



UNITED NATIONS
UNIVERSITY
UNU-WIDER

WIDER Working Paper 2020/131

Saúde, desenvolvimento e factores institucionais

O caso de Moçambique

Paulo Ivo Garrido*

Outubro 2020

In partnership with



United Nations University World Institute for Development Economics Research

wider.unu.edu

Este estudo foi conduzido no âmbito da componente sobre Moçambique do programa Desenvolvimento Económico e Instituições (EDI), financiado com o apoio do UK Aid do Governo do Reino Unido em colaboração com o programa Crescimento Inclusivo em Moçambique (IGM), financiado pelos Governos da Finlândia, Noruega e Dinamarca. A Directoria do Programa EDI inclui as seguintes instituições que trabalham em parceria: Oxford Policy Management, University of Namur, Paris School of Economics e Aide à la décision économique.

Resumo: Este texto tem por objectivo central mostrar o impacto que as instituições têm no desempenho do sector da Saúde em Moçambique. No texto demonstra-se que, de entre os Determinantes Sociais da Saúde, as instituições têm um papel central no desempenho do sector da Saúde — e, por seu intermédio, no desenvolvimento económico e social — dos moçambicanos, em especial dos mais pobres e mais vulneráveis, como as crianças, as mulheres, as pessoas com deficiência e os idosos. Argumenta-se também que as deficiências e ineficiências do funcionamento do sector da Saúde em Moçambique resultam em larga medida do facto de as instituições com influência no sector da Saúde serem controladas por uma minoria de privilegiados que não dá a prioridade devida às necessidades básicas em saúde da maioria da população. Finalmente, argumenta-se que as medidas de carácter institucional mais importantes para a melhoria do estado de saúde dos moçambicanos são a revisão da Constituição da República, o reforço do Sistema Nacional de Saúde (em particular do Serviço Nacional de Saúde) e a redução da pobreza e das iniquidades económica e social.

Palavras-chave: Estado, Medicina Tradicional, Moçambique, Pobreza, Saúde

Classificação JEL: I15, N37, O15

Nota: Esta é a versão original em Português. The translated working paper in English is available [here](#).

*Clínica 222, Maputo, Moçambique. *E-mail:* ivogarrido@hotmail.com.

Este estudo foi preparado no âmbito do projecto UNU-WIDER [Crescimento inclusivo em Moçambique – reforçando a investigação e as capacidades](#).

Copyright © UNU-WIDER 2020

Informações e pedidos: publications@wider.unu.edu

ISSN 1798-7237

Texto dactilografado preparado por Adriana Barreiros.

O *United Nations University World Institute for Development Economics Research* fornece análises económicas e consultoria sobre políticas, com o objectivo de promover o desenvolvimento sustentável e equitativo. O Instituto iniciou as suas operações em 1985, em Helsínquia, Finlândia, como o primeiro centro de investigação e formação da Universidade das Nações Unidas. Hoje, é uma mistura única de *think tank*, instituto de investigação e agência das Nações Unidas, fornecendo uma gama de serviços, desde consultoria política a governos a investigação original disponível gratuitamente.

O Instituto é financiado com a receita de um fundo de dotação, com contribuições adicionais para o seu programa de trabalho da Finlândia, da Suécia e do Reino Unido, além de contribuições direccionadas para projectos específicos de vários doadores.

Katajanokanlaituri 6 B, 00160 Helsínquia, Finlândia

As opiniões expressas neste artigo são da responsabilidade do(s) autor(es) e não reflectem necessariamente as opiniões do Instituto ou da Universidade das Nações Unidas, nem dos doadores do programa / projecto.

1 Perspectiva geral

1.1 Introdução

Moçambique é um país com cerca de 800.000 km² de superfície, situado na região oriental e austral de África, e que se tornou independente em 1975, após cerca de cinco séculos de colonialismo português.

Na altura da Independência, Moçambique era um dos países mais pobres do mundo.

A partir de 1976 (menos de um ano após a proclamação da Independência), e até 1992, o País foi assolado por uma guerra que provocou a destruição em grande escala da frágil infra-estrutura económica e social do País e vitimou mais de 5 milhões de moçambicanos, dos quais cerca de 1 milhão perderam a vida e 4 milhões foram forçadamente deslocados dos seus lugares de residência (Pim & Kristensen 2007).

Assim, em 1992, ano em que terminou a guerra, Moçambique era o país mais pobre do mundo, com um PIB *per capita* de apenas 354 USD (2011 PPP) (Gradin & Tarp 2019).

O crescimento económico verificado em Moçambique a partir de 1995 levou a uma redução dos níveis de pobreza, tendo o PIB *per capita* triplicado em apenas 25 anos (Gradin & Tarp 2019).

Apesar desse crescimento económico, Moçambique continua sendo um dos países mais pobres e menos desenvolvidos do mundo.

Hoje, em Moçambique, mais de metade da população (estimada em cerca de 29.000.000 de habitantes, 66% dos quais vivendo nas áreas rurais) vive abaixo do limiar da pobreza (menos de 2 USD por habitante por dia) (Gradin & Tarp 2019).

De acordo com dados de 2017, Moçambique tem um PIB *per capita* de 1.136 USD e um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,437, ocupando a 180.^a posição entre 189 países (UNDP 2018).

De acordo com dados de 2019, Moçambique tem um Índice de Desenvolvimento Sustentável de 53 pontos em 100, o que coloca o País na posição 136 entre 162 países (Sachs et al. 2019: 21).

O padrão de crescimento económico que vem levando à redução da pobreza ocorreu, e ocorre, simultaneamente com um aumento das desigualdades económicas e sociais.

Essas crescentes desigualdades económicas e sociais têm lugar num país com prévias desigualdades entre áreas urbanas e rurais e entre regiões (Norte, Centro e Sul).

1.2 Conceito de Saúde e de Determinantes Sociais da Saúde

Para se abordar o tema da Saúde em Moçambique, há que previamente entender os conceitos de Saúde e de Determinantes Sociais da Saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), *Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade* (OMS 2006).

Tal significa que uma pessoa pode não estar doente no entendimento comum das pessoas (isto é, não ter febre, nem diarreia, nem tosse, nem dores de cabeça e ir trabalhar todos os dias) e mesmo assim não gozar de boa saúde.

Existe um consenso generalizado de que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população influenciam a sua situação de saúde.

Dito de outra forma, a maior parte do fardo das doenças, assim como as desigualdades de saúde — que existem em todos os países —, derivam das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem.

Daí deriva o conceito de Determinantes Sociais da Saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde, *Determinantes Sociais da Saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham* (OMS, s.d.).

Alguns exemplos de Determinantes Sociais da Saúde são — para além da qualidade e acessibilidade dos serviços e dos cuidados de saúde — a quantidade e a qualidade de alimentos que a pessoa ingere regularmente, a qualidade da água e do saneamento a que tem acesso, as condições de habitação e de transporte, o nível educacional, o ambiente de trabalho, o consumo ou não de tabaco, álcool e outras drogas e o estado de saúde mental de cada indivíduo e comunidade.

Um dos mais importantes Determinantes Sociais da Saúde são as instituições dum país ou duma comunidade. Instituições são as regras de jogo (formais ou informais) que se espera que sejam seguidas pelos actores políticos, económicos e sociais do país ou da comunidade.

Cada sociedade funciona com um conjunto de regras políticas, económicas e sociais criadas pelo Estado e pelos cidadãos colectivamente.

No presente texto, iremos abordar especificamente o papel das instituições no estado de saúde dos moçambicanos.

1.3 Breve historial dos serviços de saúde em Moçambique antes e depois de 1975

A história dos serviços de saúde em Moçambique compreende quatro períodos distintos:

- a) o período anterior à Independência de Moçambique (1975);
- b) o período imediato pós-Independência (1975–80);
- c) o período de 1980 até 1993;
- d) o período de 1993 até à actualidade.

Período anterior à Independência¹

Apesar da chegada dos portugueses a Moçambique ter ocorrido nos finais do século XV, a organização pelo poder colonial de serviços de saúde em todos os então Distritos (actuais Províncias) data apenas do século XIX, com a edificação das primeiras infra-estruturas sanitárias e da criação de normas para o seu funcionamento.

Por volta de 1898, o sistema de saúde colonial estava organizado em 11 distritos sanitários, possuindo cada distrito um hospital civil e um hospital militar.

O sistema de saúde criado pelo Governo colonial português em Moçambique, e que prevaleceu até 1975, estava concentrado nas cidades e vilas onde vivia a maioria dos colonos. Era um sistema fragmentado, baseado em hospitais e priorizando a medicina curativa (em detrimento da promoção da saúde e da prevenção da doença). Finalmente, era estruturado de forma racista.

Nas áreas rurais, onde até 1975 residiam 85% dos moçambicanos, a maioria da população vivia a mais de 20 km da unidade sanitária mais próxima.

Esta situação levava a que — em caso de doença — a larga maioria dos moçambicanos recorresse quase que exclusivamente aos praticantes de medicina tradicional.

Período imediato pós-Independência (1975–80)

Logo após a formação do Governo de Transição, foi criada a Comissão de Reestruturação e Reorganização do Sector de Saúde.

A partir de 1975 — e com base nas constatações e recomendações da Comissão de Reestruturação e Reorganização do Sector de Saúde — o primeiro Governo de Moçambique independente definiu e começou a implementar uma Política de Saúde cujos princípios essenciais estão plasmados no Decreto-Lei n.º 1/75, de 29 de Julho de 1975.

