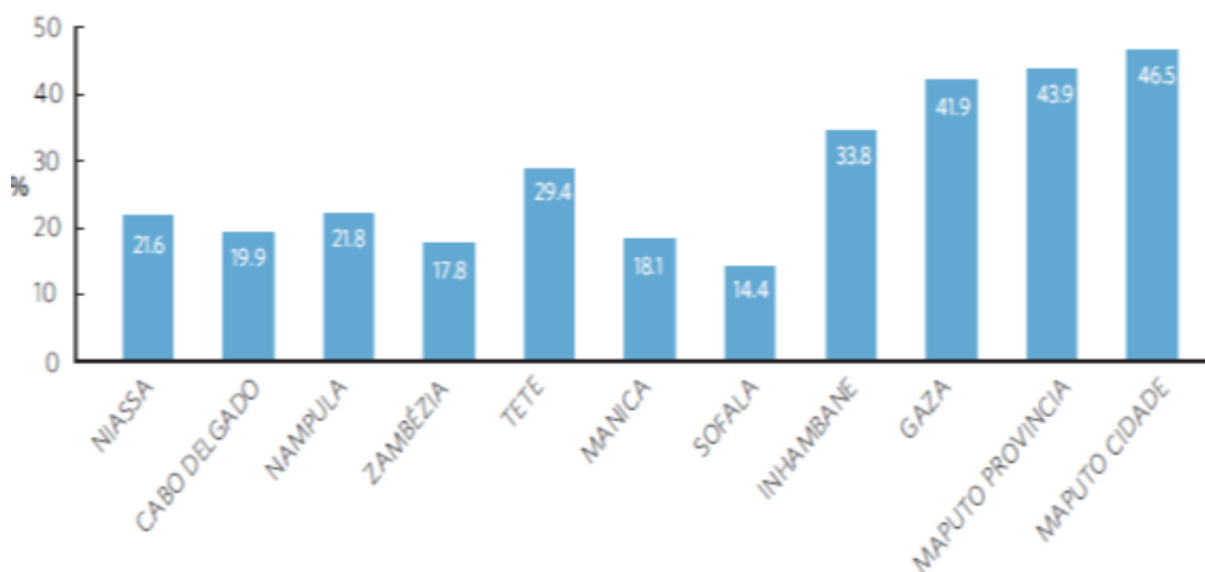
2.2.2. A integração de diferentes dimensões de desigualdade: As desigualdades na saúde sexual e reprodutiva e na saúde das crianças.

2.2.2.1. 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.

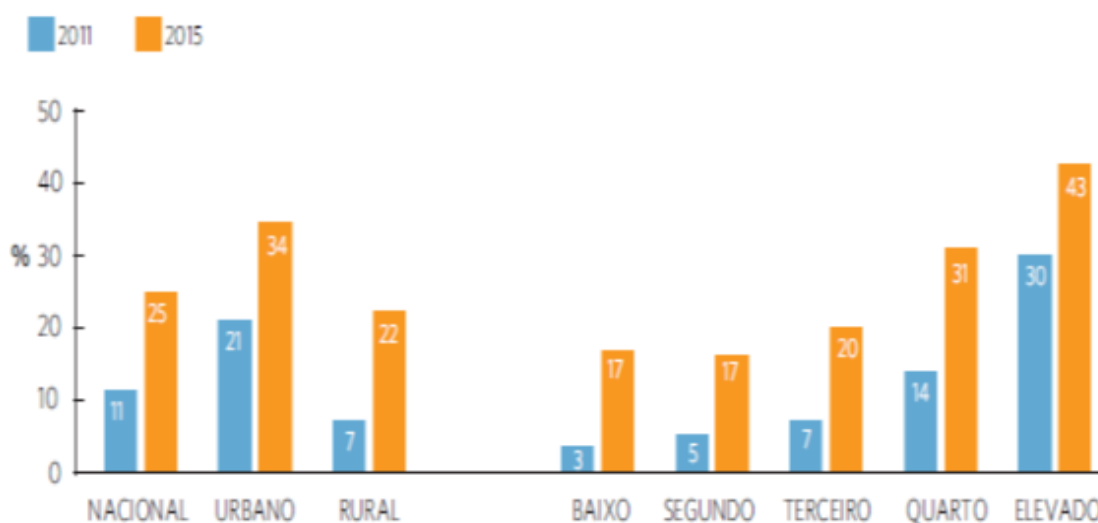
Segundo informações contidas no Relatório Mundos Distantes, saúde Reprodutiva e Direitos numa Era de Desigualdade Suplemento Nacional do Estado da População Mundial (21), na maioria dos países o acesso à assistência à saúde sexual e reprodutiva é geralmente menor nos 20% dos domicílios mais pobres, e 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 24. Uso de métodos modernos de contraceção (%), Moçambique - 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 (21)

Gráfico 25. Uso de métodos modernos de contracepção (%) 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 (21)