O artigo 37 do referido Decreto-Lei reza o seguinte:

O Ministério da Saúde visa essencialmente pôr em aplicação o disposto no artigo 16 da Constituição, segundo o qual compete ao Estado organizar um sistema de saúde que beneficie todo o povo moçambicano.

Esta acção será orientada pela política da FRELIMO de colocar a saúde ao serviço do Povo.

Será criado um Serviço Nacional de Saúde único para servir todos os sectores da população, independentemente do grupo étnico, do nível económico e social ou da religião.

Porque na época colonial as zonas rurais foram totalmente abandonadas, há que concentrar no imediato os esforços nessas zonas.

A saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado [meu sublinhado]

¹ Gulube (1996).

No Serviço Nacional de Saúde a acção preventiva e a acção curativa devem estar totalmente integradas ao nível da base, tendo contudo sempre em conta que a prevenção deve ter prioridade sobre a cura. A educação sanitária e o saneamento do meio terão um papel preponderante na acção do Ministério.

No dia 24 de Julho de 1975, o Governo de Moçambique anunciou a abolição da prática da medicina privada.

Os cinco primeiros anos pós-Independência foram caracterizados por mudanças substanciais no sector da Saúde.

A par da abolição de todas as formas de medicina privada, iniciou-se o processo de criação e estruturação do sector público da Saúde, ao qual se chamou Serviço Nacional de Saúde.

Foram dados passos significativos no sentido da eliminação do carácter fragmentado e racista dos serviços de saúde.

Edificaram-se centenas de novas unidades sanitárias, a grande maioria nas áreas rurais.

Começou a ser implementada uma política de saúde que, no essencial, seria consagrada três anos mais tarde pela OMS, com a designação de Cuidados de Saúde Primários.

De referir que desde os primeiros dias da Independência surgiu o debate em torno da saúde como direito *versus* a capacidade financeira do Estado para garantir esse direito. Foi no contexto desse debate que, em 1977 — aquando da aprovação da Lei da Medicina Gratuita² —, o Governo restringiu a gratuitidade dos cuidados de saúde às acções de prevenção da doença, passando as actividades curativas a ser pagas, embora a preços muito baixos.

Nesse processo — e não obstante o imenso entusiasmo quer da população, quer dos trabalhadores de saúde — a maior dificuldade residia na extrema carência de a) recursos humanos de todos os tipos e a todos os níveis e b) recursos financeiros.

Além do Serviço Nacional de Saúde, foram criados o Serviço de Saúde Militar e o Serviço de Saúde Paramilitar, na dependência do Ministério de Defesa Nacional (o primeiro) e do Ministério do Interior (o segundo).

Nos estabelecimentos prisionais existiam, e existem, unidades de saúde geridas actualmente pelo Ministério da Justiça.

Período de 1980 até 1993

A partir de 1980, os esforços de edificação do sector público da Saúde ao serviço de toda a população foram seriamente abalados pela guerra. Em todas as províncias foram mortos mais de uma centena de trabalhadores de saúde e foram destruídas total ou parcialmente centenas de unidades sanitárias e dezenas de ambulâncias e destruídas ou roubadas toneladas de medicamentos e artigos médicos.

Mais de metade da rede sanitária das áreas rurais entrou em colapso, com consequências dramáticas para a saúde de milhões de moçambicanos, em especial crianças, mulheres e velhos.

² Lei n.º 2/77, de 27 de Setembro de 1977.

A instabilidade político-militar e a subsequente crise económica foram agravadas quando, a partir de 1987, as chamadas instituições de *Bretton Woods* (Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional) impuseram ao Governo de Moçambique políticas económicas que levaram a uma redução drástica das despesas públicas, incluindo a provisão de cuidados de saúde gratuitos para a maioria dos cidadãos.

Simultaneamente — e devido à pressão conjugada das elites políticas e económicas moçambicanas (de um lado) e dos imperativos das políticas impostas pelas instituições de *Bretton Woods* (de outro) —, em 1992 o Governo de Moçambique reintroduziu o exercício da medicina privada com fins lucrativos, que havia sido abolido em 1975 (Lei n.º 26/91, de 31 de Dezembro de 1991³).

Período de 1993 até à actualidade

Com a assinatura dos Acordos de Paz de Roma, em 4 de Outubro de 1992, terminou a guerra.

A partir de 1993, reiniciou-se o processo de edificação do Sistema de Saúde, em especial do Serviço Nacional de Saúde. Nos últimos 25 anos, foram reconstruídas centenas de unidades sanitárias que haviam sido destruídas e foram construídas centenas de novas unidades sanitárias. Na sua larga maioria, estas unidades sanitárias são Centros e Postos de Saúde e estão sobretudo localizados nas áreas rurais.

Há, no entanto, a salientar a construção do Instituto Nacional de Saúde, de um Hospital Central (na Província da Zambézia), de um Hospital Provincial (na Província de Maputo), de mais de uma dezena de Hospitais Distritais e de infra-estruturas destinadas à formação de recursos humanos da saúde e à logística de medicamentos.

Foi também criado o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS), o qual é presidido pelo Primeiro-Ministro.

Paralelamente — e a par de um pequeno, mas crescente, número de clínicas, consultórios médicos, laboratórios e serviços privados de imagiologia — surgiram dezenas de organizações não governamentais (ONG), quase todas dedicadas a programas verticais na área da saúde.

Deve, no entanto, salientar-se que, devido à pobreza generalizada, o sector de medicina privada cobre menos de 5% da população.

1.4 Caracterização do Sector de Saúde

Em Moçambique, o sector de Saúde é designado Sistema Nacional de Saúde.

O Sistema Nacional de Saúde está estruturado nos seguintes subsistemas:

1. subsistema público da responsabilidade do Estado e designado Serviço Nacional de Saúde;
2. subsistema privado;
3. subsistema de Saúde Militar e Paramilitar;

³ Lei que autoriza a prestação de cuidados de saúde por pessoas singulares ou colectivas de direito privado com carácter lucrativo ou não.

4. as organizações socioprofissionais como a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros e a Associação Médica de Moçambique, que se consideram parte do Sistema Nacional de Saúde.

O Serviço Nacional de Saúde depende directamente do Ministério da Saúde e é de longe o maior provedor dos cuidados de saúde aos cerca de 29 milhões de moçambicanos. Compreende quatro Hospitais Centrais (cada um com mais de 600 camas), sete Hospitais Provinciais (entre 250 e 350 camas), dois Hospitais Psiquiátricos, pouco menos de cinco dezenas de Hospitais distritais e 1.585 Centros e Postos de Saúde espalhados por todos os distritos e localidades do País. Emprega mais de 90% dos trabalhadores de saúde de Moçambique.

O subsistema privado está dividido em a) privado com fins lucrativos e b) privado com fins não lucrativos. O sector privado com fins lucrativos está concentrado nas cidades (sobretudo na capital, Maputo) e compreende dois hospitais (ambos na cidade de Maputo), algumas dezenas de clínicas, consultórios médicos, farmácias, laboratórios e serviços de imagiologia.

O sector privado com fins lucrativos dedica-se quase exclusivamente a actividades curativas.

O subsistema privado com fins não lucrativos integra organizações religiosas e organizações não governamentais (ONG) na sua maioria estrangeiras e financiadas directamente pelos chamados parceiros de cooperação (doadores). Integra ainda postos de saúde nalgumas grandes empresas públicas e privadas e em estabelecimentos educacionais, como a Universidade Eduardo Mondlane.

O subsistema de Saúde Militar e Paramilitar é ainda incipiente. Não existe em Moçambique nenhum hospital para cuidar especificamente das forças paramilitares.

Na dependência do Ministério da Saúde funcionam o Instituto Nacional de Saúde (vocado para a pesquisa) e o Instituto de Medicina Tradicional.

1.5 Medicina Tradicional

Paralelamente ao Sistema Nacional de Saúde, existe a medicina tradicional. Segundo a OMS, “medicina tradicional é o conjunto de conhecimentos e práticas, explicáveis ou não, usadas no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais e sociais, baseados exclusivamente em experiências e observações passadas e transmitidas de geração para geração oralmente ou por escrito” (Ministério da Saúde 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, em Moçambique, cerca de 70% da população recorre à medicina tradicional para tratar doenças físicas, bem como mentais e sociais.

A actividade realizada pelos praticantes de medicina tradicional abrange maior cobertura de serviços de saúde primários do que o Serviço Nacional de Saúde, estimando-se um rácio de 1 praticante/200 habitantes.

Assim se explica que, em Moçambique, ainda existam pessoas que nascem, crescem e morrem socorrendo-se unicamente da medicina tradicional para os seus cuidados de saúde. Este facto, dum lado, deve-se à ainda fraca cobertura geográfica do Serviço Nacional de Saúde e, doutro lado, à ligação intrínseca existente entre a medicina tradicional e os aspectos identitários dos seus utilizadores.

Durante o período colonial, a medicina tradicional era considerada como um não saber ou como um saber superficial, supersticioso e de índole folclórica.

Logo após a proclamação da Independência, o Governo de Moçambique reconheceu a importância da medicina tradicional. Com efeito, no n.º 7 do artigo 38 do primeiro Decreto-Lei do Governo (Decreto-Lei n.º 1/75, de 29 de Julho de 1975), lê-se: “Impulsionar a investigação médica e farmacológica, e em particular os estudos sobre a medicina tradicional”.

Desde então, a medicina tradicional tem vindo a ganhar espaço e valorização na política de Governo. Em 1977, foi criado, no Ministério da Saúde, o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional.

Em 2010, foi extinto o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional e, em seu lugar, criado, no Ministério de Saúde, o Instituto de Medicina Tradicional⁴.

Apesar dos avanços citados, a realidade é que é ainda pouco o que se conhece da medicina tradicional moçambicana.

Tabela 1: O que se sabe sobre a prática da Medicina Tradicional

Tipologia	Cobertura	Compensação	Adesão	Representatividade
Fitoterapeutas: aqueles praticantes que tratam os pacientes recorrendo a químicos preparados a partir de plantas.	Há praticantes de medicina tradicional em todo o País, tanto nas áreas rurais como nos meios urbanos.	A prestação de serviços pelos praticantes de medicina tradicional não é gratuita.	É frequente um doente recorrer simultaneamente à medicina tradicional e à chamada medicina convencional.	A Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO) e as restantes associações de praticantes de medicina tradicional não representam a totalidade dos praticantes.
Parteiras tradicionais.				
Curandeiros que praticam a adivinhação.				

Fonte: elaboração do autor.

Tabela 2: O que **não** se sabe sobre a prática da Medicina Tradicional

Estatística	Treinamento	Relacionamentos	Tipo de actividades	Integração
O número exacto de praticantes de medicina tradicional por província, distrito e localidade (número total e por tipo de praticante).	O tipo, conteúdo e duração do treino de cada um dos três tipos de praticantes de medicina tradicional.	A relação dos praticantes de medicina tradicional com os seus doentes (e respectivas famílias), incluindo as formas de pagamento pelo trabalho prestado.	Se os praticantes de medicina tradicional se limitam a actividades de carácter curativo ou se desenvolvem outras actividades quer do âmbito da saúde, quer de outros âmbitos.	Qual a melhor estratégia de integração da medicina tradicional no Sistema de Saúde de Moçambique. Concretamente, deve a medicina tradicional ser considerada um subsistema ou deve ser integrada no Serviço Nacional de Saúde?
		A relação dos praticantes de medicina tradicional com as restantes autoridades tradicionais.		

Fonte: elaboração do autor.

⁴ Diploma Ministerial n.º 52/2010, do Ministério da Saúde, de 23 de Março de 2010.

1.6 Caracterização do estado de saúde dos moçambicanos em 2019

O estado de saúde da maioria dos moçambicanos é precário. O fardo de doenças é muito elevado. Predominam as doenças infecciosas endémicas como a malária, a tuberculose, a SIDA, as infeções respiratórias, as doenças diarreicas (incluindo a cólera) e as parasitoses intestinais e vesicais, estando as três últimas intimamente ligadas à problemática do acesso à água potável e ao saneamento do meio.

Moçambique figura entre os cinco países do mundo com maior prevalência de tuberculose (551 casos/100.000 habitantes contra uma média mundial de 140 casos/100.000 habitantes) e entre os 10 países do mundo com maior prevalência da SIDA. Dados referentes a 2015 indicam que a prevalência da SIDA na população de 15 a 49 anos era de 13,2%, sendo 15,4% nas mulheres *versus* 10,1% nos homens, e 16,8% nas zonas urbanas *versus* 11,0% nas zonas rurais (Ministério da Saúde, INE et al. 2013; Ministério da Saúde, INE et al. 2018).

A cólera é endémica, com surtos praticamente todos os anos, variando apenas a região do País onde eclode.

Um estudo efectuado entre 2005 e 2007 e englobando mais de 80.000 crianças em idade escolar revelou a ocorrência generalizada de infeção da bexiga por *Schistosoma haematobium* (prevalência nacional de 47%) e de helmintíases intestinais (prevalência nacional de 53,5%) (Augusto et al. 2009).

As doenças acima mencionadas, relacionadas com a falta de acesso a água potável e a um saneamento do meio básicos, são responsáveis por um número de mortes maior do que a malária e a SIDA juntas.

Moçambique é dos poucos países do mundo onde ainda existe lepra.

Paralelamente — e à semelhança de outros países africanos — está em curso em Moçambique uma transição epidemiológica. Assim, crescem de forma inexorável a incidência e a prevalência das doenças não transmissíveis, com destaque para a hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, a diabetes, as doenças respiratórias crónicas, o cancro e o trauma (com particular relevo para os acidentes de viação). Um estudo sobre os factores de risco cardiovascular, realizado em 2005, mostra uma elevada prevalência de hipertensão arterial (34,9%).

Dados do Relatório Anual de 2019 da UNICEF, intitulado *A Situação Mundial da Infância 2019: Crianças, Alimentação e Nutrição* (UNICEF 2019) indicam que Moçambique tem uma das mais altas taxas de malnutrição infantil do mundo (43% das crianças menores de cinco anos sofrem de desnutrição crónica e 8% de desnutrição aguda). A desnutrição crónica aumenta a taxa de morbimortalidade em crianças menores de cinco anos e diminui a capacidade cognitiva. O mesmo relatório revela que, pela primeira vez em muitos anos, Moçambique notificou casos de pelagra, uma doença ligada à deficiência de niacina (vitamina B3).

Outros indicadores que reflectem uma deficiente situação nutricional entre os moçambicanos são os seguintes (Ministério da Saúde, INE et al. 2013; Ministério da Saúde, INE et al. 2018):

- 14% dos bebés cujo peso à nascença foi registado nasceram com menos de 2,5 kg (baixo peso);
- 64% de crianças de idade inferior a cinco anos e 54% de mulheres grávidas sofrem de anemia;
- em 2011, somente 45% das famílias inquiridas consumiam sal iodado;

- em 2015, a taxa de aleitamento materno exclusivo era de apenas 55%.

Moçambique figura entre os países do mundo com as mais altas taxas de natalidade (cinco filhos por mulher fértil) e de mortalidade bruta (11,8/1000 habitantes) e com um baixo nível de esperança de vida (53,7 anos). A mortalidade materna (452/100.000 nados vivos) e a mortalidade infantil (68/1.000 nados vivos) são também muito elevadas (INE 2019).

2 Factores institucionais com impacto no sector da saúde

Como anteriormente referido, instituições são as regras de jogo (formais ou informais) que se espera que sejam seguidas pelos actores políticos, económicos e sociais.

Os factores institucionais com impacto no desempenho do Sector de Saúde podem ser estruturados em cinco grupos, a saber:

2.1 Estado de Direito e independência judicial

Apesar do que está escrito na Constituição, Moçambique ainda está longe de ser um Estado de Direito.

No que concerne ao sector da saúde, vários são os factores — ligados sobretudo ao incumprimento das leis em vigor — que para tal contribuem:

- O processo de contratação de empresas para a realização de obras (como construção de centros de saúde, hospitais, institutos e centros de formação de recursos humanos, armazéns, residências para o pessoal de saúde, etc.), assim como para aquisição de medicamentos, artigos médicos, equipamento hospitalar e outro (como ambulâncias), é muitas vezes feito à margem da lei. Verifica-se o recurso frequente, abusivo e ilegal ao chamado *ajuste directo* em detrimento dos concursos públicos. Tudo isso conduz à construção de edifícios de má qualidade, à aquisição de artigos médicos e de equipamento de qualidade inferior e à drenagem ilícita de dinheiro para empresários desonestos.
- Em clara violação da lei, os processos de selecção de pessoas para postos de trabalho são frequentemente feitos sem concurso público. Tal origina que essa selecção tenha por base a filiação partidária, o nepotismo, as relações de amizade, as identidades étnicas e até mesmo a prestação de favores sexuais.
- No que concerne às promoções e progressão na carreira, os prazos previstos na lei frequentemente não são cumpridos, alegadamente por restrições de ordem orçamental.
- Para as práticas acima referidas contribui também o facto de quer as organizações de carácter sindical (como a Associação Médica de Moçambique) quer as organizações socioprofissionais (como a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros) serem fracas e pouco interventivas.

O facto de estas situações irregulares persistirem — apesar de frequentes denúncias nos órgãos de comunicação social e de críticas repetidas no relatório anual do Tribunal Administrativo (Tribunal de Contas) à Assembleia da República — cria nos cidadãos a sensação de impunidade dos prevaricadores por falta de vontade política do Estado, pondo em causa a legitimidade desse mesmo Estado aos olhos dos cidadãos.

2.2 Voz, participação e prestação de contas

- Apesar de legislado na Constituição da República⁵ (artigos 89 e 116) e na Carta dos Direitos e Deveres do Doente⁶ e propalado, o direito dos cidadãos à saúde não está clarificado, nem é suficientemente protegido.

No Serviço Nacional de Saúde — e em clara violação do n.º 4 do artigo 116 da Constituição — os cidadãos são discriminados pelo Estado numa base socioeconómica. Em todos os Hospitais Centrais e Provinciais (menos um) existem Clínicas Especiais, Consultas Especiais e quartos particulares vedados a quem não consegue pagar os valores estipulados. De salientar que a existência e funcionamento destas Clínicas Especiais, Consultas Especiais e quartos particulares não tem base legal. Todas as tentativas de encerramento das ditas Clínicas Especiais, Consultas Especiais e restantes Serviços Especiais têm sido frustradas devido à resistência ligada aos interesses conjugados da classe médica (de um lado) e das elites política e económica (de outro).