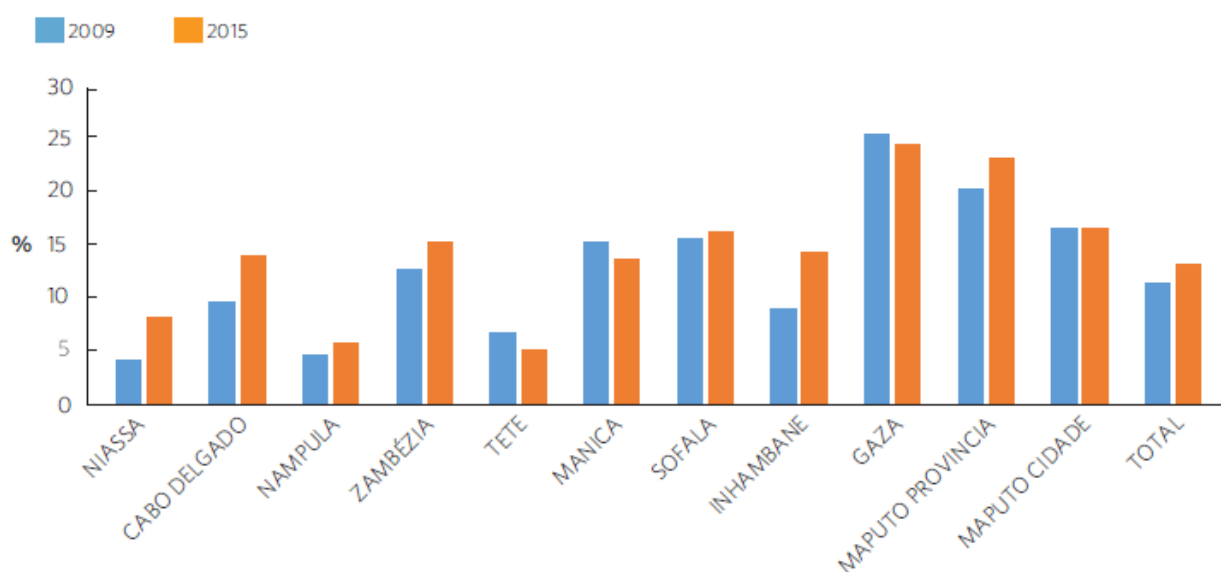
Quando os dados são desagregados por idade, grupos de renda, nível educativo e outros eixos, as diferenças são muito reveladoras, tendo-se observado o seguinte:

- 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 (quintil 5) foi de 43%, bem acima da média nacional, sendo de apenas 16,7% entre os mais pobres (quintil 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 26. 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%20Ib_ITEM%206%20SWOP%20Supplement.pdf (21)

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.

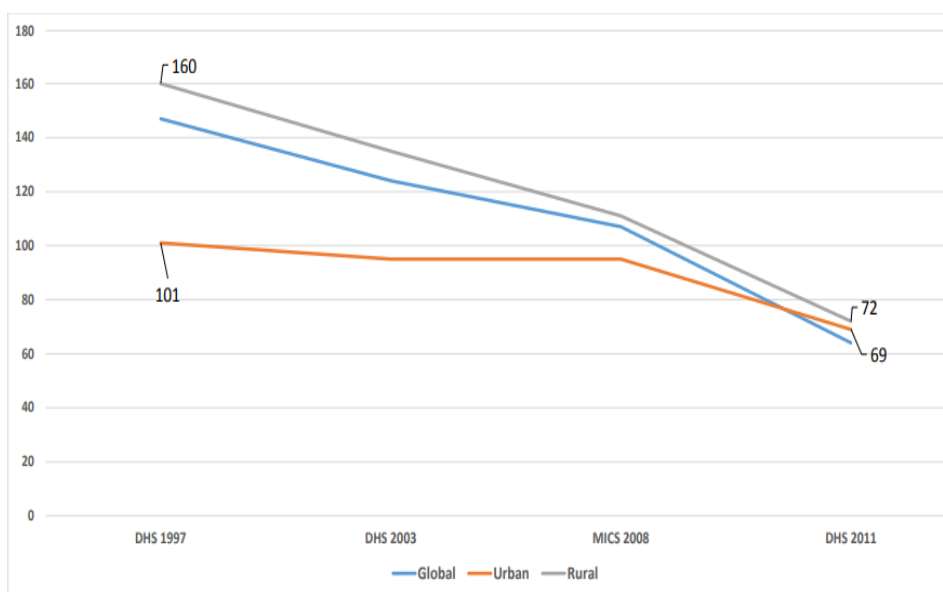
2.2.2.2. As desigualdades na saúde das crianças.

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: Ministério da Saúde (MISAU), Fundo das Nações Unidas para a Infância (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 27. Tendências da mortalidade infantil em Moçambique, 1997 – 2011 (por mil nascimentos vivos)

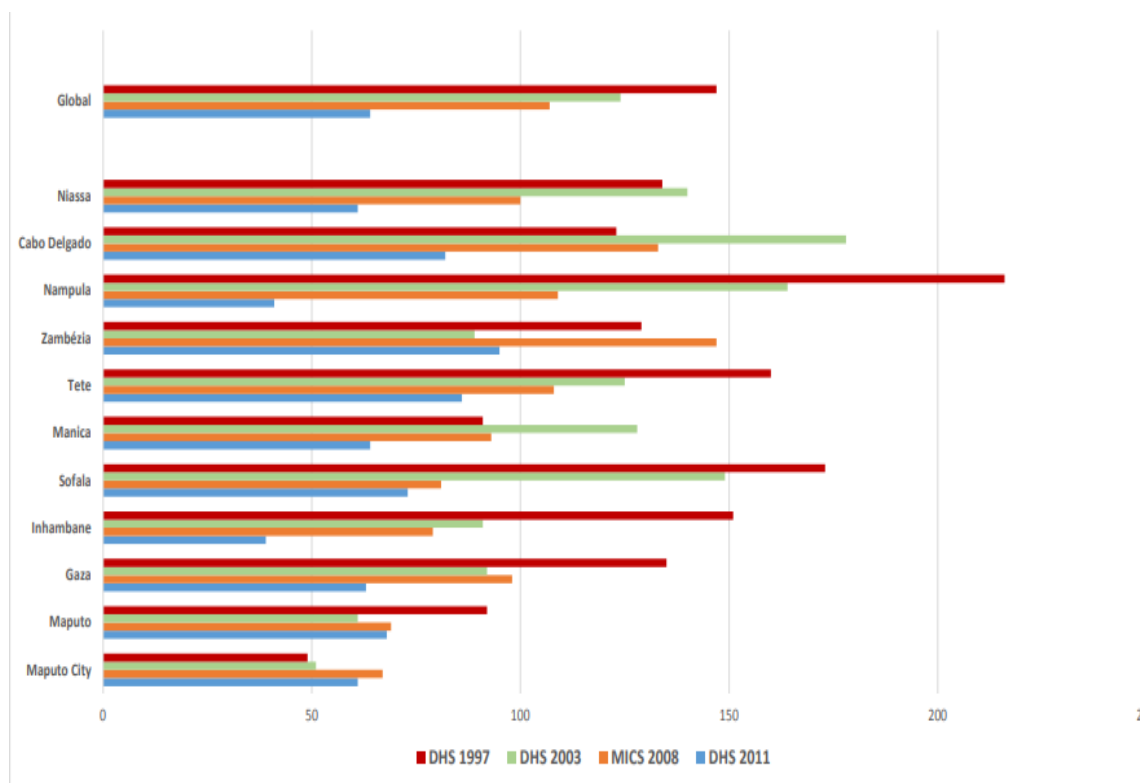


Baseado em dados do IDS 1997, 2003 & 2011 e MICS 2008

Fonte: Chavane, L; Gonçalves, C. Desigualdades em Saúde Materna e Infantil em Moçambique Uma Perspectiva Histórica. Conferencia Universidade Eduardo Mondlane. //07/2019. Disponível em: <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> (22)

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

Gráfico 28. Tendência da Mortalidade Infantil por Província em Moçambique, 1997 – 2011

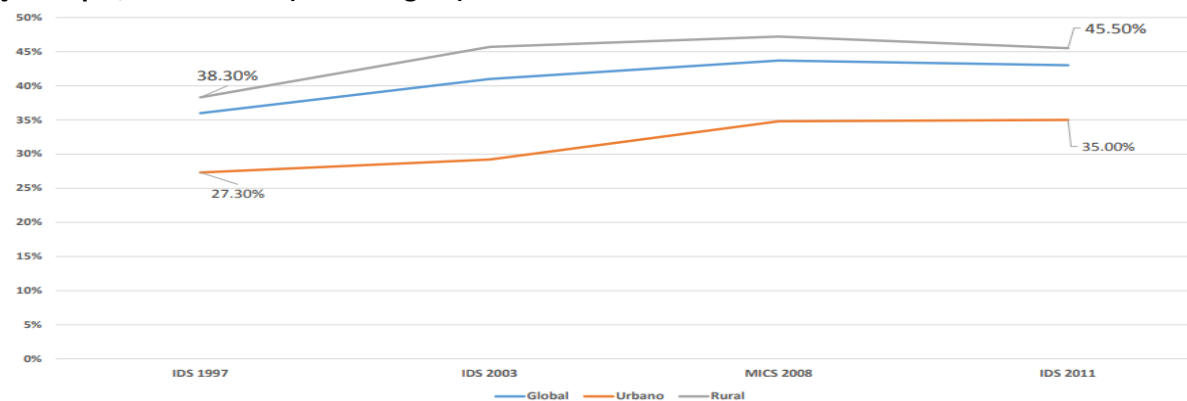


Baseado em dados do IDS de 1997, 2003 & 2011 e MICS 2008

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%BAdede-materna-e-infantil-em-mo%C3%A7ambique> (22)