Mesmo nos serviços considerados gratuitos por lei, os cidadãos são frequentemente submetidos a cobranças ilícitas.

- O envolvimento dos cidadãos e das comunidades na gestão e na monitoria das actividades do Sector de Saúde é muito débil. Apesar de existirem documentos normativos sobre a ligação entre o Sector de Saúde e as comunidades, a norma é não haver prestação de contas aos cidadãos sobre as actividades da Saúde. Os cidadãos pouco ou nada sabem sobre o orçamento anual do sector de saúde, desde o processo da sua elaboração, às prioridades na alocação de recursos e à forma como esses recursos são gastos.

Esta é uma das razões que explica que no orçamento do Ministério da Saúde a alocação privilegie:

- a) os órgãos centrais e provinciais em detrimento dos órgãos distritais, onde decorre a atenção primária de saúde;
 - b) os gastos sobretudo em acções de tipo curativo em detrimento das acções de promoção da saúde e de prevenção da doença; e
 - c) os gastos supérfluos da burocracia (viagens ao exterior com as correspondentes ajudas de custo, reuniões dispendiosas em hotéis e estâncias turísticas, aquisição de viaturas para dirigentes) em detrimento da aquisição de medicamentos, material e equipamento médico e ambulâncias que iriam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.
- Em especial nas áreas rurais — e devido a temerem represálias — os cidadãos têm receio de denunciar quaisquer desmandos dos trabalhadores de saúde, como, por exemplo, o absentismo, o incumprimento do horário de atendimento, os maus tratos e as cobranças ilícitas.

2.3 Instabilidade política, violência e legitimidade do Estado

Mais de 40 anos após a proclamação da Independência, o Serviço Nacional de Saúde ainda não cobre todo o território nem responde às necessidades básicas de todos os cidadãos, quer nas cidades e vilas, quer nas áreas rurais. Conforme anteriormente referido, as causas são três:

⁵ Constituição da República de Moçambique, 2018.

⁶ Aprovada pela Resolução n.º 73/2007 do Conselho de Ministros, de 18 de Dezembro de 2007.

- a) o legado colonial;
- b) a destruição de centenas de unidades sanitárias durante a guerra que dilacerou o País entre 1976 e 1992; e
- c) a dificuldade em avançar mais rapidamente quer na reposição das infra-estruturas destruídas, quer na edificação de novas infra-estruturas devido à falta de recursos humanos e a constrangimentos de ordem financeira.

Depois de um período de acalmia de 20 anos, a instabilidade político-militar voltou a surgir no Centro do País a partir de 2013. A agravar a situação, a partir de Outubro de 2017 surgiu na Província de Cabo Delgado um conflito de natureza militar de causa ainda não esclarecida e que tende a alastrar. Estes focos de violência e de instabilidade político-militar:

- têm repercussão negativa na vida das populações das vilas e áreas rurais (as quais vêem a sua segurança física ameaçada e as suas actividades económicas paralisadas);
- afectam negativamente as actividades do sector de Saúde e conduzem à estagnação ou ao retrocesso de muitos dos indicadores de saúde. Dois exemplos concretos desse impacto negativo são a cessação temporária de actividades de promoção de saúde e de prevenção da doença;
- em última instância, põem em causa a legitimidade do Estado, quer porque o Estado não consegue proteger os cidadãos, quer porque não garante a provisão em quantidade e com qualidade de serviços básicos de saúde, água potável, saneamento básico, educação, etc.

2.4 Capacidade do Estado e autonomia em relação a interesses privados

Desde 1975, o Governo de Moçambique tem, no geral, delineado boas políticas para o Sector de Saúde. O grande problema reside na fraca capacidade do Estado para garantir a implementação de tais políticas. As manifestações dessa deficiente implementação são múltiplas, sendo de destacar as seguintes:

Falta de recursos humanos e baixa motivação da maioria dos recursos humanos

A falta de recursos humanos de todos os tipos — desde médicos até serventes, passando por enfermeiros, farmacêuticos, laboratoristas, imagiologistas, especialistas em gestão, especialistas em manutenção, administradores hospitalares, etc., — é, a par do subfinanciamento crónico, a maior fraqueza do Serviço Nacional de Saúde.

Nenhuma unidade sanitária (desde o mais modesto centro de saúde ao maior Hospital Central) possui recursos humanos em quantidade suficiente.

Os rácios médico/habitante (1/15.000) e enfermeiro/habitante (1/2.000) não permitem cuidados de saúde com um mínimo de qualidade.

A maioria dos escassos recursos humanos existentes, e, em especial, os que trabalham nas unidades sanitárias, estão desmotivados e com baixa moral, pois auferem salários baixos, carecem de condições de trabalho básicas (equipamento, medicamentos, alimentação, fardamento, etc.) e têm de atender um grande (e sempre crescente) número de doentes.

Subfinanciamento crónico e gestão financeira deficiente

Desde 1975 que o sector da saúde enfrenta o problema de falta de dinheiro para cobrir quer as despesas de funcionamento (salários, combustíveis para transportes, aquisição de medicamentos e

de outros consumíveis, etc.) quer as despesas de investimento (construção de novas unidades sanitárias, aquisição de equipamentos, etc.). Em 2001, a OMS publicou o documento *Macroeconomics And Health: Investing in Health for Economic Development*, no qual se demonstrava que o mínimo necessário em qualquer país para que o sector de saúde garanta a provisão de serviços básicos se situava entre 30 e 40 dólares americanos por habitante por ano. Isto significa que, em 2019, Moçambique deveria ter despendido cerca de mil milhões de dólares americanos por forma a assegurar que o sector de saúde funcionasse com um mínimo de qualidade. A realidade é que, desde 1975, o montante alocado ao Serviço Nacional de Saúde (que tem a responsabilidade pelos cuidados de saúde de, pelo menos, 90% dos moçambicanos) nunca atingiu sequer a cifra de 25 dólares americanos por habitante por ano. Assim, é claro que Moçambique encara um problema de subfinanciamento crónico do sector de saúde. Este subfinanciamento crónico põe em causa o direito dos moçambicanos à saúde, previsto na Constituição, e levou, e leva, a que o Governo — sob pressão do Banco Mundial — optasse, e continue a optar, por soluções para suprir esse défice financeiro, como as taxas de utilizadores (*user fees*) e outras formas de co-pagamento imediato que penalizam a larga maioria dos moçambicanos. O que se acaba de escrever está claramente exposto no documento da OMS (2010) intitulado *Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, no qual se enfatiza que a cobertura universal da saúde só se tornará realidade quando, e onde, os cidadãos tiverem acesso a serviços de saúde de qualidade (promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) sem receio de serem irremediavelmente arrastados para a pobreza.

Ainda mais trágico é o facto de a gestão dos escassos recursos financeiros ser deficiente. É muito frequente que os recursos financeiros alocados a um determinado período não sejam utilizados na sua totalidade, quer por incompetência quer por negligência dos gestores. O exemplo mais patente é o do Fundo Global para o Combate à SIDA, à Malária e à Tuberculose.

Insuficiente cobertura geográfica

Uma das fraquezas do Sistema de Saúde moçambicano e, em especial, do seu subsistema mais importante (o Serviço Nacional de Saúde) é a insuficiente cobertura geográfica, sobretudo nas áreas rurais, onde vivem cerca de 2/3 dos moçambicanos.

Apesar de, desde 1975, o Governo ter edificado mais de 1.000 Centros de Saúde, sobretudo nas áreas rurais, estes ainda são insuficientes para a procura. Assim se explica que ainda hoje haja moçambicanos que têm de percorrer a pé 10 ou mais quilómetros para chegarem à unidade sanitária mais próxima.

Em mais de 70% dos 154 distritos, não existe um hospital com aparelho de Rx e/ou um laboratório e/ou uma sala de operações.

Paralelamente, em mais de 40% dos distritos não existe uma farmácia, seja pública ou privada.

Essa insuficiente cobertura explica, por exemplo, as dificuldades a) em reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil e b) em aumentar as taxas de cobertura vacinal.

Implementação deficiente da Política de Cuidados de Saúde Primários

A Política de Cuidados de Saúde Primários dá primazia à promoção da saúde e à prevenção da doença sobre a Medicina Curativa.

No entanto, em Moçambique, os cuidados de saúde continuam sendo predominantemente curativos e consistem em intervenções de cariz médico nos hospitais e centros de saúde.

Outros aspectos negligenciados da Política de Cuidados de Saúde Primários são o envolvimento comunitário e a cooperação intersectorial.

É sabido que, quanto maior for o envolvimento dos cidadãos e das comunidades na planificação e monitoria das actividades do Sector de Saúde, bem como na gestão corrente das actividades das unidades sanitárias, maior será a satisfação dessas comunidades e mais cuidadosos e responsáveis serão os trabalhadores de saúde. Em Moçambique, os exemplos de envolvimento comunitário são escassos e consistem essencialmente em esporádicas reuniões de auscultação dos utentes de uma minoria de unidades sanitárias.