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

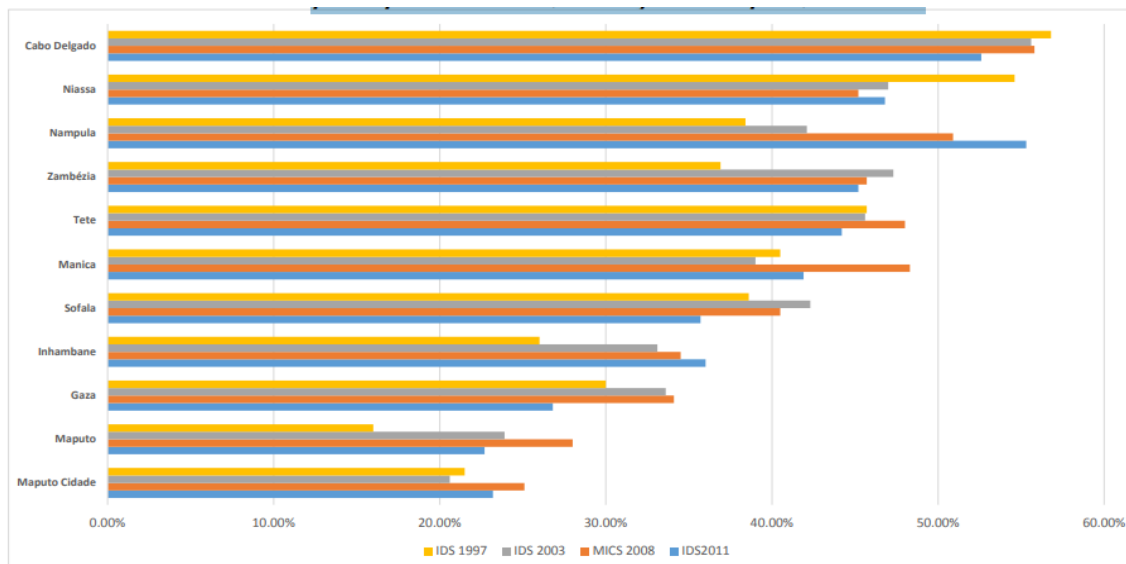


Baseado em dados do IDS de 1997, 2003 & 2011 e MICS 2008

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%BAdede-materna-e-infantil-em-mo%C3%A7ambique> (22)

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 30. 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\(22\)](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(22))

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 31. Tendências da desnutrição crónica por nível de escolaridade da mãe, 1997 – 2011 (Percentagem)



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\(22\)](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(22))

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 (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%.

2.2.3. As desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento (23)

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 Mundi¹⁴, a partir de informações extraídas do Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF) de Moçambique 2014/15, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INEM).¹⁵

¹⁴ 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>

¹⁵ 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 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.

Tabela 13. Variáveis dos resultados analisadas no estudo

Dimensão de acesso	Variável do resultado	Valores
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://medicumundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

2.2.3. 1. Factores condicionantes da necessidade de saúde percebida

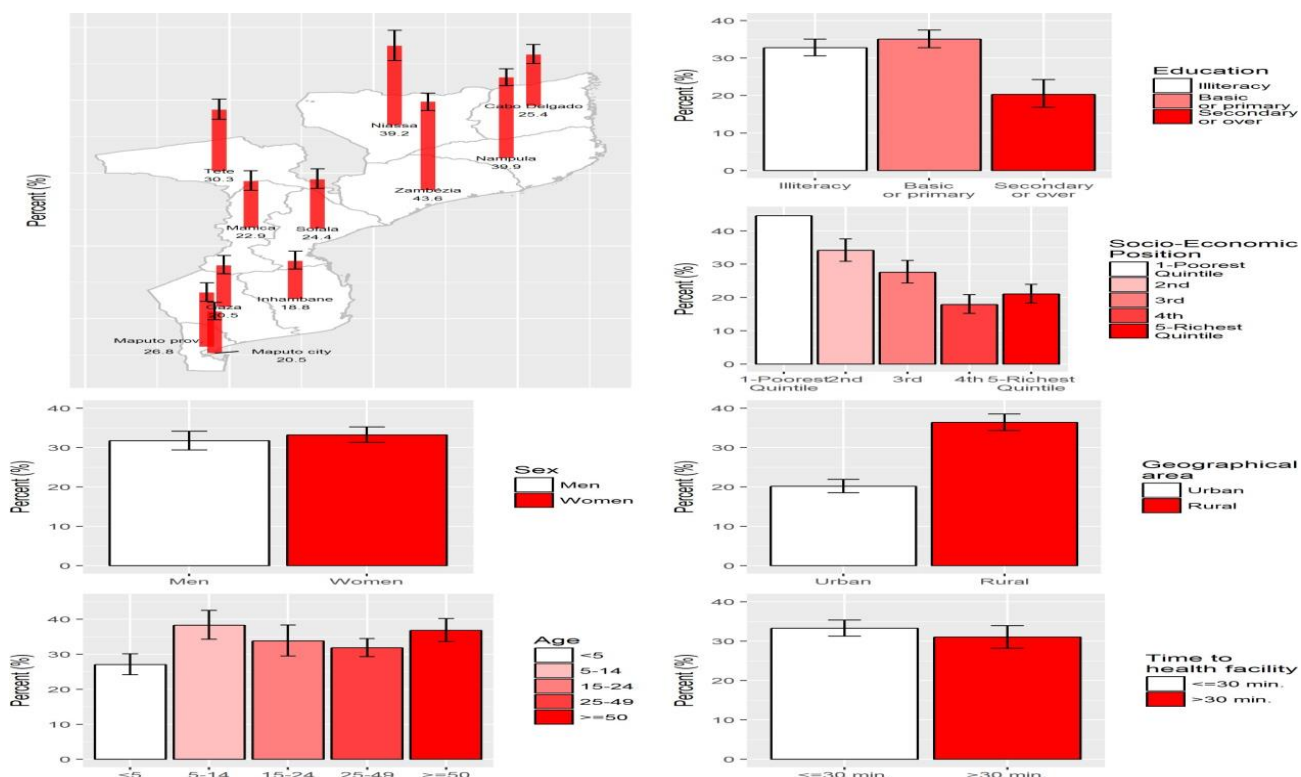
Um total de 6495 indivíduos da amostra de n = 58.118 reportou uma necessidade de saúde percebida (12,04%, corrigida pelo desenho da amostra), definida como responder 'sim' à pergunta se a pessoa estava doente ou sofreu uma lesão nas duas últimas semanas.