Por outro lado — e como anteriormente referido —, o estado de saúde de uma comunidade depende de factores como quantidade e qualidade de alimentos disponíveis, aprovisionamento de água potável, saneamento do meio ambiente, qualidade da habitação, acesso a ensino e educação de qualidade, transportes fiáveis e a preços acessíveis, factores esses que estão sob a responsabilidade de outros sectores que não o da Saúde. Daí que a melhoria do estado de saúde de uma comunidade dependa, em larga medida, da cooperação entre diferentes sectores do Governo a todos os níveis e entre o Governo Central e os órgãos locais de governação. A isso se chama cooperação intersectorial. Em Moçambique — e a despeito de reuniões regulares do Conselho de Ministros —, os Ministérios funcionam isoladamente uns dos outros, como silos. Idêntica situação se verifica aos níveis provincial, distrital e municipal. É essa praticamente inexistente coordenação intersectorial que explica o estado embrionário em que se encontram, entre outros, a Saúde Escolar, a Saúde dos Trabalhadores e a área de Higiene da Água e dos Alimentos.

Iniquidades em Saúde

Iniquidades em saúde são desigualdades de saúde entre grupos populacionais, que, além de sistemáticas e relevantes, são também injustas e evitáveis.

Um dos maiores obstáculos à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em Moçambique prende-se com a existência de iniquidades em saúde.

Eis alguns exemplos dessas iniquidades (Observatório da Equidade [Ministério da Saúde 2010]):

- as taxas de mortalidade infantil, de mortalidade materna e de malnutrição em menores de cinco anos são maiores no meio rural do que no meio urbano (rácio rural/urbano de 1,6);
- crianças no quintil de riqueza mais baixo têm 1,8 mais probabilidades de morrer antes dos cinco anos do que as crianças no quintil de riqueza mais alto;
- uma criança na Província de Cabo Delgado tem cerca de três vezes mais probabilidades de morrer antes de completar cinco anos do que uma criança da cidade de Maputo;
- a taxa de partos institucionais é de pouco mais de 40% na Província da Zambézia contra mais de 90% nas Cidade e Província de Maputo;
- cerca de 55% das crianças das áreas rurais são vacinadas, contra 74% das áreas urbanas;
- a Cidade de Maputo (com cerca de 1,1 milhões de habitantes) tem mais do dobro de médicos que a Província da Zambézia (com mais de 5,5 milhões de habitantes).

Planificação e gestão ineficientes

Uma das fraquezas do Sistema de Saúde em Moçambique e, em especial, do Serviço Nacional de Saúde, reside nos métodos de planificação e de gestão ineficientes a todos os níveis e em todos os sectores. A planificação é feita usando metodologias rudimentares e os planos raramente são

cumpridos na íntegra. A qualidade da gestão de recursos humanos, de recursos financeiros, de medicamentos e artigos médicos, de transportes, etc., é fraca, o que gera muitas ineficiências. O mesmo acontece com a manutenção de infra-estruturas e de equipamentos.

Os hospitais e as restantes unidades sanitárias têm métodos de gestão e administração muito pouco eficientes. As práticas de administração hospitalar são, no essencial, as mesmas que vigoravam na altura da Independência. Embora tenham sido introduzidos computadores nos hospitais, eles destinam-se sobretudo ao uso dos dirigentes e de alguns funcionários. Não existe um único hospital completamente informatizado e com os diferentes sectores ligados em rede. A gestão dos processos clínicos dos pacientes, das consultas externas, da farmácia, dos laboratórios, da cozinha, da lavandaria, dos transportes, etc., é feita com base em papéis. O mesmo sucede com a manutenção de qualquer equipamento hospitalar. Esta gestão e esta administração arcaicas não só contribuem para a fraca qualidade de cuidados de saúde, como também para práticas corruptas protagonizadas por trabalhadores de saúde.

Fraca capacidade de regulação dos restantes provedores de serviços

O Estado moçambicano tem uma fraca capacidade de regulação da actividade dos restantes provedores dos serviços de saúde. Eis alguns exemplos:

- há clínicas e consultórios privados que iniciam as suas actividades e funcionam sem autorização das entidades competentes;
- diversas normas de cumprimento obrigatório emitidas pelo Ministério de Saúde não são cumpridas por alguns provedores de serviços;
- é muito deficiente o controle sobre a venda de medicamentos quer pelas farmácias privadas licenciadas pelo Estado, quer pelos operadores do mercado informal. É frequente verem-se medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde à venda nos mercados e até mesmo nos passeios. Moçambique é um dos poucos países africanos, e o único país da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), que não possui uma Autoridade Reguladora do Medicamento a funcionar;
- sobretudo a nível provincial, as prioridades são frequentemente definidas pelas ONG porque são elas que financiam a maioria das actividades de saúde.

Corrupção

Corrupção é o uso indevido do poder confiado a alguém para a obtenção de benefício privado (Transparency International, s.d. [b]).

Moçambique está entre os países considerados mais corruptos do mundo. De acordo com o *Corruption Perceptions Index*⁷ (que avalia a percepção dos cidadãos sobre a corrupção no sector público), publicado pela *Transparency International*, em 2019 Moçambique ocupava o 146.º lugar entre 180 países, com um índice de 26 (sendo 100 = *very clean* e 0 = *highly corrupt*). De referir que, em 2013, Moçambique tinha um índice de 30, o que significa que a percepção sobre a corrupção está a aumentar (Transparency International s.d. [a]).

⁷ (Transparency International 2020).

Hoje, em Moçambique, a corrupção deixou de ser um desvio comportamental, para passar a ser algo ‘normal’.

O sector da Saúde está entre os considerados mais corruptos, a par, entre outros, do das Obras Públicas, do da Educação, do da Polícia e dos organismos da Justiça.

Na Saúde, a corrupção verifica-se a todos os níveis — desde os órgãos centrais do Ministério de Saúde até aos centros de saúde e maternidades — e em todo o território nacional.

A corrupção no sector da Saúde toma várias formas, a saber:

- cobranças ilícitas tanto nas unidades sanitárias como nos órgãos de direcção do Ministério da Saúde;
- pagamento de salários a funcionários ‘fantasma’;
- roubo de medicamentos e artigos médicos a todos os níveis (desde os grandes armazéns às farmácias dos hospitais e das enfermarias);
- fraude nos concursos para a construção ou reabilitação de infra-estruturas (como hospitais, centros de saúde, armazéns, etc.) e para a aquisição de equipamento, medicamentos e artigos médicos;
- suborno para se conseguir admissão nos centros de formação do Ministério da Saúde;
- abandono do local de trabalho no sector público, para a prática de actividades privadas noutra local;
- criação deliberada de dificuldades no atendimento dito normal (gratuito ou quase gratuito) para obrigar os pacientes a recorrerem ao atendimento dito especial (muito mais caro).

A corrupção no sector de Saúde tem um impacto particularmente negativo nos pacientes e famílias pobres e contribui de maneira substancial para aumentar a insatisfação da população com os serviços de saúde.

A menos que a corrupção no sector de Saúde seja combatida de forma efectiva, eficaz e continuada, o objectivo de cuidados de saúde humanizados e iguais para todos os moçambicanos jamais será atingido.

A concluir, é de salientar que o fracasso na luta contra a corrupção deriva em larga medida do facto de, em Moçambique, o poder judicial ser totalmente dependente e submisso ao poder executivo. Tal deriva do plasmado na Constituição, segundo a qual os membros do Tribunal Supremo, do Conselho Constitucional, do Tribunal Administrativo e da Procuradoria-Geral da República serem todos de nomeação do Presidente da República, podendo por ele ser exonerados a qualquer momento e sem prévia consulta a qualquer órgão do Estado.

2.5 Soberania e independência

Hoje, mais do que nunca, é claro que Moçambique necessita da ajuda da comunidade internacional para melhorar a provisão de cuidados de saúde de qualidade aos cidadãos, em especial os mais pobres.

Mas é igualmente claro que essa ajuda deve ser feita de forma correcta, por forma a evitar que tenha um efeito oposto ao pretendido.

Infelizmente, os factos mostram que, nos últimos 30 anos, o Governo de Moçambique não define a política pública de saúde de forma independente. Isto aplica-se quer à definição de prioridades, quer sobretudo à elaboração do orçamento do sector de saúde. A política de saúde é definida mais

pela comunidade internacional (os chamados parceiros de cooperação ou doadores) do que pelo Governo de Moçambique.

Assim acontece porque a dita comunidade internacional a) dá a maior contribuição financeira para o orçamento da saúde e b) encomenda e financia as ‘consultorias’ onde é feito o diagnóstico do sector de saúde e onde são apresentadas propostas de políticas de saúde. É com base nas ditas ‘consultorias’ encomendadas e pagas pela comunidade internacional que o Governo de Moçambique é pressionado para priorizar estratégias, programas e actividades seleccionados e ‘propostos’ pelos doadores, nem sempre coincidentes com as estratégias, programas e actividades realmente prioritários para a melhoria do estado de saúde dos moçambicanos.

Citemos exemplos do papel negativo dos parceiros de cooperação no sector de saúde de Moçambique.

Primeiro, recursos humanos. Recursos humanos em quantidade e bem formados são de importância fundamental para o correcto funcionamento de qualquer sistema de saúde. A escassez de recursos humanos mina a capacidade do sistema de saúde de responder às necessidades em saúde da população. Em Moçambique, a escassez de recursos humanos é a maior fraqueza do Serviço Nacional de Saúde.

Infelizmente, essa escassez é agravada pela saída de trabalhadores de saúde (especialmente os mais qualificados e/ou mais experientes) do Serviço Nacional de Saúde para irem trabalhar nas embaixadas, nas ONG, nas agências dos parceiros de cooperação baseadas em Maputo e no sector privado com fins lucrativos.

A razão principal, mas não a única, é que essas organizações pagam salários muito mais altos do que o Governo. A isso se chama fuga de cérebros interna, por contraposição à fuga de cérebros para fora de Moçambique. Em Moçambique, a fuga de cérebros interna é, pelo menos, três vezes mais elevada do que a fuga de cérebros para o estrangeiro.

Por outras palavras, as práticas de recrutamento da comunidade doadora em Moçambique minam e enfraquecem o Serviço Nacional de Saúde que essa comunidade proclama querer fortalecer.

Paralelamente, as políticas macroeconómicas impostas em Moçambique pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional implicam restrições na contratação pelo Governo de recursos humanos para os sectores de saúde e de educação.

É por isso que, nos últimos 15 anos, o Governo de Moçambique não tem sido capaz de contratar e empregar nem mesmo todos os médicos, enfermeiros e outros trabalhadores de saúde formados em Moçambique.

Em segundo lugar, a quase totalidade dos parceiros de cooperação decidiu canalizar a maior fatia dos seus recursos financeiros, não para o Serviço Nacional de Saúde (que presta cuidados de saúde a mais de 90% da população), mas para ONG e outros parceiros dedicados aos chamados programas verticais de luta contra doenças.

Esses programas verticais, dedicados, no máximo, a três doenças ou a um segmento específico da população (como a saúde materno-infantil), e com uma dinâmica de cima para baixo, contribuem para o enfraquecimento do sector público da Saúde devido à duplicação de esforços, à distorção dos planos nacionais da saúde, ao ‘roubo’ dos escassos recursos humanos e ao subfinanciamento crónico do Serviço Nacional da Saúde.

Além de tudo o que foi exposto — e porque não tomam em devida consideração as causas últimas das doenças — os chamados programas verticais de combate a doenças têm um impacto limitado na melhoria das condições de saúde dos cidadãos e comunidades mais pobres, apesar das centenas de milhões de dólares americanos investidos anualmente pela comunidade internacional na saúde em Moçambique.

Em terceiro lugar, importa referir outro aspecto nefasto da política do Banco Mundial. A partir da década de 80 do século XX, o Banco Mundial passou a exigir que todos os países em vias de desenvolvimento introduzissem as taxas de utilizadores (*user fees*), como opção de financiamento dos serviços de saúde.

É hoje consensual que as taxas de utilizadores punem os pobres e constituem um obstáculo ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. De acordo com a OMS, as taxas de utilizadores são “o método mais desigual de financiamento dos serviços de saúde” (OMS 2008: 28 *apud* OXFAM 2013: 11). À escala mundial, todos os anos cerca de 150 milhões de pessoas contraem despesas catastróficas devido a pagamentos directos por cuidados de saúde, enquanto que 100 milhões são empurradas para a pobreza, o equivalente a 3 pessoas por segundo (OXFAM 2013).

Embora a OMS já tenha tomado uma posição clara contra as taxas de utilizadores e o Banco Mundial já tenha feito um *mea culpa* (*vide* o discurso do então Presidente do Banco Mundial, Jim Yong Kim, na Assembleia Mundial da Saúde de 2013), a realidade é que as taxas de utilizadores persistem em Moçambique.

A finalizar, é de frisar que a maioria das reformas e estratégias para o sector da Saúde propostas pelos chamados parceiros de cooperação são irrealistas dada a fraca capacidade económica do País e porque os parceiros de cooperação não estão dispostos a financiar as políticas que eles próprios advogam como as mais correctas para Moçambique.

Os exemplos são vários, o mais saliente dos quais é a tão aclamada **cobertura universal da saúde**, que é uma constante nos discursos do Banco Mundial, da OMS, da UNICEF e outros nas Nações Unidas e noutros *fora* internacionais, mas para cuja implementação em Moçambique nunca houve financiamento dirigido.

Assim se cria uma situação em que um país pobre como Moçambique fica eternamente ‘pendurado’ com sérios problemas em termos de credibilidade do sector de saúde decorrente da fraca qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A pergunta que naturalmente surge é: por que razão as coisas acontecem assim como estão descritas?

O ponto de partida é que é o processo político que determina o tipo de instituições existentes e são as instituições (sobretudo políticas) que determinam como esse processo funciona. São as instituições políticas de uma nação que determinam a capacidade dos seus cidadãos de controlarem os políticos e influenciarem o seu comportamento. Por sua vez, isso determina se os políticos são representantes e defensores dos direitos dos cidadãos que os elegeram, ou se têm a possibilidade de abusar do poder que lhes foi confiado para alcançarem os seus próprios objectivos, mesmo que em detrimento da maioria dos cidadãos.

A sociedade moçambicana é uma sociedade profundamente desigual, dividida entre uma minoria privilegiada que detém as rédeas do poder político e económico e ‘os outros’, ou seja, uma larga maioria de pobres, destituídos e marginalizados, os quais têm fraca capacidade de controle das

acções dos dirigentes políticos e uma influência muito reduzida na determinação dos destinos do País.

A causa última que explica a debilidade dos factores institucionais com impacto no sector da Saúde e, muito em especial, a fraca capacidade do Estado moçambicano em priorizar o sector público da Saúde (que como já vimos é responsável pelos cuidados de saúde prestados a mais de 90% dos moçambicanos) reside na falta de vontade política dos dirigentes políticos em colocar em primeiro plano a satisfação das necessidades em cuidados de saúde das camadas mais pobres. Estes dirigentes são parte de, ou têm fortes ligações aos, grupos da minoria privilegiada da sociedade, os quais secundarizam o sector público da Saúde, em larga medida porque satisfazem as suas necessidades em cuidados de saúde recorrendo a organizações (como hospitais, clínicas, centros de reabilitação, etc.) no estrangeiro ou, quando tal se revela impraticável, no sector privado nacional.

Outro aspecto não menos importante reside no facto de que, em Moçambique, existe uma compreensão limitada e deficiente sobre a problemática da Saúde, desde os dirigentes políticos aos cidadãos, passando pela chamada sociedade civil. A todos os níveis da sociedade moçambicana há confusão entre o conceito restrito de Medicina Curativa (de um lado) e o conceito mais lato de Saúde e de Saúde Pública. Daí resulta que os cuidados de saúde sejam predominantemente curativos e girem à volta de intervenções nos centros de saúde e hospitais, com a consequente subordinação da promoção da saúde, da prevenção da doença, da participação comunitária e da cooperação intersectorial. A isto se chama medicalização dos cuidados de saúde. Nas reuniões da população com os políticos, os pedidos dos cidadãos giram apenas à volta da construção de mais hospitais e maternidades ou quando muito de pedidos de ambulâncias. Desse desconhecimento resulta que não haja, da parte dos dirigentes políticos, interesse nem mérito político na promoção da Saúde Pública.

Paralelamente, quer os partidos da oposição, quer a maioria das organizações da chamada sociedade civil (incluindo os *media*) não dão a prioridade devida nem mostram capacidade para apresentar soluções concretas para os mais prementes problemas de saúde da maioria dos moçambicanos.

Para citar um exemplo, nunca uma força da oposição moçambicana alguma vez apresentou um documento devidamente elaborado sobre a deficiente implementação da Política de Cuidados de Saúde Primários, nem sobre o subfinanciamento crónico do sector da Saúde, nem sobre as iniquidades na saúde, nem sobre a discriminação a que os moçambicanos pobres são submetidos, mesmo no sector público da Saúde, nem sobre o problema da lepra (cuja eliminação em Moçambique foi comprovada pela OMS em 2009, para depois ressurgir devido à incúria do Governo), nem finalmente sobre uma política coerente de relacionamento do Governo com a comunidade estrangeira doadora do sector da saúde.

As querelas e ‘contradições’ entre o partido no poder, de um lado, e as forças da oposição, de outro, giram sobretudo em torno da partilha de recursos pelas diversas facções das elites privilegiadas.

É interessante notar que tais ‘contradições’ desaparecem sempre que, por exemplo, no Parlamento se discutem os aumentos de salários e a atribuição de mais mordomias aos deputados dos diversos partidos. Em tais ocasiões (como mais uma vez sucedeu neste ano de 2020), a unanimidade é a regra que nunca foi quebrada.

Finalmente, em Moçambique, o poder executivo controla e domina quer o poder legislativo quer o poder judicial. Nestas condições, não existe aquilo que normalmente se designa por *checks and*

balances, o que eventualmente faria com que as elites no poder tivessem mais em conta outros interesses que não apenas os seus.

Todas estas constatações explicam, em última análise, o fraco impacto positivo dos factores institucionais no desempenho do sector da saúde, em particular na qualidade dos cuidados de saúde prestados à maioria dos cidadãos pobres, destituídos e marginalizados.

3 O futuro. Propostas de acção

A curto e médio prazos, os maiores desafios do sector de Saúde podem ser equacionados sob dois pontos de vista:

Do ponto de vista nosológico

Nas próximas duas décadas, pelo menos, o peso das doenças (*burden of disease*) continuará a ser muito elevado em Moçambique. Embora com tendência para a redução em incidência e prevalência, continuarão a predominar as doenças infecto-contagiosas anteriormente referidas (doenças diarreicas, doenças do foro respiratório, helmintíases intestinais, schistosomiase, tuberculose, malária, HIV-SIDA) e a malnutrição infantil, todas elas ligadas à pobreza que afecta a maioria dos moçambicanos. Paralelamente, com o crescimento da chamada classe média e a adopção de novos e perniciosos estilos de vida por um número cada vez maior de moçambicanos (como o sedentarismo, o tabagismo, o consumo exagerado e desregrado de alimentos ricos em gorduras, de álcool, de refrigerantes e de sumos açucarados, etc.) continuará a aumentar a incidência das doenças não transmissíveis.