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

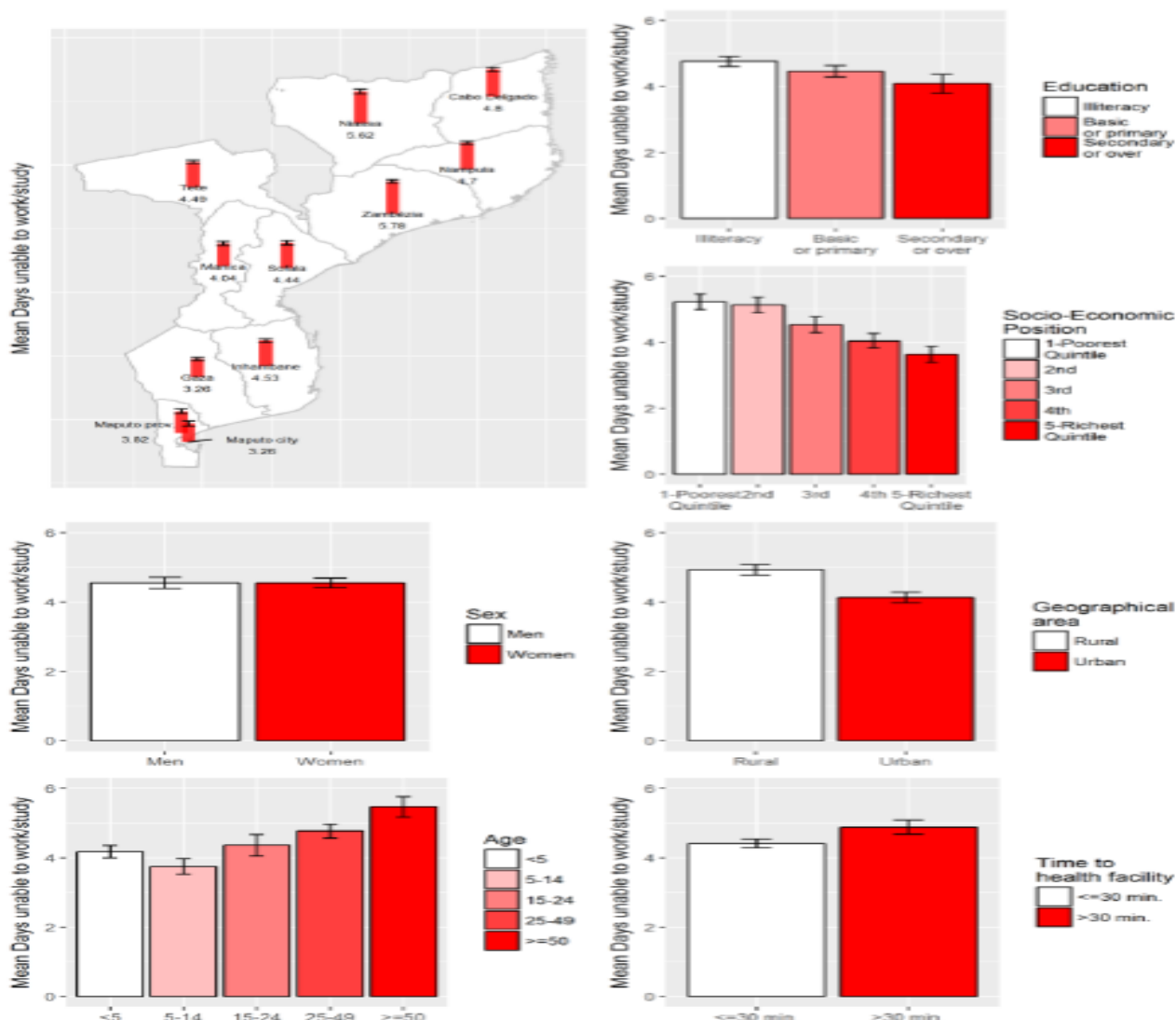


Fonte: Llop, A, Gironés, F, y outros. Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. *Medicus Mundi* 2018. Disponível em: <https://medicushmanimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

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 33. 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.