Caso haja vontade política e melhor organização, será possível eliminar, e posteriormente erradicar, a lepra e reduzir substancialmente a prevalência de outras doenças actualmente negligenciadas, como, por exemplo, o tracoma, a filariase linfática, a sarna e a raiva.

Do ponto de vista institucional

Como anteriormente referido, o Estado moçambicano é caracterizado pela fraqueza das suas instituições, sobretudo políticas, o que:

- por um lado, as torna vulneráveis aos interesses privados internos da minoria privilegiada e às pressões das organizações estrangeiras, quer internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, etc.) quer governamentais, organizações essas que, como vimos, tomam a designação comum de parceiros de cooperação;
- e, por outro, limitam a sua capacidade de responder de forma adequada às necessidades e ensejos materiais e espirituais da maioria dos moçambicanos.

Pretende-se, em última instância, que em Moçambique existam instituições fortes, capazes de delinear uma política de saúde que coloque em primeiro lugar as necessidades da maioria dos cidadãos, dotadas de capacidade reguladora eficaz, de capacidade de reprimir todas as formas de crime, de capacidade para negociar com os parceiros de cooperação, fazendo prevalecer os interesses dos moçambicanos, e que contribuam para um desenvolvimento político, económico e social equilibrado do País.

No que concerne ao sector de Saúde, o objectivo último é a provisão de cuidados de saúde de qualidade **gratuitos** a todos os moçambicanos sem qualquer discriminação de ordem económica, social, racial, étnica, sexual, religiosa ou geográfica.

Mesmo num país pobre como Moçambique é possível avançar progressivamente para a gratuitidade de cuidados de saúde de qualidade a todos os níveis, e não somente dos cuidados básicos. É claro que se trata de um processo a longo prazo, mas tudo depende da vontade política, **da definição clara do que é prioritário e possível alcançar no sector de saúde em cada etapa** e da implementação de uma política económica e social que, de forma sustentada, reduza os níveis de pobreza, assim como as desigualdades económicas e sociais.

A questão crucial é: como atingir esse objectivo tão nobre quanto ambicioso?

A nossa proposta centra-se em seis prioridades:

1 – Inscrever claramente na Constituição que: a) todos os moçambicanos têm direito a cuidados públicos de saúde de qualidade e gratuitos a todos os níveis de atenção, sem qualquer discriminação de ordem económica, social, racial, sexual, religiosa ou geográfica e b) é responsabilidade do Governo garantir de forma progressiva a cobertura universal de saúde em Moçambique.

2 – Com base na experiência de outros países que avançaram na descentralização política e administrativa, introduzir alterações na estrutura e no funcionamento do sector público da saúde. Um exemplo que constitui boa fonte de inspiração é o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, país com características sociais e antropológicas similares às de Moçambique.

Neste quadro urge, pelo menos:

- Legislar a separação entre o Ministério da Saúde (órgão normativo e regulador) e o Serviço Nacional de Saúde (órgão implementador) com orçamentos diferentes.
- Legislar a articulação entre o Serviço Nacional de Saúde (de um lado) e os serviços de saúde dos municípios e de outros órgãos de poder local (de outro).

Todos os aspectos acima referidos devem estar contidos numa lei que defina a Política Nacional de Saúde adequada às próximas cinco décadas, a ser aprovada pela Assembleia da República (Parlamento).

3 – Definir com clareza como incrementar progressivamente o financiamento ao sector público da Saúde por forma a que — conforme recomendado pela OMS — até 2050 seja alcançada a meta de, pelo menos, 60 dólares americanos por habitante por ano nas despesas do sector da saúde. Para tal o Governo deve:

- Implementar o chamado Compromisso de Abuja (Nigéria) de alocar 15% do orçamento do Estado à saúde.
- Instituir um **imposto específico de saúde** (por exemplo, através de aumento dos impostos actuais sobre o tabaco, as bebidas alcoólicas, os refrigerantes, os produtos de luxo como jóias, cosméticos, perfumes, automóveis e ainda cobrando uma percentagem por cada passagem aérea vendida no País).
- Mudar as prioridades no orçamento da saúde por forma a que pelo menos 50% das despesas do Governo em saúde sejam alocados ao nível distrital e 25% ao nível de atenção primária.

- Eliminar as taxas dos utilizadores (*user fees*) e todas as outras formas de pagamentos directos pelos cuidados de saúde prestados pelo sector público.
- Harmonizar os vários mecanismos de financiamento da saúde num quadro de abrangência universal.
- Pautar-se pela austeridade e combater energeticamente as despesas supérfluas.
- Melhorar significativamente a gestão orçamental a todos os níveis.

Aqui importa clarificar que um Seguro Nacional de Saúde instituído e gerido quer pelo Estado, quer por entidades privadas não constitui uma opção viável para Moçambique. E a razão é simples: com mais de metade da população moçambicana vivendo com menos de 2 USD por habitante por dia, quem iria pagar o dito seguro?

Por outro lado, não vemos qualquer impedimento na existência de seguros de saúde privados para os cidadãos que queiram usufruir de cuidados de saúde prestados por organizações de saúde privadas.

4 – Implementar a Política de Cuidados de Saúde Primários à escala nacional, de forma integral e em todos os níveis de atenção de saúde. Para tal o Governo deve:

- Fortalecer progressivamente o Serviço Nacional de Saúde, que é o principal subsistema do Sistema Nacional de Saúde.
- Dar a devida prioridade às actividades de promoção da saúde, de prevenção da doença, de reabilitação e de cuidados paliativos, a par das actividades curativas.
- Implementar uma efectiva coordenação entre o Ministério da Saúde (de um lado) e outros sectores (Ministérios, órgãos de poder local como os municípios, ONG, confissões religiosas, sindicatos e outros) cuja actividade tem impacto no estado de saúde dos moçambicanos. Como anteriormente explicado, por si só o sector da saúde não pode garantir a melhoria do estado de saúde dos moçambicanos. Muitos outros sectores da governação e da sociedade desempenham um papel crucial na melhoria das condições de vida — e, por seu intermédio, na melhoria das condições de saúde — dos cidadãos, através do fornecimento de alimentação diversificada e em quantidade, de água potável, de saneamento do meio ambiente, de habitação, de transporte, de educação de qualidade, etc. A implementação dessa coordenação intersectorial deve inspirar-se nas experiências de outros países.
- Para que a coordenação intersectorial seja efectiva e eficaz, ela deve ser institucionalizada. É neste quadro que deve ser criado o Conselho de Coordenação Intersectorial de Saúde (CCIS), órgão com a missão de garantir a coordenação intersectorial, visando a acção concertada sobre os Determinantes Sociais da Saúde aos diversos níveis. Importa detalhar a missão, as tarefas e a composição do CCIS.
- Dar prioridade à participação comunitária.
A participação comunitária tem duas vertentes: a) o direito e o dever de cada cidadão de participar individual e colectivamente na planificação e implementação dos cuidados de saúde a si dirigidos; e b) o imperativo de as entidades responsáveis pela provisão de cuidados de saúde prestarem contas das suas actividades aos cidadãos (ou seus representantes) de forma regular.

Neste quadro — e com base na experiência de outros países, como por exemplo o Brasil (Cornwall & Shankland 2008) e a Tailândia (Rasanathan et al. 2011 — há que institucionalizar a participação comunitária através da criação de órgãos que a todos os

níveis tenham a responsabilidade de garantir um crescente envolvimento dos cidadãos e das comunidades nas actividades do sector da Saúde.

5 – Dar um grande ímpeto às actividades do Instituto de Medicina Tradicional.

Dada a importância e o potencial da medicina tradicional na prestação de cuidados de saúde aos moçambicanos, o Governo deve potenciar ainda mais as actividades do Instituto de Medicina Tradicional, dotando-o de recursos financeiros e de recursos humanos qualificados a todos os níveis. O Instituto de Medicina Tradicional, em estreita articulação com o Instituto Nacional de Saúde, deve basear-se nas experiências de outros países africanos, bem como nas experiências de países asiáticos (como a China, o Vietname, as Coreias e outros) para definir as melhores formas de estimular a investigação sobre a medicina tradicional moçambicana, visando em última instância o melhor aproveitamento do seu enorme potencial.

6 – Engajar a comunidade internacional nos esforços visando a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em Moçambique.

Tal engajamento implica, antes de mais, reduzir de forma progressiva a interferência dos parceiros de cooperação na formulação de políticas de saúde e na implementação de decisões tomadas de forma soberana pelos moçambicanos.