2.2.3.2. Acesso aos serviços profissionais de saúde

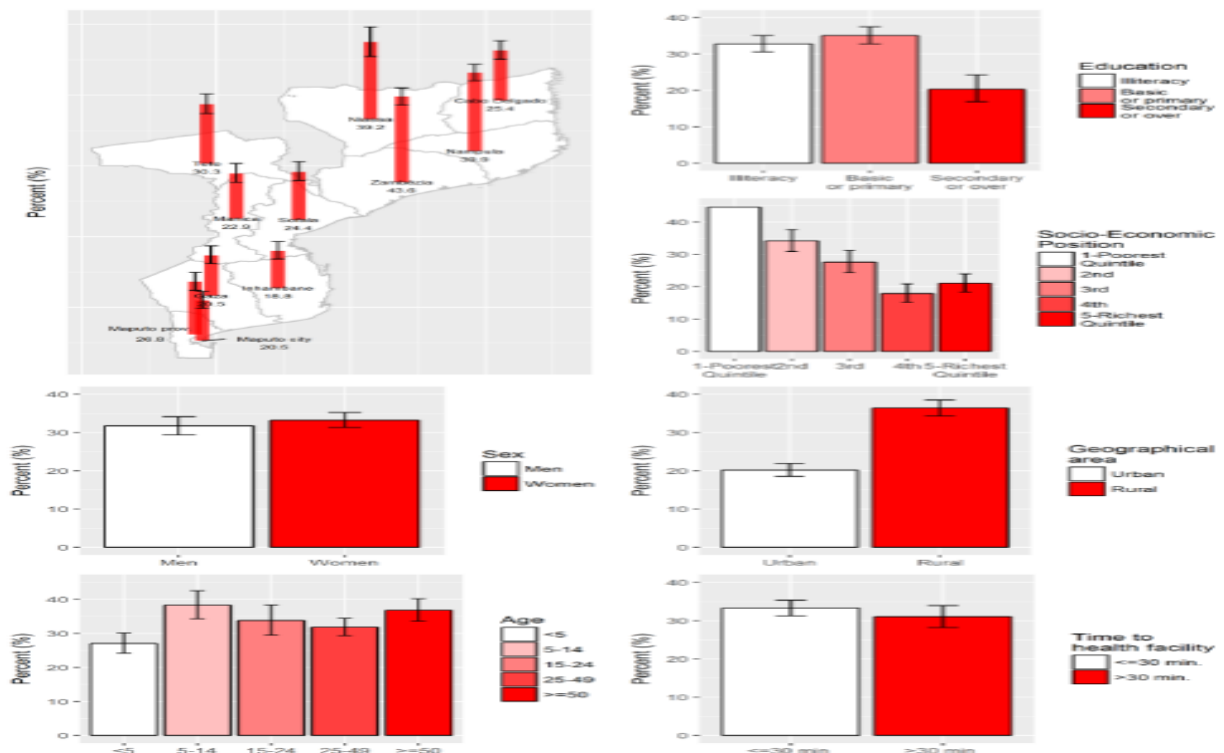
Dos 6.495 indivíduos que se referiram à necessidade de saúde, 1.785 (32,6%), **NÃO** consultaram algum agente de saúde, instituição de saúde ou médico tradicional, enquanto os restantes 4.711 (67,4%) declararam utilizar algum tipo de serviço profissional de saúde.

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



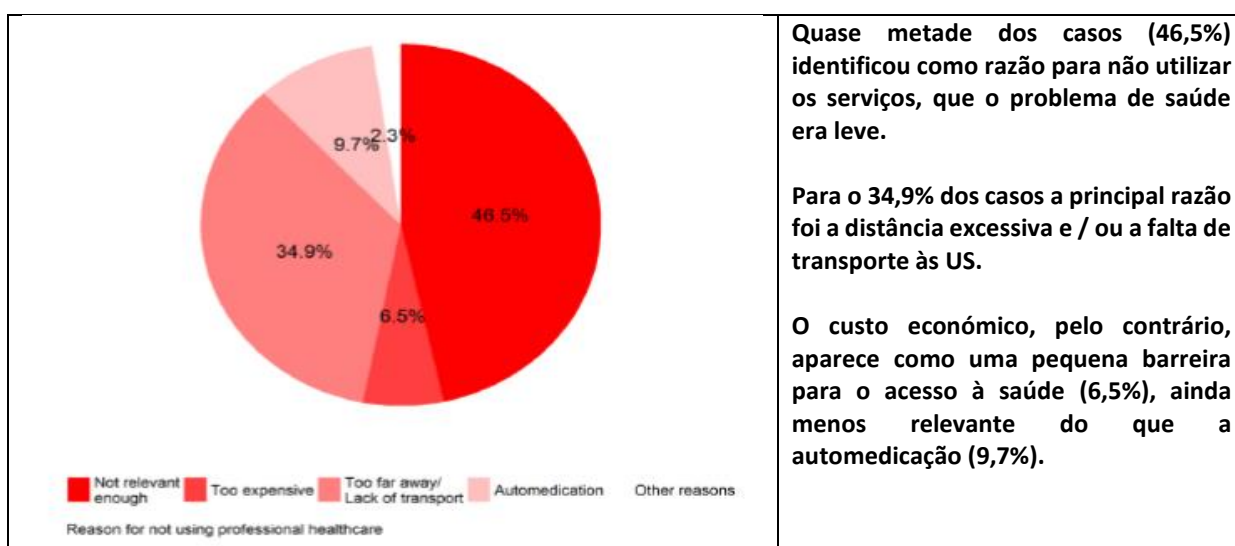
Fonte: Llop, A, Gironés, F, y outros. _Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. Medicus Mundi 2018. Disponível em: <https://medicmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

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

2.2.3.3. 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.

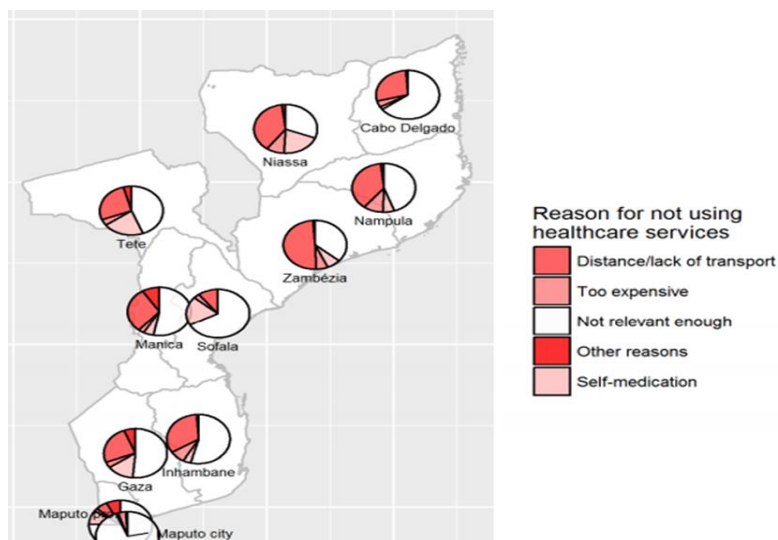
Gráfico 35. Razões para não usar cuidados de saúde profissionais



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://medicumundimozambique.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.

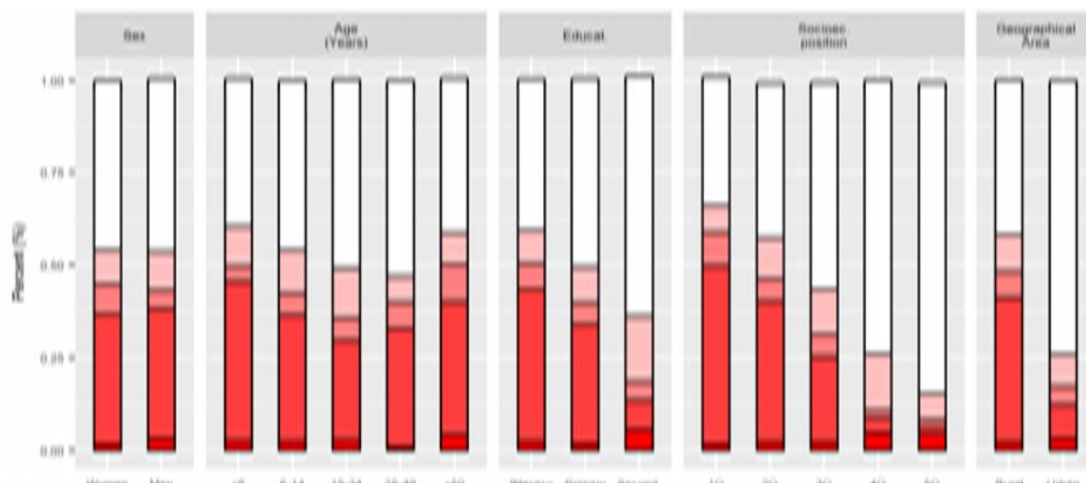
Mapa 12. Razões de não utilização dos cuidados de saúde profissionais por província



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://medicmundimozambique.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 36. 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://medicmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

2.2.3. 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.

2.2.3.5. 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 chegarem 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 ricas, 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.

Para concluir este capítulo apresentam-se as seguintes tabelas e gráficos que resumem algumas informações relativas a situação de saúde Moçambique, extraídas do Relatório “O Estado da Saúde na Região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir” (11

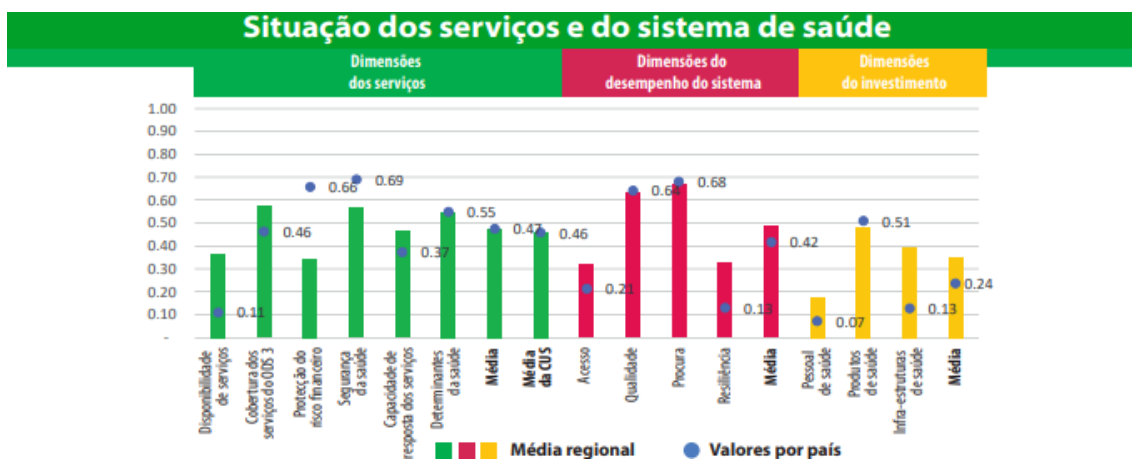
Tabela 14. Situação de saúde e bem-estar de Moçambique.