Por outro lado, se a comunidade internacional quer, de facto, ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em Moçambique — por forma a que seja alcançada a tão propalada cobertura universal de saúde que consagra os valores de universalidade, equidade e solidariedade —, ela deve engajar-se nas seguintes acções:

- Alocar uma proporção maior da ajuda sob a forma de apoio directo ao orçamento do Serviço Nacional de Saúde. A ajuda de Governo para Governo através do suporte directo ao orçamento do Estado ou ao orçamento do Ministério da Saúde é a melhor forma de apoiar o Governo de Moçambique para atingir o objectivo de cobertura universal de saúde.
- Cessar a promoção de abordagens inapropriadas em nome da cobertura universal de saúde, em especial os programas verticais.
- Apoiar o Governo de Moçambique para tornar, desde o início, a equidade e a universalidade prioridades explícitas. É fundamental que, em todas as etapas, os cidadãos pobres (ou seja, a maioria dos moçambicanos) sejam beneficiados pelo menos da mesma maneira que os cidadãos mais desafogados.
- Ajudar o governo de Moçambique a medir e a avaliar o progresso e os resultados das acções visando a cobertura universal de saúde, em especial a equidade.
- Tomar medidas para combater a evasão fiscal que impede que Moçambique tenha acesso aos recursos financeiros tão necessários para assegurar cuidados de saúde de qualidade para todos os moçambicanos.
- Honrar o seu compromisso de alocar pelo menos 0,7 % do seu Produto Interno Bruto a assistência oficial ao desenvolvimento e melhorar a eficácia da ajuda ao sector de saúde.

4 Consideração final

Moçambique continua sendo um dos países mais pobres e menos desenvolvidos do Mundo. Eis algumas das facetas da pobreza com influência directa no estado de saúde dos moçambicanos (INE 2019):

- Mais de 2/3 dos moçambicanos não têm duas refeições diárias equilibradas do ponto de vista proteico-calórico;
- Mais de metade dos moçambicanos não têm acesso a água potável (apenas 5% têm água canalizada dentro de casa e quase 60% utiliza água de poço, rio ou lago);
- Mais de 2/3 dos moçambicanos não têm acesso a saneamento básico adequado (24% não têm latrina e defeca a céu aberto e só 10% têm retrete ligada a fossa séptica);
- Mais de 2/3 dos moçambicanos não vivem numa habitação decente (mais de 47% vive em palhotas cobertas de capim);
- Menos de 25% dos moçambicanos têm acesso a energia eléctrica nas suas casas;
- Em 2017, a taxa de analfabetismo (percentagem de pessoas com 15 anos e mais de idade que não sabem ler nem escrever) era de 39,0% e o número de anos de escolaridade frequentada pela população era de 3,5 anos. Estes números escondem importantes iniquidades de género (a taxa de analfabetismo é de 27,2% para homens e de 49,4% para mulheres e o número de anos de escolaridade é de 2,5 para mulheres e de 4,6 para homens) e geográficas (a taxa de analfabetismo em Cabo Delgado é quase o dobro da cidade de Maputo);
- A taxa de desemprego é elevada (24,9%). (Sachs et al. 2019: 317)

A pobreza bloqueia o acesso aos benefícios decorrentes do crescimento económico. As diferenças entre grupos sociais, baseadas no local de residência, no nível educacional e em outros diferenciais sociais, tornam as vantagens decorrentes das oportunidades económicas mais acessíveis a certos grupos.

Finalmente, a iniquidade económica está frequentemente associada a piores resultados na área da saúde, não somente para os pobres mas também para a população em geral (Wilkinson & Marmot 2003; Wilkinson & Pickett 2009).

É por isso que a luta contra a pobreza e as desigualdades económicas e sociais tem de ser priorizada por forma a que o crescimento económico de Moçambique se traduza no alcance das melhorias preconizadas nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

5 Conclusão

Todo o acima exposto permite concluir que as instituições — entendidas como as regras de jogo (formais ou informais) criadas conjuntamente pelo Estado e pelos cidadãos e que se espera que sejam seguidas pelos actores políticos, económicos e sociais — têm um papel importante no desempenho de sector da Saúde e, por seu intermédio, no desenvolvimento económico e social de Moçambique.

De entre os factores institucionais, destaca-se pela negativa a (in)capacidade do Estado e a sua (não) autonomia face a interesses privados.

Essas (in)capacidade e (não) autonomia do Estado face a interesses privados resulta, em larga medida, do facto de o Estado estar sob o controle de uma minoria de privilegiados que não dá a prioridade devida às necessidades básicas em saúde da larga maioria da população.

Se efectivamente se desejar melhorar a prestação de cuidados de saúde a **todos** os moçambicanos, são absolutamente imprescindíveis alterações nas instituições com influência no sector da Saúde.

As medidas de carácter institucional mais importantes são a revisão da Constituição da República, o reforço do Sistema Nacional de Saúde (em particular do Serviço Nacional de Saúde) e a redução da pobreza e das iniquidades económica e social.

Referências

- Augusto, G., Nalá, R., Casmo, V., Sabonete, A., Mapaco, L. & Monteiro, J. (2009). 'Geographic distribution and prevalence of schistosomiasis and soil-transmitted helminths among schoolchildren in Mozambique'. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 81(5): 799–803. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2009.08-0344>
- Cornwall, A. & Shankland, A. (2008). 'Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system'. *Social Science & Medicine*, 66(10): 2173–84. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.038>
- Gradin, C. & Tarp, F. (2019). 'Investigating Growing Inequality in Mozambique'. *South African Journal of Economics*, 87(2): 110–138. <https://doi.org/10.1111/saje.12215>
- Gulube, A. (1996). *Breve Historial da Medicina em Moçambique* (Mimeo).
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2019). *IV Recenseamento Geral da População e da Habitação 2017*. Disponível em http://www.ine.gov.mz/iv-rgph-2017/mocambique/apresentacao-resultados-do-censo-2017-1/at_download/file.
- Ministério da Saúde (2010). *Observatório da Equidade 2010*. Ministério da Saúde, Governo de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2015). *Medicina Tradicional em Moçambique, 40 anos Pós-Independência. Da Proibição à Coordenação Entre as Duas Medicinas: Tradicional e Convencional*. Maputo: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, INE – Instituto Nacional de Estatística & ICFI – ICF International (2013). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland, USA: Ministério da Saúde; INE; ICFI. Disponível em <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>.
- Ministério da Saúde, INE – Instituto Nacional de Estatística & ICF (2018). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015*. Maputo, Moçambique; Rockville, Maryland, EUA: Ministério da Saúde, INE & ICF. Disponível em <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12.pdf>.
- OMS (2001). *Macroeconomics And Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42463>.
- OMS (2006). 'INDICADORES DE SAÚDE: Elementos Conceituais e Práticos (Capítulo 1)'. *World Health Organization – Regional Office for the Americas*. Disponível em https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&showall=1&lang=pt.
- OMS (2010). *Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*. Disponível em <https://www.who.int/whr/2010/en/>.
- OMS (s.d.). 'Social determinants'. *World Health Organization – Regional Office for Europe*. Disponível em <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/social-determinants>.

- OXFAM (2013). *Universal Health Coverage*. Disponível em https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/bp176-universal-health-coverage-091013-en__3.pdf.
- Pim, J. E. & Kristensen, B. (2007). 'Globalizing Understanding of Nonkilling Capabilities'. In G. D. Page & J. E. Pim (eds.), *Global Nonkilling Leadership. First Forum Proceedings*. Honolulu, Hawaii: Center for Global Nonviolence.
- Rasanathan, K., Posayanonda, T., Birmingham, M. & Tangcharoensathien, V. (2011). 'Innovation and participation for healthy public policy: the first National Health Assembly in Thailand'. *Health Expectations*, 2011, 15(1): 97–96. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00656.x>
- Sachs, J., Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G. & Fuller, G. (2019). *Sustainable Development Report 2019*. New York: Bertelsmann Stiftung; Sustainable Development Solutions Network (SDSN). Disponível em https://s3.amazonaws.com/sustainabledevelopment.report/2019/2019_sustainable_development_report.pdf.
- Transparency International (2020). *Corruption Perceptions Index 2019*. Disponível em <https://www.transparency.org/en/publications/corruption-perceptions-index-2019>.
- Transparency International (s.d. [a]). 'Corruption Perceptions Index'. Dados relativos a 2013. *Transparency International*. Disponível em <https://www.transparency.org/en/cpi/2013/results/moz>.
- Transparency International (s.d. [b]). 'What is corruption?' *Transparency International*. Disponível em <https://www.transparency.org/en/what-is-corruption>.
- UNDP (2018). *Human Development Indices and Indicators 2018 – Statistical Update*. New York: UNDP. Disponível em http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf.
- UNICEF (2019). *A Situação Mundial da Infância 2019: Crianças, Alimentação e Nutrição*. Nova Iorque: UNICEF.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (eds.) (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2.^a ed. Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Allen Lane.

Legislação e regulamentação

Constituição da República de Moçambique, 2018.

Decreto-Lei n.º 1/75, de 29 de Julho. Boletim da República de 29 de Julho de 1975.

Diploma Ministerial n.º 52/2010, do Ministério da Saúde, de 23 de Março de 2010. Boletim da República, I Série, n.º 11, de 23 de Março de 2010.

Lei n.º 2/77, de 27 de Setembro de 1977. Boletim da República, I Série, n.º 112, de 27 de Setembro de 1977.

Lei n.º 26/91, de 31 de Dezembro de 1991. Boletim da República, I Série, n.º 52, de 31 de Dezembro de 1991.

Resolução n.º 73/2007 do Conselho de Ministros, de 18 de Dezembro de 2007. Boletim da República, I Série, n.º 50, de 18 de Dezembro de 2007.