Moçambique

	Valor do		Valor equivalente na Região Africana			
	País	Média	PRE	PRMA	PRMB	PRB
Esperança de vida saudável	49,6	53,8	65,5	58,6	52,9	52,5
Taxa bruta de mortalidade por 1000 habitantes	11,8	9,7	6,7	8,2	10,1	10,0
AVAFI perdidos por 1000 habitantes – Total	701,4	592,2	309,3	441,4	618,4	630,6
Devido a doenças transmissíveis	450,2	352,9	43,9	207,1	374,8	393,0
Devido a afecções não transmissíveis	186,2	177,6	234,9	190,6	180,3	170,6
Devido a traumatismos	64,3	61,2	30,3	43,2	62,7	66,5

Fonte: OMS. Escritório Regional para a África. O Estado da Saúde na Região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir .2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf> (10)

Gráfico 37. A situação dos serviços e o sistema de saúde



Fonte: OMS. Escritório Regional para a África. O Estado da Saúde na Região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir .2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf> (11)

Tabela 15. Resultados dos serviços e o desempenho do sistema

Resultados dos serviços		Desempenho do sistema e investimentos	
Comentários	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De modo geral, a utilização dos serviços de saúde e relacionados com a saúde necessária para alcançar os ODS está a 47% daquilo que é exequível na Região, ou seja, ligeiramente abaixo da média regional (48%). ▶ A utilização no país é superior à média regional em termos da protecção contra os riscos financeiros e da segurança sanitária. ▶ Em comparação com outros países de rendimento baixo, a utilização no país é mais alta em termos da protecção contra os riscos financeiros e da segurança sanitária. 		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trata-se de um país de rendimento baixo com um desempenho de sistema inferior ao de outros países de rendimento baixo. ▶ O país enfrenta desafios económicos, incluindo a suspensão da ajuda internacional (empréstimos do FMI) e reformas no sector bancário. ▶ Em todos os domínios de monitorização do desempenho do sistema, o desempenho relativo é mais baixo na resiliência do sistema. ▶ Os investimentos tangíveis no sistema apenas são superiores às médias regionais nos produtos de saúde; são muito baixos nas outras áreas. ▶ Os níveis de investimento tangível no sistema são demasiado baixos para haver processos eficazes no sistema (prestação de serviços, financiamento, governação e informação).

Fonte: OMS. Escritório Regional para a África. O Estado da Saúde na Região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir .2018. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf> (10)

3. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). Revitalização dos serviços de saúde no contexto dos Cuidados de Saúde Primários na Região Africana. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/AFR%20RC56%2012_po_0.pdf.
- 2.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). Declaração de Argel. Reduzir o défice de conhecimentos para melhorar a saúde em África. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/AFR%20RC58%2012%20DECLARACAO%20DE%20ARGEL_0.pdf
- 3.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio (abril, 2008). Disponível em: http://www.afro.who.int/en/downloads/cat_view/1492-portugues/1600declaracoes-de-ambito-regional-.html
- 4.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). A Declaração de Luanda sobre Cobertura Universal da Saúde em África. 2014. Disponível em: [https://archives.au.int/bitstream/handle/123456789/4642/EX%20CL%20872%20\(XXVI\)%20_P.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://archives.au.int/bitstream/handle/123456789/4642/EX%20CL%20872%20(XXVI)%20_P.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- 5.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). A Saúde das pessoas: o que funciona: Relatório sobre a Saúde na Região Africana 2014. OMS/AFRO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178167/9789290340737.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 6.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). Uma Década de Acção da OMS na Região Africana Trabalhando juntos para alcançar os objectivos de saúde. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141477/9789290340683.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 7.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). Não deixar ninguém para trás: Reforço dos sistemas de saúde para alcançar a Cobertura Universal da Saúde (CUS) e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em África. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272274/9789290341161-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 8.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). O Observatório Africano da força de trabalho em saúde. 2010. Disponível em: <https://eportuguese.blogspot.com/2007/09/observatrio-africano-dos-profissionais.html>
- 9.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). O Observatório Africano da Saúde: reforçar os sistemas de informação sanitária através dos observatórios nacionais da saúde. 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111851/AFR_RC62_R5_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 10.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). Quadro para o desenvolvimento dos sistemas de saúde com vista à da cobertura universal de saúde, no contexto dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável na Região Africana. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334317/AFR-RC67-10por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 11.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). O Estado da Saúde na região Africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/O%20Estado%20da%20Saude%20na%20Regiao%20Africana%20da%20OMS.pdf>
- 12.- 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 \(4\)](https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales_final.pdf (4))

- 13.- Organização Mundial da Saúde (OMS/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
- 14.- Organização Mundial da Saúde (OMS/OPS). 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>
- 15.- Banco Mundial. Estadísticas mundiais. Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
16. - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (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>
- 17.- Organização Mundial da Saúde (OMS/OPS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 18.- Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). OMS. Comité Regional para Africa. A strategy for addressing the key determinants of health in the African Region. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259728/AFR-RC60-R1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 19.- Ministerio da Súde de Moçambique (MISAU). Anuario estatístico de saúde 2019. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz › anuarios-estatistico/2019>
- 20.- 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>
- 21.- 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
- 22.- 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-na-sa%C3%BAde-materna-e-infantil-em-mo%C3%A7ambique>
- 23.- 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>